



**Thèse  
Présentée par  
Mor NDAO**

**UCAD - FLSH  
DEPARTEMENT  
D'HISTOIRE**

**TOME II**

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

---

**Année universitaire 2010 / 2011**

**UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR**

**FACULTE DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES**

**DEPARTEMENT D'HISTOIRE**



**THESE DE DOCTORAT D'ETAT**

**TOME II**

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

Présentée par **Mor NDAO**

Sous la direction d'Ibrahima THIOUB Professeur

**JURY**

**Boubacar BARRY** Professeur Faculté des Lettres et Sciences Humaines (Histoire)

**Saliou DIOUF** Professeur agrégé Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie

**Salimata WADE** Professeur Faculté des Sciences et Techniques

**Iba Der THIAM** Professeur agrégé, Faculté des Lettres et Sciences Humaines

**Ibrahima THIOUB** Professeur Faculté des Lettres et Sciences Humaines (Histoire)

**Année universitaire 2010 / 2011**

**UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR**

**FACULTE DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES**

# DEPARTEMENT D'HISTOIRE

## THESE DE DOCTORAT D'ETAT



### TOME II

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

Présentée par

**Mor NDAO** Maître-Assistant

Sous la direction d'Ibrahima THIOUB Professeur

Année universitaire 2010 / 2011

TOME II

SOMMAIRE

---

## TROISIEME PARTIE : ENFANCE ET PRISE EN CHARGE SOCIALE ET SANITAIRE

### CHAPITRE IX : ENFANCE ET SOCIETES TRADITIONNELLES

1. De la grossesse à l'accouchement
2. Sens et signification de la naissance, place et statut de l'enfant

### CHAPITRE X : ENFANCE ET ORDRE COLONIAL

1. Les grandes tendances de la politique colonial
2. Acteurs et structures impliqués dans la politique de PM
3. Les moyens sociaux et législatifs

### CONCLUSION

### SOURCES ET REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

TROISIÈME PARTIE

**L'ENFANCE AU PRISME DES POLITIQUES :  
LA QUESTION DE LA PRISE EN CHARGE SOCIALE ET  
SANITAIRE**

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

## CHAPITRE IX

### ENFANCE ET SOCIÉTÉS TRADITIONNELLES

Il est question dans ce travail d'histoire des enfants et de leurs mères, de leur santé et de leur alimentation en situation coloniale. Or, ces questionnements ont peu préoccupé l'historiographie africaine. En vérité, la place des enfants et de leurs mères dans l'histoire ont peu interpellé la réflexion historique. Dans le domaine des sciences sociales, les études sur les femmes et les enfants ont été pendant longtemps tributaires des recherches ethnologiques qui ont imprimé, dans ce cadre, leur démarche et leur vision. Ainsi, pour l'historien engagé dans la recherche sur les femmes et leurs enfants, il se pose un sérieux écueil relatif aux sources, documents et données largement dominés par les approches ethnographiques.

Les sociétés africaines, avant l'arrivée des Européens, sont souvent perçues comme statiques, figées, closes, voire fermées sur elles-mêmes sans contact avec l'extérieur. L'approche ethnographique tend ainsi à idéaliser les pratiques « africaines » (en fait rurales et pré modernes) qui ne sont plus soumises à une approche inscrite dans le temps alors que les temporalités s'avèrent déterminantes dans la recherche historique. Une telle approche, du reste très discutable, suggère une analyse beaucoup plus rigoureuse. Contrairement à une opinion souvent admise, les sociétés africaines ont été largement travaillées par des logiques et dynamiques « pré coloniales » aussi bien internes qu'externes. Donnée permanente, les contacts avec l'extérieur (monde arabo-berbère, Soudan occidental, l'islam, etc.) ont imprimé, dans les sociétés sénégalaises, des mutations et transformations qui furent à l'origine de la mise en place de nouvelles entités et formations politiques et sociales. Ces transformations au contact de l'Europe vont se poursuivre et se manifester dans plusieurs domaines. Il en est ainsi de l'intervention médicale porteuse de progrès qui se dévoilent dans les évolutions démographiques qui enregistrent des ruptures significatives.

Dans la troisième partie, sont abordées les modalités de prise en charge des enfants et de leurs mères. L'on se propose ainsi d'analyser cette thématique aussi bien dans les « sociétés traditionnelles » qu'en situation coloniale. L'analyse de plusieurs sociétés africaines, malgré leur diversité, indique une certaine convergence dans les représentations de la grossesse, de la naissance et de l'enfance. Dans les sociétés traditionnelles africaines, l'enfant est considéré comme une richesse, voire un patrimoine dont la préservation et la richesse incombe à toute la communauté. Plusieurs facteurs peuvent expliquer une telle attitude pro nataliste. Dans une société où l'activité économique repose sur les travaux agricoles largement tributaires de la main d'œuvre, l'on peut comprendre aisément l'importance accordée à l'enfant considéré comme un « trésor », un « bien », voir un « capital » précieux.

Par ailleurs, les sociétés rurales africaines, qui considèrent « l'homme comme le remède de l'homme » fonctionnent en réseaux sociaux sous forme de cadre de vie et de sécurité sociale. Ce faisant, elles accordent une importance considérable à la procréation d'autant plus que toute naissance est assimilée à un prestige, voire une richesse sociale. En outre, l'importance du principe de descendance de la société traditionnelle place l'enfant au centre de la continuité du groupe<sup>77</sup>. Assimilé à une graine (*doom* en wolof), un germe, l'enfant, dans l'imaginaire collectif représente le symbole de la semence et de la prochaine récolte, l'élément de reproduction et de continuité à travers les prénoms et patronymes. Adulte en miniature, il est le pilier du groupe social, « la tige des descendants » dont il assure la pérennité des traditions<sup>78</sup> en même temps qu'il est porteur du renouvellement et de l'innovation. Aussi, est-il respecté, voire déifié. Il représente aussi la raison d'être de la femme : enfanter. Ainsi, la valorisation de la femme est corrélée à la fécondité. Dans ce contexte, la stérilité, souvent attribuée à la femme, fait de celle-ci un sujet stigmatisé, frappé de mépris, voire de rejet alors que la maternité confère déférence, prestige et considération de

---

77. Ly B., « Représentations de l'enfant et socialisation dans les sociétés africaines traditionnelles », *Cahiers Histoire et Civilisations*, No 1, 2003, pp 31-37, p. 33.

78. Diop B., « Un plaidoyer pour l'enfance », *Cahiers Histoire et Civilisations*, No 1, 2003, pp 9-14, p. 9.

toute la communauté<sup>79</sup>. On peut comprendre, dans un tel contexte, l'importance accordée à la grossesse, à l'accouchement et à la naissance.

## **1. DE LA GROSSESSE A L'ACCOUCHEMENT**

Cette section analyse les croyances, attitudes, pratiques ainsi que les représentations qui accompagnent la grossesse, l'accouchement et la naissance.

Dans plusieurs sociétés ouest africaines, la grossesse et l'accouchement sont d'abord culturalisés (rites, gestes, chants, formules, prières) avant d'être médicalisés. A l'image de l'accouchement, la grossesse représente un état qui, dans sa gestion, mobilise des réponses en phase avec les normes sociales et culturelles spécifiques à chaque société. Que représentent la grossesse et l'accouchement pour ces sociétés ? Comment étaient-ils gérés ?

En prenant l'accouchement comme point de repère, deux séquences temporelles se singularisent, liées à deux types de pratiques : les pratiques antérieures à l'accouchement et centrées sur la gestion de la grossesse d'une part et, d'autre part, celles postérieures à cet événement et qui sont orientées vers les soins portés à l'accouchée et au nouveau-né.

### **a) De la grossesse à la préparation à l'accueil du bébé**

La première grossesse est une période importante dans le cycle de la vie de la femme en ce qu'elle lui confère un nouveau statut social. Le temps de la grossesse implique des changements physiques, culturels et comportementaux. Dans une société où l'enfant est perçu comme un trésor susceptible de renforcer le groupe, la grossesse, considérée comme un événement heureux, implique une attention de la communauté. En fait, la période de grossesse s'entoure de toutes les précautions prévues par le groupe, l'ordre lignager. Dans ce contexte, une attention particulière est accordée à la

---

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

femme. S'il est vérifié que les premiers mois de la grossesse s'entourent de mystère (même si la femme est consciente de sa grossesse, elle prend le soin de ne pas la manifester ni la divulguer), la deuxième phase implique la prise en charge par des membres de la famille.

La discrétion et la pudeur qui entourent la première phase de la grossesse résultent d'un souci de prudence, d'un principe de précaution (peur de se tromper, retard de règles, annonce fallacieuse) mais peut aussi s'expliquer par des facteurs surnaturels (crainte des forces invisibles dévoratrices d'âmes, exposition d'une vie fragile comme l'embryon, du fœtus)<sup>80</sup>. La conception de la vie humaine s'entoure d'un silence ; dévoiler le secret considéré comme un moyen de la vie naissante du bébé, représente une agression contre la vie de l'enfant. La communauté donne du temps au corps de la femme qui doit, au fur du temps, révéler à partir de signes, l'événement de la grossesse<sup>81</sup>. Même quand l'état est connu, des locutions allusives sont employées par l'entourage<sup>82</sup> pour l'évoquer ( jigeenu werul, wann lor<sup>83</sup>).

Si le secret et le silence protègent la première étape de la grossesse, l'entourage proche, qui doit prendre plus d'égards envers la future mère, intervient lorsque l'état est connu dans la communauté, quand la rondeur du ventre ne vienne confirmer le bien –fondé de la grossesse. Dès lors interviennent, dans la gestion de la grossesse, un ensemble de coutumes, rites dans lesquels l'eau symbole de fécondation occupe une place de choix<sup>84</sup>. Dans ce contexte, un ensemble d'obligations s'imposent à la femme (interdits, observances) dont le non-respect risque de compromettre sa grossesse.

La gestion de celle-ci constitue un domaine réservé aux femmes âgées, expérimentées qui, en même temps, peuvent faire office de tradipraticiennes. Appelées

---

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

81. Eschlimann J-P, *Nâitre sur la terre africaine*, INADES – EDITION, 1982 p. 51

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

83. Expressions wolof qui veulent dire : femme mal portante, avaler un crachat

84. Erny P, *Les premiers pas dans la vie de l'enfant*, L'Harmattan, pp. 85 - 94.

*noumou-mouso* ou *Timéné mouso Koro* en pays bambara, jouissant d'une forte réputation dans la société, elles assurent l'assistance des femmes et, à l'occasion, savent pratiquer l'avortement utilitaire ou thérapeutique<sup>85</sup>. Capables d'appréhender les premiers signes de la grossesse, elles disposent, en pays bambara, de notions avancées des accouchements avant terme, connaissent l'état de mort apparente ainsi que la naissance d'un enfant dormant<sup>86</sup>.

Les savoirs populaires des vieilles femmes interviennent tout au long de la grossesse ; elles assurent l'encadrement et la préparation psychologique de la femme enceinte autour de certaines vertus telles que le courage face à la future épreuve, la maîtrise de la douleur lors de la délivrance au risque de déshonorer la famille<sup>87</sup>. En cas de maux de ventre, elles interviennent en examinant l'emplacement du fœtus ; par attouchement, elles parviennent à déterminer la position de la tête, des pieds, s'il s'agit de jumeaux. Si l'enfant est mal placé, elles peuvent, par des massages, parvenir à le replacer correctement. Aussi, sont-elles, dans la société Lébou par exemple, sollicitées dans la confection de décoction, infusions à base de plantes riches en substances vitaminiques (feuilles de baobab, gombo), laxatives ou diurétiques (quinquéliba) et prises à petites gorgées quotidiennes jusqu'à l'accouchement. Ces plantes, réputées pour faciliter la délivrance, nettoient le fœtus tout en renforçant la vitalité du futur bébé<sup>88</sup>.

Dans un souci de protection, talismans et amulettes sont sollicités pour conjurer le mauvais sort, le mauvais œil et les forces du mal invisibles. Ainsi, le ventre est aspergé chaque matin d'une décoction pour éviter la malédiction. Lorsqu'elle sent l'enfant bouger, un ensemble de signes, les vomissements et les envies s'accompagnent de coutumes locales et de rites. Cependant, aucune programmation ou

---

85. Dr. Patenostre, « Notes sur la médecine et l'obstétrique indigènes en AO F », *AMPC*, Tome XXIII, pp. 332-339, p. 338.

86. *Ibid*

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

88. Ndoye S.K, *Femmes Lebou, maternité et protection de l'enfance sous la colonisation (1900-1960)*, Mémoire de DEA, Département d'Histoire, FLSH, UCAD, 2007, p.47.

préparatifs (achats d'habit, layettes) pour recevoir le futur bébé ne sauraient être envisagés car il faut « laisser les événements venir »<sup>89</sup>.

Plusieurs interdits alimentaires et de comportements vont façonner, durant toute la période de la grossesse, la vie de la future mère<sup>90</sup>. C'est sous ce registre qu'interdits alimentaires, lieux prohibés rythment la vie quotidienne de la future mère et procèdent par analogie. Ainsi, la consommation de chair, voire la vue d'animaux présentant des défauts physiques ou moraux est prohibée, strictement interdite au risque de voir l'enfant affecté des mêmes défauts et tares : singe (laideur), oiseaux de malheur ou jaseurs (enfant maudit, bavard ou qui roucoule). La croyance que la consommation d'œufs rend l'enfant chauve alors que la consommation d'aubergine est source de nervosité pour l'enfant est largement répandue dans plusieurs sociétés sénégalaises. De même le thon noir provoquerait des affections oculaires tandis la murène serait facteur d'agressivité pour l'enfant<sup>91</sup>.

Durant la grossesse, la femme observe certains interdits gestuels et certaines positions lui sont déconseillées : ne pas revenir sur ses pas pour ne pas retarder l'accouchement, ne pas se laisser enjammer les pieds, ne pas s'asseoir sur des sièges d'hommes<sup>92</sup>. Lorsqu'elle est couchée, ne pas rester sur le dos car le fœtus qui serait placé au milieu du ventre, se trouverait dans une situation de déséquilibre ; de même, les mouvements brusques de rotation sont décommandés. En revanche, certains comportements alimentaires sont fortement recommandés à l'image de la géophagie (argile, latérite, terre, *kew*). Les prescriptions alimentaires concernent le cœur ou foie de proies fauves offerts à la future mère par les chasseurs et capables de faire de l'enfant bambara un être courageux<sup>93</sup>.

---

89. Erny P, *op. cit*, p. 93

90. Voir Eschlimann J-P, *op. cit*, pp. 54-56.

91. Ndoye S.K, *op. cit*, pp 49-50.

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

93. Erny P, *op. cit*, p. 92.

La grossesse, à l'image de la femme, doit être respectueuse des coutumes locales. Dès que le début de la grossesse est déterminé, la femme dans plusieurs sociétés, passe autour de son bassin une ficelle sur laquelle sont fixées des perles, une bague en métal, des plumes rouges de perroquets ainsi qu'un cadenas qui, dans l'imaginaire, empêche l'enfant de tomber en même temps qu'elle ferme la femme à tout sortilège<sup>94</sup>. Pour faciliter la parturition, les activités physiques sont encouragées car les travaux domestiques (pilage, cuisine) fortifient le fœtus<sup>95</sup>. A l'approche du terme de la grossesse, la femme doit s'adonner à des travaux pénibles (pilage, ramassage de bois) pour faciliter l'accouchement<sup>96</sup>. Pourtant, ces pratiques et usages sont largement contre indiqués par la médecine moderne.

Chez les tribus Maures du Tagant (Mauritanie), la femme absorbe une décoction de blé mélangée à de la viande séchée et à de la limaille de fer pour prévenir les hémorragies de la grossesse ou post partum<sup>97</sup>. Des prescriptions concernent aussi le mari qui sollicite les conseils de ses belles sœurs et de ses grands-mères : interdiction de creuser des tombes (chez les Kosi), de tuer un serpent ou de regarder un crocodile (chez les Dogon) sous peine de voir l'enfant handicapé physique (incapable d'observer la station debout) ou couvert d'écailles.

Comme pour la femme, plusieurs interdits et comportements doivent être observés par le mari. Ainsi, interdiction est aussi faite au mari de tuer une femelle pleine, de ne pas partir en guerre pour éviter de tuer ; de même, l'adultère et l'infidélité sont formellement proscrits. Dès le début de la grossesse, le cordon du pantalon desserré est minutieusement conservé par le mari jusqu'à l'accouchement pour faciliter la délivrance<sup>98</sup>. Dans certaines communautés, le mari, soigneusement, ferme un cadenas ou bouche une bouteille, pour éviter l'interruption de la grossesse<sup>99</sup>.

---

94. Dr.Grosperin, « Quelques coutumes Ewé (Territoire du Togo) en matière d'accouchement », *AMPC* 1935, pp. 823-827, p. 823.

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

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

97. Dr M. Comméleran, « La grossesse, l'accouchement et l'avortement au Tagant et à Tidjikdja (Mauritanie).Moeurs et coutumes ». *AHMC*, 1908, Tome XI, pp. 200-213, p. 202

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

99. Dr.Grosperin, Quelques coutumes Ewé (Territoire du Togo) en matière d'accouchement, *APMC* 1935, pp.823-827

Il est averti des caprices, humeurs, pleurs, désirs déraisonnables de sa femme qu'elle doit ménager avec patience. Ainsi, presque toutes les envies de la femme sont satisfaites au risque de compromettre le développement et la destinée du futur enfant (dégoût et allergie à certains aliments, tâches au niveau du corps). A longueur de journée, elle peut cuisiner selon ses désirs et tout individu disposant de viande ou de lait doit satisfaire ses sollicitations<sup>100</sup>.

Pour présager du sexe du futur enfant, les mouvements à l'intérieur du ventre, les divinations et les rêves représentent autant d'indices qui permettent de s'en faire une idée. Ainsi, les mouvements de gauche présagent d'une fille alors que ceux de droite préfigurent d'un garçon. La divination par les cauris est aussi largement sollicitée notamment chez les Sereer : la position des cauris (ventre contre ventre ou dos contre dos) constitue autant d'indices permettant de déterminer une naissance féminine ou masculine<sup>101</sup>.

L'analyse des corpus de source mettent en évidence d'une part l'implication de la communauté dans la gestion de la grossesse et, d'autre part, l'importance de l'analogie dans les prescriptions. C'est la raison pour laquelle, on peut comprendre, dans un tel contexte que le discours colonial autour de la réticence des sociétés africaines (refus des femmes aux visites pré natales et post natales, de faire consulter leurs enfants, etc.) à la médecine moderne soit révélateur de l'ignorance tenace d'une civilisation autre. Elaboré dans un terrain largement travaillé par les religions traditionnelles et l'islam, ce discours ignore que dans les sociétés rurales, la grossesse représente une période qui s'entoure de discrétion, voire même de mystère sous peine d'exposer le futur enfant au mauvais sort. La femme enceinte doit éviter les regards indiscrets (mauvais œil) ainsi que les mauvaises langues susceptibles de rompre le cycle de la grossesse. C'est la raison pour laquelle est convoqué un ensemble de rites

---

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

101. Voir à ce propos le remarquable travail de Kalis S, *Médecine traditionnelle, religion et divination chez les Seereer Siin du Sénégal. La connaissance de la nuit*, L'Harmattan, Paris, 1997.

ou de pratiques magiques pour invoquer les forces protectrices devant veiller sur la femme et son fœtus<sup>102</sup>.

### **b) L'accouchement : pratiques et usages**

L'accouchement représente un dénouement, une délivrance ainsi qu'un détachement. A partir de signes du visage, de l'odeur corporelle et la position du fœtus, les vieilles femmes parviennent à déterminer le terme de la grossesse. Cinq jours avant la gestation, la matrone Bambara *timéné mouso* se prépare déjà, de même que la femme à qui elle fait absorber des potions<sup>103</sup>. D'ailleurs, dès le début du « travail », elle absorbe des potions à base de plantes, de versets de Coran dans les sociétés islamisées et de l'eau de première pluie.

Dans la case qui fait office de chambre, la femme doit circuler (allers et retours jusqu'aux signes annonciateurs). Les lieux d'accouchement, variables selon les ethnies, sont localisés au sein de sa famille d'origine ou celle de son mari, dans les habitations ordinaires ou des cases spéciales affectées à la circonstance. L'importance de la symbolique et des interdits liés au sang explique que dans certaines sociétés, chez les Bambara par exemple, les lieux d'accouchement jouxtent les greniers et l'aire de battage où naissent les graines.

L'assistance est réservée le plus souvent aux femmes (matrone, mères du mari, de la femme et éventuellement des coépouses) alors que les hommes sont tenus à l'écart<sup>104</sup>. Dès que la femme entre en travail, elle s'entoure de vieilles femmes chargées de lui prodiguer l'aide et les soins indispensables, d'encadrer la parturiente (massage, réception de l'enfant)<sup>105</sup>. Les accoucheuses traditionnelles (matrones pour le pouvoir colonial) jouent dans les collectivités des rôles sociaux, assurent dans certaines sociétés l'initiation des jeunes filles et font office de tradipraticiennes.

---

102. Traoré D, *Médecine et magie africaines*. Paris, Présence Africaine, 1965.

103. Dr. Padenostre, *op. cit.*, p. 334.

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

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

A genoux, sur un tas de sable ou une natte, elle est assistée par l'accoucheuse qui, par des attouchements, essaie de dresser le fœtus dans la position idéale<sup>106</sup>. Dès les premiers cris du bébé, le cordon ombilical est sectionné avec des objets variables (roseau tranchant ou *xat*, couteau, lame de rasoir ou tesson de canari appelé *xandeer* chez les Wolof)<sup>107</sup>. En l'absence de cris, la matrone tente de réanimer le nouveau-né en enlevant les éléments qui obstruent les voies respiratoires.

Les gestes, procédés et usages varient selon les sociétés. En fonction des sociétés et aires géographiques, diverses positions peuvent être adoptées pendant l'accouchement : couchée, accroupie, à quatre pattes, à genoux, assise sur un tabouret ou sur les genoux d'une assistante<sup>108</sup>. Au Dahomey, la position assise est observée « sur une sorte de terme en terre de barre (banco) »<sup>109</sup> ; il en est de même au Tchad où le Dr. Branche estime, dans les années 1930 que « la position [assise] dans laquelle se trouve la femme indigène pour accoucher est plus favorable à un accouchement rapide, que la position couchée adoptée en Europe »<sup>110</sup>.

A l'approche de la délivrance, la parturiente se sépare de nœuds, talismans, colliers et vêtements. En pays *ewe*, dès les premiers signes de douleur, la femme enlève la ceinture de ficelle dans une direction de haut en bas (pour montrer la bonne direction à l'enfant) au moment où le mari s'empresse d'ouvrir le cadenas ou de déboucher la bouteille pour faciliter l'accouchement<sup>111</sup>. Gestes, chants, formules, prières, confessions sont utilisés pour accélérer la délivrance.

La parturiente, laissée d'abord seule dans une chambre, ne commence à recevoir l'assistance que lorsqu'elle commence à perdre les eaux<sup>112</sup>. Au Togo, alors

---

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

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

108. Erny P, p.107)

109. Dr. G. Blin, « Un accouchement au Dahomey », *AHMC*, 1901 Tome IV pp.134-140, p.134

110. Dr. Branche, « Pratiques de médecine indigène au Tchad », *AMPC* 1936, p. 403.

111. Dr. Gersperrin, « Quelques coutumes Ewé (Territoire du Togo) en matière d'accouchement », *AMPC* 1935, pp. 823-827, p.824.

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

qu'un morceau de pagne est solidement attaché autour de la poitrine pour empêcher la remontée de l'enfant, elle absorbe une décoction très gluante à base de feuille de kapokier dans un souci de faciliter le glissement de l'enfant dans les voies génitales<sup>113</sup>. Ce n'est qu'après que la femme est mise à genoux, le corps en extension, assistée par un homme qui, derrière elle, place les genoux contre les reins tout en la poussant. En cas de difficulté, la femme est sommée de pousser alors qu'une vieille redresse la position de l'enfant dans le ventre de sa mère. Un homme presse sa poitrine pour mieux pousser alors que la parturiente souffle dans une bouteille, aidée par l'assistance qui reprend le souffle en cœur.

Dans plusieurs sociétés, en cas de couches laborieuses, les médications pour délivrer la patiente réfèrent à des rituels autour de l'eau, de laalebasse, de la poterie et du serpent, quatre éléments qui, dans la symbolique, sont assimilés à l'enfant<sup>114</sup>. Aussi, recueille-t-on dans unealebasse, de l'eau versée sur un toit conique avant d'être absorbée par la parturiente<sup>115</sup>. Traoré évoque, pour accélérer la délivrance, l'usage, entre les jambes de la patiente, de tessons de canari contenant des braises de charbon et des ossements de serpent<sup>116</sup>.

Au Tchad, pour hâter la délivrance, une corde suspendue au-dessus de la tête, sur le toit, sert de point d'appui à la parturiente au moment des contractions<sup>117</sup>. En cas de persistance des complications, la matrone, après avoir fouetté sa patiente avec des sandales en cuir, enfonce l'extrémité d'un bâton dans la bouche afin de provoquer de fortes contractions des muscles du ventre<sup>118</sup>.

Chez les Assaounas (Tchad), si l'enfant est trop volumineux et que l'accouchement risque d'être fatal à sa mère, il est découpé par la matrone à l'intérieur de l'utérus<sup>119</sup>.

---

113. Dr. Gersperrin, « Quelques coutumes Ewé (Territoire du Togo) en matière d'accouchement », *AMPC* 1935, pp. 823-827, p.824.

114. Erny P, *op. cit*, p .111.

115. Traoré D, *op. cit*, p. 345.

116. *Ibid*.

117. Dr. Branche, « Pratiques de médecine indigène au Tchad », *AMPC*, 1936, p. 403.

118. *Ibid*.

119. *Ibid*.

En 1916, à Lahou (Soudan français), pour abrégé la prolongation d'une parturiente qui a duré deux jours, celle-ci « est suspendue par les pieds aux bambous de toit de sa case, élevée à bras, puis précipitée à bout de corde »<sup>120</sup>. L'accouchement devait rapidement intervenir suite à ces manœuvres dont l'objectif consistait à remédier à une dystocie de position (synclitisme)<sup>121</sup>.

Le courage, la maîtrise de la douleur sont des attitudes fortement recommandées alors que les cris, pleurs et lamentations sont réprimandés<sup>122</sup>. Invité en 1901 à assister à un accouchement au Dahomey, le Dr. G. Blin constate, ébahi, que la parturiente « osait à peine manifester la souffrance qui la déchirait et la torturait, chaque cri qu'elle poussait procurant à la matrone l'occasion de l'invectiver ou de la menacer au lieu de la plaindre. Aussi, se contentait-elle, le corps penché en avant, de contracter fortement ses deux genoux sur lesquels elle trouvait tout son point d'appui »<sup>123</sup>. La maîtrise de la douleur, la sérénité devant l'épreuve aux fins de ne pas déshonorer sa famille (ne pas faire honte aux siens) est perceptible dans toutes les circonstances de la vie où l'individu éprouve de la douleur (circoncision, tatouage, excision, etc.).

Toutefois, s'il est vérifié qu'une telle attitude est fondée sur des principes moraux (culte du courage devant l'épreuve, dignité et honneur à la famille, etc.), il n'en demeure pas moins qu'elle obéit aussi à des facteurs physiologiques objectifs, tout au moins dans la société Bambara. Ainsi, aux dires du docteur G. Blin, la coutume consistant à empêcher la parturiente de soulager ses souffrances s'explique par le fait qu'« en enlevant à la femme qui est en mal d'enfant toute illusion de soulagement, on la force à se débarrasser d'autant plus rapidement de la cause de ses douleurs que celles-ci sont plus vives, c'est-à-dire à aider la nature et à pousser plus énergiquement, effort qui double avantageusement celui des contractions utérines »<sup>124</sup>. Pour accélérer

---

120. Dr. Patenostre, « Notes sur la médecine et l'obstétrique indigènes en AOF », *AMPC*, Tome XXIII, pp. 332-339, p. 338.

121. *Ibid.*

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

123. Dr. G. Blin, *op. cit.*, p.135.

124. *Idem*, p 138

la délivrance, la matrone introduit dans l'anus de la patiente auparavant oint de pâte rouge un bouchon d'herbes molles avant de plonger dans la bouche un bâton dont l'extrémité est enduite d'huile de palme<sup>125</sup>.

De telles manœuvres accompagnées souvent de rites, considérées souvent à tort comme des pratiques barbares, peuvent présenter des avantages indéniables et constituer une thérapeutique empirique ou raisonnée. Ainsi, tout bien pesé, cette pratique, d'après Blin, repose sur des considérations physiologiques objectives et raisonnables. En vérité, « sans s'en douter, chacun de nous le met à profit quand, atteint de constipation, il ferme la glotte pour y prendre un point d'appui, en s'opposant ainsi à la sortie de l'air contenu dans les poumons et à la réduction des dimensions d'expansion de sa cage thoracique. Le diaphragme, obligé de s'abaisser, refoule toute la masse des intestins et favorise ainsi, en les comprimant, l'expulsion du bol fécal. Les Noirs n'ont donc fait, dans leur gros bon sens, qu'imiter, pour l'accouchement, ce que la nature incite à faire instinctivement »<sup>126</sup>.

Si le bout du bâton utilisé dans la bouche, enduit d'huile de palme et de plantes au suc anesthésique engendre un « abolissement par contact du spasme involontaire ou réflexe du pharynx »<sup>127</sup>, le bouchon anal, pour sa part, obéit à de rigoureuses mesures d'hygiène et de propreté à l'endroit du nouveau-né, de sa mère et de la matrone. Blin remarque que la « délivrance s'est déroulée normalement sans aucune rupture et le placenta, très volumineux et très gras, avait été expulsé avec toutes ses enveloppes et ses cotylédons »<sup>128</sup>.

Après la délivrance, le cordon ombilical est sectionné à l'aide d'un roseau tranchant, d'un tesson de verre ou de poterie (et non avec un couteau qui risquerait de donner de mauvais instincts au nouveau-né) après le cri de l'enfant qui préfigure de la dure réalité de sa condition humaine. L'enfant est rapidement mis en contact avec la

---

125. Dr. G. Blin p.138.

126. *Idem*, p.139.

127. *Ibid*.

128. *Idem*, p.137

terre nourricière alors qu'en pays bambara, il est déposé sur de la paille. Pour solidifier les liens de la mère et de l'enfant, on touche le front, la poitrine ou la langue avec le bout placentaire.

Chez les Bambara, Peyrot rapporte que la matrone *timéné mouso*, cinq jours avant la gestation, fait absorber des potions à la femme qui, à terme, est dépouillée de tous ses vêtements avant d'être étalée sur le sol. Après plusieurs massages sur le ventre et la partie supérieure de la cuisse, la *timéné mouso*, lorsque la vulve se présente, « s'accroupit entre les jambes écartées de sa cliente, et, réunissant les mains, les place à quelque distance du périnée pour recevoir le nouveau-né...Elle reçoit ...successivement toutes les parties du fœtus et, l'expulsion terminée, dépose le nouveau-né sur de la paille entre les cuisses de la mère »<sup>129</sup>. Après la section du cordon ombilical lié à du coton, les annexes expulsées sont enterrées avec des graines de mil, de coton et des haricots dans la cour de l'habitation<sup>130</sup>.

Le placenta est analysé après l'accouchement par les vieilles qui en déchirent les « poches » car d'après certaines représentations populaires, elles renferment les futurs enfants ; enterrer le placenta sans déchirer les poches reviendrait à empêcher la naissance des enfants à venir. S'y ajoute que l'analyse du placenta est un élément pronostique pour certaines pathologies en même temps qu'elle permet de lire les signes et les requêtes adressées à la communauté<sup>131</sup>. Enduit de beurre de karité pour favoriser les prochaines procréations, le placenta est enterré près des toilettes afin de disposer de la chaleur et de l'humidité, facteurs essentiels pour la fécondité de la femme<sup>132</sup>.

L'enfant, auparavant déposé sur la paille, est lavé à l'eau savonneuse tiède dans unealebasse neuve qui ne doit servir qu'à cet effet<sup>133</sup>. Le nouveau-né est enduit

---

129. Dr. Peyrot, « Us, coutumes, médecine des Bambaras », *AHMC*, Tome VIII, pp. 456-473, p.459

130. *Ibid.*

131. Chiara Alfieri, « Grossesse, accouchement et allaitement chez les Bobo Madare du Burkina Faso », Réseau Anthropologie de la santé en Afrique, *SHADIC*, Bulletin No 1, avril 2000, pp. 17-25, p.19-20

132. *Ibid.*

133. Dr. Peyrot, Us, coutumes, médecine des Bambaras, *AHMC*, Tome VIII, pp. 456-473, p.459

d'huile de palme, karité, sa tête massée à l'aide d'un chiffon pour éviter les bosses alors que sa mère, dans une douche, est lavée à grande eau très chaude, notamment dans les parties génitales qui auparavant, reçoivent un grand massage (ventre, étirement des membres, etc.). Cette fonction peut être assurée par des tradipraticiennes différentes des matrones (*yaye diabatt* chez les Lébous)<sup>134</sup>.

L'ouverture et l'élargissement de l'espace thérapeutique consacrent une certaine concurrence du modèle traditionnel par la thérapeutique occidentale. Aussi, l'accouchement s'effectue-t-il, progressivement, après la pénétration de la médecine occidentale, dans un environnement et des conditions modernes de la maternité au lieu de la case du village.

La purification du corps de la parturiente (bain chaud, massages du ventre à l'aide d'unealebasse remplie d'eau chaude et dont la partie convexe est pressée sur le ventre avec un mouvement rotatoire) participent de l'élimination des saletés et des boules de sang<sup>135</sup>. La sollicitation de la chaleur dans plusieurs sociétés aussi bien par les bains que l'alimentation constitue une constante notamment au cours de la « quarantaine ». Tout semble indiquer un usage prolongé de la chaleur pour réparer, normaliser les modifications physiologiques occasionnées par l'état de grossesse et l'accouchement. L'importance thérapeutique de la chaleur devrait être mise en relation avec la température du corps qu'il faudrait maintenir à un certain niveau.

Pour faire tomber rapidement le cordon, un pansement ombilical est confectionné à partir de « la poudre de cancrelats et d'araignées délayée dans de la salive »<sup>136</sup>. Chez les Wolof, la suie de marmite et la poudre de tesson de canari accélèrent la cicatrisation du cordon alors que le karité est utilisé comme anti-infectieux<sup>137</sup>. Dans la société sereer, le nouveau-né, avant de pénétrer dans la case

---

134. Ndoye S.K., *op. cit.*, pp 53-54.

135. Chiara Alfieri, *op. cit.*, p. 20.

136. Dr. Grosperin, « Quelques coutumes Ewé (Territoire du Togo) en matière d'accouchement », *AMPC* 1935, pp. 823-827, p.827.

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

maternelle, est posé sur la paille recouvrant le toit, du mil et de l'eau déposés dans ses mains alors que des brisures de mil mâché sont mises en contact avec ses lèvres<sup>138</sup>.

Après l'accouchement la femme observe un régime alimentaire souvent liquide (bouillie, potage). Des bains chauds, des soins autour du feu (écartement de jambes au-dessus du feu) constituent l'essentiel des soins postnataux chez les Wolof<sup>139</sup>. Pendant huit jours, elle se retire dans sa case pour n'en ressortir que durant la cérémonie du baptême<sup>140</sup>.

Chez les Songhaï de la vallée du Niger, les pratiques « post partum » sont considérées comme une quarantaine et une période de « réclusion » durant laquelle l'accouchée, qui fait l'objet d'une attention particulière, est déchargée de tous les travaux pénibles.

La reprise des relations conjugales et la durée du repos génital varient en fonction des sociétés. Alors que le repos génital est de trois mois chez les Toucouleurs, elle est de quarante jours en pays maure<sup>141</sup> et lébou ; en pays bambara, les relations conjugales sont conditionnées à la marche et à l'acquisition du langage (parler)<sup>142</sup>.

La leçon que l'on pourrait tirer de ces témoignages et observations, nous l'empruntons au docteur Patenostre, lorsqu'il affirme : « nous sommes donc amenés à nous rendre compte que, venus instruits de nos pays, nous avons néanmoins à emprunter à l'indigène des connaissances en échange des procédés thérapeutiques et de prophylaxie que nous lui apportons ; et que, ces coutumes ne lui permettant pas toujours de saisir un bienfait dont le mode d'application le déroutent, il y a intérêt à agir en conformité avec elles lorsqu'elles ne sauraient nous choquer : puisque notre seul but est de lui être utile »<sup>143</sup>.

---

138. Erny P, p.111.

139. Ndiaye M, entretien Khombole le 17/10/2005.  
Faye F, entretien Khombole le 17/10/2005.

140. Dr. Peyrot, « Us, coutumes, médecine des Bambaras », *AHMC*, Tome VIII, pp. 456-473, p.460.

141. Dr. M. Comméleran, « La grossesse, l'accouchement et l'avortement au Tagant et à Tidjikdja (Mauritanie). Moeurs et coutumes ». *AHMC*, 1908, Tome XI, pp. 200-213, p. 202.

142. Dr. Peyrot, op cit..

143. Dr. Patenostre, « Notes sur la médecine et l'obstétrique indigènes en AOF », *AMPC*, Tome XXIII, pp. 332-339, p. 338.

## 2. SENS ET SIGNIFICATION DE LA NAISSANCE, PLACE ET STATUT DE L'ENFANT

### a) *Sens de la naissance et statut de l'enfant*

Les sociétés traditionnelles rurales perçoivent l'enfant comme un trésor susceptible de renforcer le groupe. Une telle conception épouse la vision d'une société où la vie représente une création continue. Ainsi comprise, la procréation représente un impératif naturel, voire même une obligation morale : vivre, c'est procréer. Des actes religieux (invocations, libations, sacrifices) accompagnent souvent la naissance qui représente un grand événement pour la communauté. Aussi, de nombreuses cérémonies (chants, danses, prières, réjouissances) sont-elles organisées pour célébrer la naissance d'un enfant<sup>144</sup>. Les noms de l'enfant sont donnés en fonction des jours de naissance. Le nom du nouveau-né est connu le huitième jour où l'enfant est sorti pour lui faire faire quatre fois le tour de la maison<sup>145</sup>. Le même jour, l'enfant est circoncis chez les maures<sup>146</sup>.

Pour les sociétés occidentales, « l'enfant est un être qui croît (...). Il y a en lui une force progressive qui ébauche déjà le futur ; il est un élan, un mouvement en avant, (...). Il se trouve écarté, par la force des choses, des travaux réels, du monde sérieux des grands, et pourtant il cherche à s'y insérer de son mieux »<sup>147</sup>. Le caractère dynamique de l'enfance, bien qu'étant une donnée universellement partagée, épouse non seulement la temporalité dans laquelle elle s'inscrit mais aussi les normes spécifiques à chaque société. En effet, dans les sociétés modernes occidentales largement tributaires des sciences exactes et de la biomédecine, les étapes du développement biologique et psychologique de l'Homme sont tributaires d'un temps linéaire biologique, d'une échelle temporelle qui, à son tour, détermine l'âge de l'enfance.

---

144. Abbé Boilat, *op. cit.*, p.322

145. *Ibidem.*

146. *Idem.*, p. 377.

147. Erny P., *op. cit.*, 1968, p.19-20.

Au contraire, dans les sociétés africaines traditionnelles, appréhender l'enfant convoque une autre question. Ainsi, la question « qu'est-ce qu'un enfant ? » mérite d'être reformulée pour se demander « qui est l'enfant ? »<sup>148</sup>. Le facteur psychologique mis en avant dans les sociétés occidentales n'intègre pas la dimension d'un problème aussi complexe que l'enfant dans les sociétés africaines qui fonctionnent sur la base du lignage, de la famille et du clan. C'est dans ce contexte qu'il faut comprendre que dans certaines sociétés, le premier accouchement s'effectue dans la maison d'origine de la mère car c'est là que l'enfant va hériter. En effet, le premier enfant naît chez lui, dans son matrilignage pour ouvrir la voie à la lignée.

Il est admis que les « les cultures africaines attachent une énorme importance à la famille, au clan, au lignage, conçus comme des sortes de systèmes clos qu'il s'agit de perpétuer ; mais d'autre part elles sont aussi extrêmement sensibles à la proximité du divin qui se manifeste et communique avec les hommes de multiples façons »<sup>149</sup>. Considéré dans certaines collectivités comme un « étranger qui vient d'ailleurs »<sup>150</sup>, l'enfant intègre le cycle vital de l'individu qui comprend trois phases : la vie dans l'au-delà avant la naissance (phase invisible), le parcours terrestre de la vie (phase visible) et la survie dans l'au-delà des ancêtres après le trépas où la personne redevient ombre, revenant et ancêtre<sup>151</sup>. La phase terrestre s'entoure de deux parcours invisibles. On peut comprendre, dans un tel contexte, que la vie de l'individu, qui trouve ses fondements dans l'au-delà, monde des esprits et des morts, précède la conception et la naissance. Dans ce monde invisible qui précède la naissance, le bébé vit déjà une existence, phase importante dans le parcours terrestre.

C'est la raison pour laquelle la communauté est sommée d'assumer ses devoirs envers l'enfant. Ainsi, la maltraitance risque de soulever le courroux des

---

148. Sawadogo N, *Problématisations de la maladie de l'enfant et concurrence dans l'espace thérapeutique à Lougasi* ((*Histoire sociale de l'usage de la maladie dans une société lignagère*), Mémoire de DEA, Département de Sociologie, FLSH, UCAD, 2006.

149. Erny P., *op. cit.*, p.80.

150. Eschlimann J-P, *op. cit.*, p 24.

151. *Ibid.*

ancêtres qui se manifeste par la maladie, voire la mort de l'enfant (récupération de l'enfant). Don de « Dieu », des « ancêtres et des morts », « des génies » et « divinités domestiques tutélaires », (les défunts, les ancêtres ne sont-ils pas réincarnés à travers les enfants ? La famille étendue n'est-elle qu'un ensemble de morts et de renaissances d'individus toujours identiques<sup>152</sup> ?), l'enfant est au cœur des préoccupations de la communauté villageoise.

On peut comprendre, dans un tel contexte, l'attention portée aux enfants et qui ne manqua de frapper les visiteurs européens. Ainsi dans *La randonnée de Samba Diouf*, Jérôme et Jean Tharaud, décrivent la tendresse que les Africains ont pour les enfants. Ainsi, pendant la discussion de Samba Diouf et la jeune femme Yamina, l'enfant après son réveil, frappait le dos de sa mère avec sa petite tête : « D'un mouvement plein de souplesse, celle-ci le fit tourner autour d'elle, le passa sous son doigt et lui donna le sein. C'était un grand garçon au teint clair, bien nourri et bien gras, la tête ronde et rasée de frais, qui tétait goulûment de ses fortes lèvres rouges, tout en regardant l'étranger avec de grands yeux blancs. Et cela émut chez Samba la tendresse naturelle qu'ont tous les Noirs pour les enfants »<sup>153</sup>.

Dans la société africaine rurale, la définition de l'enfant, pour les ethnologues (P. Erny, J-P Eschlimann) s'inscrit dans la chaîne des générations ainsi que dans un dispositif de contrôle social émanant de la communauté villageoise, du lignage. Les anciens modes de contrôle social, les mécanismes de pouvoir favorisaient la reproduction de la structure lignagère. L'insertion des aléas de la vie individuelle dans les contraintes de l'ordre social, mettait à la disposition de la structure lignagère les moyens de contrôler les pratiques susceptibles de remettre en cause sa stabilité relative, et justifiait également ses hiérarchies. L'emprise du groupe sur les mobilités matrimoniales répondait aux exigences lignagères d'assurer la continuité des générations.

---

152. *Idem*, p. 88

153. Jérôme et Jean Tharaud, *La randonnée de Samba Diouf*, Le Livre de Demain, Paris, 1926, p. 72.

Toutefois, avec le système colonial, l'intensification des appartenances individuelles, la monétarisation de l'économie, les dynamiques dans les modes de vie aboutissent à une fragilisation du contrôle lignager dans l'espace social. Dans ce contexte, on saisit mieux le relâchement des anciens modes de contrôle social lignagers qui occasionne un affaiblissement du monopole de l'institution. Les conséquences de la fragilisation de l'emprise des instances anciennes sur les membres du lignage apparaissent décisives dans l'espace social et la prise en charge de la petite enfance. Ainsi, la modernité, l'urbanisation génèrent des processus d'individualisation dans l'espace social.

## **2) Pratiques de soins au bébé**

Les soins de puériculture traditionnelle, à base d'herbes, de liquides ou poudres protectrices, reposent, d'une manière générale, sur les savoirs des grand-mères qui peuvent initier les futures mamans à la phytothérapie infantile. Le choix des petites et tendres feuilles (traitement non agressif) pour les soins des premiers mois résulte de la fragilité du nouveau – né. Après trois mois, on utilise d'autres feuilles plus épaisses pour rendre le corps plus dur, plus solide et éviter que le bébé grossisse trop et devienne mou<sup>154</sup>.

Effectué après la naissance par les grands-mères ou les accoucheuses traditionnelles, le premier bain représente une composante essentielle des soins prioritaires du nouveau-né de même qu'il marque, de manière symbolique, son entrée dans la vie sociale<sup>155</sup>. Il débarrasse le nouveau-né des impuretés de la naissance. Les bains journaliers sont destinés à faire grossir l'enfant, à renforcer son corps. Des lavements internes sont effectués pour purger l'enfant surtout si l'on soupçonne une affection ou lorsque les selles sont malodorantes, blanches ou décomposées.

---

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

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

Apanage des grands-mères, le massage réputé pour ses vertus préventives et thérapeutiques (en l'absence de massage, l'enfant se trouve exposé à des pathologies diverses) fait partie des soins prioritaires et quotidiens du nouveau-né dès après la naissance. Une telle pratique intensifiée durant le premier trimestre de la vie de l'enfant, tout en évitant le durcissement des articulations, des os et des muscles a pour but de travailler le corps de l'enfant durement éprouvé par la position fœtale<sup>156</sup>.

Le massage, qui s'effectue suivant un axe vertical par rapport au corps de l'enfant, obéit à des modalités et une direction en fonction du sexe. Aussi pour le garçon, le massage est-il pratiqué vers le haut pour développer le torse, la poitrine et les épaules même s'il faut éviter de le masser trop longtemps sous peine de rendre son corps mou semblable à celui d'une femme<sup>157</sup>. Quant à la fille, le massage s'opère vers le bas dans un souci de fortifier les hanches et les fesses. Cette différenciation du massage en fonction du sexe autorise à penser qu'il a pour but de développer la force musculaire du vigoureux travailleur de demain alors que pour la fille, il s'articule autour de la préparation de son corps aux futures maternités<sup>158</sup>.

D'une manière générale, les produits de massage utilisés sont fonction des ressources du milieu. Si, dans la vallée du fleuve Sénégal et dans la région sylvo pastorale, zones de pastoralisme, le beurre de vache et de chèvre servent de produits de massage, en Casamance sont utilisées l'huile de palme et l'huile de "Tulukun" (végétale)<sup>159</sup>, alors qu'au Sénégal Oriental, le beurre de karité est d'usage pour le massage du nouveau-né. En pays Wolof, le massage, en sus de produits comme le karité, sollicite les produits végétaux et la phytothérapie locale à l'image de décoction de feuilles ("xem-xem", le "jamal dana" ou le "pad-lepaam")<sup>160</sup>.

### *Conclusion*

---

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

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

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

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

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

D'une manière générale, pour l'historien, l'approche ethnologique (P. Erny, J-P Eschlimann, Rabain, etc.), aussi intéressante soit-elle, mérite un regard et une analyse beaucoup plus serrés. D'une part, le regard ethnologique a tendance à figer l'Afrique dans un « précolonial atemporel » occultant les dynamiques et les processus, les transformations qui ont largement travaillé les sociétés africaines bien avant même l'implantation européenne (XVe siècle). Abdoulaye Bathily<sup>161</sup> a montré, dans le cas du Galam (Gajaaga), comment les contacts et échanges avec l'extérieur (monde arabo-berbère, Soudan occidental, l'islam, etc.) ont abouti, dans les sociétés sénégalaises, à des mutations qui se dévoilent dans de nouvelles formations politiques et sociales. Ces mutations et transformations se sont poursuivies depuis le XVe siècle au contact de l'Europe consécutif au « triomphe de la caravelle sur la caravane chamelière » avant de s'accélérer avec la colonisation.

D'autre part, le regard ethnologique, en percevant les sociétés africaines de manière indifférenciée (entité homogène, global), occultent, du coup, les contradictions et processus en œuvre dans les sociétés africaines. La vision d'une Afrique uniforme et sans évolution autre que l'islam ou la colonisation, largement discutable, oublie la pluralité, les catégories sociales en œuvre, leur logique dans les sociétés africaines. Sous ce rapport, l'analyse devrait plutôt insister, non seulement sur les dynamiques, mais aussi et surtout sur l'approche différenciée : famille royale, famille paysanne, famille rurale, famille urbaine. Chacune de ces entités peut avoir ses logiques et spécificités différentes des autres. Au total, le regard ethnologique tendant à idéaliser les pratiques « africaines » et figer les sociétés traditionnelles (en fait rurales et pré modernes) souvent inscrites hors de la durée, dans un précolonial atemporel et socialement indifférencié, oublie que les sociétés africaines, qui s'inscrivent dans des temporalités différentes, sont non seulement travaillées par des dynamiques aussi bien endogènes qu'exogènes, mais aussi et surtout obéissent à des logiques plurielles et différenciées.

---

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

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

## CHAPITRE X

### ENFANCE ET ORDRE COLONIAL

#### 1. LES GRANDES TENDANCES DE LA POLITIQUE SANITAIRE AUX COLONIES

L'existence d'une politique sanitaire coloniale cohérente en AOF - avec des objectifs précis, des stratégies et des moyens bien identifiés – est 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 nosographie<sup>162</sup> des affections, la formulation d'une politique sanitaire resta fort modeste. Les progrès limités réalisés dans l'étiologie et l'épidémiologie, les résultats encore modestes de la microbiologie et de l'entomologie ont orienté les priorités sanitaires d'abord centrées sur la prévention 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.

Dans les colonies de la fédération constituant l'AOF, c'est autour des années 1930 que progressivement se met en place une médecine de masse préventive et sociale intégrant les Africains dans les priorités médicales. En effet, il fallait, sous peine de compromettre gravement l'avenir démographique de la colonie et remettre le projet colonial lui-même en question, prendre à bras-le corps l'épineux problème de la santé de la population africaine. Cependant, l'analyse des pratiques de la médecine coloniale en AOF indique que dans la fédération, le système sanitaire constitue un indicateur d'enjeux multiples et complexes où se déploient non seulement des rapports

---

162. La nosologie est l'étude des caractères distinctifs qui permettent de définir les maladies.  
La nosographie est la classification méthodique des maladies.

de pouvoir, mais aussi des processus de différenciation mis en évidence par des inégalités de santé accusées aux niveaux social et spatial.

Ce chapitre expose d'abord le processus d'implantation de la médecine coloniale pour, ensuite, analyser la manière dont les autorités coloniales perçoivent la question de la santé maternelle et infantile, la politique mise en œuvre, ses motivations, les moyens déployés pour atteindre les objectifs avant de procéder à un bilan de cette politique.

### *a) L'implantation de la médecine coloniale au Sénégal*

#### *a-1 La médecine coloniale et les services de santé*

Au Sénégal, l'analyse historique des pratiques de la médecine coloniale indique la mise en place de structures sanitaires dès le XIXe siècle. En effet, l'Ordonnance du 17 juillet 1835 et le décret du 14 juillet 1865 avaient déjà organisé le corps des médecins chargé d'assurer les services médicaux de la flotte et des troupes destinées aux expéditions lointaines. En fait, durant toute la période de conquête et d'occupation (1854-1895), l'action sanitaire fut liée aux intérêts de la conquête et à la préservation de l'élément européen. La transformation du ministère de l'Agriculture, du Commerce et de l'Industrie en ministère du Commerce et des Colonies en 1890 aboutit à la création du Service de Santé Colonial. Le décret du 7 janvier 1890 relatif au Corps de Santé des Colonies, en vertu de l'article 5 plaçait l'ensemble des services sanitaires coloniaux sous l'autorité de médecins militaires relevant du Ministère des Colonies.

Il fallut attendre l'année 1892 pour voir le décret du 30 novembre déterminer les bases juridiques relatives à l'exercice de la médecine en métropole et dans les colonies. Le décret précise : « au commencement de l'année judiciaire et dans le mois qui suit la rentrée, les cours d'Appel, en chambre de Conseil, le procureur général entendu désignent, sur les listes de proposition des tribunaux de premières instances du ressort, les docteurs en médecine à qui elles confèrent le titre d'experts devant les

tribunaux. Dans les colonies où il n'y a pas de cours d'Appel, la désignation des experts médecins est faite dans les mêmes formes par le Tribunal supérieur ou le conseil d'Appel »<sup>163</sup>.

Quant à l'exercice de la pharmacie en AOF, il est réglementé par l'arrêt du 25 mai 1905 qui, en son article 1 stipule : « nul ne pourra exercer la profession de pharmacien en AOF, s'il n'est muni de diplôme de pharmacien délivré par le gouvernement français, à la suite d'examen subi devant les Facultés ou Ecoles de l'Etat. Le privilège de vendre des médicaments, reconnu par cet arrêté aux pharmaciens établis en AOF, ne saurait engager la liberté de l'Administration. Dans un délai de huit ans, à compter de la promulgation du présent arrêté, nul ne pourra ouvrir ou acquérir une pharmacie sans être, pourvu de diplôme de pharmacie universitaire de première classe dans les conditions prévues par la loi du 15 avril 1898. Exception est faite pour les docteurs en médecine munis d'un diplôme délivré par le gouvernement français se trouvant dans les conditions prévues à l'article 8 du présent arrêté »<sup>164</sup>.

Le transfert de la législation métropolitaine dans les colonies sans tenir compte des réalités socioculturelles africaines se manifeste par la lutte contre la médecine traditionnelle, les « marabouts, charlatans et guérisseurs » persécutés et souvent obligés de contourner le dispositif officiel en exerçant dans l'illégalité. Une autre conséquence majeure est la concurrence, voire la dualité thérapeutique entre la médecine officielle et la médecine traditionnelle. Un tel conflit retentit jusqu'à présent sur les problèmes sanitaires actuels.

Un dispositif répressif accompagnait l'arsenal réglementaire car l'exercice de la médecine dans les colonies pour les civils est régi par un dispositif contraignant. En effet, tout médecin civil doit disposer de la nationalité française et être titulaire d'un doctorat en médecine et d'un brevet spécial délivrés par les instituts ou facultés métropolitains à l'image de Paris, Bordeaux, Marseille. L'article 2 précise les

---

163. ANS *Bulletin Administratif du Sénégal*, 1904, pp. 553-561.

164. Arrêté réglementant l'exercice de la pharmacie en AOF (*JOAOF*, 1906, 73 : 290 ; *BAS*, 1906, 5 : 487)

modalités d'installation de pharmaciens dans les colonies : « tout pharmacien ou médecin, avant d'ouvrir une officine ou d'entrer en possession d'une officine déjà établie, est tenu d'en faire la déclaration et de produire son diplôme au Lieutenant - Gouverneur de la colonie où il doit exercer, soit directement, soit par l'intermédiaire des maires administrateurs ou commandants de cercles, ainsi qu'au greffe du Tribunal duquel il doit exercer »<sup>165</sup>.

La centralisation des services de santé d'outre-mer remonte au début du XXe siècle. En effet, si, à l'orée du siècle, plus précisément en 1900, le corps de santé des colonies et des pays de protectorat est remplacé par le corps de santé des troupes coloniales, la création de l'Inspection des Services Sanitaires par l'arrêté du 4 novembre 1903 marque la première phase d'organisation de la santé en AOF. En effet, au début du XXe siècle, alors que dans la métropole, la pasteurisation de la société est presque achevée, en AOF, démarre « l'humanisation » des colonies en dépit des « fléaux » tropicaux. Une telle entreprise commande la mise en place d'un environnement favorable à la santé. Le décret du 14 avril 1904 relatif à la protection de la santé en AOF détermine les mesures sanitaires générales ainsi que des mesures ayant trait aux immeubles<sup>166</sup>.

Les mesures sanitaires générales dégagent les précautions nécessaires relatives à la prévention et à l'éradication des maladies transmissibles et les mesures d'isolement obligatoires des malades dans des locaux appropriés après la décision des autorités sanitaires<sup>167</sup>. Quant aux mesures relatives aux immeubles, les autorités municipales (maires) et administratives (administration et commandants de cercle) sont seules habilitées à délivrer les autorisations de construire après vérification de la conformité du projet de construction avec les conditions de salubrité prescrites par les règlements sanitaires. La commission d'hygiène, en ce qui la concerne, pouvait prendre des mesures d'évacuation de tout immeuble jugé insalubre.

---

165. *Ibid.*

166. *Bulletin Administratif du Sénégal*, p. 357 - 364.

167. *Ibid.*

Toutefois, en dépit de ces dispositifs réglementaires, la tâche s'avère ardue face à la virulence des maladies endémiques et épidémiques, l'inexistence d'une véritable assistance médicale organisée, l'insuffisance du personnel et des moyens matériels. Le rapport établi par l'Inspecteur des Services Sanitaires présente un diagnostic sans complaisance de la situation sanitaire en AOF au début du XXe siècle. Les conclusions, présentées au conseil de gouvernement à la fin de l'année 1904, furent adoptées à l'unanimité. C'est sur la base des conclusions du rapport que Roume, Gouverneur général de l'AOF, prend un arrêté en date du 8 février 1905 créant en AOF un service d'Assistance Médicale Indigène (AMI)<sup>168</sup>.

Le cahier des charges du nouvel organisme s'articule autour du traitement des maladies courantes, la vulgarisation de la vaccine et la lutte contre la forte mortalité indigène, notamment celle des enfants. Ainsi, avec la création du service de l'AMI par l'arrêté du 8 février 1905, une nouvelle impulsion fut donnée à la protection maternelle et infantile. Pour faire fonctionner l'AMI, le Gouverneur général fait appel à des médecins des Troupes Coloniales hors – cadres et à des médecins recrutés en France par engagement individuel.

Quatre mois après la mise en place de l'AMI, fut créé le service d'hygiène par l'arrêté du 5 juin 1905 qui l'institua dans chaque ville érigée en commune. Pour les autorités sanitaires de la colonie, l'hygiène constituait la réponse adéquate aux redoutables épidémies qui endeuillaient la colonie et compromettait sérieusement sa mise en valeur. En tournée au Sénégal au début du siècle, la mission médicale chargée d'évaluer l'état sanitaire dans la colonie estime que « C'est par l'hygiène que la race blanche fera véritablement la conquête de la zone tropicale. Qu'importe, en effet la possession de vastes territoires dans les régions où la colonisation est impossible, où l'Européen ne peut ni développer son activité, ni faire souche, où sa santé est toujours précaire et sa vie continuellement menacée ? L'hygiène seule peut rendre le domaine colonial habitable, accessible aux colons, seule, elle peut les mettre à l'abri de

---

168. *Journal Officiel du Sénégal*, Arrêté créant un service d'Assistance médicale indigène en AOF, 1905, p. 84

nombreuses maladies qui les y guettent et les empêchent de donner à leurs installations l'importance qu'elles mériteraient »<sup>169</sup>.

Dans un contexte d'hygiénisme ambiant et face à la volonté affichée de pasteuriser les sociétés coloniales, le colon et les services sanitaires ont une vision et une image négatives de l'Africain, de son mode de vie qui défierait les principes élémentaires d'hygiène. On peut comprendre, dans un tel contexte que la littérature coloniale stigmatise le colonisé assimilé au sauvage ou barbare. Ainsi, le mépris des Africains est perceptible dans le discours brassé et basé sur des certitudes inscrites. En effet, pour le colon, « le manque absolu d'hygiène commun à tous les Noirs constitue la raison la plus sérieuse de la mortalité ; les noirs ignorent généralement ou pratiquent peu la propreté du corps et surtout celle de l'habitation. Si l'indigène vit au dehors pendant la journée et s'il est rare qu'il se surmène, il est par contre fréquent que cinq ou six personnes passent la nuit dans des pièces dont le cube d'air est à peine suffisant pour un seul individu. Ces chambres sont, de plus, aussi exactement calfeutrées qu'il est possible ; les expectorations de locataires, lancées sur les murs se dessèchent et polluent bientôt l'atmosphère de leurs poussières. C'est certainement là qu'il faut chercher une des causes principales de la propagation de la tuberculose, maladie très fréquente chez les noirs »<sup>170</sup>.

En 1909, l'Inspection des Services Sanitaires et Civils, créé en 1908 pour la prise en charge de l'AMI, des épidémies et de la vaccine, voit ses attributs s'élargir à l'hygiène et à la salubrité avant de prendre le titre d'Inspection des Services Sanitaires et Médicaux en 1913.

La première guerre mondiale eut des répercussions fâcheuses sur le fonctionnement des services sanitaires du fait des restrictions budgétaires et de la mobilisation du personnel. Après la Grande Guerre, l'œuvre sanitaire reçut une nouvelle impulsion avec la création en 1918 à Dakar, d'une école de Médecine dont la vocation première

---

169. ANS H48, Mission sanitaire au Sénégal. Rapport partiel, février - mars 1901, p. 1

170. ANS H 19 Comité supérieur et services municipaux d'hygiène.

fut d'offrir un cadre à l'instruction des médecins, pharmaciens, infirmiers et sages-femmes africains destinés à servir comme auxiliaires dans le cadre de l'AMI en AOF.

La décennie 1930-1940 inaugure une nouvelle phase avec la mise en place d'une médecine de masse à côté de la médecine individuelle et curative. Cette période voit la création du Service Général Autonome de Prophylaxie et de Traitement de la Maladie du Sommeil (SGAMS) par l'arrêté général du 30 janvier 1939.

La deuxième guerre mondiale voit la réorganisation, le 18 juillet 1942, des services de santé de l'AOF désormais centralisés à Dakar ainsi que la dissolution de l'Inspection Générale des Services Sanitaires Médicaux - dont les statuts n'étaient plus en phase avec les réalités de la guerre - transformée en Direction Générale de la Santé Publique. La même année, fut créé l'Inspection Médicale des Ecoles. Toutefois, la mise en pratique fut grandement compromise par l'état de guerre. Avant même que ne s'acheva le second conflit mondial, le SGAMS devient polyvalent suite aux recommandations de la Conférence de Brazzaville avant d'être transformé en 1945 en Service Général Autonome d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP). Ce nouveau service, qui étend sa couverture sur les deux fédérations (AOF et AEF), voit ses domaines de compétence, outre la maladie du sommeil, s'élargir à la lèpre, aux tréponématoses ainsi qu'à l'immunisation de masse (vaccinations anti-varioliques et anti-amariles).

Au lendemain du second conflit mondial, la santé devient une source et un enjeu des légitimités coloniales. Dans ce contexte, les priorités sanitaires se recentrent sur la santé maternelle et infantile (vaccinations de masse, lutte contre la malnutrition et les maladies infantiles notamment la rougeole et la coqueluche) sous la pression d'une opinion internationale sensible au sort des populations des colonies et remettant systématiquement en cause la politique coloniale en matière de santé infantile. Durant cette période, une impulsion fut donnée à la recherche, avec la création de structures telles que la Mission Anthropologique en 1945 remplacée en 1952 par l'ORANA. Quant à la lutte contre les grandes endémies, elle se renforce avec la mise en place, le 26 décembre 1957, de l'Organisation Commune de lutte contre les Grandes Endémies

(OCCGE) qui se substitue, dans un contexte de morcellement territorial consécutif à la loi-cadre de 1956, au SGHMP.

Les institutions sanitaires, fortement centralisées dès le début du XXe siècle, sont placées sous la direction des hautes autorités administratives et sanitaires constituées par le gouverneur et le directeur de la santé. Le gouverneur de la colonie, chef suprême des services médicaux, est chargé de la vérification du fonctionnement technique et du contrôle de l'action du directeur de la santé qui centralise le service administratif. A côté des hautes autorités administratives et sanitaires, se trouvent des organes consultatifs concourant à l'exécution du service de santé. On peut citer parmi ceux-ci le conseil de santé qui est consulté sur les problèmes ayant trait à l'hygiène de la colonie, aux troupes, casernements, hôpitaux et annexes. Le décret du 31 mars 1897 prévoit la création de conseils de santé portuaires. Les membres du conseil de santé, composés d'administratifs, de militaires, de scientifiques sont nommés pour un an.

Les commissions sanitaires sont chargées de la surveillance de l'hygiène et de la police sanitaire, du règlement des congés de convalescence et du contrôle de la médecine<sup>171</sup>. Structures de contrôle en charge de l'exécution des règlements généraux relatifs à la politique sanitaire, les commissions de santé s'occupent de la protection de la colonie de l'importation des maladies épidémiques.

Les conseils d'hygiène publique et de salubrité examinent certaines questions relatives à l'hygiène publique : assainissements des localités et habitations, salubrité des établissements publics, mesures préventives et de lutte contre les maladies.

Ces structures, coiffées par le gouverneur et le directeur de la santé, sont chargées de l'application des mesures sanitaires. Toutefois, faute de moyens et confrontées à des contraintes multiples, ces structures, souvent lourdes et bureaucratiques, se révélèrent la plupart du temps inefficaces quant à la mise en

---

171. IMTSSA, Dossier 301 Protection maternelle et infantile, Médecin Général Sanner, Directeur de la Santé Publique « L'organisation de la santé publique et la protection de l'Enfance en AOF », Dakar, Semaine de l'Enfance, 5 mai 1954, p. 9

application des mesures sanitaires étrangères à des sociétés largement travaillées par leurs propres réalités socio culturelles.

Les infrastructures, qui recoupaient au début les préoccupations de l'action médicale centrée sur la médecine individuelle de soins, la préservation de la santé de l'élément militaire et des agents des services coloniaux, sont d'abord implantées dans le « Sénégal utile » c'est-à-dire l'espace mis en valeur. Elles sont composées par les hôpitaux maritimes militaires à Saint-Louis et Gorée destinés à l'origine aux officiers de la Marine et aux troupes. A ces hôpitaux maritimes militaires, s'ajoutent les infirmeries et camps de dissémination qui constituent plus des lieux d'isolement des troupes en cas d'alerte épidémique que de structures sanitaires véritables.

S'y ajoute les postes de santé longeant la côte et le fleuve Sénégal jusqu'à Médine. La création de postes militaires ou garnison s'est accompagnée de la mise en place de postes médicaux placés sous la direction de médecins militaires. Les soins dispensés dans les garnisons, à l'origine destinés aux troupes, s'ouvrent, au fil du temps, aux populations africaines, notamment celles jouxtant les infrastructures sanitaires. Toutefois, la garnison, symbole de la présence militaire, de « l'ordre », de la conquête et de la pacification, espace de répression, pouvait constituer une entrave, voire une barrière difficile à franchir pour les populations africaines jugées souvent réticentes par les rapports officiels.

Au total, les infrastructures sanitaires, d'abord militaires et circonscrites dans le « Sénégal utile », s'élargissent avec des hôpitaux civils ou locaux à Saint-Louis et à Gorée qui, progressivement, s'adonnent à une œuvre d'assistance publique.

### **a-2** *Analyse de la médecine coloniale : processus d'implantation, discours et réalités*

L'analyse du processus d'implantation de la médecine coloniale en Afrique autorise à penser que celle-ci fut largement tributaire de l'installation européenne sur le continent africain. Il est admis que la médecine fut un pilier majeur du processus de colonisation. Aussi bien durant les phases de conquête et de pacification que de mise

en valeur, le rôle du médecin colonial s'est fait ressentir. Avec la conquête, les autorités françaises se rendirent compte de l'importance stratégique de la connaissance profonde de la médecine tropicale, notamment après les désastres du corps expéditionnaire de Madagascar en 1895 et celui de Saint Domingue avec le général Leclerc<sup>172</sup>.

En effet, toutes ces expéditions furent arrêtées par le paludisme et la fièvre jaune. Aussi, l'importance du médecin, plus particulièrement de la connaissance de la pathologie exotique dans la colonisation firent-ils dire à Lyautey que « sous les Tropiques, un médecin vaut un bataillon »<sup>173</sup>. Pendant la conquête et l'engagement des troupes dans les opérations militaires, s'imposait non seulement la connaissance de la pathologie exotique, mais aussi de la chirurgie, surtout celle de guerre qui impliquait la réduction des fractures, l'extraction des corps étrangers, l'arrêt des hémorragies ainsi que la pratique des amputations de nécessité<sup>174</sup>.

#### *a-2-1 Analyse du processus d'implantation de la médecine coloniale*

D'une manière générale, trois étapes ont rythmé la constitution du Service de Santé Outre-Mer<sup>175</sup>. Dans la première, qui couvre, pour l'essentiel le XIXe siècle, et qu'on pourrait dénommer « la stratégie primitive », il s'agissait d'abord, dans l'optique du pouvoir colonial, de faire face à une situation d'urgence du fait de l'ampleur des problèmes sanitaires. Aussi, fallait-il contenir, à défaut de les éradiquer, les maladies pestilentielles (peste, choléra, variole, fièvre jaune). Cette période est marquée par la mise en place d'une infrastructure embryonnaire (ambulance, infirmerie, postes de santé) pour répondre aux besoins de la population européenne expatriée et des troupes en ce domaine. Cette période est marquée par le contraste entre le niveau des connaissances et savoirs médicaux et l'ampleur des besoins dans une phase d'exploration et d'explosion de crises sanitaires.

---

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

173. *Ibid.*

174. Roques J, « Histoire de la chirurgie », *Médecine Tropicale* No 2,1942, pp.169 -172, p.169.

175. IMTSSA, Dossier 312 : Santé publique et nutrition. Rapport Santé Publique et nutrition en Afrique au Sud du Sahara, p. 2.

La deuxième étape (1905-1925) est axée sur la lutte contre les maladies endémiques (paludisme, lèpre, trypanosomiase, tréponématoses) qui, à coups redoublés, affectaient les composantes démographiques de la colonie. Le perfectionnement des infrastructures hospitalières et sanitaires, la formation du personnel médical et sanitaire local (médecins, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes) constituent des repères importants qui rythmèrent la seconde phase inaugurée par la mise en place de l'AMI. L'arrêté du 8 février 1905 instituant l'AMI chargée, entre autres prérogatives, de lutter contre la morbidité et la mortalité infantiles représente une nouvelle orientation qui, bien que timide, impliquait une prise en compte progressive de la santé infantile. Toutefois, les objectifs de l'AMI furent grandement compromis par le manque de moyens et la Grande Guerre.

Pour le pouvoir colonial, il s'agit de promouvoir la gratuité des soins, d'augmenter le bien-être des populations indigènes, d'augmenter les effectifs du personnel médical (médecins et aides médecins), de promouvoir la vaccine, de lutter contre les maladies vénériennes (syphilis) et épidémiques, l'alcoolisme et la mortalité infantile<sup>176</sup>. Les principales activités du service de l'AMI en AOF s'articulent autour de consultations gratuites, de la distribution de médicaments et de pansements dans les communes, escales et chefs-lieux de cercles.

La gratuité des soins proclamée par l'AMI devrait être bien relativisée au regard de la taxe aux taux assez dissuasifs pour les populations africaines. En dépit de la gratuité des soins proclamée par l'AMI, force est de reconnaître que dans les faits, cette profession rompait avec la réalité. En effet, l'institutionnalisation d'une taxe d'hygiène et d'AMI remettait grandement en question la gratuité proclamée des soins. A partir de 1930, la taxe d'hygiène annuelle était fixée à 10 F alors que la contribution personnelle d'AMI variait de 4 à 8 F en fonction des zones.

---

176. *Journal Officiel de l'A.O.F.*, 1905, p. 84

**Tableau 68** : Taux de la taxe de l'AMI de 1933 à 1939

Cercles	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939
Podor	3 Frs	3 Frs	3 Frs	4 Frs	7 Frs	7 Frs	7 Frs
Matam	3 Frs	3 Frs	3 Frs	4 Frs	7 Frs	7 Frs	7 Frs
Bakel	3 Frs	3 Frs	3 Frs	4 Frs	7 Frs	7 Frs	7 Frs
Bas Sénégal	3 Frs	3 Frs	3 Frs	4 Frs	7 Frs	7 Frs	7 Frs
Louga	4 Frs	4 Frs	4 Frs	5 Frs	8 Frs	8 Frs	8 Frs
Thiès	4 Frs	4 Frs	4 Frs	5 Frs	8 Frs	8 Frs	8 Frs
Sine Saloum	4 Frs	4 Frs	4 Frs	5 Frs	8 Frs	8 Frs	8 Frs
Tamba	3 Frs	3 Frs	3 Frs	4 Frs	7 Frs	7 Frs	7 Frs
Kédougou	2 Frs	2 Frs	2 Frs	3 Frs	5 Frs	5 Frs	5 Frs
Ziguinchor	4 Frs	4 Frs	4 Frs	5 Frs	8 Frs	8 Frs	8 Frs
Bignona	4 Frs	4 Frs	4 Frs	5 Frs	8 Frs	8 Frs	8 Frs
Sédhiou	4 Frs	4 Frs	4 Frs	5 Frs	8 Frs	8 Frs	8 Frs

*Source* : Touré A, 1991, p. 200

En six ans, de 1933 à 1939, la taxe d'AMI a doublé sur l'ensemble du territoire. Elle passe de 3 F à 7 F dans les régions septentrionales (Podor, Matam) et orientales (Bakel, Tamba) alors qu'au centre (Thiès, Louga, Sine Saloum), elle varie de 4 F à 8 F.

**Tableau 69** : Montant de la taxe d'AMI de 1930 à 1938 (en Frs).

Années	Prévisions	Recouvrement
1930	4 400 000	4 571 055
1931	4 445 000	4 481 758
1932	4 500 000	4 074 763
1933	4 575 000	4 662 681
1934	4 630 000	4 271 787
1935	4 540 000	4 350 432
1936	5 257 200	5 788 454
1937	7 850 200	8 706 628
1938	8 700 000	9 040 527

*Source* : Touré A, op cit, p. 202.

Pour l'essentiel, le taux de recouvrement dépasse, hormis les années 1932, 1934 et 1935 les prévisions. Même au plus profond de la crise économique des années 1930, lorsque le paysannat sénégalais est frappé de plein fouet par la chute des cours de l'arachide, le taux de recouvrement a dépassé 90%. Ces « performances » s'expliquent par les méthodes dissuasives utilisées pour recouvrer la taxe d'AMI (amendes, confiscations, humiliations, etc.).

Si, durant ces deux premières phases de la stratégie primitive, la médecine coloniale est axée pour l'essentiel sur une médecine de soins, individuelle et curative, dès le début des années 1920, s'amorce une troisième étape qui mit l'accent sur les problèmes sociaux. Cette médecine préventive et sociale, sans pour autant occulter les problèmes antérieurs, s'oriente davantage vers les maladies dites sociales, notamment la tuberculose, l'alcoolisme, la malnutrition ainsi que la protection des groupes vulnérables tels que les femmes, les enfants et les travailleurs<sup>177</sup>. L'orientation des services médicaux vers le social à partir des années 1920 est dictée par la volonté

---

177. IMTSSA, Dossier 312 : Santé publique et nutrition. Rapport Santé Publique et nutrition en Afrique au Sud du Sahara, p.4.

affichée des autorités coloniales de promouvoir la protection sanitaire des Africains aux fins de rentabiliser les colonies. La médecine de masse marquée par une action médicale mobile dépasse la médecine hospitalière statique caractéristique des deux premières étapes de l'implantation de la médecine coloniale.

Les principes à la base de la médecine mobile ont été élaborés par Eugène Jamot à partir d'études menées sur la trypanosomiase en Oubangui-Chari. Dans ses cinq principes de base de la doctrine, Jamot soutient que :

« 1- Dans les territoires où la densité médicale est faible, les distances considérables, la population dispersée, on ne peut atteindre aucun résultat appréciable d'une médecine statique.

2- Aucun renseignement précis sur le taux d'endémicité ne peut être escompté de l'examen pratiqué dans les formations fixes, seules des enquêtes portant sur des tranches entières de population sont susceptibles d'apporter à cet égard des renseignements exploitables.

3- Condition nécessaire du succès, renseignement complet et pourcentage de présence élevé des populations.

4- Parmi les moyens de lutte possibles, on choisira ceux dont l'efficacité est établie et qui se prête à une exploitation sur une large échelle.

5- L'instrument de lutte sera un service spécialisé permettant de réaliser en milieu rural à l'aide d'équipes mobiles, une prophylaxie de masse»<sup>178</sup>.

C'est d'ailleurs sur la base de ces principes que fut conçue une structure polyvalente chargée des grandes endémies : le Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie. Erigé sur les cendres du SGAMS chargée de la lutte antitrypanique à la Conférence de Brazzaville de 1944, le S.G.H.M.P., polyvalent l'année suivante, va couvrir les deux fédérations (AOF, AEF). Les principes qui fondent la doctrine du S.G.H.M.P. reposent sur la médecine de masse, préventive et itinérante, orientée surtout vers le monde rural (« brousse »). La médecine mobile et foraine, déployée par

---

178. IMTSSA, Dossier 312 : Santé publique et nutrition. Rapport Santé Publique et nutrition en Afrique au Sud du Sahara, p.4.

le SGHMP, « l'assistance médicale en profondeur » dans le but d'atteindre les populations des zones les plus reculées, est basée sur les consultations de la population en dehors des postes fixes<sup>179</sup>. A l'opposé de la médecine curative, individuelle dispensée au niveau des structures sanitaires fixes, la médecine de masse vise à éradiquer les endémies meurtrières diffuses à travers de vastes contrées.

Pour atteindre ces objectifs, le S.G.H.M.P. procède à l'immunisation de masse systématique pour réprimer les pathologies les plus meurtrières (fièvre jaune, variole, maladie du sommeil, tréponématoses, trachome, lèpre, paludisme). Ses activités s'articulent autour du dépistage et du traitement prolongé des patients, la prévention, l'immunisation et la lodominisation des masses. Au premier secteur érigé à Podor en 1949, s'ajoutent progressivement ceux de Mbour, Sédhiou, Kolda et le secteur annexe de Kédougou. En 1956, 5 686 383 d'Africains ont été visités par le S.G.H.M.P.<sup>180</sup>.

La cohabitation entre les médecins des circonscriptions et subdivisions et ceux du SGHMP n'ont pas été toujours faciles compte tenu des «cloisons... assez étanches»<sup>181</sup>. La doctrine du morcellement et du cloisonnement des différents services de santé a suscité un vif débat vers la fin des années 1950. En effet, la conception « d'Etats dans l'Etat » théorisée et recevable à l'époque où Jamot lançait le SGAMS pour la lutte contre la maladie du sommeil, ne semble plus de mise au moment où les institutions internationales des plus avisées telles que l'OMS prônent la centralisation des structures sous une direction unique<sup>182</sup>. A la doctrine du morcellement des services sanitaires en cloisons étanches, devraient succéder, pour l'OMS, une direction unique de coordination des différents services placée sous la tutelle d'un ministère de la Santé.

Après 1960, un grand débat s'est posé autour de l'orientation de la politique sanitaire. Fallait-il mettre en avant la médecine de masse, préventive et sociale au

---

179. Sankalé M, Pène P, *op. cit.*, p. 80.

180. Richet, « Contribution quotidienne des S.G.H.M.P. de l'Afrique Française Noire à l'exercice de la PMI », *Bulletin médical de l'AOF*, numéro spécial, volume 3, Dakar, 1958, p. 32.pp.45-50, p. 46.

181. *Idem*, p. 81.

182. *Idem*, pp 5-6.

détriment de la médecine individuelle et curative ? Devrait –on, au contraire, privilégier la médecine individuelle et curative ? En définitive, l’option semble privilégier la cohabitation de la médecine individuelle et curative aux côtés de la médecine de masse. Les deux doctrines, en principe, devraient être complémentaires au lieu de s’exclure l’une l’autre<sup>183</sup>.

### *a-2-2 De la médecine coloniale : des discours et mythes aux réalités*

L’implantation de la médecine coloniale en Afrique s’effectua non sans difficultés, avec des avancées, reculs et des vagues hésitations, sous un terreau d’obstacles et de contraintes à la fois matérielles, pathologiques et sociologiques.

Aux premières étapes, se développa toute une construction d’une Afrique très mortifère, considérée comme le « tombeau de l’homme blanc »<sup>184</sup>. L’imaginaire construit autour des affres du climat, de la virulence de ces « étranges maladies »<sup>185</sup>, a fait naître, chez les expatriés européens, la peur, des craintes et des préjugés sur le continent noir. On pourrait tout de même se demander pourquoi s’aventurer dans un continent aussi mortifère et qui, de surcroît, creuserait leur propre tombe. On peut supposer, à bon droit, que les intérêts économiques, les possibilités d’enrichissement, la volonté de puissance dans un contexte de rivalités coloniales accrues constituent autant d’arguments solides pour justifier la présence européenne « là-bas, sur les rives empestées de l’Atlantique »<sup>186</sup>.

D’ailleurs, à la répulsion du continent noir, allait s’opposer, au fil du temps, un autre regard de l’Europe teinté d’attraction, de fascination et d’exotisme<sup>187</sup>. A la vérité, en fonction des intérêts de l’heure, du contexte et des circonstances, l’image du continent se transforme. Aussi l’Afrique devient-elle l’alliée décisive de la recherche médicale lorsqu’elle est érigée en laboratoire de recherche et d’application. Avec

---

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

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

185. Lapeyssonnie, 1988, *op. cit*, pp.38-67

186. Ibidem.

187. Dozon J-P, *op. cit*, p.136.

l'Afrique, des perspectives intéressantes s'ouvrent dans le champ des possibles. L'avenir de la médecine même et des professionnels de la médecine pourrait se jouer à l'intérieur du continent africain.

En effet, après la formation à la science microbiologique à l'Institut Pasteur, l'étape suivante, pour tout nouvel « initié » pastorien, consistait à l'application, en Afrique, des méthodes acquises relatives aux maladies des pays chauds. Selon Mathis, une fois « le cours et le stage terminés, bien au courant des règles pastorienne de l'observation et de l'expérimentation et en possession d'une bonne technique manuelle sans laquelle on ne peut être qu'un mauvais expérimentateur, le Pastorien n'avait plus que le désir d'aller utiliser dans un laboratoire d'outre – mer les connaissances acquises »<sup>188</sup>. Sous ce registre, l'Afrique devient un enjeu intéressant dans un contexte de concurrence entre puissances européennes. Les ressources scientifiques disponibles (pathologie exotique, biologie végétale et animale) offertes par les périphéries coloniales africaines représentent, à coup sûr, un site pour l'expérimentation et la validation, voire un réinvestissement des découvertes en métropole.

La « domestication » de ces contrées réputées mortifères ouvre des perspectives pour les puissances en concurrence (possibilités de mise en valeur, occupations de vastes espaces), les laboratoires et instituts de recherche. Ainsi, dans une Afrique transformée en laboratoire *in situ*, dans des conditions difficiles, les pasteurs, médecins missionnaires souvent itinérants, aux premières étapes de l'implantation française, n'hésitent pas à « s'installer à l'ombre d'un fromager ou d'un caïcédrat géant, monter une table pour y placer le microscope, les instruments et réactifs nécessaires, rassembler autour de soi, bêtes et gens, dans le brouhaha d'une foule curieuse et jacassante, procéder aux prélèvements de sang et d'humeurs, aux examens et aux inoculations »<sup>189</sup>.

---

188. Mathis C, 1939, *op. cit.*, p. 4.

189. *Idem*, p. 2.

Pour le chercheur déployé sur le terrain pour des prospections et investigations, outre le prestige et la renommée, s'offraient d'intéressantes perspectives de carrière après une riche moisson ou découvertes en dépit de conditions d'expérimentation difficiles, de l'inconfort et les affres du climat. Surtout que « l'espoir de faire une constatation intéressante faisait négliger l'inconfort de l'installation, de la chaleur accablante qui, à l'époque de la sécheresse, brûlait les muqueuses du nez et des lèvres et les faisait saigner. Et quand le soir était venu, apportant un peu de fraîcheur, c'était autour de soi, la ronde infernale de myriades d'insectes ailés, piqueurs et suceurs de sang »<sup>190</sup>.

Espace idéal pour la recherche, les essais et investigations, la mise en application de théories et pratiques médicales<sup>191</sup>, les territoires coloniaux constituent aussi, pour les pastoriens et médecins militaires, une opportunité de carrière professionnelle, de se déployer, de s'affirmer dans un cadre où la concurrence s'avérait moins accusée. D'ailleurs, au fil du temps, les périphéries coloniales purent fournir deux prix Nobel : Alphonse Laveran et Charles Nicolle.

La constitution de la pathologie exotique en tant que discipline dans la médecine renforce le rôle des pastoriens dans les colonies au début du siècle. A partir de 1903, suite à la convention entre le ministère des Colonies et l'Institut Pasteur de Paris, fut ouverte une formation sous la direction de Félix Mesnil, de médecins de Troupes Coloniales à l'étude des protozoaires pathogènes déterminants en pathologie tropicale. Leur implication progressive dans la lutte contre les maladies des pays chauds a certainement accéléré le processus de pacification et de domestication des contrées tropicales africaines car « sans l'application de la méthode pastoriennne et expérimentale à l'étude de la pathologie exotique tropicale, notre Empire colonial n'aurait jamais pu être assaini et d'immenses territoires intertropicaux seraient encore en friches »<sup>192</sup>.

---

190. *Ibid.*

191. Latour B, *Les microbes guerre et paix suivi de Irréductions* (Paris: A-M. Métaillé, 1984).

192. Mathis C, *op. cit.*, p. 4

Dans cette optique, la révolution pasteurienne contribua grandement à la remise en ordre épidémiologique, à la pacification et à « l'humanisation » des périphéries coloniales africaines. A une époque où il fallait « mettre en ordre et discipliner les Tropiques »<sup>193</sup>, la « pasteurisation des colonies »<sup>194</sup> participa non seulement à la protection et à la survie de l'élément européen (colons, armées coloniales), mais aussi à la mise en valeur des espaces coloniaux africains.

Il en est de même quand, au sortir de la Grande Guerre, dans un souci de mise en valeur des colonies compromise par une dénatalité jugée par les autorités coloniales, de plus en plus inquiétante, la santé du « Noir » ravagé par les endémo-épidémies, occupe le devant de la scène. Brusquement, l'Afrique, « tombeau de l'homme blanc » se transforme en « tombeau de l'homme noir » et les périls passent des Européens aux Africains et des puissances européennes au continent noir<sup>195</sup>.

La recherche médicale embryonnaire, les limites dans l'étiologie et l'épidémiologie, la microbiologie et l'entomologie expliquent certainement, d'une part l'impuissance du pouvoir colonial à endiguer les pathologies tropicales et, d'autre part, les confusions au niveau de la symptomatologie. La méconnaissance des maladies tropicales est largement tributaire d'une époque où prédominaient les théories pré-pasteuriennes autour des miasmes, facteurs telluriques et climatiques considérés comme déterminants dans la genèse des pathologies. Le tableau nosologique consistait à « mettre de l'ordre dans le chaos des fièvres des pays chauds »<sup>196</sup>. La nomenclature médicale de l'époque dévoilait des étiquettes confuses : fièvre bilieuse climatique, fièvres rémittentes gastriques ou gastro-bilieuses, fièvres pernicieuses ataviques, fièvres mixtes et proportionnées, etc. On peut deviner, dans un tel contexte, toute la difficulté « à se reconnaître devant une symptomatologie aussi confuse »<sup>197</sup>.

---

193. Voir Bonneuil C, *Mettre en ordre et discipliner les Tropiques : les sciences du végétal dans l'empire français, 1870 - 1940*. Thèse de Doctorat d'Histoire des Sciences, Université Paris VII, 1997.

194. Voir Lachenal G, 2006 *op. cit.*

195. Dozon J-P, *op. cit.*, p.144.

196. Mathis C, *op. cit.*, p.8.

197. *Ibidem.*

L'œuvre sanitaire fut un élément essentiel de l'entreprise coloniale. Il s'agissait, pour le pouvoir colonial, de promouvoir une action sanitaire attractive susceptible de transformer les mœurs et mentalités africaines et, ce faisant, créer les conditions de l'adhésion des colonisés<sup>198</sup>. L'œuvre sanitaire, tout comme l'école coloniale, sont souvent brandies par le pouvoir colonial pour justifier les bienfaits et résultats positifs indéniables de la colonisation française en Afrique.

Ainsi, s'inscrivant dans une perspective triomphaliste, Bernard Chenot, ministre de la Santé Publique de la République Française, présente le bilan élogieux de l'action sanitaire coloniale :

« Quand on jette un regard sur l'action accomplie depuis le début du siècle dans les pays d'Outre-Mer, comment ne point reconnaître la primauté constante conférée à l'œuvre sanitaire ? Un fait demeure : l'œuvre sanitaire réalisée dans les pays d'Outre-Mer, si elle a connu jusqu'ici des limitations dans ses moyens d'actions, s'avère en définitive grandiose dans ses résultats...La courbe des consultations n'a cessé de monter durant les trente dernières années, passant de 6 millions en 1939 à 29 millions en 1939 et à 77 millions en 1958...Elle a pour support un ensemble de 3000 postes sanitaires fixes répartis dans 41 hôpitaux, 593 centres médicaux, 2000 centres ruraux , 307 formations privées, plus de 60 maternités sans parler des établissements spéciaux et du travail gigantesque assuré par les équipes mobiles...Les programmes d'équipement de 1946 ont permis des réalisations spectaculaires (constructions d'hôpitaux, postes et centres de santé). Ces constructions demeureront comme de grands exemples et s'il fallait aujourd'hui dresser le bilan des réalisations sanitaires plantées dans l'ensemble des territoires africains depuis la guerre, on évoquerait un réseau impressionnant...Certaines épidémies n'évoquent que des souvenirs appartenant au passé »<sup>199</sup>.

---

198. Dozon J-P, « D'un tombeau l'autre », Cahiers d'Etudes Africaines XXXI (1-2), 121-122, 1991, pp.135-158, p.143.

199. *La communauté médicale d'expression française en Afrique noire et à Madagascar*. Présentation par Bernard Chenot, ministre de la Santé Publique de la République Française, pp. 7- 8

Un tel tableau élogieux, peint par un regard triomphaliste, nécessite une analyse plus raffinée. Il faudrait souligner d'abord que l'implantation de la médecine coloniale s'est accompagnée d'une « technologie de la santé » et d'une machinerie administrative (passeports sanitaires, carnets de vaccination, lois, décrets, arrêtés, tournées et expéditions de la santé, etc.) qui ont durement soumis les indigènes aux examens de dépistage, recensements épidémiologiques et à l'administration de traitements souvent imposés. Il est évident aussi que la mise en place des structures et politiques sanitaires participa grandement à la gestion administrative des colonies grâce à une « ingénierie sociale »<sup>200</sup> révélatrice d'une connexion de l'œuvre sanitaire au projet colonial. On est ainsi conduit à ne jamais isoler l'œuvre sanitaire du projet colonial. On peut comprendre, dans un tel contexte que les recensements épidémiologiques, les vaccinations, la « technologie de la santé » aient contribué au fichage, à la localisation des colonisés dans l'espace, au recensement et au recouvrement des impôts.

En tant que « savoir - pouvoir »<sup>201</sup>, la médecine en contexte colonial joua activement sa partition dans l'administration des territoires coloniaux. Pouvoir d'Etat, elle fut, à travers les campagnes de masse, un indicateur de la mainmise administrative sur les populations africaines ainsi qu'une mesure d'adhésion des Africains à la politique coloniale. Pilier stratégique du contrôle social, la médecine, en contexte colonial participa aussi, à travers ses campagnes de masse, à la gestion autoritaire, voire « totalitaire » des Africains. Sous ce registre, la médecine coloniale, par sa structure, son fonctionnement militaro – étatique, représente, dans certains cas, une entreprise dont l'objectif s'articule autour du contrôle des populations africaines.

---

200. Pour plus de détails, voir l'ouvrage de Lyons M, *The colonial disease : a social history of sleeping sickness in Northern Zaire, 1900-1940*, New York, Cambridge University Press, 1992

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

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

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

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

Pendant la période coloniale, les savoirs médicaux, à travers la médecine et l'hygiène contribuèrent à la hiérarchisation des « races », à la « racialisation » de l'espace géographique, notamment dans certaines villes coloniales. Que l'on songe à la ségrégation urbaine à Dakar dont la conception, la mise en pratique et la justification convoquèrent des arguments sanitaires et hygiéniques. La peste, évoquée par les autorités sanitaires et politiques ne fut qu'un prétexte pour justifier un fait déjà accompli<sup>202</sup>.

**Planche 1** : Rassemblement de populations



---

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

*Source* : ASNOM

**Planche 2** : Consultation dans un dispensaire



*Source* : ASNOM

**Planche3** : Vaccination par un infirmier



*Source* : ASNOM

Ces images appellent quelques commentaires. Elles mettent en évidence l'image et la perception de l'Africain. Pour le colon, les Africains, assimilés à une foule compacte, sont regroupés sous le soleil et les intempéries sans tenir compte des réalités de sociétés souvent hiérarchisées, compartimentées en classes d'âge et travaillées par le genre. Ainsi, hommes, femmes, personnes âgées, enfants sont « mélangés » dans des conditions arbitraires pouvant défier les principes élémentaires des droits humains. Les patients, venus pour la consultation dans le dispensaire sont exposés à l'air libre en dehors de la salle d'attente et de la véranda pourtant libre. De telles pratiques signalent l'ignorance des sociétés africaines où la maladie, perçue comme le signe du mal, de la vulnérabilité devant l'ennemi et les forces occultes, est souvent gérée dans la discrétion.

D'autre part, il est prouvé que la politique des pouvoirs coloniaux, outre la déstructuration des systèmes thérapeutiques autochtones, provoqua des bouleversements épidémiologiques - crises sanitaires accusées et épidémies meurtrières - qui se traduisent par une mortalité élevée<sup>203</sup>. D'ailleurs, la phase d'implantation de la colonisation, souvent perçue comme le « temps de la mort », du « suicide collectif » et de la « décrue démographique » est marquée par des crises sanitaires et alimentaires spectaculaires<sup>204</sup>. A l'origine des crises sanitaires, les progrès des échanges (routes, chemins de fer) qui, à coup sûr, favorisèrent l'éclosion et la diffusion au galop de pathologies qui, jusqu'ici, évoluaient en vase clos.

L'on ne saurait occulter le travail forcé, les migrations volontaires et involontaires, l'alcoolisme, autant de facteurs qui créèrent les conditions d'une poussée des maladies endémiques (variole, lèpre, maladie du sommeil) et des pathologies vénériennes à l'origine d'une stérilité. Inscrivons, au registre de cette période considérée comme celle du « suicide collectif », les crises alimentaires liées à l'essor des cultures commerciales, au recul des cultures vivrières et à une fragilité

---

203. MBoboko E, 1984 *op. cit.*, p. 154.

204. Curtin P, et alii *African History*, Londres, Longmann, 1978, pp.552 -555

biologique qui ouvre la porte aux endémo épidémies meurtrières (malaria, tuberculose, etc.).

Avec un tel tableau, on est conduit à reconsidérer la vision apologique, voire manichéenne consistant à réduire la période précoloniale africaine à un désastre épidémiologique, à la mort, à un chaos auquel la médecine coloniale apporta l'ordre, le progrès grâce à la maîtrise, voire l'éradication des crises pathologiques spectaculaires<sup>205</sup>.

Par ailleurs l'analyse de la carte sanitaire indique de grandes disparités géographiques. Ainsi, le monde rural, est marqué par une grande insuffisance des équipements sanitaires implantés pour l'essentiel en milieu urbain, un déficit accusé de personnel médical. En milieu rural, la densité médicale moyenne en 1954 s'élève à 1 médecin pour 60000 hts. Les 27 docteurs en médecine et les 26 médecins africains en service au Sénégal en 1954 exercent pour l'essentiel en milieu urbain. La même année Dakar comptait 83 médecins fonctionnaires auxquels s'ajoute une trentaine de médecins privés<sup>206</sup>.

En outre, l'incohérence du système de santé colonial, notamment la législation sanitaire fut même soulignée par les autorités sanitaires de la colonie. En effet, affirme le Directeur de la Santé Publique la législation sanitaire « n'est pas une œuvre cohérente, conçue avec une logique rigoureuse, mais un kaléidoscope de textes résultant de circonstances qui ont laissé subsister, même après leur disparition, des habitudes administratives... Il constitue un assemblage hétéroclite. »<sup>207</sup>.

L'implication de divers ministères dans l'application de la législation sanitaire, les conflits de compétence entre la multitude de structures s'occupant des questions sanitaires constituent une des failles du système<sup>208</sup>. Ainsi, environ une

---

205. MBoboko 1984E, *op. cit.*, p.157.

206. Sankalé M, Pène P, *op. cit.*, p 83.

207. IMTSSA, Dossier 301 Protection maternelle et infantile, Médecin Général Sanner, Directeur de la Santé Publique « L'organisation de la santé publique et la protection de l'Enfance en AOF », Dakar, Semaine de l'Enfance, 5 mai 1954, p. 7.

208. *Ibidem*

quinzaine de directions coiffées par plus d'une dizaine de ministères interviennent dans les questions sanitaires<sup>209</sup>.

On peut admettre, par ailleurs que dans bien des cas, l'histoire de la santé publique dans les colonies est plus le reflet de la conjoncture qu'une politique réelle avec une vision prospective ; elle procède par crises, par successions d'à-coups. L'Etat colonial procède souvent par bricolage et colmatage de brèches. Les logiques décisionnelles, qui résultent le plus souvent de crises sanitaires, politiques ou économiques rompent avec une politique d'anticipation, une approche prospective.

Evidemment, le rôle et l'impact de l'œuvre sanitaire coloniale dans l'amélioration des conditions de vie des Africains sont incontestables. On ne saurait nier par exemple les campagnes d'immunisation de masse qui permirent de contenir certaines endémo épidémies, voire même d'éradiquer de virulentes épidémies (peste, variole, etc.). Dans ce contexte, les résultats sont perceptibles au regard du recul de la morbidité et de la mortalité.

Toutefois les politiques sanitaires des pouvoirs coloniaux révèlent des limites réelles liées, en partie à l'ignorance des réalités socio culturelles, religieuses des collectivités africaines. Que l'on songe à la technologie administrative calquée sur le modèle métropolitain (textes législatifs, règlementaires) souvent en déphasage avec les réalités africaines.

#### ***b) Tendances et trajectoires des politiques de PMI***

Malgré la création de l'AMI par l'arrêté du 8 février 1905 qui conféra au nouvel organisme, entre autres missions la promotion de la protection maternelle et infantile, la prise en compte du couple « mère enfant » par le pouvoir colonial dans la politique sanitaire fut, au Sénégal, relativement récente. En effet, l'analyse des pratiques de la médecine coloniale met en évidence la mise en place, à partir de 1930,

---

209. *Ibidem*

d'une nouvelle politique sanitaire de prévention et d'intervention progressivement orientée vers la médecine de masse<sup>210</sup> ainsi que la prise en compte des jeunes enfants et des mères par les pouvoirs publics dans les priorités médicales (mise en place de services de puériculture, présence d'enfants aux consultations dans les dispensaires de puériculture).

Au lendemain du second conflit mondial et jusqu'à l'indépendance, les priorités sanitaires se recentrent sur la santé de l'enfant et de la mère (vaccinations de masse, lutte contre la rougeole, la malnutrition) sous la pression d'une opinion internationale de plus en plus sensible au sort des populations des colonies (mortalité et morbidité infantiles élevées, ravages de la malnutrition) et remettant en cause la politique coloniale en matière de santé maternelle et infantile.

#### **b – 1. 1905-1925 : Le temps de l'épreuve ou la genèse de la PMI**

La mère et l'enfant jusqu'aux années 1920, ont occupé une place modeste dans la politique sanitaire coloniale même si l'arrêté du 8 février 1905, en créant l'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. A sa création, son fonctionnement était assuré par les médecins des troupes coloniales hors cadre ou par des médecins civils recrutés en France. Sortis des Instituts de médecine coloniale à l'image de ceux de Paris, Bordeaux ou Marseille, les médecins de l'AMI sont placés sous les ordres de l'administrateur de cercle et assurent la gestion des postes de santé créés dans chaque ville ou chef-lieu de circonscription. L'insuffisance de personnel et la réticence des Africains face à la médecine moderne ont nécessité la création du corps des aides médecins africains par l'arrêté du 7 janvier 1906. Axée sur la médecine préventive et curative, l'action de l'AMI embrasse la lutte contre les maladies épidémiques, la propagation de la vaccine et le renforcement de la Protection Maternelle et Infantile.

---

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

Après la seconde guerre mondiale, l'AMI devient l'AMA (Assistance Médicale Africaine).

Après la Grande Guerre et la participation active des Africains à l'effort de guerre, la métropole fut obnubilée par la reconnaissance d'une dette contractée en s'engageant à promouvoir le progrès économique et social. Aussi fallait-il protéger la population africaine contre la ruine, la maladie et la mort par la création de services sanitaires et le renforcement du personnel médical. D'autant plus qu'avec les ravages de la guerre (30.000 noirs de l'AOF moururent pour la France), les poussées épidémiques (peste, méningite, typhus), les famines, la misère et l'apathie physiologiques, le déficit chronique de main d'œuvre, il fallait, sous peine de remettre le projet colonial lui-même en question, « conserver et augmenter le capital humain pour faire fructifier le capital argent »<sup>211</sup>.

C'est dans ce contexte que fut créée le 14/01/1918 l'Ecole de Médecine de Dakar chargée d'assurer la formation d'un personnel médical et paramédical subalterne africain. L'œuvre sanitaire, particulièrement la santé maternelle et infantile, reçut une impulsion après la création de l'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<sup>212</sup>. Lancée avec des sections de médecine et de sages-femmes indigènes, l'école s'attela à la vulgarisation d'actes médicaux simples (visites, vaccinations, établissements de fiches individuelles).

A partir de ce moment, la fille indigène pouvait accéder à la section des sages-femmes et infirmières visiteuses même si son statut restait subalterne dans le corps médical, tous les médecins étant de sexe masculin. En vérité, le projet colonial de rentabilisation des colonies, la nécessité de disposer d'agents intermédiaires subalternes de l'administration, d'ouvriers et de bras solides et vigoureux

---

211. Sarraut A, *La mise en valeur des colonies françaises*, Paris, Payot, 1923, page 95.

212. Ndiaye A, 1997, « La formation du personnel africain de la santé en AOF » in Becker (G) et alii, *op. cit.*, pp1193-1202

marginalisaient à l'avance la fille et la femme indigènes confinées aux tâches des bonnes maîtresses de maisons (gestion de la cuisine, travaux domestiques, etc.).

Le recours à un personnel paramédical féminin était dicté par le refus des femmes indigènes de se faire consulter, notamment les parties intimes par les agents de santé européens. Dans les faits, les résistances face aux visites, à la consultation des parties intimes commandaient l'utilisation de relais locaux. Surtout que le projet de politique démographique (pro-nataliste) dicté par la mise en valeur coloniale impliquait, *a priori*, la gestion des parturientes, des femmes gestantes ou allaitantes aux fins de juguler l'épineux problème de la mortalité maternelle et infantile.

Ce survol historique montre que la prise en compte de la mère et de l'enfant dans la politique sanitaire fut relativement récente au Sénégal. Les épisodes infectieux de la prime enfance (rougeole, coqueluche), la malnutrition maternelle et infantile (anémies, goitre, avitaminoses, etc.), 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.

**b-2.** *Les débuts de la médecine de masse et la politique de régénérescence de la « race noire »*

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<sup>213</sup>, le développement de l'hygiène, la prévention et le contrôle des grandes endémo épidémies<sup>214</sup>, la population infantile n'occupait qu'une place assez modeste dans la politique sanitaire coloniale. C'est d'abord à partir des années 1920, puis vigoureusement dans la décennie 1930

---

213. Diop A, 1997, « Les débuts de l'action sanitaire de la France en AOF : le cas du Sénégal » in Becker C, Mbaye S, Thioub I, *op. cit.*

214. Domergue-Cloarec D, 1997, « La prévention dans la politique sanitaire de l'AOF » in Becker C et alii 1997, pp1228-1240.

que la santé de la mère et de l'enfant fut inscrite parmi les priorités des autorités sanitaires de la colonie.

A la fin des années 1920, l'ébauche d'une nouvelle politique se fit jour. En 1926, les autorités politiques et sanitaires du ministère des Colonies et de l'AOF furent alertées sur les dangers d'une dépopulation – du fait des endémo-endémies – à la suite d'une étude menée par le médecin général inspecteur Alexandre Lasnet. Cette étude inaugure une nouvelle orientation dans les stratégies sanitaires avec la médecine préventive et sociale ou médecine de masse.

La nouvelle politique de régénérescence de la race noire devait faire pièce au « fléau démographique » alimenté par un avortement pathologique, une morbidité et une mortalité maternelle et infantile importantes, autant de facteurs nécessitant 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. Quels sont les objectifs de cette vision politique ? La réponse, nous la tenons du gouverneur général Carde qui exprima clairement l'option en affirmant que : « l'œuvre sanitaire et l'action médicale sont dictées par la nécessité de développer la race en quantité et en qualité »<sup>215</sup>. Aussi, de nombreuses mesures furent-elles prises en faveur de la PMI.

Dès 1928, le docteur J. Legendre attire l'attention des autorités sanitaires de la fédération sur l'importance, pour la démographie, des statistiques qui doivent se fonder sur une base scientifique et ethnique. Pour Legendre, « le principal facteur de la faible natalité en pays noir réside dans la coutume qui limite la nuptialité en condamnant la mère à n'avoir un enfant que tous les trois ans. C'est l'application à la race du système de la jachère déjà usitée par les Noirs en agriculture. D'une haute

---

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

moralité chez l'individu, cette coutume, forme africaine de malthusianisme, est nuisible à la collectivité et à la race »<sup>216</sup>.

A l'initiative du gouverneur général Cardé, plusieurs mesures furent prises dès les années 1920 allant dans le sens du renforcement de la protection de l'enfance et de la mère indigènes. 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'École 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 »<sup>217</sup>.

La prise en charge des matrones dans le schéma de formation initié par les gouverneurs Cardé et Brévié visait à « éviter le danger des manœuvres traditionnelles »<sup>218</sup> 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 ».<sup>219</sup> Pour ce faire, des mesures incitatives furent prises sous la forme d'une prime de rendement calculée en fonction du nombre de nouveau-nés présentés en bon état alors qu'une bonne cicatrisation ombilicale était rétribuée à raison de trois francs par enfant<sup>220</sup>.

Pourtant, ni l'autorisation d'une ligne de crédit par la loi du 23 février 1931 destinée à la réalisation d'un programme spécial de protection sanitaire et démographique (construction d'installations destinées à l'AMI, dotations multiples, hygiène générale, lutte contre les maladies infantiles, assistance à l'enfance indigène),

---

216. Dr. J. Legendre, *op. cit.*, p. 406.

217. ANS 1H102(163).

218. *Idem.*

219. *Idem.*

220. *Idem.*

encore moins la création à Dakar d'un Institut d'Hygiène Sociale (Polyclinique) doté d'un dispensaire de lutte contre la mortalité infantile (consultations de nourrissons et d'enfants) ne purent renverser les fortes tendances révélatrices d'une dégradation des conditions sanitaires de la population infantile, mettant ainsi en évidence un net divorce entre les résultats et les espoirs fondés.

La circulaire du 7 décembre 1934 relative au projet de rédaction d'une charte de l'enfance noire devant prendre en charge la protection prénatale et la préparation à l'entrée dans la vie active se concrétisa par la promulgation du décret du 18 septembre 1935 portant sur la protection de la mère et de l'enfant en AOF. Dans l'optique du pouvoir colonial, il fallait résoudre le sérieux problème de la santé materno-infantile sous peine de compromettre le devenir des colonies menacées par la dénatalité. L'enquête démographique prescrite par la circulaire du 2 août 1938 confirma la précarité sanitaire des populations africaines avec de forts taux de morbidité et de mortalité laminant leur espérance de vie (moins de 1% atteignait l'âge de 65 ans, carences nutritionnelles diverses, 15 à 20% d'avortements, disparition avant l'âge de 15 ans de la moitié des enfants)<sup>221</sup>.

**Tableau 70 :** Enquête démographique de 1938. Modèles de tableaux dressés

**Modèle 1 Type de population (formulaire)**

	Type progressif	Type stationnaire	Type régressif
Enfants de 0 à 15 ans	40%	33%	20%
Adultes de 15 à 45 ans	50%	50%	50%
Au-dessus de 45ans	10%	17%	30%

**Modèle II :** Enquête sur la mortalité infantile (formulaire)

Groupe ethnique :
Nombre de femmes de 45 ans et au-dessus interrogées :
2) Nombre de femmes stériles (stérilité absolue, sans avortements) :
Nombre de femmes non stériles :
3) Total des grossesses (arrivés ou non à terme) :
Avortements :
Mort-nés :

221. ANS 1H25(26) : Instruction sur la lutte contre la malnutrition et la mortalité infantile mise à jour au 1/61940, Gorée, Imprimerie du gouvernement général, p.7.

[Garçons c) Naissances vivantes
[Filles 4) Nombre d'enfants morts au cours de la première année : Nombre d'enfants survivants à l'âge de 15 ans :

Le premier modèle de tableau suggère quelques observations. Les enfants (0 à 15 ans) considérés comme l'avenir démographique de la colonie du fait de leur future capacité productive suivent, d'après le modèle de tableau, des évolutions inverses comparés aux personnes considérées comme âgées (plus de 45 ans) et dont l'impact dans le projet de mise en valeur est de moindre envergure. Quant aux adultes sollicités pour leur capital humain en vue de fructifier le potentiel économique, ils doivent représenter la moitié de la population. Le second modèle cible les facteurs à l'origine de la mortalité infantile. Le contexte est marqué par une crainte pour l'avenir démographique des colonies africaines du fait de la progression constante, d'après plusieurs rapports médicaux, des maladies vénériennes, notamment la syphilis considérée comme un danger social.

Les modèles de tableaux dressés (total des grossesses, avortements, mort-nés, naissances vivantes, nombre de femmes stériles) lors des enquêtes dévoilent les motivations et les préoccupations de l'administration devant la menace de dépopulation. Dès lors, comment déterminer les facteurs du mouvement naturel ? La circulaire précise : « si le type de population n'est pas nettement progressif, les principales causes seront à rechercher et à classer par ordre d'importance pour chaque groupe ethnique : sous-alimentation, endémo épidémies, maladies sociales, manque d'hygiène et surtout mortalité infantile »<sup>222</sup>. Quel procédé utiliser pour atteindre cet objectif ? Le même document officiel dévoile la stratégie et indique plus loin : « par des interrogations de femmes ayant dépassé l'âge de procréation, il est possible d'arriver à connaître assez approximativement les taux de stérilité, de fécondité brute, d'avortements et, par voie de conséquences, leur répercussion sur le mouvement de population »<sup>223</sup>.

222. *Ibid.*

223. *Ibid.*

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<sup>er</sup> juin 1940 qui reconnut tout de même les limites et les carences de la lutte contre la mortalité infantile du fait de la défectuosité et de l'insuffisance des infrastructures (maternités, dispensaires) et de la distance des populations à l'égard de la médecine moderne<sup>224</sup>.

De retour d'une tournée d'inspection en AOF, le directeur du service de santé des colonies insiste sur l'importance qu'il convient d'accorder avant toute mise en valeur aux problèmes démographiques. D'autant plus que le développement de la race noire reste conditionné par une réduction de la morbidité et surtout de la mortalité infantile évaluée à 30 % pour les enfants de moins d'un an<sup>225</sup>. Pour Vichy, les enquêtes démographiques attestent largement que l'accroissement des populations des colonies françaises d'Afrique est grandement entravé par la fréquence des avortements et la mortinatalité à laquelle s'ajoute l'importance de la mortalité infantile. On peut comprendre, dans ce contexte que la protection de l'enfance indigène constitue, pour Vichy, la voie indiquée pour la rentabilisation des colonies.

La politique de régénérescence de la race noire s'inscrit dans les objectifs de l'Alliance Nationale contre la Dépopulation fondée en 1856<sup>226</sup>. L'association, reconnue d'utilité publique, placée depuis 1914 sous le haut patronage de la république française a inscrit dans ses priorités la revitalisation des principes familiaux. Pendant le second conflit mondial, la collaboration de l'Alliance avec les pouvoirs publics se concrétise par l'adoption de textes législatifs et réglementaires pour aider les familles

---

224. ANS 1H25(26).

225. IMTSSA Dossier 301 PMI, Lettre du Directeur du Service de Santé des Colonies Blanchard à M. Le Vice-Amiral Secrétaire d'Etat aux Colonies à Vichy, 10 Avril 1942.

226. IMTSSA Dossier 301 PMI, Lettre du Ministre de la France d'Outre-Mer à MM. Les Gouverneurs généraux, Hauts Commissaires, Gouverneurs et Chefs de Territoires, Chefs de service 20 juillet 1949.

nombreuses et relever la natalité<sup>227</sup>. Le lancement de sa revue *Vitalité française* devait aider à la mise en place de sections locales dans les colonies.

Depuis la Grande Guerre, la « dégénérescence de la race », la hantise de la dépopulation des colonies, le contrôle, voire la promotion de la croissance démographique inondent le « récit social colonial » de l'époque. Ce discours du tuteur moral, au caractère obsessionnel des énoncés renvoie, non seulement à des certitudes inscrites, mais aussi et surtout à une image abstraite<sup>228</sup>.

Dans les sociétés rurales, le clan doit assurer la préservation et la protection de l'enfant contre tout phénomène susceptible de nuire, en premier lieu, la sorcellerie<sup>229</sup>. Ainsi, lorsque les services de PMI et les œuvres caritatives (Croix Rouge, Goutte de Lait, Berceau Africain), parrainées par les autorités coloniales organisent des concours du plus beau bébé, ils ignorent que dans plusieurs sociétés africaines, il faut éviter le mauvais œil, toute parole d'envie telles que les félicitations. Sous ce registre, parler de la beauté de l'enfant ou de sa force pourrait l'exposer à la jalousie, à la sorcellerie et au mauvais sort.

### **b- 3** *L'après-guerre, une période de prise en charge de l'enfance*

Après le second conflit mondial, les principes de générosité et de solidarité issus des enthousiasmes de la Libération furent mis en avant dans le discours des autorités coloniales. Au centre des priorités se trouvaient la mortalité des enfants et celle des adultes. Avant même que ne s'acheva la guerre, certaines autorités insistent sur la nécessité de centrer davantage l'action sanitaire sur la protection de la mère et de l'enfance. Pour le médecin A. Sice, « c'est à l'enfance, à sa sauvegarde, que doit aller la sollicitude du médecin : l'enfant est l'espoir, l'avenir du pays, il assure la relève des

---

227. *Ibid.*

228. Verdes-Leroux J, « Pouvoir et assistance sociale : cinquante ans de service social », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 1976, vol. 2, No 2, pp. 152-172.

229. Gravrand R.P, « Aux sources de la vie humaine d'après les traditions séer du Sine », *Psychopathologie Africaine*. Dakar, Vol.I, No 2, 1965, pp 286-304.

générations qui ont vieilli ; des villages sans enfants sont des villages frappés de mort »<sup>230</sup>.

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 des Africains » qui, jadis assimilées à une déficience d'ordre racial, furent maintenant perçues 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 »<sup>231</sup>.

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 »<sup>232</sup>. 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<sup>233</sup>.

---

230. Sice A, « Rôle social du médecin colonial en Afrique française », *Médecine Tropicale*, No 3, 1944, pp 185-193, p. 189.

231. Palès (L) 1949, *op. cit.*, p 3.

232. *Ibid*

233 Sarraut A, *op. cit.*

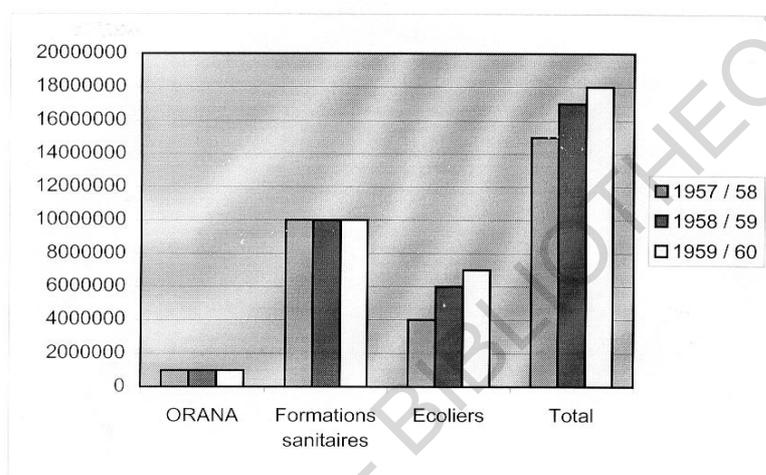
L'importance accrue prise par les questions alimentaires et les incidences socio-économiques de la malnutrition justifiaient la création le 9 juillet 1945 d'une nouvelle structure, l'Organisme d'Enquêtes pour l'Etude Anthropologique des Populations Indigènes de l'AOF (Alimentation Nutrition) plus connue sous le nom de Mission Anthropologique. 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 mise en pratique des recommandations (lutte contre les maladies de carence, sécurité alimentaire des groupes vulnérables), la dissolution de la Mission Anthropologique transformée en ORANA s'accompagnèrent d'un vaste programme de lutte contre la malnutrition et la sous-nutrition dans les groupes vulnérables tels les 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 séances de récupération nutritionnelle préconisées 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 délivrées

**Graphique : 47** : Quantités annuelles de capsules 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)<sup>234</sup>.



Source 1 H 95 (163)

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 est effectuée et des campagnes

234. ANS 1H95 (163)

de vaccination organisées dans les établissements scolaires. Après le second conflit mondial, le renforcement de la protection scolaire se matérialisa par l'ouverture de cantines scolaires, le suivi nutritionnel avec la distribution de capsules vitaminées.

L'assistance des organismes internationaux permit 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 »<sup>235</sup>, 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.

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. Quant à la vaccination du BCG, elle était assurée par les services de maternité pour les nouveaux-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 comme du reste l'illustre le tableau suivant.

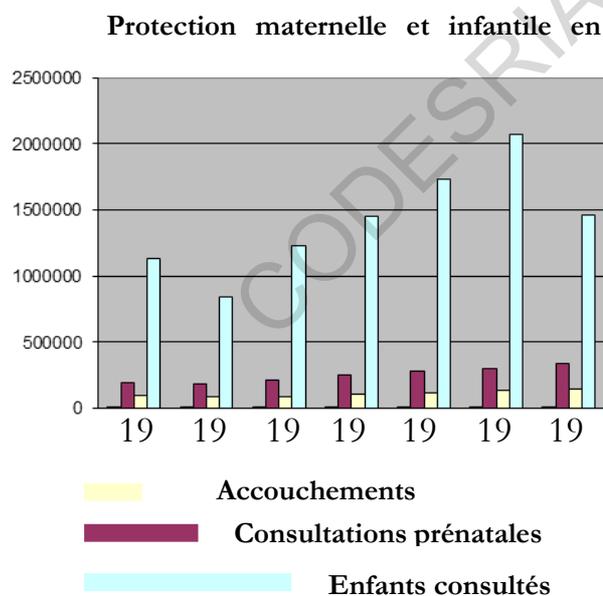
---

235. ANS 1H25(26).

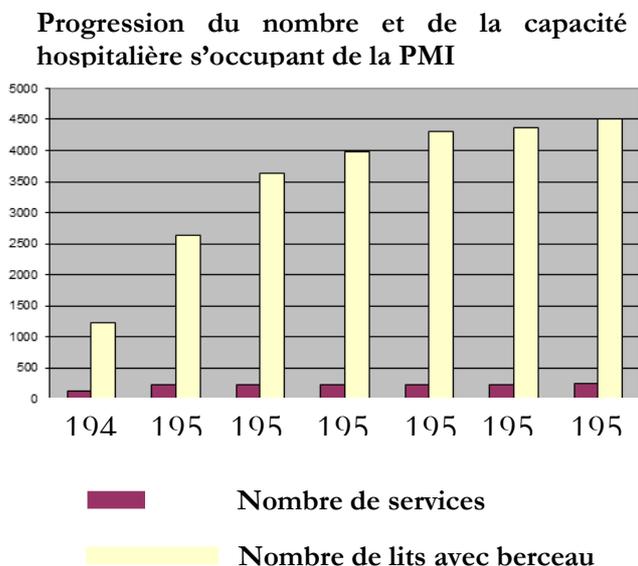
**Tableau 71 : Protection maternelle et infantile en AOF**

Années	Consultations prénatales (mères)	Accouchements	Consultations (enfants 0-5 a)	Nbre de services	Nbre de lits avec berceau
1945	195928	91152	1132114	132	1233
1950	182461	87796	836915	229	2644
1951	2139 53	88153	1231941	22 9	3634
952	2493 78	1003 69	1455975	22 5	3971
953	2815 16	1192 62	1729413	23 2	4301
954	2948 98	1295 04	2066933	23 5	4365
955	3353 25	1437 03	1464319	24 6	4511

**Graphique 48 : PMI en AOF**



**Graphique 49 : PMI en AOF**



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

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 médecine moderne. L'Instruction sur la lutte contre la malnutrition et la mortalité infantile du 1<sup>er</sup> juin 1940 constata la méfiance des populations à la médecine occidentale, notamment des « femmes refusant de se soumettre à des examens spéciaux »<sup>236</sup>.

### *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 fasse 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 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. L'intensification de la PMI, les campagnes massives de vaccination ont contribué, à l'évidence, à diminuer la mortalité infantile au Sénégal.

---

236. ANS 1H 25(26)

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, Ecole de Médecine, organismes internationaux) pour la gestion de certains 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 1600 F/an/habitant. D'Ouest en Est, ce chiffre connaît une évolution négative : 400 F dans la zone arachidière, 160 F/an/habitant dans le Sénégal Oriental, le Ferlo, la Moyenne et Haute Vallée du Sénégal<sup>237</sup>.

## **2. ACTEURS ET STRUCTURES IMPLIQUES DANS LA POLITIQUE DE PMI**

Dans les colonies constituant la fédération de l'AOF, et plus précisément au Sénégal, c'est après la Grande Guerre (1914-1918) que fut institutionnalisée la PMI<sup>238</sup> même si, à l'orée du siècle, l'AMI s'était assignée, outre la promotion de la vaccine, la

---

237. CINAM 1960, *op. cit.*, p 59.

238. Diagne P.E.A, *Les politiques de protection maternelle et infantile au Sénégal de 1905 à 1960*, Mémoire de maîtrise d'histoire, Département d'Histoire, FLSH, UCAD, 2006 -2007.

protection de la mère et de l'enfant indigènes. La mise en œuvre de la politique de PMI impliqua l'implantation d'un dispositif sanitaire basé sur un système hospitalier complété par les dispensaires, maternités, postes de santé et centres de PMI. Le fonctionnement des structures sanitaires impliquées dans la politique de PMI est assuré par un personnel médical (médecins européens et aides-médecins africains) appuyé par des paramédicaux : infirmiers, sages-femmes, infirmières - visiteuses et assistantes sociales.

### **a) La politique de Protection Maternelle et Infantile**

A partir du milieu des années 1920 la protection des enfants et des mères commence à être inscrite parmi les préoccupations des autorités. L'ordonnance du gouverneur général Carde du 15 avril 1926, un des premiers textes administratifs relatifs à la protection de l'enfance indigène constitue une étape décisive dans la création de la PMI en AOF. Le document administratif insiste sur le rôle des sages-femmes qui « doivent aller dans les cases, surveiller la mère et le nourrisson et sur l'utilité de donner aux matrones des notions d'hygiène et de propreté afin d'améliorer leur pratique »<sup>239</sup>.

A l'orée des années 1930, l'ouverture à Dakar de l'Institut d'Hygiène Sociale doté d'un dispensaire de puériculture s'inscrit dans la perspective du renforcement de la médecine de masse où la santé de la mère et de l'enfant figure parmi les priorités. Au niveau réglementaire, la circulaire du 30 mars 1934 expose les mesures administratives, législatives ou d'ordre privé relatives à la protection de l'enfance en AOF. Le document fait état du taux très élevé de la mortalité infantile dans les colonies d'AOF (60 %) et insiste sur l'enseignement, l'éducation et l'organisation de la surveillance sanitaire dans les écoles. Au milieu des années 1930, l'importance du capital humain et la nécessité du renouvellement des générations sont relayées par la presse médicale. En effet, dès cette époque, apparaissent les chroniques documentaires

---

239. IMTSSA Dossier 415 PMI, Protection de l'Enfance et de la Maternité en AOF, p. 4.

sur la protection de l'enfance et de la maternité indigènes dans la revue *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales* puis dans *Médecine Tropicale*.

Pendant le second conflit mondial l'option pro nataliste des autorités de Vichy trouve un puissant signal avec l'Instruction du 20 mai 1940 du gouverneur général relative à la mortalité infantile. Le texte, après avoir reconnu le rôle déterminant des maternités, recommande la généralisation des consultations prénatales et de nourrissons, leur extension à tous les jours de la semaine avant d'insister sur la nécessité d'une formation pratique pour les matrones. Au sortir du second conflit mondial, sous la pression du système des Nations Unies et d'une opinion internationale préoccupée par le sort des populations colonisées, notamment des couches vulnérables (mères, enfants), une vigoureuse impulsion fut donnée à la PMI. Ainsi, l'Ordonnance du 2 septembre 1945, sur la base des articles 146 et 147 du Code de la Santé, institua les centres de PMI<sup>240</sup>.

### **a-1. Buts et tâches de la P.M.I**

#### *a-1-1 Les buts de la PMI*

Le concept de « protection » réfère à un dispositif de prémunition et de prévention contre ce qu'on voudrait éviter. Partant de ce constat, la Protection Maternelle et Infantile peut être définie comme l'ensemble des dispositifs et mesures réglementaires ainsi que des moyens adaptant le système de santé aux objectifs de réduction de la morbidité et de la mortalité de la mère et de l'enfant.

Selon l'OMS, la PMI vise à :

- « 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 ;

- « Faire en sorte que dans toute la mesure du possible, chaque enfant vive et grandisse dans un foyer familial, qu'il se sente aimé et en sécurité dans un cadre sain, qu'il soit nourri convenablement, qu'on veille sur sa santé en lui donnant notamment les soins médicaux nécessaires et qu'on lui inculque les indispensables notions d'hygiène de vie »<sup>241</sup>.

Une telle protection semble validée par la vulnérabilité du couple mère - enfant car si la première est exposée « aux risques particuliers de la grossesse et de l'accouchement »<sup>242</sup>, le second, quant à lui, se trouve confronté aux difficultés inhérentes à la croissance<sup>243</sup>.

La sauvegarde de l'enfant depuis sa conception jusqu'à la puberté, but principal de la PMI est mise en évidence dans cette définition :

« Sauvegarder la santé de la femme 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. ...à faire en 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, qu'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 »<sup>244</sup>.

Point n'est besoin de relever les nombreuses similitudes entre les services de santé généraux et la PMI dans la mesure où, aussi bien les mères que les enfants profitent des mesures d'assainissement, de lutte contre les maladies endémiques et épidémiques et de la mise en place de soins médicaux. Toutefois, les impératifs de la procréation chez la mère, la croissance et le développement chez l'enfant requièrent des besoins et des possibilités particuliers qui appellent une considération spécifique. Toute pathologie au niveau de la femme enceinte retentit non seulement sur sa propre

241 . IMTSSA Dossier 415 PMI OMS, Rapport technique, 115, 1957.

242. Sénécal J., *La place de la Protection Maternelle et Infantile dans la santé publique*, Journées Africaines de Pédiatrie, Dakar, 13-16 avril 1960 p. 81.

243. *Ibid.*

244 . IMTSSA Dossier 415 PMI OMS, Rapport technique, 1957, 115.5

santé, mais aussi sur celle de l'enfant qu'elle porte et sur la société compte tenu des menaces qui pèsent sur ces deux vies.

Les risques inhérents à la grossesse et à la gestation, la vulnérabilité du nourrisson et de l'enfant, les troubles nutritionnels et métaboliques liés à la croissance de l'enfant appellent des mesures préventives et offrent de réelles opportunités éducatives. Le rôle accru de la puériculture s'insère dans le contexte global d'entre-deux-guerres marqué par l'émergence de la santé publique dont les piliers essentiels reposent sur la lutte contre la tuberculose et la protection materno-infantile.

Dans un contexte d'eugénisme social, les savoirs médicaux furent mobilisés pour une promotion de la race qui doit être développée aussi bien en quantité qu'en qualité<sup>245</sup>. La santé publique, conçue comme un moyen de reproduction d'une population saine cible la tuberculose et la mortalité materno-infantile. Facteurs d'une forte dénatalité, l'infection bacillaire et la mortalité maternelle et infantile sont désignées comme de redoutables obstacles à la relance démographique<sup>246</sup>. Il s'agissait de « sélectionner la bonne graine » par un « élevage humain », celui des enfants qui devait être organisé et surveillé au plan médical. Sous ce registre, il est hors de doute que derrière les objectifs avoués d'ordre sanitaire, se dévoilent des préoccupations purement démographiques.

Il s'agissait aussi de mettre en place un dispositif préventif basé sur l'extension des pouvoirs du corps médical désormais chargé de « civiliser », en métropole, les familles des classes ouvrières<sup>247</sup> et, dans les colonies, les populations indigènes. Dans les colonies, le schéma fut transplanté dans un contexte de rentabilisation des ressources et de mobilisation des Africains.

### ***a-1-2 Tâches de la PMI***

---

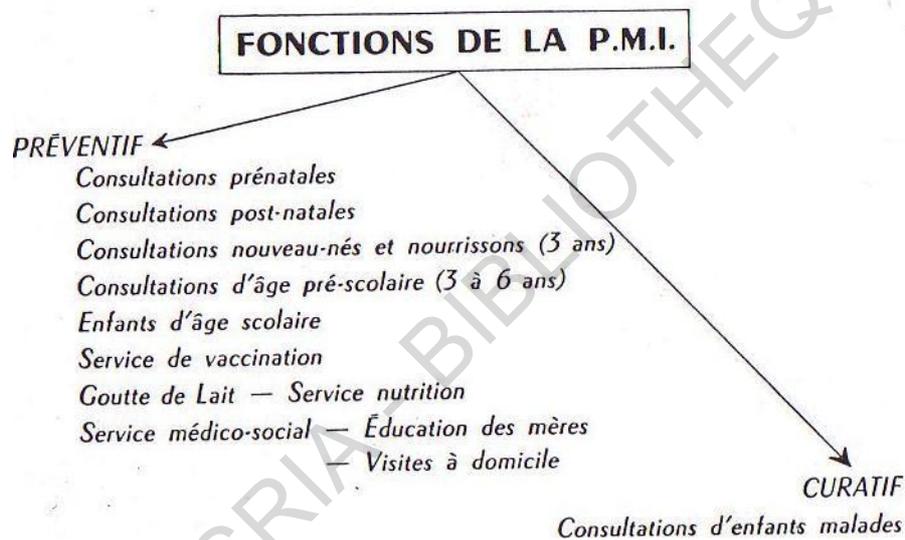
245. Boltansky L, *Prime, Education et Morale de Classe*. C.S.E. Mouton, Paris, 1969.

246. Ert F, « Emergence et devenir du système de prise en charge de la tuberculose en France entre 1900 et 1940 », *Société de Sciences Médicales.*, Vol. 16, pp 2073-2082, 1982.

247. *Idem*, p. 2074.

Les principales activités qui sont l'apanage de la PMI s'articulent autour des consultations prénatales, des consultations de nourrissons sains ou malades, des consultations de pédiatrie, les vaccinations par le BCG à l'âge préscolaire. Il s'y ajoute le dépistage et le traitement des tréponématoses chez la mère et l'enfant ainsi que la diffusion des notions de puériculture au niveau des femmes africaines. Les fonctions d'un centre de protection maternelle et infantile sont indiquées dans le schéma suivant.

**Schéma 3 : Fonctions de la P.M.I**



**Source :** Sénécal J. : « Structure de la santé publique et place des services de protection de la mère et de l'enfant », *Bulletin médical de l'AOF*, numéro spécial, volume 3, Dakar, 1958, p. 32.

Si, en France, les activités de la PMI se limitent à la prévention, aux enfants de 6 ans, âge à partir duquel leur prise en charge est dévolue à l'inspection médicale scolaire, dans les colonies, par contre, les tâches s'élargissent non seulement à la médecine de soins (aspect curatif) mais aussi jusqu'aux enfants de 14 ans<sup>248</sup>. Une telle

248 . Sénécal J, « Structure de Santé publique et place des Services de la Protection de la mère et de l'enfant », *Bulletin Médical de l'AOF*, Numéro spécial, Volume III, 1958, Journées médico-sociales de Dakar 28, 29, 20 octobre 1957, pp 30-36, p. 33.

option résulte du faible taux de scolarisation qui nécessite la prise en charge des enfants de 6 à 14 ans.

Les déficiences matérielles et humaines relevées dans les structures sanitaires des colonies (absence de services spécialisés) impliquent l'extension des activités de la PMI, regroupées au niveau du centre de protection maternelle et infantile, à la vaccination, la lutte contre la malnutrition et à l'éducation des mères<sup>249</sup>.

### *a-1-2-1 Les consultations pré natales et post natales*

Piliers majeurs de la PMI, les consultations pré natales qui précèdent la naissance de l'enfant, reposent sur une surveillance clinique, biologique et sociale de la femme enceinte pendant la grossesse<sup>250</sup>. Leur intérêt préventif est évident dès lors qu'elles permettent le dépistage précoce des tares héréditaires, la prévention de la dystocie et l'éducation sanitaire des mères (hygiène de la grossesse et du nourrisson). Les consultations pré natales appellent trois aspects : social, juridique et technique.

Il est permis de penser que la prise en compte de la dimension sociale par les autorités sanitaires découle du développement du discours autour des maladies dites sociales (tuberculose, pathologies vénériennes) et de la protection du couple mère-enfant notamment durant et après la Grande Guerre. La prise en compte de ces deux pathologies implique une association, une liaison du médical et du social. Surtout que les pathologies dites sociales, considérées comme des faits sociaux et non individuels, sont engendrées par la société qui, à son tour, se trouve menacées par ces maladies. Obstacles à la reproduction d'une population saine, les pathologies sociales menacent la mère et l'enfant et, ce faisant, sont source de dégénérescence de la « race noire ». Le développement de la puériculture et la mise en place d'un système préventif materno-infantile devraient être mis en relation avec le contexte d'après-guerre marqué par une eugénique sociale obnubilée par la dégénérescence de la race noire.

---

249. *Idem*, p.34.

250. Le Cannelier R, Correa P, Lauroy J, « Les consultations prénatales dans la presqu'île du Cap Vert », *Journées Africaines de Pédiatrie*, Dakar, 13-16 avril 1960 p. 84.

Après la seconde guerre mondiale, la prise en compte de plus en plus accrue de la dimension sociale, le glissement du médical vers le médico-social nécessitent la création de services sociaux au sein des structures de PMI. Il s'agit donc d'impliquer la famille, de connaître la société, l'environnement, en un mot de promouvoir le développement social, seul gage de la protection materno-infantile. Le service social, déployé au sein des structures de PMI, a pour objectifs, outre la surveillance et l'évolution de la grossesse, la prévention de la dystocie, le dépistage des tares héréditaires éventuelles, de promouvoir une éducation sanitaire axée sur l'hygiène de la grossesse et du nourrisson, la diététique et la puériculture<sup>251</sup>.

L'action sociale, d'une manière générale, est axée sur l'identification des difficultés familiales, matérielles et morales à même de compromettre l'avenir de la mère et de l'enfant. L'aspect juridique est déterminé par l'Ordonnance 45270 du 2 novembre 1945 relatif au fonctionnement et à l'organisation de la PMI ainsi qu'aux conditions pour bénéficier des avantages de la sécurité sociale. Le dispositif juridique fixe pour les bénéficiaires les obligations : trois consultations prénatales et une postnatale (huit semaines au maximum après l'accouchement) suivies de consultations de nourrissons<sup>252</sup>. Sont déterminés, outre les primes et la gratuité des consultations pré et postnatales, les congés de maternité pour la mère (huit semaines) alors que pour le père, sont accordés trois jours.

Quant à l'aspect technique, il fixe les conditions d'agrément des consultations pré et postnatales. L'organisation et le fonctionnement des consultations prénatales, axées sur les examens médicaux (interrogatoire, examen général et examen obstétrical) relèvent du décret du 9 mars 1958<sup>253</sup>. Les consultations pré natales, à défaut d'être menées par un médecin, peuvent être dirigées par des sages-femmes et infirmières diplômées d'Etat. Toutefois, elles doivent être placées, du point de vue de son fonctionnement technique, sous la responsabilité d'un médecin-chef. Ces consultations

---

251 . Le Cannelier R, Correa P, Lauroy J, *op. cit.*, p. 85.

252. *Idem*, p. 87

253. *Journal Officiel du Sénégal*, 25 mars 1958.

consignées dans des fiches réservées pour chaque patient, sont sanctionnées par un carnet de santé remis à la consultante.

Le suivi normal de la grossesse requiert trois consultations prénatales (au cours des 3<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> mois). La première consultation, selon le législateur, qui doit être effectuée par un médecin, comporte, en sus d'un examen général, un examen obstétrical ainsi qu'un examen complémentaire (radio, analyses de laboratoire) sanctionnés par l'établissement, suite à une enquête, d'une fiche sociale. La première consultation doit d'abord s'articuler autour d'un interrogatoire devant dresser les antécédents physiologiques, obstétricaux, pathologiques.

L'une des difficultés posées par un tel procédé découle des problèmes de communication (langues), des oublis s'agissant des dates et manifestations morbides. C'est après l'interrogatoire que sont effectués des examens cliniques et complémentaires, l'établissement d'un certificat de grossesse et des conseils à l'endroit de la consultante.

La seconde consultation, effectuée au cours du deuxième trimestre de la grossesse, a pour but de contrôler et de confirmer le diagnostic de la grossesse. La réaction sérologique systématique pratiquée durant la deuxième phase chez les consultantes a l'avantage de dépister une éventuelle syphilis avant le 5<sup>e</sup> mois de la grossesse et, du coup, de traiter la mère et le fœtus grâce à une injection unique de 2 400 000 unités d'Extencilline. Dans ce contexte, on saisit mieux comment la consultation prénatale facilite une lutte antisiphilitique efficace, pourvu que les structures sanitaires (maternités) disposent d'un laboratoire de sérologie. La troisième consultation est en quelque sorte un pronostic d'accouchement et doit comporter un bilan obstétrical, médical, radiologique et social ; il s'agit d'une préparation psychologique à l'accouchement accompagnée de conseils à la femme.

Après l'accouchement, les activités se prolongent avec les consultations post natales qui clôturent la période gravido-puerpérale. Une consultation post natale est obligatoire au maximum huit semaines après la grossesse.

A côté du dispositif fixe, existe un service ambulancier de la PMI au niveau de Dakar dont la mission consiste à assurer une visite hebdomadaire dans chacun des dix dispensaires de la région. A côté d'une sage-femme assurant les visites prénatales, une assistante sociale de la Croix Rouge, en sus des visites à domicile, dirige l'action des infirmiers locaux, surveille le fichier, contrôle les enfants déficients, décide l'évacuation des malades sur le centre de PMI ou l'hôpital.

Les consultations posent de sérieux problèmes inhérents aux déficiences matérielles. Ainsi, à Dakar, le nombre d'accouchements a triplé entre 1945 et 1959 alors que la capacité hospitalière n'a connu aucune évolution<sup>254</sup>. Une autre difficulté réside dans les contradictions entre les bonnes intentions, les grands principes énoncés dans les discours et les possibilités réelles.

L'autre écueil réside dans la dissociation de la mère et de l'enfant au niveau de la prise en charge. En effet, la mère, par rapport aux réalisations en faveur de l'enfance, n'a pas bénéficié de la même générosité, ni des organismes internationaux, encore moins des pouvoirs publics. Or, la PMI ne saurait être dissociée de la mère, encore moins opposer les éléments (mère - enfant) qui constitue un tout indivisible aux plans génétique, biologique et sentimental. Dans ce contexte, les programmes de la PMI devraient intégrer aussi la lutte contre la stérilité et le cancer (cancer de l'utérus, cancer du sein).

L'une des autres failles posée par ces consultations relève de logiques biomédicales souvent en déphasage avec les réalités socio culturelles africaines. En effet, la médicalisation de la grossesse alors qu'elle est d'abord culturalisée et entourée de discrétion dans les sociétés africaines explique certainement la distance des femmes africaines face aux consultations tant déplorées par les autorités sanitaires.

Enfin, face à l'ampleur du déficit du personnel médical, notamment dans les colonies, surtout en milieu rural, on peut deviner l'écart entre le discours, les vœux des autorités sanitaires et les réalités. Ainsi, en 1953, les crédits octroyés à la Santé Publique s'élevaient à 197 F/habitant/an alors que la couverture sanitaire s'avérait

---

254. Le Cannelier R, Correa P, Lauroy J, *op. cit.*, p.

dérisoire avec un médecin pour 70 000 habitants, soit près de 100 fois moindre que la France<sup>255</sup>.

### *a-1-2-3 L'éducation sanitaire des mères*

L'importance de la femme dans la prise en charge de l'enfance n'est plus à démontrer. En sus des travaux domestiques dévolus aux femmes (cuisine, linge, nettoyage des cases et concessions), celles-ci s'occupent de la toilette, des soins corporels et autres soins dispensés aux enfants. Aussi, la survie de l'enfant reste-t-elle intimement liée à la femme. Dans cette perspective, toute action concourant à la prise en charge de l'enfant de manière générale et plus particulièrement la PMI ne saurait être dissociée de la femme. La survie des enfants reste intimement liée à l'éducation sanitaire de la femme. L'éducation de la femme africaine, liée à l'action sanitaire peut être conçue comme l'action individuelle éducative menée auprès des mères avec le corps paramédical c'est-à-dire les infirmières visiteuses, les infirmières, les sages-femmes et les assistantes sociales durant les consultations, pré et postnatales, les accouchements et les consultations d'enfants<sup>256</sup>.

Il est hors de doute que les consultations constituent une opportunité pour le corps paramédical de donner des conseils à la mère. Si lors des consultations prénatales l'accent est mis sur les conseils d'hygiène générale, l'éducation alimentaire, les signes précurseurs de la gestation et les préparatifs de l'accouchement<sup>257</sup>, par contre, au cours des consultations de nourrissons, le message porte sur les notions élémentaires de puériculture, les conseils sur l'alimentation de l'enfant (compléments à l'allaitement naturel, variété de l'alimentation post sevrage).

---

255. IMTSSA, PMI Dossier 405, Médecin Général Directeur de la Santé Publique de l'AOF, L'organisation de la Santé Publique et e la PMI, 5mai 1954, p.12.

256. Aubry L, « L'éducation de la femme africaine », *Journées africaines de pédiatrie (Dakar 12-16 avril 1960. Paris, 1960, pp. 100 -104, p. 100.*

257. *Ibidem.*

Toutefois, les limites des entrevues au niveau des structures sanitaires incitèrent les autorités à cibler, à Dakar, les familles en vue d'une plus grande portée de l'éducation sanitaire. Au sein des familles, l'influence semble plus durable et plus profonde d'autant plus que les femmes se sentent plus à l'aise dans leur propre milieu, disposent de plus de temps pour discuter de leurs problèmes. L'éducation sanitaire au sein des familles surtout dakaroises, menée sous forme de visites à domicile par les services sociaux en rapport avec les services sanitaires semble limitée par l'insuffisance des moyens matériels et humains.

A la fin des années 1950, l'éducation sanitaire s'intègre dans le développement communautaire et embrasse des activités beaucoup plus larges (couture, puériculture, hygiène domestique, soins de l'accouchement, nutrition, assainissement, alphabétisation). Progressivement, elle déploie ses activités en milieu rural et s'insère dans l'animation rurale initiée par le président du Conseil Mamadou Dia et qui, à l'époque, constituait un enjeu stratégique pour le contrôle des masses paysannes. Les animatrices rurales, formées après l'indépendance, assurent la formation et l'éducation sanitaire des femmes.

Sont ciblés, pour opérer des changements de comportements, les groupes et associations (coopératives, mouvements de femmes et de jeunesse, etc.). Une telle approche qui privilégie le mouvement associatif, appliquée au Centre pilote de Khombole, offre un champ d'action plus propice aux essais d'éducation sanitaire<sup>258</sup>. Le modèle s'appuie sur la communauté et la solidarité de pensée du groupe pour véhiculer le message<sup>259</sup>. Les techniques privilégient l'approche participative du groupe autour de discussions, démonstrations, émissions radiophoniques en langues locales adaptées au public, didactiques ou récréatives, films ciblant les femmes et traitant d'hygiène, de puériculture, concours, prix.

---

258. Amadou Diallo, Khombole, entretien le 22/2 /2007.

259. Moussa Ndiaye, Khombole, entretien le 22/2 /2007.

En dépit des efforts déployés, les résultats restent fort limités. Une telle situation résulte de facteurs multiples : non implication des groupes, ignorance des coutumes africaines et surtout du contenu de plusieurs messages qui insiste sur la naïveté des africaines, l'insalubrité et les mauvais traitements faits aux enfants. Ainsi, pour les autorités coloniales, il s'agira de propager « les notions simples servant de base à une prophylaxie individuelle et collective, à vivre dans des habitations spacieuses, aérées, bien tenues, à préparer et à manger leur nourriture avec plus de précautions, à éviter de s'exposer au froid, à se protéger contre les moustiques, les mouches et les insectes piqueurs par l'usage de moustiquaires, le nettoyage soigneux des villages et des maisons, on éduquera les mères, on encouragera la natalité et les soins aux enfants par des primes, des concours d'enfants, des secours aux familles nombreuses »<sup>260</sup>.

Ces instructions, qui s'appuient sur le personnel paramédical ignorent que l'efficacité et la portée des messages d'éducation sanitaire résultent d'une bonne connaissance des coutumes, traditions et culture des populations et la manière dont elles réagissent aux influences extérieures. L'efficacité des messages suppose, au lieu de se focaliser uniquement sur la femme, l'implication de toute la communauté : hommes, élèves, chefs religieux, groupes de travailleurs et associations locales de jeunes. En outre, on pourrait bien douter de la portée des messages de l'éducation sanitaire pour l'essentiel limitée au milieu urbain au détriment du monde rural qui polarise l'écrasante majorité de la population.

### ***a -1-2-3 Les vaccinations***

Les vaccinations constituent un maillon essentiel du dispositif de la médecine préventive. Si les vaccinations antivarioliques et antiamariles sont obligatoires en AOF en vertu de l'article 5 du décret du 14 avril 1904 relatif à la protection de la santé publique (pour la variole) et l'arrêté ministériel du 10 décembre 1941 (pour la fièvre

---

260. IMTSSA Dossier 301, « Protection de la maternité et de l'enfance indigène dans les colonies françaises en 1943 » p.2.

jaune), d'autres, par contre, bien que pratiquées dans la fédération, ne sont pas obligatoires (tétanos, diphtérie). En AOF, la circulaire 219 du 11 janvier 1954 ajoute aux activités de la PMI, notamment dans le cadre des consultations postnatales, la vaccination des nouveau-nés et des mères, sous le contrôle d'un médecin<sup>261</sup>.

Le BCG a été l'une des premières vaccinations destinées à la population infantile et qui, progressivement, fut rendue obligatoire. Dans la colonie, la vaccination au BCG a été pratiquée par Couvy dans les écoles de Dakar à partir de 1924. En 1931, fut créé, au sein de l'Institut d'Hygiène Sociale ouvert à la rue de Thiong, un centre de lutte antituberculeuse par le BCG buccal avec un service de vaccination à domicile qui, en deux décennies (1924-1943), effectua 14600 vaccinations<sup>262</sup>. La vaccination par BCG en AOF est rythmée par trois phases. Si, de 1921 à 1940, a prévalu la méthode de Calmette basée sur l'administration par voie orale, dès 1940 et jusqu'en 1950, s'opère une innovation avec la mise au point de la vaccination BCG par scarification. A partir de 1950, l'application systématique du BCG en milieu scolaire fut facilitée par la mise au point par Boiron et Sorano à l'Institut Pasteur de Dakar d'un vaccin desséché, congelé et capable de conserver longtemps, à la température atmosphérique, ses propriétés.

A la fin des années 1940, une vaste campagne de vaccination fut menée à travers les colonies de la fédération (AOF). Parallèlement, des études sont menées au niveau de la population scolaire afin de déterminer l'index de tuberculisation. Sur un effectif de 150 000 élèves, les études ont mis en évidence un index de tuberculisation assez élevé avec un taux de 22%<sup>263</sup>.

**Tableau 72 : Pourcentage de tuberculose dans les collectivités scolaires**

Elèves	Pourcentages
6-10 ans	18%

261. IMTSSA, PMI Dossier 405, Médecin Général Directeur de la Santé Publique de l'AOF, L'organisation de la Santé Publique et e la PMI, 5 mai 1954, p.18.

262. *Ibidem*.

263. ANS : 2G46/9, Rapport sur le fonctionnement du service de santé en AOF, année 1946, p. 80.

11-15 ans	25,3%
16 ans et plus	36,5%

*Source* : ANS : 2G 46/9, p. 81.

Le tableau indique des pourcentages de tuberculose élevés dans les collectivités scolaires. De 6 à 16 ans, les taux ont sensiblement augmenté et sont passés du simple au double (18 à 38,5). Les taux confirment d'ailleurs les tendances des premières enquêtes menées auprès des collectivités scolaires de la capitale fédérale dès le début des années 1920 par Marcel Léger. L'importance des pourcentages de tuberculose implique la mobilisation des autorités sanitaires par l'organisation de campagnes massives de vaccination BCG.

Au début des années 1950, un vif débat agite les milieux scientifiques autour d'une para-immunité conférée par le BCG à l'égard de la lèpre. Le Congrès international sur la lèpre organisée à la Havane en 1948 recommande d'ailleurs l'inoculation de BCG aux enfants en contact avec les lépreux.

Dans les faits, les campagnes de vaccination connurent des limites réelles liées aux problèmes inhérents aux conditions physiques et climatiques, en l'occurrence la conservation des vaccins du fait de la chaleur. En vérité, dès le début du XXe siècle, s'est posé, dans toute son acuité, le problème de la conservation des vaccins. Le docteur Houillon estime que la température reste la sérieuse équation pour la conservation des vaccins<sup>264</sup>. Si, de 20 à 25°, le vaccin se conserve bien, à partir de 30°, il devient sensible. Exposé entre 35 et 37°, il devient très vite inerte alors qu'entre 40 et 45°, il meurt rapidement<sup>265</sup>. Il s'y ajoute les effets désastreux des glacières, des voyages en plein air au soleil et au refroidissement nocturne.

Dès lors comment conserver le vaccin ? La réponse, nous la trouvons dans une contribution du docteur Simond dès 1901. Aux dires de Simond, le procédé, simple, consiste à « plonger le tube de vaccin dans l'eau d'une petite gargoulette en terre

264. Dr. Houillon, « Variole et vaccine en AOF pour l'année 1903 », *AHMC*, Tome VIII 1904, pp 546-568.

265. *Idem*, p. 561.

poreuse du pays qu'on fait porter, à la main, par un coolie, pendant les tournées de vaccin par terre, et que l'on suspend à l'air pendant les haltes ou à bord des bateaux. Si l'on veille à ce que l'eau ne manque jamais dans le récipient, le vaccin est maintenu à une température qui ne dépasse jamais 28° »<sup>266</sup>.

En outre, les campagnes d'immunisation se heurtèrent non seulement à la dispersion de l'habitat dans certaines zones (Ferlo, Fleuve, Sénégal Oriental), mais aussi et surtout à la méfiance des populations. La vaccination, mal perçue par les populations, était assimilée à des opérations de recrutement militaire et de levée de main-d'œuvre. Les scarifications, interprétées comme des marquages étaient dans certains cas, frottées pour faire disparaître les cicatrices. C'est là qu'il faut, certainement, trouver l'hostilité des populations durant les premières campagnes d'immunisation qui, d'ailleurs se soldèrent par des échecs. Surtout qu'elles furent suivies de réactions vaccinales (fièvre, éruption). A Pire, le marabout s'opposa à toute mission de vaccination et la situation demeurait identique dans les municipalités : Dakar, Gorée, Saint-Louis<sup>267</sup>.

Un autre problème posé par la vaccination notamment le BCG est lié à l'accès aux soins pour le monde rural. Ainsi, jusqu'en 1954, le vaccin n'est pas encore inoculé en milieu rural. La section tuberculose du SGHMP, chargée des campagnes de vaccination en milieu rural, a une existence plus virtuelle que réelle. Une autre difficulté est liée au manque d'infrastructures radiologiques qui devraient dépister la tuberculose de la mère et, ce faisant, éviter la contamination souvent mortelle pour l'enfant.

## *a-2 L'organisation de la PMI*

---

266. Dr. Simond, « Conservation du vaccin », *AHMC* Tome IV, pp. 145.

267. Gallay (H), 1909a, op cit, p 3-4

C'est l'Ordonnance 42270 du 2 septembre 1945 qui détermine l'organisation et les conditions de fonctionnement de la PMI<sup>268</sup>. En France, les activités de la PMI, très larges, intègrent les pouponnières, les crèches, jardins d'enfants, consultations spécialisées pour enfants handicapés (moteurs, visuels, sourds, colonies de vacances, placement familial) ainsi que la lutte contre la stérilité conjugale. Par contre en Afrique où tout semble relever de l'urgence et devant l'ampleur des besoins, la PMI se limite au strict nécessaire, à ce qui pourrait être utile à l'enfant en contexte africain (consultations itinérantes ou fixes, vaccinations).

Au niveau organisationnel, un médecin, de préférence pédiatre, aidé d'une assistante sociale assure la direction de la PMI, sous l'autorité du directeur de la Santé du territoire. Au niveau de chaque chef-lieu, un centre de PMI assure les consultations pré et post natales, en liaison avec les maternités (consultations d'enfants, service de vaccination) ; outre le service de vaccination, le centre dispose d'un service médico-social qui, de concert avec les œuvres caritatives, s'occupe de la consultation d'enfants malades en liaison avec un service hospitalier. Dans les villes secondaires, des centres secondaires de PMI sont confiés à des médecins locaux ou à un personnel paramédical (assistantes sociales, infirmières, sages-femmes, aides médico-sociales).

La structure organique de la PMI intègre tous les niveaux de la politique sanitaire. En fait, l'amélioration de la santé de la population par des mesures sanitaires (assainissement, hygiène, lutte contre les maladies transmissibles, programmes alimentaire et nutritionnel, gestion d'état civil et de statistiques démographiques) a des impacts indéniables sur les mères et leurs enfants. Le professeur Sénécal, directeur de la chaire de pédiatrie et de l'Institut de Pédiatrie Sociale rattachée à la Faculté de Médecine de l'Université de Dakar estime qu'il serait inopportun de créer des services spécialisés de PMI à côté des structures existantes, mais plutôt de promouvoir les activités en faveur des mères et des enfants dans les centres de santé déjà en place<sup>269</sup>. Dans cette optique, la PMI doit être assurée par le corps médical (médecins) et

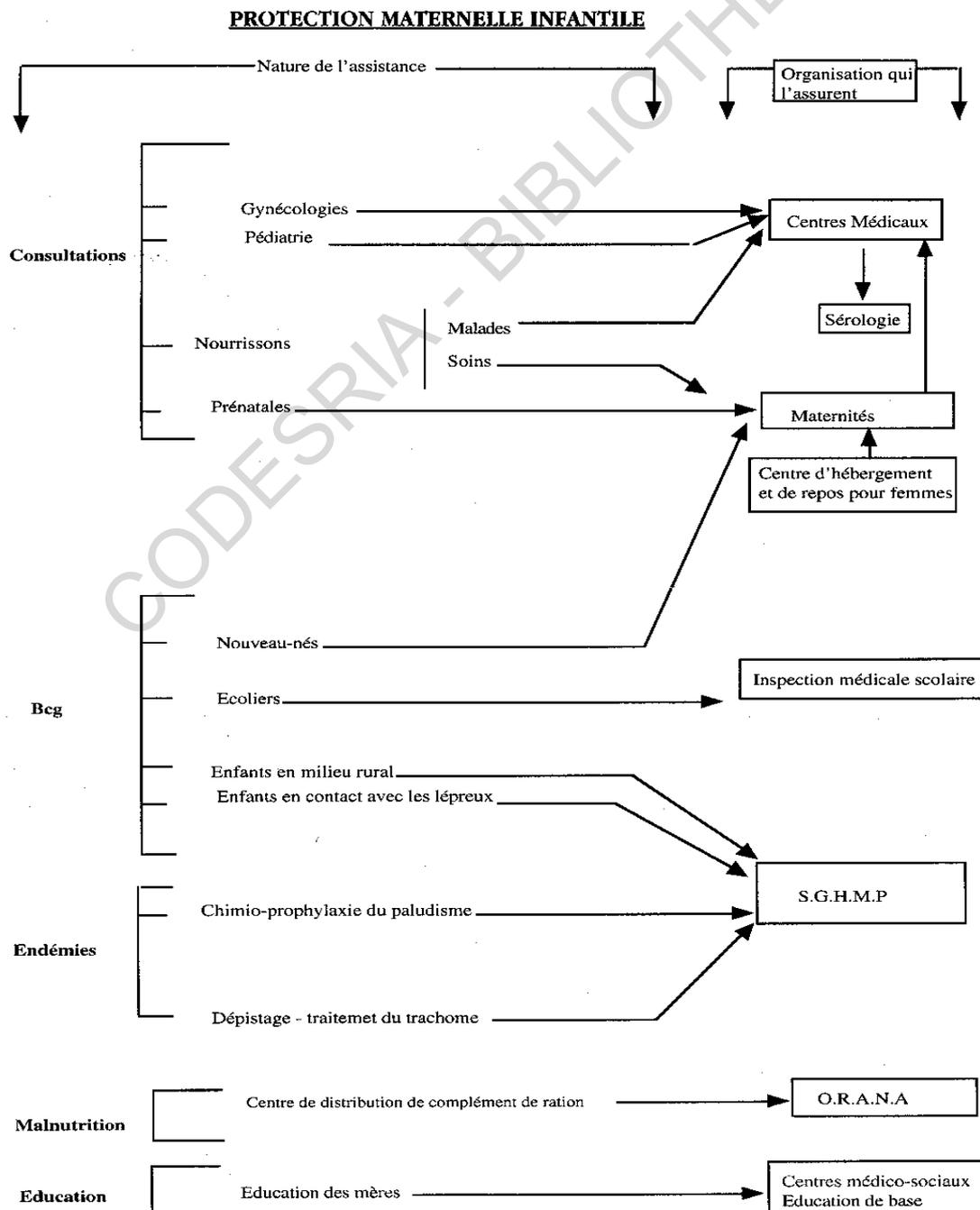
---

268. *Journal Officiel du Sénégal*, 5 novembre 1945

269. Sénécal J, 1957, *op. cit.*, pp 30-36.

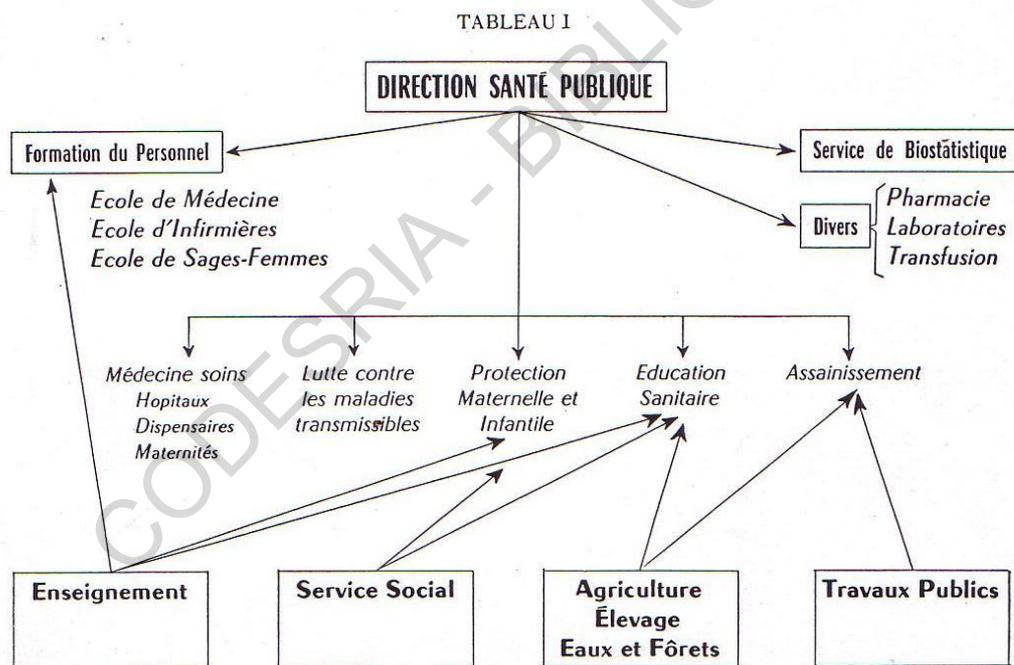
paramédical (sages-femmes, infirmières et auxiliaires) déjà existant et non par un personnel spécialisé.

**Schéma 4 : Organigramme de la Protection Maternelle et Infantile**



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. 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 SGHMP.

**Schéma 5 :** Les liaisons entre la protection maternelle et infantile et différents domaines de la Santé publique dans les années 1950



**Source :** Sénécal J. : « Structure de la santé publique et place des services de protection de la mère et de l'enfant », in *Bulletin médical de l'AOF*, numéro spécial, volume 3, Dakar, 1958, p. 31.

En dépit de son organisation, la PMI révèle de difficultés et limites. En effet, l'étendue des territoires, la dispersion de l'habitat et des populations aux densités

faibles, la forte polarisation des structures, la concentration des moyens matériels et humains dans les villes en contraste avec les zones rurales, la réticence des populations, aux « méthodes d'hygiène, de prophylaxie et de traitement qu'elles comprennent mal et qui souvent sont à l'encontre des coutumes »<sup>270</sup> constituent autant de facteurs et d'obstacles au succès de l'œuvre sanitaire de la France aux colonies. Ainsi, les voix des plus autorisées reconnaissent tout de même les limites du système sanitaire en AOF ; de sorte que « malgré toute la patience et le dévouement du personnel médical, la pénétration reste difficile et ne se fait que peu à peu »<sup>271</sup>.

Surtout que les moyens matériels et humains dont dispose la PMI sont concentrés dans les grandes villes, particulièrement Dakar en contraste avec le reste du territoire. Selon l'inspecteur Sorel, l'organisation du système de santé dans les colonies recèle des limites réelles qui retentissent sur l'efficacité de la PMI. Aux dires de Sorel, le service de santé de l'AOF est un système défensif. Sous ce rapport, son action qui « devait porter le développement économique du pays ne fait que s'opposer aux développements des grandes endémies... »<sup>272</sup>. Dans ce contexte, les moyens en personnel et en matériel du système de santé n'autorisent pas une action offensive contre les maladies endémiques encore moins une efficacité contre la mortalité infantile, qui constitue un obstacle à toute croissance démographique<sup>273</sup>.

#### **b) Les infrastructures**

Au Sénégal, la mise en place des structures sanitaires est consécutive à la conquête. Toutefois, l'organisation des services sanitaires est régie par le décret du 4 novembre 1903 qui définit les domaines relevant des services de la santé et de l'hygiène. La colonie est divisée en circonscriptions de taille variable superposables aux divisions administratives, cercles, provinces, subdivisions. Le dispensaire

---

270. I IMTSSA Dossier 301 PMI, Lettre du Ministre de la France d'Outre-Mer à MM. Les Gouverneurs généraux, Hauts Commissaires, Gouverneurs et Chefs de Territoires, Chefs de service 20 juillet 1949 PMI, p.1

271. *Ibid.*

272. *Ibid.*

273. *Ibid.*

constitue la formation sanitaire de base placée sous la tutelle d'un infirmier et dotée d'une salle de pansement, d'un magasin et d'une pharmacie. L'ambulance ou infirmerie et le poste de santé représentent une formation intermédiaire et moyenne. Au niveau du chef-lieu de la colonie, est érigée la formation sanitaire la plus élevée, l'hôpital central qui, souvent, fait office de structure d'enseignement, d'instruction et d'application. Pour que l'énumération soit complète, ajoutons-y la médecine foraine, itinérante déployée en milieu rural avec les unités sanitaires mobiles (AMI, SGHMP).

Les dispensaires, les centres de protection maternelle et infantile, les hôpitaux, l'Institut d'Hygiène Sociale, les maternités, les structures hospitalières (l'hôpital de Saint-Louis, l'hôpital Principal, l'hôpital Central Africain), l'Institut Pasteur de Dakar constituent les principales structures engagées dans la protection materno-infantile.

### *b-1 Les structures hospitalières*

L'implantation hospitalière dans la colonie du Sénégal remonte dans la deuxième moitié du XVII<sup>e</sup> siècle avec l'édification, par ordonnance royale<sup>274</sup> en son article 6, à Saint Louis, d'un hôpital militaire dès 1681. Jusqu'au XIX<sup>e</sup> siècle, Saint Louis et Gorée représentaient les deux premiers établissements hospitaliers de la colonie. En 1822, un grand bâtiment faisant office d'hôpital fut édifié sur la façade occidentale de Saint Louis et, à l'orée des années 1830, le personnel médical, essentiellement européen, constitué par des médecins des Troupes Coloniales se composait d'un médecin chef, de deux médecins chirurgiens de 4<sup>e</sup> classe, d'un officier de santé de 1<sup>ère</sup> classe et d'un pharmacien de 2<sup>e</sup> classe<sup>275</sup>. Durant la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, l'augmentation des effectifs de la troupe du fait de la conquête et de la pacification, l'arrivée d'expatriés européens (fonctionnaires, commerçants, etc.) nécessitèrent des aménagements et extensions de l'hôpital de Saint Louis.

De la fusion de l'hôpital militaire et de l'hospice civil situé à la Pointe Sud va naître l'hôpital colonial qui, jusqu'aux années 1950 faisait office de structure de

---

274. *L'Hôpital Régional de Saint Louis*, p.2, Document anonyme non daté. Nous remercions l'archiviste de l'Hôpital régional de Saint Louis M. Zayir Fall qui a bien voulu remettre ce document à notre disposition

275. *Ibid*

formation destinée aux infirmiers sanitaires. En 1863, l'hôpital de Saint Louis disposait d'une capacité d'accueil de 300 lits alors que l'ambulance de Gorée ne dépassait guère la quarantaine. A l'époque où la politique sanitaire reposait sur la « stratégie primitive » axée sur la médecine individuelle et curative, les établissements hospitaliers, pour l'essentiel, étaient réservés aux fonctionnaires, militaires et civils européens, aux « originaires », « assimilés » ainsi qu'aux éléments appartenant à la troupe.

C'est entre la fin du XIXe siècle et le début du XXe siècle que démarre l'édification de la seconde génération d'établissements hospitaliers dans la presqu'île du Cap Vert. L'occupation de la presqu'île du Cap Vert, plus précisément de Dakar à partir de 1857, le déclenchement de la grande poussée impérialiste, les aménagements du port et le transfert de la capitale de l'AOF furent autant d'éléments qui décidèrent de l'édification de structures hospitalières. En vérité, l'idée de création d'un établissement hospitalier à Dakar remonte à 1863. L'exiguïté de Gorée, la faible capacité d'accueil de l'hôpital, la récurrence des violentes épidémies de fièvre jaune (1878) décidèrent d'abord de l'ouverture d'un hôpital secondaire vers Dakar puis de la délocalisation en 1880, de Gorée vers Dakar, de l'ancienne ambulance<sup>276</sup>. L'édification en 1884 d'une nouvelle ambulance en bordure de l'anse Bernard ainsi que le démarrage de la construction d'un établissement hospitalier en 1890 jetèrent les bases du futur Hôpital Principal de Dakar.

Après la Grande Guerre, la mobilisation des autorités de la colonie autour de la protection de la mère et de l'enfant se concrétise par l'édification d'une maternité en 1922 dans l'enceinte de l'Hôpital Principal. Il disposait en 1933 d'une capacité d'accueil de 315 lits composé de 285 lits de traitement, 20 lits d'enfants et 10 berceaux pour la maternité<sup>277</sup>.

#### **Planche 4 : L'Hôpital Principal de Dakar**

---

276. Cuisinier-Raynal J-C, « L'Hôpital Principal de Dakar à l'époque de l'AOF de 1895 à 1958 », *AOF : réalités et héritages*, op. cit, pp 1188-1192, p.1188.

277. A.N.S. 2G 33(19) : Rapport annuel de la Circonscription de Dakar et dépendances, année 1933.



*Source* : [http://www.asnom/fr/hopitaux\\_coloniaux.html](http://www.asnom/fr/hopitaux_coloniaux.html)

Pendant le second conflit mondial, les dysfonctionnements occasionnés par la guerre, la mobilisation et l'obsession vichyste autour de la protection de l'enfance et des valeurs de la famille constituèrent autant de facteurs à la base de la construction, en 1941, par le gouverneur général Brévié, d'une garderie d'enfants au sein de l'Hôpital Principal de Dakar.

A la veille de l'indépendance, la prise en compte de l'enfance se renforce avec l'édification d'un pavillon de pédiatrie d'une capacité de 67 lits<sup>278</sup>. Structure hospitalière dépendant du budget du ministère des Colonies, ne relevant pas de l'assistance médicale gratuite, réservée aux malades et blessés (fonctionnaires et militaires surtout), l'Hôpital Principal, à partir de 1958 voit ses fonctions et missions s'élargir suite à son érection comme établissement hospitalier chargé de la formation des médecins militaires sénégalais.

A côté de cette structure presque exclusivement réservée à la catégorie des « privilégiés », se trouvait l'Hôpital Central Indigène réservé, comme son nom l'indique, à ce groupe. Il recevait et assurait le traitement des malades habitant la ville, l'intérieur ou les colonies limitrophes envoyés par les médecins des postes de santé et dont l'état nécessitait une hospitalisation. Il fut réorganisé par l'arrêté n° 159 du 18 janvier 1924 pris par le Gouverneur Général Carde<sup>279</sup>. Ce texte stipulait en son article I que cette structure était destinée à l'hospitalisation, « gratuite ou payante et au traitement des Indigènes originaires des colonies du groupe (...) ; le régime tant à

---

278. Cuisinier-Raynal J-C, *op. cit.* p. 1189.

279. *J.O.-A.O.F.*, 1220, 28 janvier 1924, p. 60.

l'hôpital central qu'à la maternité (était) adapté uniquement aux coutumes locales indigènes »<sup>280</sup>. De plus, les admissions s'y faisaient (sauf urgence) lorsque le patient était muni d'un billet d'entrée « régulièrement établi » par les autorités. On peut comprendre, avec une telle disposition que le malade ne pouvait décider, de façon délibérée, de se faire soigner dans cette unité de soins.

**Planche 5 : Hôpital central Aristide Le Dantec de Dakar**



Source : [http://www.asnom/fr/hopitaux\\_coloniaux.html](http://www.asnom/fr/hopitaux_coloniaux.html)

D'une capacité de 325 lits dont 60 pour les contagieux<sup>281</sup>, l'hôpital disposait, en sus d'un laboratoire de bactériologie, d'un matériel de désinfection mobile et servait, avec l'Institut d'Hygiène Sociale, de centre d'instruction pour les élèves de l'Ecole de Médecine Jules Carde créé par le décret du 09 juin 1918. Devenu l'Hôpital Aristide Le Dantec, l'Hôpital central indigène avec un statut de centre hospitalo-universitaire (CHU), servant de centre d'application à la Faculté de médecine, joua un rôle majeur dans le développement de l'enseignement médical à partir de la fin des années 1950.

---

280 *Ibid.*

281. A.N.S. : 2G 31(25), Rapport annuel de l'Hôpital Central Indigène, année 1931.

Chaque hôpital, doté d'un laboratoire et d'une maternité jouait un rôle important dans la protection materno-infantile. Les maternités des hôpitaux assurent les consultations prénatales, les accouchements et les consultations postnatales. La Conférence de Brazzaville et l'option de plus en plus affirmée des autorités coloniales après la seconde guerre pour la prise en charge de la population infantile donnèrent une impulsion aux investissements en infrastructure hospitalière, notamment avec le FIDES. A la fin des années 1950 sont érigés des secteurs pédiatriques au sein des structures hospitalières (1957 pour l'Hôpital Principal de Dakar<sup>282</sup>). Les services de pédiatrie des hôpitaux, dirigés par des professeurs agrégés tels que Jean Sénéal pour l'Hôpital Central Indigène, participèrent de manière significative au développement de l'enseignement médical.

*b-2 Les laboratoires : l'Institut Pasteur de Dakar et son service de BCG*

Dès le XIXe siècle, les colonies africaines ont constitué un cadre idéal pour la recherche, les essais microbiologiques<sup>283</sup> et la mise en application des théories et pratiques médicales. En effet, une fois la formation terminée, à l'Institut Pasteur de Paris, l'espace colonial africain devient une opportunité pour « l'application ... des méthodes acquises à l'étude des maladies des pays chauds »<sup>284</sup>. Il est hors de doute que la « domestication » de ces régions réputées mortifères représente des opportunités pour les laboratoires et instituts de recherche. De même, les colonies offrent des perspectives de carrière intéressantes comparées à la métropole où la compétition s'avère serrée. L'Afrique, ainsi, représente un terrain vierge, un laboratoire « in situ »<sup>285</sup> aux ressources inépuisables. On peut comprendre, dans un tel contexte, la mise en place de laboratoires dans les colonies africaines aux fins d'exploiter le vaste gisement offert par les contrées tropicales.

---

282. *Ibidem*.

283. Pour plus de détails, voir Latour B, *Les microbes guerre et paix* suivi de *Irréductions*, Paris, A-M. Métailié, 1984 ; Lachenal G 2006, *op. cit.*

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

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

285. *Idem*, p.2.

Au Sénégal, la création du laboratoire de microbiologie de Saint Louis fondé en 1896 sous la direction de Marchoux marque une étape décisive dans la recherche biomédicale en AOF. Transféré à Dakar en 1913, il fut dénommé Institut de Biologie de l'A.O.F. Devenu à partir de 1920 un organisme du gouvernement général sous l'appellation d'Institut de Biologie Humaine et de Zootechnique, il est composé d'une section de microbiologie humaine, spécialisée dans l'étude des maladies infectieuses et parasitaires, d'une section de microbiologie vétérinaire et d'une section de chimie biologique. C'est à partir de 1924 qu'il fut rattaché à l'Institut de Paris<sup>95</sup>. Situé entre l'ambulance du Cap Manuel et l'Hôpital Central Indigène, l'Institut Pasteur de Dakar participe à la formation des médecins africains chargés des services d'hygiène, de dépistage et de prophylaxie.

Le contexte d'érection de la filiale de Dakar est marqué au niveau international par une vive compétition entre instituts de recherche américains, cubains, anglais et français autour des pathologies tropicales, particulièrement la fièvre jaune. Aussi, l'Afrique, cadre idéal pour l'étude des maladies relevant de l'arsenal de la pathologie exotique, au regard de ses paysages épidémiologiques, devient-elle un laboratoire de recherche et d'expérimentation. Du coup, les premières visions et images de l'Afrique « fabriquées » durant la période proto coloniale se transforment : « du tombeau de l'homme blanc », le continent, brusquement plus attrayant, devient « l'alliée décisive de la recherche médicale »<sup>286</sup>.

Alors qu'Anglais et Américains, appuyés par la fondation Rockefeller s'installent au Nigeria dans la banlieue de Lagos, il devenait impérieux, pour les Français, face à ses redoutables concurrents, de se déployer sur le terrain africain par la mise en place de laboratoires d'investigation et d'expérimentation (entomologie, recherche de vecteurs, vaccins, etc.). Sur fonds de polémique, après plusieurs essais parsemés souvent d'échecs et d'erreurs (vaccin de Noguichy, vaccin Rockefeller), l'Institut Pasteur de Dakar réussit à mettre, en 1927, un vaccin anti-amaril qui fut validé

---

286. Dozon J-P, *op. cit.*, p.144.

au niveau international à partir de 1945. La mise au point du « vaccin Dakar » constitue une avancée significative dans la lutte contre la fièvre jaune.

S'agissant de la lutte antituberculeuse, l'Institut Pasteur dispose d'un plateau technique conforme aux normes internationales avec un service de BCG, doté d'un appareillage destiné à la préparation du vaccin BCG desséché<sup>96</sup>. En AOF, les vaccins utilisés dans les campagnes de masse contre la tuberculose (vaccination par scarification) sont essentiellement fournis par l'Institut Pasteur de Dakar. Le Service de BCG assura la préparation d'un vaccin sec avec 15000 doses par mois<sup>97</sup> destinées à la prémunition des nouveau-nés africains. En plus de la lutte antituberculeuse, l'Institut Pasteur disposait de tous les procédés d'analyses sérologiques et humorales pour la lutte contre la syphilis,

Au second niveau, se trouvent les laboratoires des structures sanitaires (hôpitaux, Polyclinique, etc.). A Dakar, l'Institut d'Hygiène Sociale dispose d'un grand laboratoire de sérologie antisyphilitique doté de réactions humorales les plus récentes (Border-Wassermann). De même, l'hôpital Principal est doté d'un laboratoire moderne (sérologie, syphilimétrie, etc.). A Saint-Louis, le laboratoire de Sor effectuait des analyses bactériologiques et des sérodiagnostics pour l'hôpital colonial, les dispensaires de la ville et des cercles avoisinants et les infirmeries militaires. Il fut transféré en 1936 dans le nouveau centre de vénéréologie de l'hôpital colonial après l'ouverture d'une section pharmaceutique destinée à la fabrication de médicaments antisyphilitiques (ampoules de salicylate de bismuth)<sup>287</sup>. Plusieurs dispensaires et centres de PMI sont équipés de laboratoires sollicités lors des consultations prénatales (sérologie, urines, etc.).

### ***b-3 Les postes médicaux et dispensaires***

Composés de dispensaires, de postes médicaux et de maternités, les services de l'AMI représentent au Sénégal le pilier de l'armature sanitaire. Le premier maillon du dispositif sanitaire est formé par les dispensaires, les maternités et les postes

---

287. A.N.S., 2G38/20, Rapport médical annuel des services sanitaires de la colonie du Sénégal 1938.

médicaux disséminés à travers les chefs-lieux de cercles et les escales de la colonie. Alors que les maternités assurent les consultations prénatales et postnatales, le réseau d'infrastructures sanitaires de premier niveau, particulièrement les dispensaires, cellules actives de « la défense sociale » dont la gestion était placée sous la responsabilité d'un médecin contrôlé par le commandant de cercle, interviennent dans les consultations générales, les soins, le dépistage et le traitement des maladies. En même temps que les dispensaires, les postes médicaux, créés dans les villes ou les chefs-lieux de cercle de la colonie par l'arrêté du 8 février 1905, assurent des consultations pour femmes enceintes et nourrissons.

Formation sanitaire de base, le dispensaire, placé sous la tutelle d'un infirmier, est doté d'une salle de pansement, d'un magasin et d'une pharmacie. Après la création de l'AMI, un réseau de dispensaires est disséminé progressivement à travers la colonie dans l'optique d'étendre les soins aux populations indigènes. En 1911, les services fonctionnent avec 26 dispensaires mais deux ans après on n'en compte plus que 23<sup>288</sup>.

**Tableau 73** : Dispensaires et nombre de consultations au Sénégal en 1908.

		Consultations
Saint-louis	Hôpital	3 035
	Sor	1 962
Dakar	N 1	12 444
	N 2	1 221
	Consultations infantiles	6 296
Gorée (dispensaire)		1 247
Rufisque		13 116
Thiès		3 265
Tivaouane		3 191
Louga		10 153
Fatick		4 369
Sédhiou		1 916

288. Diop A, *op. cit.*, p. 1221.

Ziguinchor	1 855
Bignona	898
Dagana	2 715
Podor	2 523
Bakel	2 389
Maka-coly bentan	4 822
Ouakam	161
Totaux	67 886

*Source* : H. Gallay : « L'AMI pendant l'année 1908 » ISSC Supplément au *J.O* de l'AOF, Rapport et document (10 juillet 1909 n°13)

En 1908, trois années après la création de l'AMI, la colonie disposait d'une infrastructure sanitaire pour l'essentiel implantée à l'ouest. Le nombre de consultations qui, pour les autorités sanitaires, représentait un indicateur pour mesurer le nombre de « convertis » c'est-à-dire le degré d'adhésion à la médecine moderne, s'élevait à 67 886 dont 64 851 au niveau des dispensaires. A Dakar, le nombre de consultations infantiles effectué dans les deux dispensaires de la capitale fédérale est estimé à 6296. Les taux les plus élevés, hormis Dakar, sont enregistrés à Rufisque (13 116 consultations) et Louga (10153), villes dont l'expansion est impulsée par le chemin de fer et l'arachide.

Après la Grande Guerre, l'orientation de la politique sanitaire vers la médecine préventive et sociale sous l'impulsion du ministre des Colonies Daladier trouve dans les colonies de fédération un puissant signal avec le gouverneur général Cadre. Grâce au concours d'Alexandre Lasnet, directeur des services sanitaires de l'AOF, l'architecture sanitaire restructurée, place, à la tête de chaque chef-lieu de colonie un hôpital ordinaire suffisamment équipé avec des services de chirurgie, radiologie, bactériologie, laboratoire et magasin de ravitaillement. Par ailleurs, chaque circonscription administrative, dotée d'un état-civil et des statistiques démographiques, doit être pourvue d'un dispensaire annexé d'une maternité. D'ailleurs, dès les années 1930, des dispensaires de puériculture sont implantés progressivement au Sénégal : Saint-Louis, Kaffrine, Boucotte à Ziguinchor.

Quant au poste médical, formation sanitaire élémentaire, il assure des consultations gratuites aux indigènes. Animé en principe par un médecin assisté

d'infirmiers, il est doté d'un pavillon composé d'une salle de visite et d'une pharmacie, d'un cabinet pour le médecin, d'une chambre pour les infirmiers européens et d'un cabinet d'isolement composé d'un ou deux lits destinés aux cas graves. Dans les faits, peu de postes sont pourvus de médecins. Ainsi, en 1900, seules les localités de Dagana, Podor, Rufisque, Thiès, Joal, Sédhiou<sup>289</sup> disposaient de médecins.

A l'origine militaire, les postes médicaux, destinés aux troupes, édifiés lors de la conquête au début de la seconde moitié du XIXe siècle, longent la frange côtière (Rufisque, Joal, Portudal) et le fleuve Sénégal (Richard Toll, Dagana, Podor, Saldé, Matam, Bakel). Après l'édification de la voie ferrée, le dispositif sanitaire pénètre progressivement l'intérieur de la colonie. Les postes médicaux échelonnés le long de la ligne du chemin de fer, sont disséminés, au fil du temps, à travers le territoire.

Si, à l'origine leurs prestations sont uniquement limitées aux soldats, progressivement, elles s'étendent aux populations africaines avec des objectifs bien précis. En effet, pouvoir d'Etat, la santé aux colonies est un indicateur du degré d'adhésion des indigènes à la politique coloniale en même temps qu'elle mesure le niveau de « conversion » des Africains à la médecine occidentale. Ainsi, la fréquentation des indigènes constitue un baromètre, voire un bon indicateur de la mainmise administrative sur les populations locales.

#### ***b - 4 Les maternités***

Erigés à Dakar et dans les centres urbains où elles sont rattachées aux hôpitaux, les maternités sont au cœur de la protection de la mère et de l'enfant. En effet, la politique de PMI s'appuie sur les maternités, isolées ou rattachées aux hôpitaux (l'Hôpital Principal, l'Hôpital Central Indigène, l'Hôpital de Saint-Louis). Aux dires des autorités sanitaires, elles constituent « des centres d'eugénisme avec

---

289. Diop A, *op. cit.*, p. 24.

leurs trois éléments de base : consultations prénatales, accouchements, consultations de nourrissons »<sup>290</sup>.

Dans le processus de « médicalisation » des naissances africaines, les maternités qui devaient implanter les méthodes modernes, occupaient une place fondamentale. Il s'agissait, outre les consultations de femmes, de nourrissons et d'enfants, de promouvoir la lutte contre la mortalité, la protection des femmes enceintes et le dépistage des maladies vénériennes comme la syphilis, de pratiquer des accouchements « médicalisés » seul gage d'une lutte efficace contre la mortalité et la mortalité materno-infantiles.

**Planche 6:** Maternité de l'Hôpital Principal de Dakar



Source : [http://www.asnom/fr/hopitaux\\_colniaux.html](http://www.asnom/fr/hopitaux_colniaux.html)

Cette image montre la maternité de l'Hôpital Principal. Construite en 1922<sup>291</sup>, elle dévoile une allure majestueuse avec un rez-de-chaussée et un étage et dispose d'un service d'accouchement et de plusieurs salles d'hospitalisation.

Dans les colonies, la mobilisation des autorités à la fin de la Grande Guerre autour de la lutte contre les maladies sociales et la protection materno-infantile se

290. IMTSSA, Dossier 301, Protection de l'enfance et de la maternité en AOF en 1939 .

291. Cuisinier-Raynal J.-C., *op. cit.*, p. 1189.

matérialise par un développement des infrastructures sanitaires. Dans ce contexte, l'extension du réseau des maternités se concrétise par un programme de construction dont la plus importante fut, sans aucun doute, la Maternité indigène. Erigée en 1919 dans un immeuble formé de quatre bâtiments à quatre étages se coupant à angle droit dans l'enceinte de l'hôpital Central Indigène, la Maternité indigène était composée de quatre unités (maternité, service de consultations prénatales, un service de consultation de nourrissons, un service de consultations gynécologiques) et d'une crèche en annexe<sup>292</sup>. Centre de formation et d'enseignement pour les élèves de l'École de Médecine de Dakar, la maternité, animée par un médecin accoucheur, deux maîtresses sages-femmes européennes et une sage-femme auxiliaire, dispose d'une capacité d'accueil de 10 lits pour parturientes en fin de gestation et de 20 lits pour femmes accouchées<sup>293</sup>.

A Dakar, les soins aux nourrissons débiles sont assurés par la Crèche où l'on isole systématiquement les enfants de moins de 2 ans. Edifiée en 1921 dans l'enceinte de la maternité de l'Hôpital Central indigène, la Crèche devait recueillir les nourrissons abandonnés, surveiller et garder, hospitaliser les nourrissons malades. Toutefois, son fonctionnement fut grandement perturbé par le placement exagéré d'enfants abandonnés le plus souvent attribué à des prostituées<sup>294</sup>. Perçue comme un refuge des nourrissons abandonnés, la Crèche, progressivement discréditée, ne répondait plus à l'attente des populations. L'autre problème rencontré par la Crèche s'articulait autour de l'allaitement artificiel, parfois source de décès<sup>295</sup> auquel s'ajoutait le manque de conscience professionnelle des nourrices du fait de leur absentéisme<sup>296</sup>.

Au total, le maillage des maternités reste très limité et leur répartition se limitait aux grandes villes et chefs-lieux de cercle. Si en 1934 seules treize maternités

---

292. Diagne E.P.A, *op. cit*, p. 50

293. Lhuerre H., « Les œuvres de sauvetage de l'enfance à Dakar », *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, Paris, 1928, 21, p. 402.

294. Luherre, *op. cit*, p. 410.

295. *Ibidem*.

296. *Ibidem*.

représentaient l'armature du dispositif principal de la politique de PMI<sup>297</sup>, après le second conflit mondial, un coup de fouet est donné à la construction de maternités à la suite de l'appui d'organismes internationaux (UNICEF, OMS) et surtout de la mise en place du FIDES. Ainsi, en 1948, il existait au Sénégal 25 maternités ; l'année suivante, ce nombre est porté à 30<sup>298</sup>.

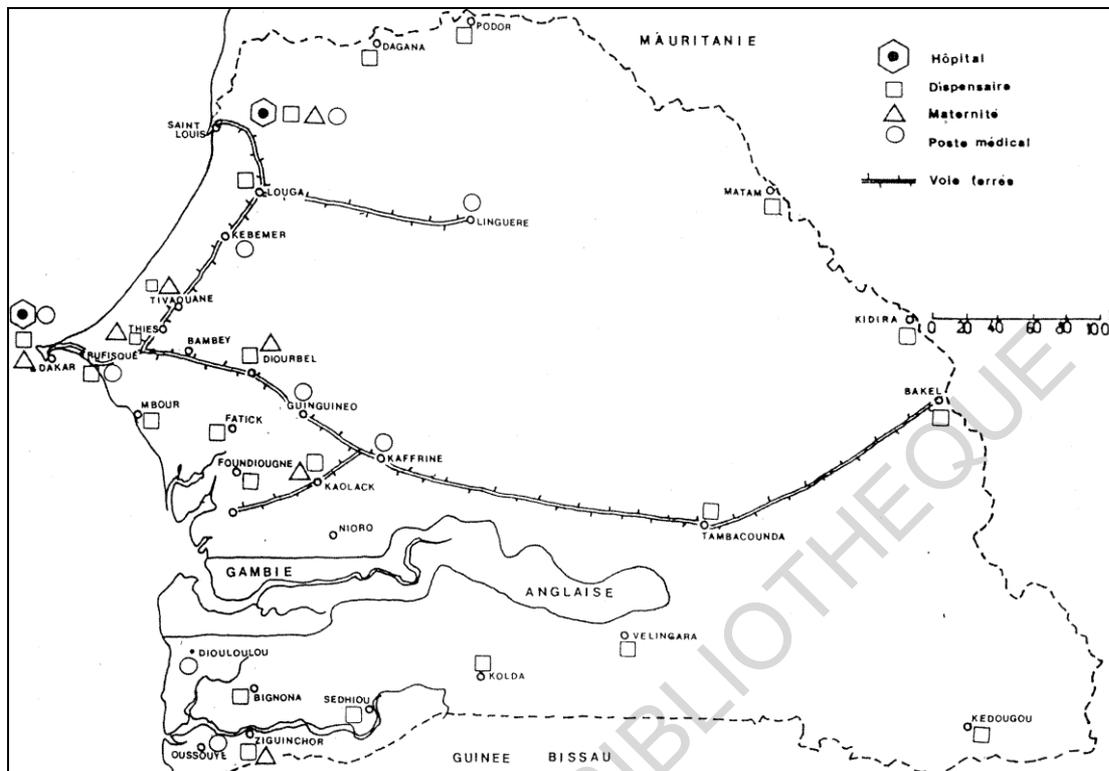
CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

---

297. ANS 1 H102 (163), Lettre n° 57 AP/1 du Gouverneur Général de l'AOF adressée au Ministre des Colonies, Dakar, le 30 mars 1934.

298. ANS 2 G 49(11) : Sénégal, Service de Santé, Rapport médical annuel, Saint-Louis, le 15/9/ 1950, p. 105.

Carte 9 : Les infrastructures sanitaires au Sénégal en 1930



Source : Sène, M., *Epidémies et politiques sanitaires au Sénégal, 1920 -1960*, FLSH, Département d'Histoire, UCAD.

La carte dressée en 1930 indique le maillage sanitaire dans la colonie. A dire vrai, la pénétration semble assez modeste et inégale sur l'ensemble du territoire. Les maternités, à l'orée des années 1930, ne sont implantées que dans sept localités. Jusqu'à la fin du second conflit mondial, il n'existait, au Sénégal, hormis Dakar, qu'une douzaine de maternités (Saint-Louis, Thiès, Tivaouane, Louga, Mékhé,

Diourbel, Kaolack, Fatick, Kougheul, Tamba, Ziguinchor et Sédhiou) avec une capacité hospitalière de 88 lits<sup>299</sup>. Il en est de même des hôpitaux érigés dans deux villes seulement (Dakar et Saint-Louis). Les dispensaires, une vingtaine environ, sont mieux répartis à l'échelle de la colonie à l'opposé de l'hinterland.

La carte sanitaire, *grosso modo*, laisse apparaître une concentration des infrastructures sanitaires à l'ouest de la colonie considérée comme le « Sénégal utile ». Dans les faits, la ligne Dagana – Kaffrine – Sédhiou qui concentre l'essentiel des infrastructures sanitaires correspond à la région qui polarise les investissements et anime l'économie de la colonie.

#### *b-5 La Polyclinique*

La création de la Polyclinique de l'Hôpital Central Indigène en décembre 1918 fut dictée, selon les autorités sanitaires, par la nécessité de faire face à « l'éloignement de l'hôpital des principaux groupements indigènes »<sup>300</sup>.

Ouverte au public depuis juin 1921, la Polyclinique Roume fut inaugurée le 21 février 1933. Si l'éloignement de l'Hôpital Central Indigène des quartiers africains pouvait constituer une entrave pour les indigènes à l'accès aux soins, sa création dans un contexte d'après-guerre répondait au souci de développer la race noire en quantité et en qualité par une réduction de la morbidité et de la mortalité des Africains.

#### **Planche 7 : Polyclinique Roume à Dakar**

---

299. IMTSSA, Dossier 415 PMI, « Protection de la maternité et de l'enfance indigène dans les colonies françaises en 1943 » p. 3.

300. A.N.S 2G 29(20), Rapport annuel de la Circonscription de Dakar et dépendances, année 1929.



*Source* : [http://www.asnom.org/640\\_protection\\_maternelle\\_infantile.html](http://www.asnom.org/640_protection_maternelle_infantile.html)

Dotée de plusieurs services (médecine générale, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, stomatologie, antituberculeux, antivénérien, douches pour les galeux, laboratoire de bactériologie, radiographie), la Polyclinique devait promouvoir une assistance médicale gratuite aux indigènes en même temps qu'elle représentait un baromètre de l'état sanitaire général de la population. Le service de radiographie mis en place en 1928, représentait un pilier essentiel de la lutte antituberculeuse. Transformée en 1953 en Institut d'Hygiène Sociale, la Polyclinique Roume, chargée de promouvoir la médecine sociale comprenait une division de consultations générales et deux centres (PMI et phtisiologie). Toutefois, ce dernier, structure rattachée au dispensaire antituberculeux aux modestes moyens, n'était pas conforme aux normes et réglementations métropolitaines compte tenu des limites de son armement<sup>301</sup>. Quant au centre de PMI, elle était spécialisée dans les consultations gynécologiques, prénatales et de nourrissons. En effet, le développement de la race noire, voie indiquée pour la rentabilisation des colonies, passait par la protection de l'enfance indigène grâce à la réduction de la morbidité et de la mortalité infantiles.

Chargée de promouvoir l'hygiène sociale et l'assistance médicale aux populations africaines, l'Institut assurait en même temps la formation professionnelle

---

301. IMTSSA Dossier 301: PMI.

des élèves médecins et des sages-femmes<sup>302</sup>. Les services fonctionnaient grâce aux étudiants de quatrième année chargés du contrôle, de l'inscription régulière des malades, de la tenue des fiches individuelles, ils devaient, en même temps, référer au médecin chef de la Polyclinique les cas compliqués et graves. De même, la section de pansements de plaies et ulcères destinée aux femmes et enfants du service de médecine générale, placée sous la direction d'une infirmière européenne diplômée, recevait les élèves sages-femmes de première année pour un stage d'une durée de deux mois.

Outre les activités de formation l'Institut se chargeait de la visite médicale des élèves des écoles de la ville de Dakar qui disposaient d'un carnet médical où étaient consignées les informations relatives à leur état de santé.

Le service antituberculeux, doté d'un petit laboratoire chargé de l'établissement diagnostic bactériologique, s'occupait du traitement ambulatoire à domicile sous la direction des infirmières visiteuses européennes assistées de sages-femmes auxiliaires autochtones<sup>303</sup>.

Quant au service antivénérien réparti en deux sections correspondant aux deux sexes, il assurait les traitements de patients par voies hypodermique, musculaire ou veineuse. Chargée de promouvoir la médecine sociale, la Polyclinique disposait, en sus d'un laboratoire de bactériologie, (examens sérologiques) d'un service de dermatovénérologie placé sous la direction d'un médecin spécialisé dans les MST et travaillant de concert avec les infirmières visiteuses chargées du suivi des malades à domicile. La tâche du service de dermatovénérologie consistait au dépistage et traitement des malades atteints de MST. En 1932, elle a traité 1666 syphilitiques<sup>304</sup>.

#### ***b-6 Les centres de Protection Maternelle et Infantile***

---

302. Lhuerre H., « Note sur le fonctionnement de l'Institut d'hygiène sociale de Dakar », in *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, Paris, 1928, 21, p. 329.

303. *Ibidem*.

304. Diop M, *La syphilis au Sénégal : discours et pratiques des autorités coloniales (1905-1960)*. Mémoire Maîtrise, 2008, Département d'Histoire FLSH, UCAD p. 62.

L'implantation progressive des centres de PMI dans la colonie au milieu des années 1950 est consécutive à l'organisation de la santé publique et de la PMI<sup>305</sup>. Au niveau de chaque colonie, est érigé un grand centre de PMI placé sous la tutelle d'un médecin chef chargé de l'établissement des directives techniques, du contrôle de l'exécution des tâches. Les centres de PMI constituent des organismes de traitement, de prévention, de recherche et de formation du personnel concourant au fonctionnement de la PMI. Ainsi, les centres de PMI assurent les consultations prénatales, postnatales, des soins curatifs, des activités sociales et éducatives.

L'érection des centres de PMI, sous l'impulsion des autorités, facilitée par la coopération internationale, s'est intensifiée à la fin des années 1950. Dans chaque centre, l'action médico-sociale est animée par l'assistante sociale de la circonscription avec l'appui des sages-femmes, infirmières et auxiliaires. Dans les activités médico-sociales, l'éducation des mères occupe une place centrale. Aussi, les centres sont-ils dotés de salles de démonstration affectée à l'éducation sanitaire des mères<sup>306</sup>. Alors que des centres primaires sont érigés dans la capitale fédérale et grands centres urbains, existent des centres secondaires logés dans des structures sanitaires de moindre envergure et qui, souvent, font appel à un personnel local<sup>307</sup>.

A Dakar, le centre de PMI de la Médina, principal centre de la colonie du Sénégal cohabitait avec trois autres centres de PMI<sup>308</sup> (Caisse de Compensation des prestations familiales à Colobane, Gueule Tapée et Ouagou Niayes). Les activités des centres secondaires, dépourvus de service social, se limitaient, pour l'essentiel, à la prévention et au dépistage.

Il faut attendre le gouvernement de l'autonomie interne pour voir une extension significative des centres primaires de PMI à l'intérieur du Sénégal. Entre 1957 et 1958, une dizaine de centres primaires ont été construits grâce aux crédits

---

305. IMTSSA, PMI Dossier 405, Médecin Général Directeur de la Santé Publique de l'AOF, L'organisation de la Santé Publique et e la PMI, 5 mai 1954, p.18.

306. Wade F., « Organisation de l'activité en faveur de la mère et de l'enfant au Sénégal », in *Journées africaines de pédiatrie*, Centre International de l'Enfance, 1961, pp. 121.

307. Wade F., *op. cit.*, p. 122.

308. ANS 2 G 59/34.

FIDES<sup>309</sup>. Dotés d'une salle de consultation avec fichier à l'entrée contiguë à une salle de soins et d'un box destiné à l'examen gynécologique), les centres primaires disposent d'une salle de démonstration pourvue en outre d'un guichet de distributions de lait et d'aliments de complément.

#### *b-7 Le centre de protection familiale rurale de Khombole*

Créé à la demande du Pr. Debré, le centre de protection familiale rurale de Khombole représente une structure pilote d'enseignement, de démonstration et de recherche dans les domaines médical et de la santé publique. Petite ville d'environ 5000 habitants située à une centaine de km de Dakar, Khombole représente un site idéal du fait de la polarisation de plusieurs villages (40 000 hts) disséminés dans un rayon d'une vingtaine de km<sup>310</sup>.

Le projet, émis par le Pr. Debré en tournée en Afrique en 1956, fut réalisé grâce à l'appui du CIE, du gouvernement général avec l'octroi de crédits FIDES et du système des Nations Unies (FAO, FISE). Il s'agissait, pour Debré, de mettre en place, en milieu africain, un répondant du centre de Soisson en France où, chaque année, le CIE anime, à l'intention du corps médical et paramédical (médecins, sages-femmes, assistantes sociales, travailleurs sociaux), des cours, séminaires et conférences relatifs au bien-être et à la santé infantiles<sup>311</sup>.

Si, au Sénégal, les cours de médecine sociale sont animés par le CIE à Dakar, par contre, le monde rural, la « brousse africaine » était timidement prise en compte dans les programmes de protection de la mère et de l'enfance. Aussi, s'imposait-il de préparer le personnel médical et paramédical aux dures conditions de travail en milieu rural, où les réalités sont souvent différentes de celles des connaissances livresques et

---

309. *Idem*, p. 3.

310. Coly F, médecin et maire de Khombole, Allocution aux Journées Africaines de Pédiatrie, Dakar, 13-16 avril 1960 p. 124.

311. Sénécal J, « Le centre rural de protection familiale de Khombole », *Bull.Méd de l'AOF*, Numéro spécial Volume III 1958, Journées médico-sociales de Dakar 28-30 octobre 1957, pp 7-11, p. 7.

des hôpitaux des centres urbains<sup>312</sup>. A l'origine, il s'agissait d'étudier les conditions de protection maternelle et infantile en milieu rural africain<sup>313</sup>. En effet, si les zones urbaines disposaient d'une certaine expérience dans le domaine de la PMI et commençait, au sortir du second conflit mondial, à appliquer le régime des allocations familiales, la brousse semblait exclue du système.

Progressivement, l'enseignement de la pédiatrie sociale ouvert aux étudiants de Dakar et d'Afrique venait s'adjoindre à la recherche pratique. Celle-ci, menée avec la participation de la population, a inscrit dans ses activités l'éducation sanitaire et l'assainissement. Le volet assainissement, pour sa part, met l'accent sur l'accès à l'eau potable, l'évacuation des ordures et eaux usées, la lutte contre le péril fécal et les animaux ou insectes vecteurs. L'importance de plus en plus accrue de l'assainissement dans la gestion des problèmes de santé publique nécessita, grâce à l'appui du système des Nations Unies (OMS, FISE), la création d'une école d'agents sanitaires chargée de la formation d'un personnel devant promouvoir l'assainissement au sein de la population.

Pour l'essentiel, les activités, en dehors du centre de Khombole, sont polarisées en milieu rural par quatre villages répartis en deux secteurs : Touba Toul et Piroumndari au nord, Kam Diack et MBoulouktène au sud. Les tournées dans les villages effectuées par les formateurs en présence des stagiaires sont axées sur le dépistage d'enfants malades, des consultations de femmes gestantes ou allaitantes, des séances d'éducation sanitaire. Le carré expérimental, initié dans ces villages, constituait un projet d'assainissement comprenant des cases, installations sanitaires économiques et un puits protégé contre les souillures extérieures.

---

312. *Idem*, p. 8.

313. Sénécal J Le centre de santé de Khombole, *Journées Africaines de Pédiatrie*, Dakar, 13-16 avril 1960 p. 123-128, p.123.

Lors des séances de consultation de nourrissons à la maternité de Khombole (mercredi et vendredi matin), les activités des stagiaires (infirmières et sages-femmes) s'articulent autour de la tenue de fichiers, la mise à jour de la fiche et du carnet de santé, l'établissement d'une courbe de croissance pour les nourrissons. Les après-midis sont consacrés aux activités sociales (visites aux familles, cours aux écoliers, éducation sanitaire, causeries avec les mères, économie, cours de couture et démonstration de cuisine et de carré expérimental)<sup>314</sup>. Parallèlement aux activités d'enseignement, sont menées des recherches et enquêtes sur l'alimentation (I. de Garine avec la FAO, recherches sur le trachome, parasitologie avec MM. Sénécal, Larivière, Dupin, F.Coly).

Toutefois, ces initiatives, en dépit de leur portée indéniable, laisse apparaître des limites réelles. En effet, tester les programmes destinés à la brousse suppose, pour qu'ils soient réussis, l'élaboration d'un programme d'éducation sanitaire en phase avec les réalités socio culturelles du monde rural. La réussite des programmes en milieu rural nécessite la mise en place d'une équipe de proximité permanente en lieu et place des stagiaires certes motivés, mais dont les actions restent limitées par leur renouvellement hebdomadaire<sup>315</sup>.

#### ***b-8 Le dispositif du service mobile***

Au Sénégal, la médecine foraine, itinérante, assurée par les unités mobiles de l'AMI et du service des Grandes Endémies (SGHMP) intervient surtout en milieu rural. Dans la colonie du Sénégal, c'est à l'orée du XXe siècle que s'amorce avec la création de l'AMI par l'arrêté du 8 février 1905, non seulement une politique sanitaire soucieuse d'étendre les prestations à la population africaine affectée par les endémo épidémies, mais aussi une volonté affirmée de faire pièce aux fléaux sociaux (tuberculose, maladies vénériennes, alcoolisme) et à la mortalité infantile.

---

314. Sénécal J Le centre de santé de Khombole, *Journées Africaines de Pédiatrie*, Dakar, 13-16 avril 1960 p. 123-128, p.123. Exposé de Collin de l'Hortet, p. 127.

315. *Idem*, Exposé de Igor de Garine, p.125.

En effet, les conclusions de l'enquête présentée par l'Inspection des Services Sanitaires et Civils, initiée par la circulaire du gouverneur général Roume en date du 5 avril 1905, aboutissent à un taux de mortalité très élevé<sup>316</sup>. Celui-ci, résulte, d'après l'enquête, de deux principaux facteurs. D'une part, les maladies banales induites par la pauvreté, le manque d'hygiène, l'insalubrité; et, d'autre part, les pathologies parmi lesquelles émergent la tuberculose et les maladies vénériennes (syphilis) qui occasionnent une forte mortalité infantile. En outre, l'enquête incrimine, au second niveau, les maladies endémiques spécifiques au milieu : bérubéri, lèpre, trypanosomiase, paludisme.

Pour le gouverneur Roume, en vertu des objectifs assignés lors de sa création, l'AMI doit « augmenter le bien être des indigènes, multiplier les médecins, lutter contre la syphilis, l'alcoolisme et les maladies épidémiques, lutter contre la mortalité infantile, donner aux médecins des aides indigènes, faire participer le médecin à l'action sociale et administrative »<sup>317</sup>. A partir de ce moment, l'AMI fut chargée de prendre en charge les maladies vénériennes, les endémo-épidémies et la mortalité infantile considérées comme source de dénatalité dans les colonies. De 1905 à la fin de la deuxième guerre mondiale, les services de l'Assistance Médicale Indigène ont constitué l'essentiel du noyau de l'armature sanitaire de la colonie.

C'est à partir du début des années 1950 que les actions de l'AMI, limitées dans les hôpitaux et dispensaires, furent complétées par la médecine ambulatoire, mobile et préventive grâce au Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie. Créé à la Conférence de Brazzaville, le SGHMP, structure polyvalente, se substitue au SGAMS dont les activités étaient essentiellement axées sur la prophylaxie et le traitement de la trypanosomiase. Le SGHMP ou Grandes Endémies institué par le décret du 15 juin 1944 et l'arrêté d'application 244/SP du 22 Janvier 1945 voit ses compétences s'étendre sur les deux fédérations (AOF et AEF).

---

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

317 Sankalé M, 1969, *op. cit*, p.36.

Basé à Bobo Dioulasso et composé de plusieurs sections (paludisme, lèpre tréponématoses, tuberculose.), le SGHMP participa, de manière significative, à la protection materno-infantile notamment en milieu rural. En effet, les unités sanitaires itinérantes du service des Grandes Endémies, grâce à la lutte contre les maladies endémiques, vénériennes, certaines maladies de l'enfance, mais aussi les vaccinations ont fait reculer la morbidité et la mortalité infantiles. Il est hors de doute que la lutte contre les endémies (maladie du sommeil, tréponématoses, paludisme), les vaccinations antivarioliques et antiamariles, contre la rougeole, pratiquées par le SGHMP ont un impact réel sur la morbidité et la létalité infantiles.

L'exemple de la lutte antitréponique pourrait à lui-même suffire pour montrer l'action du SGHMP. Après le second conflit mondial, il s'illustra dans le dépistage et le traitement des tréponématoses. Après la création du secteur spécial de Podor, la lutte antitréponique s'est étendue aux centres de Mbour, Bignona et Bakel. Trois années après les campagnes d'éradication massives (dépistage, prophylaxie) entreprise par le SGHMP, l'affection tréponique a reculé sensiblement en AOF. Sur la base de protocoles thérapeutiques standardisés plus des trois quarts des patients en traitement furent guéris<sup>318</sup>.

La collaboration du SGHMP avec l'Assistance Médicale Africaine (AMA) qui succède l'AMI dans un contexte de libéralisation du système colonial, se concrétise par des résultats probants. Ainsi, alors que l'AMA assurait les consultations et les traitements médicaux au niveau des formations sanitaires fixes, le SGHMP, pour sa part, avec ses équipes itinérantes, menait des consultations polyvalentes et des campagnes prophylactiques. Les activités du SGHMP s'articulaient autour de deux principales activités<sup>319</sup> : les vaccinations systématiques et le dépistage et le traitement des affections endémiques lors desquelles les cas graves sont référés au niveau des postes médicaux de l'AMA.

---

318. Masseguin A, Ridet J, *op. cit.*, p. 45.

319. Richet, « Contribution quotidienne des SGHMP de l'Afrique Française Noire à l'exercice la protection maternelle et infantile », in *Bulletin médical de l'AOF*, Dakar, 1958, volume 3, numéro spécial, p. 45.

Toutefois, les résultats acquis par la médecine foraine et itinérante ne sauraient occulter sa forme militaro-étatique avec des équipes sanitaires mobiles dont l'objectif est de contrôler les populations. En vérité, le déploiement des structures et politiques sanitaires dans les colonies doit être mis en relation avec la gestion administrative de l'espace colonial<sup>320</sup>. La mise en place de la « technologie de la santé » (textes réglementaires, vaccinations), les tournées médicales soumettent les populations africaines non seulement aux examens de dépistage, à l'administration de traitement, aux recensements épidémiologiques, mais aussi au fichage. Du coup, la « machinerie administrative et sanitaire », en localisant les populations dans l'espace, représente un moyen efficace pour le recensement et le recouvrement de l'impôt.

### CONCLUSION

A partir du milieu des années 1950, la réorganisation de la PMI se concrétise par la construction de structures (centres de PMI, maternités, dispensaires) qui, progressivement, étend ses tentacules à l'intérieur du territoire. Le nouveau maillage sanitaire a permis une meilleure prise en charge de la mère et de l'enfant qui se manifeste par une réduction de la morbidité et de la mortalité infanto-maternelles. Toutefois, le système de santé, plus particulièrement la PMI, tel que conçu et organisé, laisse apparaître des failles réelles.

Les difficultés de la PMI résultent de l'immensité des territoires à couvrir, l'éparpillement des populations aux densités faibles et la concentration des acteurs et structures dans les centres urbains. Un autre problème est lié à la réticence des populations aux méthodes de traitement, de prophylaxie et aux messages des autorités

---

320. Pour plus de détails, voir à ce propos Delauney K, « Faire de la santé un lieu pour l'histoire de l'Afrique : essai d'historiographie », *Outre-Mers*, 93, No 346-347, (2005), 7-46.

Lyons M, *The colonial disease : a social history of sleeping sickness in Northern Zaïre, 1900-1940*. Cambridge University Press, New York, 1992.

sanitaires souvent à l'encontre des coutumes. En effet, la logique sanitaire des autorités coloniales est souvent en conflit avec les populations locales qui ont leurs coutumes, traditions à prendre en compte dans toute œuvre médicale. Malgré le développement des infrastructures sanitaires et mobiles dotées d'un personnel souvent qualifié, les autorités reconnaissent la lente et difficile progression de l'action médicale<sup>321</sup>.

La PMI, au lieu de centrer toutes les actions sur l'enfant, doit prendre en compte la mère à tous les niveaux. En effet, l'enfant ne saurait être opposé à la mère. Par ailleurs on pourrait tout de même douter de la portée de l'action médicale, particulièrement de la PMI au regard de la carte sanitaire. Celle-ci laisse apparaître une concentration des infrastructures sanitaires dans la partie occidentale de la colonie considérée comme le « Sénégal utile » au détriment du monde rural qui polarise l'écrasante majorité de la population. L'action de la PMI, pour l'essentiel, se limite aux centres urbains qui disposent de moyens matériels et humains au détriment du monde rural.

### **c) Les acteurs impliqués dans la politique de PMI : le personnel médical et paramédical**

Faisant l'apologie de la PMI dans les colonies françaises, les autorités sanitaires, sous la plume autorisée du médecin R. Beudiment estiment au second trimestre (avril, mai, juin) de 1937 que « l'organisation de la protection de la mère et de l'enfant en Afrique Occidentale Française est un modèle du genre. Formations spécialisées dans les capitales, maternités dans les chefs-lieux de cercle, équipes mobiles, infirmières visiteuses rurales et matrones éduquées échelonnent en profondeur l'action remarquablement étudiée de l'assistance médicale indigène »<sup>322</sup>.

#### ***c-1 Les structures de formation***

---

321. PMI Dossier 405, Médecin Général Directeur de la Santé Publique de l'AOF, L'organisation de la Santé Publique et de la PMI, 5 mai 1954, p.18.

322. Beudiment R. Chronique documentaire, « Protection de la maternité et de l'enfance indigènes dans les colonies françaises en 1935 », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, avril mai - juin 1937, Tome XXXV-33, pp. 504-564, p. 511.

Les structures de formation comprenaient l'Ecole de Médecine de Dakar transformée à partir de 1944 en Ecole Africaine de Médecine et de Pharmacie

### *c-1-1 L'Ecole de Médecine de Dakar*

Elle a été créée par le décret du 14 janvier 1918 dans un contexte d'après-guerre marqué par un déficit du personnel médical, ainsi que les débuts de la politique de régénérescence de la race noire pour faire face aux effets démographiques néfastes induits par le conflit. Sa création tardive par rapport aux autres écoles de médecine coloniale (Pondichéry en 1882, Tananarive en 1896 et Hanoï en 1902) s'expliquait en partie par la vision du colon sur l'indigène, le « Noir » étant incapable de recevoir une formation poussée à cause de son insuffisance intellectuelle. Il s'agissait aussi d'empêcher la formation d'une élite indigène susceptible de contester et remettre en question le projet colonial.

**Planche 8** : Ecole de Médecine de Dakar (1930)



Source : [http://www.asnom/fr/320\\_ecole\\_medecine.html](http://www.asnom/fr/320_ecole_medecine.html)

Après la Grande Guerre et la participation active des Noirs à l'effort de guerre, la métropole fut obnubilée par la reconnaissance d'une dette contractée en s'engageant à promouvoir le progrès économique et social. Aussi fallait-il protéger la population africaine contre la ruine, la maladie et la mort par la création de services sanitaires et le renforcement du personnel médical. C'est dans ce contexte que fut créée le 14/01/1918

l'Ecole de Médecine de Dakar chargée d'assurer la formation d'un personnel médical et paramédical subalterne africain tels que les aides médecins, sages-femmes auxiliaires, infirmières visiteuses destinés à l'AMI.

**Tableau 74 :** Nombre d'élèves sortis de l'Ecole de médecine de Dakar

Années	Médecins	Sages-femmes	Infirmières visiteuses	Pharmaciens	Vétérinaires
1921		15			
1922	8	13		2	
1923	7	10		2	3
1924	11	15		2	2
1925	13	10		2	
1926	10	18		2	
1927	14	18		2	
1928	18	11		1	
1929	7	23		1	
1930	9	17	12	1	
1931	11	12	6	2	
1932	12	12	4	1	
1933	14	7	6	1	
1934	14	11	10	2	

*Source :* Blanchard, « L'Ecole de médecine de Dakar », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, Tome 33, pp. 90-111, p.91-92, 1936

A l'orée des années 1920 et ce jusqu'en 1934, l'Ecole de Médecine de Dakar forme régulièrement des élèves dans les sections « médecins », « sages-femmes » et « pharmaciens ». Si la section pharmacie se singularise par des effectifs assez modestes avec des chiffres ne dépassant guère deux, les médecins et sages-femmes semblent avoir des effectifs plus importants et plus réguliers. Pour les médecins, le nombre d'élèves sortis varient entre 7, chiffre le plus bas (1923 et 1928) et 18 (pointe observée en 1928). Les promotions de sages-femmes sont plus importantes. Le pic est atteint en 1929 avec 23 élèves sortis alors que le creux de la vague est enregistré en 1933 avec seulement 7 sortants. Quant aux infirmières visiteuses dont la formation

démarre à la fin des années 1920, le nombre de sortants s'avère fort modeste avec 12 en 1930, 4 deux années plus tard, 6 en 1933 et une dizaine en 1934. Notons enfin que pour la section de médecine vétérinaire, le nombre d'élèves sortis oscille entre 2 et 3 pour les seules années 1923 et 1924. Les totaux des sortants sont illustrés par le tableau suivant.

**Graphique 50** : Totaux des sortants de l'EMD de 1921 à 1924



**Source** : Blanchard, « L'École de médecine de Dakar », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, Tome 33, pp. 90-111, p.95, 1936

Les écarts entre les effectifs sortants s'expliquent par l'orientation des politiques sanitaires coloniales à partir des années 1920. Celle-ci met l'accent sur la médecine de masse par une extension des services à la population africaine. Parmi les priorités, se dégage la protection de la maternité et de l'enfance indigènes, gage de régénérescence de la race noire et d'accroissement de la capacité productive des colonies. On peut comprendre, dans un tel contexte que les effectifs des médecins, mais surtout des sages-femmes avec respectivement 148 et 191 dépassent largement ceux des pharmaciens et vétérinaires.

Les effectifs des infirmières visiteuses, relativement bas par rapport aux médecins et sages-femmes s'expliquent par l'ouverture tardive de la section et son espace d'intervention qui reste, pour l'essentiel, circonscrit dans les grandes villes.

**Tableau 75** : Répartition des élèves par colonie d'origine (1921 -1934).

Colonies	Médecins	Pharm .	Vétér.	S- F	Infirm.-visit	Total
Sénégal	34	2	3	28	3	70
Soudan	36	7	2	41	3	89
Guinée	15	5	–	19	4	43
Haute-Volta	4	1	–	6	2	13
Côte d'Ivoire	22	1	–	19	8	50
Dahomey	34	4	–	73	18	129
Sierra Léone	–	1	–	–	–	1
Libéria	1	–	–	1	–	2
Togo	–	–	–	2	–	3
Niger	2	–	–	2	–	4
Totaux	148	21	5	191	38	403

*Source* : Blanchard 1936, op cit, pp. 90-111, p.95.

La répartition des élèves par colonie d'origine laisse apparaître de grandes disparités. Le Dahomey émerge du lot avec 129 élèves sur un total de 403, soit environ le tiers des effectifs (32 %). La forte représentation du Dahomey s'explique par l'importance du taux de scolarisation qui découle surtout de la forte présence des missions catholiques. Ensuite, loin derrière le Dahomey, se détache le Soudan avec 22 % des effectifs soit 89 élèves fournis pour l'essentiel par des écoles primaires laïques, privées ou de l'Orphelinat des métisses de Kayes transféré à Bamako. Le Sénégal avec un effectif de 70 élèves se situe à la troisième place, suivi par la Côte d'Ivoire (50 élèves) et la Guinée (43 élèves). Parmi les colonies constituant la fédération, la Haute-Volta et le Niger occupent la dernière place avec respectivement des effectifs de 13 et de 4 élèves. Les autres territoires pourvoyeurs, non inclus dans la fédération (AOF) se signalent par des effectifs fort modestes : Togo (3), Sierra Léone (1) et Libéria (2).

### *c-1-2 L'Ecole Africaine de Médecine et de Pharmacie*

La création de l'Ecole Africaine de Médecine et de Pharmacie résultait des recommandations de la Conférence de Brazzaville qui prônait une nouvelle politique envers les colonies françaises d'Afrique. Instituée par décret du 11 août 1944, L'Ecole

Africaine de Médecine et de Pharmacie qui remplaça l'Ecole de Médecine et de Dakar, avait comme prérogative la formation des médecins, pharmaciens, sages-femmes africaines devant servir dans les deux fédérations (AOF, AEF) ainsi que dans les territoires du Cameroun et du Congo. Le décret du 6 avril 1950 créait l'Institut des Hautes Etudes de Dakar rattaché aux Universités de Paris et de Bordeaux.

Quant aux sages-femmes elles étaient désormais formées à l'Ecole des Sages-femmes africaines instituée en 1953.

**Tableau 76 :** Effectifs de jeunes filles admises et diplômées de l'Ecole de médecine de l'AOF (1918 -1957)

	1918 - 1937		1938 - 1957		Total	
	Entrées	Sorties	Entrées	Sorties	Entrées	Sorties
Section sages femmes	388	273	482	360	870	633
Section Infirmières Visiteuses	63	38	—	—	63	38
Total	416	336	482	360	896	696

*Source :* Barthélémy P, op.cit.

Depuis les années 1930, plusieurs promotions sont sorties des structures de formation médicales de l'A.O.F. Le tableau suivant fait état des effectifs admis et diplômés (filles) par territoire entre 1938 et 1957.

**Tableau 77 :** Elèves admises et diplômées de l'Ecole de Médecine par territoire (1938 -1957).

Territoire	Nbre d'élèves admises	Nbre d'élèves diplômées	Proportion admises (%)	diplôm.
Dahomey	210	151	72	
Côte d'Ivoire	52	41	79	
Soudan	41	38	93	
Dakar et Dépend.	37	35	95	
Guinée	28	25	89	
Sénégal	54	23	43	
Togo	18	15	83	
Haute-Volta	12	11	92	
Niger	8	7	58	
Cameroun	12	7	58	
AEF	8	5	63	

Mauritanie	1	1	100
Non précisé	1	1	—
Total	482	360	75

**Source :** Barthélémy P, 2004, op cit, p.327.

Entre 1938 et 1957, le nombre d'élèves admises et diplômées (filles) s'élève respectivement à 482 et 380. Ces données indiquent un important taux de déperdition (25 % représentant le quart des effectifs). Le Sénégal se signale avec un taux de déperdition particulièrement élevé : plus de la moitié des inscrits (57 %) n'obtiennent pas leurs diplômes, ce qui est énorme. De même, le Togo et le Cameroun se signalent par des taux de déperdition élevés, 58 % seulement des élèves sont admises à la sortie. A l'actif de ces importants taux de déchets, on peut incriminer les mariages mais surtout les grossesses qui, la plupart du temps, se soldent par des abandons et des exclusions.

Les services hospitaliers de Dakar constituent des services d'enseignement, non seulement pour les étudiants en médecine, mais aussi pour les infirmières et les sages-femmes. Les déficiences relevées dans le fonctionnement des services hospitaliers (exiguïté, pénurie à divers niveaux) retentissent sur le niveau de formation du personnel. Les autorités sanitaires déplorent en 1954 la formation restreinte dispensée dans les services hospitaliers qui, au regard des conditions de fonctionnement actuel, ne peuvent fournir un enseignement correct. Ainsi, les sages-femmes sont habituées à ne voir les parturientes que pendant trois jours, les accouchées ne pouvant être retenues au-delà de ce temps très réduit du fait de la pénurie de lits. De telles lacunes relevées dans la formation du personnel, ont des répercussions fâcheuses sur le fonctionnement des services sanitaires.

Jusqu'en 1955, le cycle des enseignements dispensés par l'Ecole de Médecine de Dakar était de trois ans. La formation accélérée équivalait à un niveau de licence destiné à des médecins auxiliaires<sup>323</sup> La poursuite des études supérieures nécessitait le recours à une Faculté de médecine française. Il faut attendre la rentrée de 1959 pour

---

323. Sankalé M, Pène P 1960, *op. cit.*, p .89.

voir le cycle complet enseigné à Dakar. De sa création à sa fermeture, l'Ecole Africaine de Médecine de Dakar a formé 582 médecins et 87 pharmaciens<sup>324</sup>.

Ces deux structures de formation ont joué un rôle déterminant dans la constitution des élites africaines.

### *c-2. Le personnel de santé*

Les bases historiques et juridiques du corps médical colonial trouvent leurs origines dans l'Ordonnance du 17 juillet 1835 et le décret du 14 juillet 1865 créant puis organisant le corps des médecins exerçant dans les colonies et territoires d'Outre-mer. Si le Corps de Santé des Colonies fut créé en 1889 par décret du Président de la République française dans la colonie du Sénégal<sup>325</sup> (médecins militaires et infirmiers.), il faut noter qu'avant 1890, le personnel médical exerçant dans les colonies provenait des Troupes de la Marine. La séparation de la Marine et des colonies déboucha en 1890 à la création d'un corps de santé des colonies et des pays de protectorat relevant directement du ministère des colonies. Une décennie plus tard, le corps de santé des colonies et des pays de protectorat fut remplacé par le corps de santé des troupes coloniales.

A l'origine, elle était constituée de médecins militaires provenant de Toulon, Rochefort, Brest et de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux après 1890. Médecins de la Marine, ils jouèrent un rôle stratégique dans le dispositif d'expansion, de conquête et de pacification européenne en assurant la couverture sanitaire et médicale des postes fixes et des colonnes d'exploration. S'y ajoutent les infirmiers militaires coloniaux dont le corps, créé en 1889 constitua un appui essentiel à la pénétration sanitaire.

Dans les colonies constituant la fédération de l'AOF, la création de corps paramédicaux et de médecins auxiliaires avec des diplômes reconnus officiellement

---

324. Sankalé M, 1969, *op. cit.*, p. 39.

325. *Bulletin Administratif du Sénégal* 1890 : 80 ; *Moniteur du Sénégal*, 1890, 1785 :123.

par l'administration fut relativement tardive. Il faut attendre la fin de la Grande Guerre, notamment la réorientation progressive de la médecine aux colonies avec le passage de la médecine individuelle et curative à la médecine préventive et sociale pour voir l'administration solliciter les auxiliaires africains comme intermédiaires dans le cadre de la médicalisation des Africains. Dans l'optique des autorités coloniales, compte tenu de l'insuffisance de l'effectif du personnel européen, la création d'un corps d'auxiliaires médicaux africains pourrait grandement contribuer au renforcement de l'Assistance Médicale Indigène dans le processus de médicalisation des sociétés indigènes considérées à l'époque comme méfiantes, voire répulsives à la médecine coloniale.

Toutefois, malgré le recours aux auxiliaires africains, durant toute la période coloniale, dans la colonie du Sénégal, les effectifs restèrent numériquement insuffisants.

### ***c-2-1 Le corps paramédical***

#### ***c-2-1-1 Les infirmières visiteuses***

L'idée de création d'un corps d'infirmières visiteuses en AOF est évoquée dans les textes officiels dès le début des années 1920. Le contexte d'après-guerre était marqué par le démarrage de la mise en valeur qui impliquait une exploitation économique plus soutenue ainsi qu'un contrôle plus solide de la société. La création d'un corps d'infirmières-visiteuses puis d'une section « infirmières visiteuses » à l'Ecole de Médecine de Dakar au milieu des années 1920 fut dictée par la nouvelle orientation de la politique sanitaire vers la médecine de masse axée sur la lutte contre la mortalité infantile et le dépistage des maladies sociales (dépistage, éducation à domicile, etc.).

A l'origine, il s'agissait de mettre en place un corps d'assistantes indigènes appelées « gardes nourrissons » dont les pouvoirs s'avéraient fort limités, car interdites de toute manœuvre chirurgicale. A l'époque, avait été émise l'idée de déployer, par les autorités locales de chaque colonie, comme « gardes nourrissons », des infirmières et

sages-femmes ayant échoué à leur examen de sortie. Se posait dès lors l'épineux problème de la reconnaissance juridique de ce nouveau corps d'autant plus qu'il n'existait pas de diplôme reconnu par l'administration. Avec la reconnaissance juridique à partir de 1926 et le début de la formation au niveau de chaque territoire, le corps des « gardes nourrissons » disparaît pour céder la place à celui des infirmières visiteuses. Il fallut attendre 1930 pour voir la création d'un diplôme fédéral d'infirmières visiteuses africaines dans l'optique de concilier le médical au social.

Le profil des infirmières visiteuses africaines s'inspire du modèle métropolitain de la fin du XIXe siècle qui voit émerger la profession d'infirmières visiteuses à domicile et de « l'infirmière ménagère »<sup>326</sup>. Ces corps para médicaux représentent des calques des Health Visitors américains (USA) et des modèles britanniques qui émergent dans un contexte d'hygiénisme consécutif de la fin du XIXe siècle<sup>327</sup>. Après la Grande Guerre, sous l'impulsion de la Croix Rouge et de la fondation Rockefeller alors engagées dans la reconstruction de l'Europe dévastée par le conflit, le rôle et le prestige des infirmières visiteuses connurent une vigoureuse impulsion. Avec la création officielle d'un diplôme à partir de 1922, les infirmières visiteuses d'hygiène sociale furent déployées dans trois secteurs : la lutte antituberculeuse, la protection de l'enfance et la polyvalence<sup>328</sup>.

Appelées d'abord infirmières de « garde » par la circulaire du 12 avril 1921 du gouverneur général Merlin, ce corps devait faire place aux infirmières visiteuses en 1926<sup>329</sup>, compte tenu des impératifs de la politique de pénétration médicale qui devait lier la concession indigène aux structures de santé. Issues d'écoles primaires laïques, privées ou de l'Orphelinat des métisses de Kayes transféré à Bamako ou de celui de Grand Bassam<sup>330</sup>, elles pouvaient aussi provenir des élèves sages-femmes ayant opté

---

326. Barhélémy P, 2004, *op. cit.*, p.59.

327. *Ibid.*

328. *Ibid.*

329. Guèye (N), *Les sages-femmes du Sénégal de 1918 à 1968*. Mémoire de maîtrise d'histoire, UCAD, FLSH, 2003, pp. 50-53.

330. Blanchard (Dr), « L'École de Médecine de l'Afrique Occidentale Française de sa fondation à l'année 1934 », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniale*, 1934, Tome XXXIII, pp.90-11, p.93.

volontairement pour la section ou « dont l'aptitude a été reconnue insuffisante aux examens de passage annuels »<sup>331</sup>. Le déficit en personnel et les impératifs de la proximité ont rendu nécessaire la création de ce corps, « passerelle entre le dispensaire et la case indigène. »

La constitution du corps au Sénégal coïncidait avec l'institutionnalisation de la médecine préventive et sociale. Si, avant 1920, la médecine coloniale est axée pour l'essentiel sur une médecine de soins, dès le début des années 1920, s'amorce une nouvelle phase qui mit l'accent sur les problèmes sociaux. Cette médecine préventive et sociale, sans pour autant occulter les problèmes antérieurs, s'oriente davantage vers les maladies dites sociales, notamment la tuberculose, l'alcoolisme, la malnutrition ainsi que la protection des groupes vulnérables à l'image des femmes, des enfants et des travailleurs<sup>332</sup>. L'orientation des services médicaux vers le social à partir des années 1920 est dictée par la volonté affichée des autorités coloniales de promouvoir la protection sanitaire des Africains aux fins de rentabiliser les colonies. La médecine de masse marquée par une action médicale mobile dépasse la médecine hospitalière statique caractéristique de la médecine coloniale depuis son implantation au Sénégal.

**Planche 9** : Distribution de BCG par Madame Deboeuf, infirmière visiteuse, aux nouveaux nés du village de la Médina

---

331. *Ibidem*

332. *Ibidem*



*Source* : ANS : 1H 86

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. Il s'agissait, pour les autorités sanitaires coloniales, d'assurer la médiation entre le médical et le social. En fait, outre la détection des maladies dites sociales (tuberculose, maladies vénériennes) et le suivi vaccinal, « 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 »<sup>333</sup>. Placées sous la tutelle des sages-femmes et des médecins, les infirmières visiteuses, déployées dans la lutte antituberculeuse, sont chargées de la promotion des notions d'hygiène, de PMI auprès des femmes gestantes et des nourrissons<sup>334</sup>. Constituées d'abord d'Européennes, puis d'Africaines, elles devaient visiter les familles, assurer leur éducation sanitaire. Formées par les infirmières

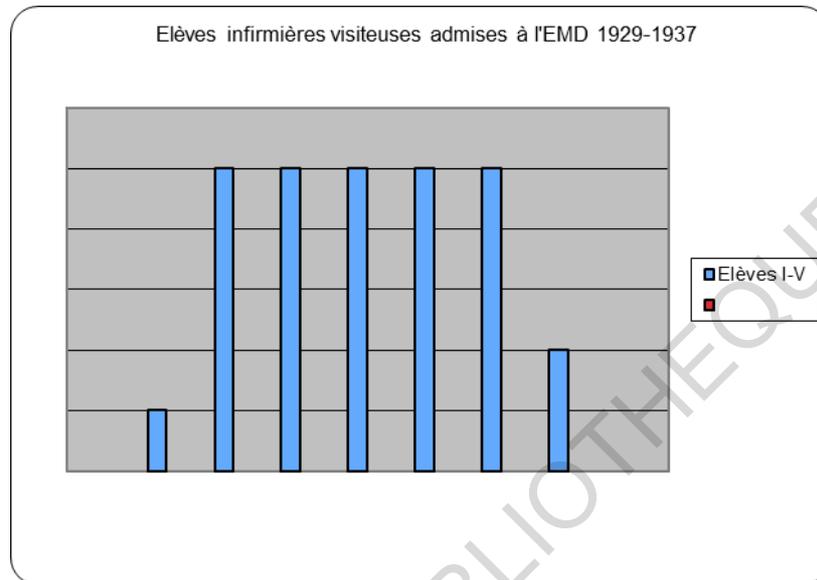
---

333. *Ibid*

334. *Journal Officiel AOF*, 1926, p. 196.

visiteuses européennes (comme d'ailleurs les sages-femmes africaines), leur première promotion date de 1930.

**Graphique 51** : Elèves infirmières visiteuses admises à l'EMD de 1929 à 1937



Source : Barthélémy P, op cit 2004, p.92.

Personnel mobile, support de la médecine préventive et sociale, elles devaient veiller à l'hygiène des femmes enceintes, vaincre les réticences des populations locales à la médecine moderne, appuyer les sages-femmes dans la PMI ainsi que les médecins pour la collecte d'informations et dans la lutte contre les maladies sociales et épidémiques. Les autorités, pour anticiper les conflits de compétence avec les sages-femmes, définissent les prérogatives des infirmières visiteuses qui « doivent servir de trait d'union entre la maternité et la population, et ne jamais être transformées en auxiliaires pour les sages-femmes ; leur rôle est de pénétrer dans les familles indigènes, de rechercher les futures mères et nourrissons, pour s'efforcer de les amener aux consultations »<sup>335</sup>. Le docteur Laffont estime qu'avec la mise en place du corps paramédical féminin, s'amorce dans l'évolution de la médecine coloniale une seconde

335. IMTSSA Dossier 415 PMI, *Protection de l'Enfance et de la Maternité en AOF*.

étape marquée par la mobilité qui succède au stade initial caractérisé par l'influence du médecin isolé dans son poste<sup>336</sup>.

La durée d'existence de la profession ne dépassa guère deux décennies, du début des années 1920 à 1938, date à partir de laquelle la section fut supprimée au niveau fédéral après huit ans d'existence. Le corps fut supprimé après l'ouverture de l'Ecole des sages-femmes en 1950 et le diplôme fusionné avec celui d'assistante sociale reconnu légalement en France à partir de 1932<sup>337</sup>.

Agents de renseignements et d'exécution des prescriptions médicales, assistantes et rabatteuses, les infirmières visiteuses, déployées au cœur du dispositif médico-social colonial, participèrent, en dépit de la courte période d'existence de leur corps, à la politique de régénérescence de la race noire.

Leur impact dans la médicalisation des sociétés africaines semble assez modeste si l'on tient compte de leur effectif dérisoire par rapport à la couverture de l'immense espace colonial ouest africain français. Leur rayon d'action, au Sénégal, pour l'essentiel, ne dépassa guère l'espace urbain, notamment la capitale fédérale, particulièrement certains quartiers indigènes à l'image de la Médina. Parmi leurs fonctions, figurent le dépistage des tuberculeux, la distribution de crachoirs et des conseils aux familles sur les mesures d'isolement ou de désinfection. Toutefois l'une des difficultés des infirmières visiteuses est liée à l'adaptation des règles de prophylaxie antituberculeuse au milieu indigène, souvent vexé par les mesures d'isolement, de prévention générale, inadaptées à l'environnement et aux coutumes.

### *c-2-1-2 Les sages-femmes*

Dès le début de la seconde moitié du XIXe siècle, le personnel médical, essentiellement militaire et masculin, participa activement à la conquête des territoires

---

336. IMTSSA Dossier 301 PMI, Discours du Dr Laffont au Congrès des obstétriciens d'Alger, avril 1935.

337. Barthélémy P, *op. cit.*, p. 61.

de l'ouest africain. A la fin du XIXe siècle, suite à la constitution de l'AOF, les autorités coloniales envisagent la création d'un corps d'auxiliaires médicaux africains pour accélérer le processus de médicalisation des sociétés indigènes<sup>338</sup>. Après la conquête territoriale et les débuts de la pacification, l'expatriation d'Européens en Afrique à l'orée du XXe siècle et les impératifs de la mise en valeur des colonies commandent une réglementation ainsi qu'une prise en charge de l'accouchement dans les colonies. Après les infirmiers et les aides médecins formés dans les structures sanitaires de la colonie et sollicités pour le fonctionnement de l'AMI, le corps des sages-femmes fut officiellement institué après la Grande Guerre et une section ouverte en 1918 à l'Ecole de Médecine Africaine de Dakar.

Alors que les sages-femmes européennes représentent un personnel contractuel appartenant au cadre général des infirmières et sages-femmes coloniales, les africaines sont formées à l'Ecole de Médecine Africaine de Dakar.<sup>339</sup> La création de cette section était dictée par la nécessité de faire pièce à la mortalité et à la mortalité maternelle et infantile par la protection de la mère et de l'enfant dans un contexte d'après-guerre marqué par la « régénérescence de la race noire ». Celle-ci postulait l'accroissement démographique des colonies grâce à une conservation des naissances. Le recours à des femmes africaines permettait la réalisation de l'œuvre de médicalisation des sociétés et de la maternité indigènes par la diffusion des règles d'hygiène dans les familles, la propagation de l'œuvre médicale aux colonies, l'éducation des familles et la protection de l'enfant noir. La réalisation d'un pari aussi gigantesque commande le recours à des auxiliaires de santé africains pour réussir la médicalisation des sociétés indigènes. C'est dans ce contexte de médicalisation de la société et de la maternité en AOF que furent sollicitées les sages-femmes africaines.

En effet, pour développer les œuvres prénatales et postnatales, assurer les consultations des femmes gestantes ou allaitantes et des nourrissons, faciliter la médicalisation des sociétés africaines, il était impératif de faire appel à un personnel

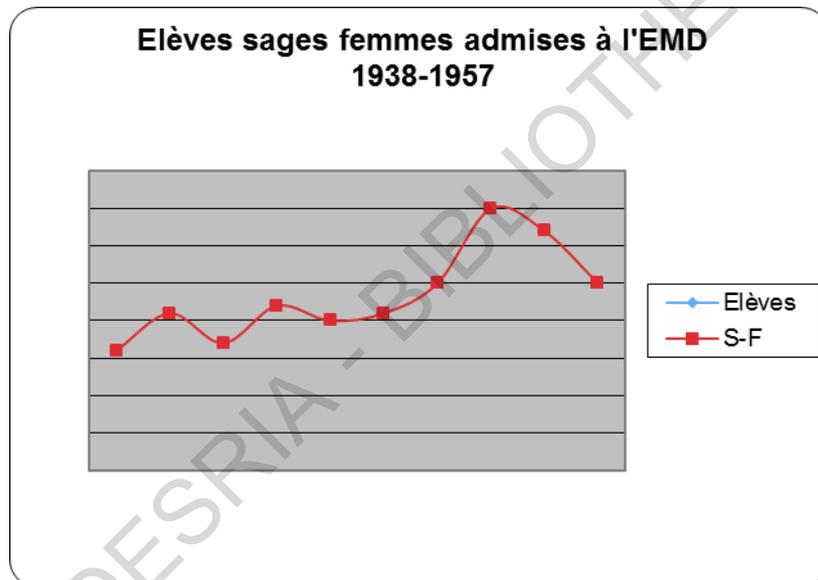
---

338. ANS Fonds Sénégal Colonial, H 128, Lettre Ministre des Colonies, André Lebon à Gouverneur Général de l'AOF, le 14/01/1898.

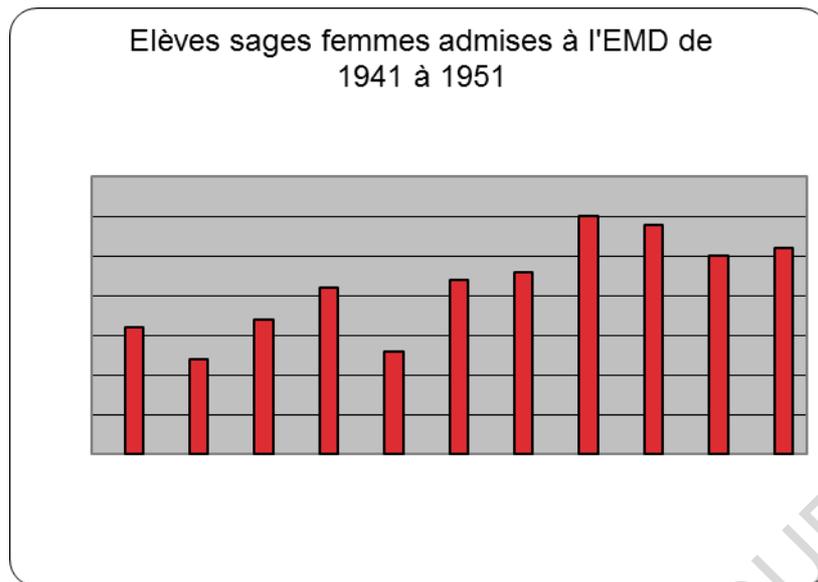
339. Guèye (N), *op. cit.*, p14.

féminin indigène formé. Surtout que les femmes africaines se révélèrent très réticentes aux consultations (des parties intimes) jusqu'ici assurées par les médecins européens et les médecins auxiliaires indigènes en nombre très insuffisant. Ainsi, en 1926, exerçaient en AOF, 133 médecins Européens pour une population estimée à 14 millions d'habitants. Il s'y ajoute que le recours à des Africains comme auxiliaires et non aux Européens pourrait générer d'importantes économies.

**Graphique 52** : Elèves sages-femmes admises à l'EMD de 1938 à 1957.



**Graphique 53** : Elèves sages-femmes admises à l'EMD de 1941 à 1951.



*Source* : Barthélémy P, op cit, 2004, p.316.

Les autorités coloniales comptaient ainsi sur la connaissance du milieu, des langues et des « préjugés » des sages-femmes africaines pour convaincre les mères. Elles devaient gagner la confiance de celles-ci, des familles africaines afin de mettre fin à l'ignorance, l'insalubrité et certaines pratiques liées à l'accouchement, aux interdits alimentaires. En effet, « leur identité féminine, renforcée par la formation qu'elles ont reçue, leur permet de travailler en association avec les matrones et de gagner la confiance des femmes » africaines<sup>340</sup>. Agents de propagande de la médecine coloniale, elles devaient opérer une véritable révolution dans les mentalités africaines. Cependant, le décret du 27 mai 1925 réglementait les obligations professionnelles des sages-femmes auxiliaires qui devaient se limiter aux soins et petites interventions chirurgicales destinées à la population indigène.

Le curriculum comprenait la culture générale (histoire de la civilisation), des leçons sur les accouchements (obstétrique), la pharmacie, la préparation de médicaments, des cours de puériculture et d'hygiène. Les centres pratiques et d'applications étaient constitués par la maternité indigène (1919), la Crèche (1921),

340. Barthélémy (P), « Sage- femmes africaines diplômées en AOF des années 1920 aux années 1960 ; Une redéfinition des rapports sociaux de sexe en contexte colonial », in *Histoire des femmes en situation coloniale. Afrique et Asie, XXe siècle*, s/d Hugon (A) Paris, Karthala 2004, pp119-144, p 121.

l'Institut d'Hygiène Sociale (1922), l'Hôpital Central Indigène de Dakar rattaché à l'Ecole de Médecine comme centre d'instruction. Après 1944, elles étaient formées à l'Ecole Africaine de Médecine et de Pharmacie puis, à partir de 1953 à l'Ecole des Sages-femmes africaines.

Accoucheuses et auxiliaires médicales, les sages-femmes devaient assurer l'éducation des mères, la formation et l'encadrement des matrones. Les services de puériculture, domaine capital du système de santé, sont dirigés par les sages-femmes qui assurent les examens de nourrissons.

### *c-2-1-3 Les matrones*

Dès la fin du XIXe siècle, les plus hautes autorités de la colonie soulignent la réputation du reste appréciée des « accoucheuses woloffes » ainsi que leur influence auprès des populations locales<sup>341</sup>. Plusieurs études menées par des médecins européens concordent sur ces vieilles femmes respectées par les sociétés africaines<sup>342</sup>, sollicitées dans la gestion de l'accouchement et de la grossesse. Dénommées *noumou-mouso* ou *Timéné mouso Koro* en pays bambara, les accoucheuses traditionnelles assurent l'assistance des femmes et, en cas de besoin, peuvent recourir à l'avortement utilitaire ou thérapeutique<sup>343</sup>.

Les accoucheuses traditionnelles (matrones pour le pouvoir colonial) interviennent tout au long de la grossesse : soins pour les maux de ventre, examen de l'emplacement du fœtus, attouchement, réajustement de la position de la tête, des pieds en cas de gémellité, massages pour replacer correctement l'enfant, initiation des jeunes

---

341. ANS H 128 Fonds Sénégal Colonial, Gouverneur Sénégal à Ministre des Colonies, Gabriel Hanotau.

342. On peut citer parmi ces études :

Dr. G. Blin, « Un accouchement au Dahomey », *AHMC*, 1901 Tome IV pp.134-140

Dr. Branche, « Pratiques de médecine indigène au Tchad », *AMPC* 1936, p. 403.

Dr. Grosperin, « Quelques coutumes Ewé (Territoire du Togo) en matière d'accouchement », *AMPC* 1935, pp. 823-827.

Dr. Branche, « Pratiques de médecine indigène au Tchad », *AMPC* 1936, p. 403.

Dr. Patenostre, « Notes sur la médecine et l'obstétrique indigènes en AOF », *AMPC*, Tome XXIII, pp. 332-339.

Traoré D, *Médecine et magie africaines*. Paris, Présence Africaine, 1965.

Dr. Peyrot, « Us, coutumes, médecine des Bambaras », *AHMC*, Tome VIII, pp. 456-473, p.459.

343. Dr. Patenostre, « Notes sur la médecine et l'obstétrique indigènes en AOF », *AMPC*, Tome XXIII, pp. 332-339.

filles. Leur proximité avec les populations locales leur permit de s'imposer comme éléments incontournables dans le dispositif sanitaire notamment dans la protection de la mère et de l'enfant.

D'ailleurs elles furent intégrées progressivement dans le corps paramédical avec les gouverneurs Carde et Brévié et reçurent, dans ce cadre, des programmes de formation en gynécologie, hygiène et obstétrique. Elles furent utilisées comme relais pour vaincre les réticences locales face à la médecine coloniale. La circulaire 1024-P du 12 mars 1924 du Gouverneur Général Carde relative au fonctionnement de l'AMI, préconisait la collaboration des indigènes et la formation des matrones. Pour Carde, il fallait leur inculquer quelques notions, non pas d'obstétrique, mais de simple propreté, d'hygiène (comment faire un pansement ombilical aseptique avec les matériaux utilisés, etc.).

Deux années plus tard, le gouverneur général les considérait, dans sa circulaire du 15 février 1926 relative à la médecine préventive et sociale, comme des « dangers publics » car, du fait de leur âge, prestige, réputation dans la société, elles étaient des obstacles à la mobilisation des sociétés africaines ; il fallait, poursuit le gouverneur dans sa circulaire, les éduquer, les convaincre, transformer la concurrence et la rivalité en partenariat et surtout les utiliser pour vaincre le tétanos ombilical (primes spéciales) et les réticences des populations locales<sup>344</sup>. L'éducation des matrones au niveau des circonscriptions médicales fut préconisée par les autorités sanitaires au regard « des grands services qu'elles peuvent rendre dans les secteurs éloignés »<sup>345</sup>.

Ce discours conciliant des autorités fut vite remis en question dès la fin des années 1930. Sous Vichy, la répression qui s'abat sur les matrones et les contraintes liées à la pratique de leur métier créèrent les conditions d'exercice de leur profession dans la clandestinité. Ainsi l'Instruction du 20 mai 1940 du gouverneur général relatif à la mortalité infantile insiste sur la formation pratique des matrones qui doivent subir

---

344 ANS 1H 25 (26).

345. IMTSSA Dossier 301 PMI, Lettre du Ministre de la France d'Outre-Mer à MM. Les Gouverneurs généraux, Hauts Commissaires, Gouverneurs et Chefs de Territoires, Chefs de service 20 juillet 1949.

un stage sanctionné par un examen, l'octroi d'une trousse d'accoucheuse et l'attribution d'une prime de rendement évalué sur la base de nouveau-nés présentés en bon état avec une cicatrisation ombilicale parfaite<sup>346</sup>. La gestion des cases de santé, de concert avec les sages-femmes, de même que l'exercice des matrones était conditionnée à un stage dans les maternités.

Après le second conflit mondial, avec les impératifs de la médiation et de la médicalisation des sociétés africaines, la création de services mobiles, les autorités sanitaires reconnaissent à nouveau brusquement l'utilité des matrones traditionnelles considérée comme « un instrument de pénétration des notions d'hygiène et de puériculture dans les milieux ruraux »<sup>347</sup>.

Jusqu'à l'indépendance, le personnel sanitaire fut largement insuffisant, notamment les sages-femmes pour assurer la couverture des 12725 villages sénégalais<sup>348</sup>. En effet, estime M. Sankalé, « il faudra encore des dizaines d'années, pour que...les sages-femmes soient en nombre suffisant pour pratiquer tous les accouchements dans les maternités dont le nombre devrait être décuplé »<sup>349</sup>. Dans ce contexte on peut comprendre les recommandations de certaines autorités sanitaires pour l'éducation et le maintien des accoucheuses traditionnelles dans le système sanitaire<sup>350</sup>.

#### ***c-2-1-4 Les infirmiers***

---

346. IMTSSA Dossier 301 PMI. Rapport du Médecin Général Directeur de la Santé Publique, L'organisation de la santé publique et de la PMI, Dakar mai 1954, p 18.

347. *Idem*, p.23.

348. Sankalé M 1960, *op. cit*, p.91.

349. Sankalé M 1960, *op. cit*, citation du Pr Sénécal, p.91.

350. *Ibid*.

C'est en 1889 que fut créé, dans la colonie du Sénégal, un corps d'infirmiers coloniaux par décret du président de la République française<sup>351</sup>. Moins d'une décennie plus tard, en 1897, fut institué un corps d'infirmiers indigènes. En 1898, le docteur Fontaine notait déjà le rôle appréciable des infirmiers indigènes. En effet, soutient-il, « le rôle des infirmiers indigènes, quoique plus modeste, n'en est pas moins considérable. Ils assurent le service dévolu en France à l'infirmier d'exploitation, c'est-à-dire le service des salles et des malades, la garde de nuit et de jour, la confection de pansements. Ce sont là des auxiliaires précieux et indispensables »<sup>352</sup>.

Répartis entre les infirmiers indigènes des hôpitaux à l'instruction très sommaire et les infirmiers indigènes de l'AMI souvent affectés aux côtés des aides médecins, ces corps jouèrent un rôle essentiel dans la médicalisation des sociétés africaines. Les arrêtés du 7 janvier 1906 complétant les missions de l'AMI prévoyaient l'utilisation et la formation d'infirmiers indigènes. Il s'agissait d'infirmiers supérieurs ou aides médecins.

Assez tôt, la France a senti la nécessité de la mise en place d'un personnel auxiliaire indigène aux fins de suppléer au déficit du personnel médical européen et, ce faisant, disposer d'un effectif intermédiaire<sup>353</sup>. Seuls agents en contact direct avec la population africaine, l'administration coloniale mit à contribution leur proximité pour accélérer le processus de médicalisation des sociétés africaines, lutter contre les savoirs médicaux endogènes (charlatans, marabouts), participer aux campagnes d'éradication des endémo épidémies (fièvre jaune, choléra, variole, etc.).

L'organisation et la formation du corps des infirmiers dans l'Ecole de Médecine de Dakar répondaient à la nécessité de mettre en œuvre la nouvelle politique de santé orientée vers la médecine de masse. En 1950 fut ouverte l'Ecole des

---

351. *Bulletin Administratif du Sénégal*, 1889, 9 : 475.

352. Dr. Fontaine, « Fonctionnement aux colonies des ambulances » in *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, Tome 1, 1898, pp. 277-293, p. 284.

353. Mbaye (M), *Etude d'une profession de santé : les infirmiers du Sénégal de 1889 à 1968*. Mémoire de maîtrise d'histoire, FLSH, UCAD, 2002, p. 12.

Infirmiers et Infirmières d'Etat et en 1963, tous les anciens infirmiers (d'hygiène, sanitaires, du SGHMP) furent regroupés dans un nouveau corps des agents sanitaires.

#### *c-2-1-4-1 Les Infirmiers indigènes*

Les premiers infirmiers indigènes devant servir dans les postes de santé furent recrutés à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, parmi le personnel subalterne africain (manœuvres, plantons, commis) sans formation préalable. Alors que les arrêtés de nomination étaient pris par les gouverneurs, le recyclage s'effectuait dans les hôpitaux. Le recours aux infirmiers indigènes au début du XX<sup>e</sup> siècle répondait aux impératifs de protection de la santé des Européens puis des Africains.

Le terme désignait la première génération d'infirmiers africains pour faire la distinction avec les infirmiers européens. Si la formation est inexistante au début, ils furent, par la suite formés à l'hôpital de Saint-Louis. Il faut attendre 1912 pour voir la constitution d'un cadre local d'infirmiers et infirmières indigènes au Sénégal. Les enseignements théoriques et pratiques étaient axés sur les soins chirurgicaux, les soins d'urgence, des notions de pharmacie, le fonctionnement d'un service hospitalier. A la fin des années 1950, l'école des agents sanitaires de Saint-Louis fut chargée de la formation des agents sanitaires du Sénégal.

**Planche 10 : Infirmiers itinérants**



**Source : ASNOM**

#### *c-2-1-4-2 Les infirmiers du S.G.H.M.P*

Ce corps fut créé par arrêté 4831 du 28 février 1940 pour les besoins du Service Général Autonome de prophylaxie et du traitement de la Maladie du Sommeil créé en 1939. Formés à Bobo Dioulasso, ils constituent les premiers infirmiers véritablement bien formés et spécialisés. En vertu de l'arrêté 2400 SET du 31 mars 1955, leur spécialisation embrassait la bactériologie, la sérologie tréponémotose, l'entomologie, la paludologie, l'ophtalmologie tropicale, la chimie et la pharmacie. La formation, reçue à l'Ecole Jamot était en phase avec l'option de la polyvalence conformément aux recommandations de la Conférence de Brazzaville.

On distingue d'autres catégories d'infirmiers. Il s'agit d'abord des infirmiers d'hygiène qui ont remplacé les agents d'hygiène et s'occupent de l'hygiène et de la salubrité grâce à l'éducation et la sensibilisation. Ensuite, les infirmiers contractuels qui, recrutés lors des épidémies (fièvre jaune, peste, variole,..) pour appuyer les services de vaccination, étaient remerciés après la maîtrise des flambées épidémiques. Enfin, s'ajoutent à cette catégorie les infirmiers hors cadre qui sont détachés de leur service initial et mis à la disposition de l'AMI, de municipalités ou d'entreprises

utilisant une main d'œuvre importante. Quant aux infirmiers sociaux, ils interviennent plutôt dans le domaine de l'action sociale.

En 1926, tous les infirmiers du service de l'assistance et les vaccinateurs furent fusionnés dans un cadre unique appelé infirmiers sanitaires.

Après l'indépendance (en 1963), toutes les catégories d'infirmiers de soins, infirmiers du SGHMP, infirmiers d'hygiène, infirmières sociales furent fondues dans le corps des agents sanitaires (corps unique) à côté du corps des infirmiers d'Etat du Sénégal.

## ***c-2-2 Le corps médical***

### ***c-2-2-1 Les médecins européens***

Les bases historiques et juridiques du corps médical colonial trouvent leurs origines dans l'Ordonnance du 17 juillet 1835 et le décret du 14 juillet 1865 créant puis organisant le corps des médecins exerçant dans les colonies et territoires d'Outre-mer. Le Corps de Santé des Colonies fut créé en 1889 par décret du Président de la République française dans la colonie du Sénégal<sup>354</sup> (médecins militaires et infirmiers.).

#### ***c-2-2-1-1 Les médecins militaires***

Avant 1890, le personnel médical exerçant dans les colonies provenait des Troupes de la Marine relevant du service de santé de la Marine créé en 1689 par l'Ordonnance du marquis de Seignelay, secrétaire d'Etat à la Marine. La séparation de la Marine et des colonies se concrétisa en 1890 par le décret du 7 janvier qui créa un corps de santé des colonies et des pays de protectorat relevant directement du ministère des Colonies. Une décennie plus tard, le corps de santé des colonies et des pays de protectorat fut remplacé par le Corps de Santé des troupes coloniales. En effet,

---

354. *Bulletin Administratif du Sénégal* 1890 :80 ; *Moniteur du Sénégal*, 1890, 1785 :123.

à partir de 1900, les troupes sont rattachées au département de la guerre<sup>355</sup> alors qu'en vertu de la loi du 7 juillet 1900, le corps de santé des colonies et des pays de protectorat est transformé en corps de santé des troupes coloniales<sup>356</sup>.

A l'origine, elle était constituée de médecins militaires provenant de Toulon, Rochefort, Brest et de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux après 1890. Médecins de la Marine, ils jouèrent un rôle stratégique dans le dispositif d'expansion, de conquête et de pacification en assurant la couverture sanitaire et médicale des postes fixes et des colonnes d'exploration. Le corps de santé militaire fut l'artisan de la pénétration sanitaire dans les colonies françaises d'Afrique. « Missionnaires médicaux, soldats de la médecine »<sup>357</sup>, « perdus dans l'immensité désolée des terres d'Afrique »<sup>358</sup> réputées mortifères, à l'épreuve des terribles épidémies, particulièrement la fièvre jaune<sup>359</sup> dont un grand nombre ont payé de leur vie, les médecins de la Marine et des Troupes Coloniales participèrent à la conquête, à la pacification et à l'organisation des colonies en tant que combattants, artisans de la pénétration et organisateurs sanitaires<sup>360</sup>.

Aussi, avec une telle belle épopée<sup>361</sup>, les médecins militaires, défricheurs de la colonisation, peuvent-ils se faire prévaloir d'une certaine légitimité historique. Dans ces contrées tropicales où un médecin équivaut à un bataillon<sup>362</sup>, la connaissance profonde des maladies relevant de l'arsenal de la pathologie exotique et de la chirurgie de guerre sont d'importance stratégique. La médecine en contexte colonial, moyen pour la constitution de l'Empire, participa à la survie des Européens par la mise en place d'une technologie qui contribua grandement à la protection des marins, colons et troupes coloniales.

---

355. Diop A., *Santé et colonisation au Sénégal, 1895 – 1914*. Thèse de doctorat de 3e cycle, Paris Panthéon Sorbonne, 1982, p.11.

356. *Bulletin administratif du Sénégal* 1900, loi relative à la création du corps de santé des troupes coloniales p. 242-255.

357. Sankalé M., *Médecins et action sanitaire en Afrique Noire*. Présence Africaine, Paris, 1969, p. 34.

358. Fabre J., « L'œuvre des médecins coloniaux en Afrique Noire », Conférence faite à Montpellier le 30 mai 1942, La Quinzaine Impériale, *Médecine Tropicale*, 1942, 2,7, pp. 663-666, p.664.

359. *Idem*, p. 664.

360. *Ibidem*.

361. *Ibid.*

362. Palès L 1942, *op. cit.* p.648, la phrase est de Lyautey ; elle a été reprise par Palès L.

En effet, alors que la médecine tropicale assure la protection des troupes contre les redoutables endémo épidémies tropicales à l'image de la fièvre jaune et du paludisme, véritables « moissonneuses » de soldats, la chirurgie, grâce à la dispense de soins aux militaires blessés, permet de « réduire les fractures, extraire les corps étrangers, arrêter les hémorragies, pratiquer les amputations de nécessité »<sup>363</sup>. D'ailleurs, l'affectation du Corps de Santé de la Marine à la flotte et dans les colonies résulte de l'unification du corps des médecins et chirurgiens de la Marine Royale créé par Colbert en 1673 et celui des apothicaires fondé une décennie plus tard.

L'implication du ministère des Colonies et du département de la guerre dans la gestion du personnel du corps de santé des colonies ne va pas sans soulever des conflits de compétence. En vérité, écartelé entre deux ministères, le corps de santé des troupes coloniales semble vivre une situation d'hybridité. Si, en France, les équipements et approvisionnements relèvent du ministère de la Guerre, la situation est différente outre-mer où le personnel et les équipements sont placés sous la tutelle du Ministère des Colonies. Le caractère hybride de ce corps ne manqua pas d'attirer l'attention d'observateurs qui, lors de la discussion du budget, n'hésitèrent pas à l'assimiler à un être amphibie<sup>364</sup>. En effet, « le corps de santé des troupes coloniales, institué en 1900, est un être amphibie, sur la vraie nature duquel on pourrait facilement hésiter. En théorie, il appartient au ministère de la guerre ; mais, en réalité, la plus grande partie des officiers qui le composent se trouve détachée et confiée à l'administration des colonies »<sup>365</sup>.

Le personnel médical européen qui provenait avant 1890 des Troupes de la Marine, relevait du Service de Santé des colonies et, pour l'essentiel, était militaire. Formés d'abord aux Ecoles de Toulon fondée en 1725, Rochefort en 1732 et Brest à partir de 1757, les médecins de la Marine, à partir de 1890, dépendent de l'Ecole

---

363. Roques J 1947, *op. cit.*

364. Diop A., *op. cit.*, p.11

365. *Ibid.*

principale du service de santé de la marine rattachée à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. Le décret du 3 octobre 1905 créa l'Ecole du Pharo (Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées), école d'application spécialisée dans la médecine tropicale.

En AOF, le fonctionnement des formations sanitaires, antérieures à l'organisation de la santé publique qui remonte au début du XXe siècle, a été assuré par des médecins de la Marine ou de l'Armée.

Certains d'entre eux furent choisis parmi les officiers de santé en exercice dans les ports et volontaires pour servir aux colonies. Désignés à l'époque sous le terme péjoratif de « chirurgiens » en référence aux « chirurgiens barbiers » du moyen âge, leur statut de non fonctionnaires titulaires, exclus des « entretenus » les confinaient dans les bas grades<sup>366</sup>. En 1827, la fusion des médecins de la Marine et des médecins des Colonies se concrétise par la création d'un corps unique relevant d'un recrutement identique. Le décret du 7 janvier 1890 relatif au Corps de Santé des Colonies et Pays de Protectorat constitue l'un des premiers textes sanitaires complets qui, dans son titre 5 plaçait l'ensemble des services sanitaires des colonies sous l'autorité de médecins de statut militaire relevant du ministère des Colonies.

En dépit du statut militaire du corps de santé des troupes coloniales, des médecins militaires détachés, placés en position hors cadre peuvent exercer des fonctions civiles (police sanitaire, service des épidémies, de l'hygiène ou de la santé publique, services des établissements locaux, municipaux ou spéciaux à l'image des maisons d'arrêt et de correction).

L'analyse des sources disponibles indique que sous le terme de médecin européen se cache diverses catégories. En effet, une analyse fine laisse apparaître un système basé sur un triptyque.

### *c-2-2-1-2 Le personnel de direction et de contrôle*

---

366. IMTSSA Dossier 301 PMI. Rapport du Médecin Général Directeur de la Santé Publique, L'organisation de la santé publique et de la PMI, Dakar mai 1954, p 8

Il s'agit du personnel européen du cadre supérieur composé de médecins officiant dans la haute hiérarchie. Gestionnaires et administrateurs de la santé, ils occupent les hautes stations de responsabilité en charge de conduire la politique sanitaire. Ces médecins relèvent du personnel de direction et de contrôle placé sous la tutelle du gouverneur général (AOF) et/ou du gouverneur de la colonie. Ceux-ci représentent des autorités de direction et de contrôle les plus importantes et, ce faisant, disposent de pouvoirs étendus. Chefs suprêmes de l'administration et de tous les services de leurs territoires, ils ont en charge le contrôle, la vérification et le fonctionnement technique et administratif des services sanitaires. Ainsi, les gouverneurs inspirent et contrôlent la direction de la santé de la colonie qui centralise les services sanitaires et instituée par le décret du 20 août 1884.

Médecin chef en charge également de l'inspection du service sanitaire de la colonie, entouré le plus souvent de médecins militaires, le directeur de la santé applique les orientations des autorités coloniales en matière de santé, prend les actes relatifs au fonctionnement du service médical en même temps qu'il reçoit des directives de ses supérieurs hiérarchiques relatives à la santé publique. Entrent dans ses attributions les nominations par le gouverneur, sur sa proposition, du personnel sanitaire placé sous son autorité, l'exécution des lois, arrêtés et règlements relatifs à la santé publique, la soumission et la proposition d'avis susceptibles d'améliorer les services de la santé publique, les comptes rendus mensuels et annuels sur l'état sanitaire de la colonie, la centralisation des rapports périodiques, la police sanitaire, la délivrance de patentes ou de visas pour les navires, etc<sup>367</sup>.

Constitués de cadres supérieurs de la santé, souvent médecins et pharmaciens militaires, élitistes doublés d'un respect scrupuleux de la hiérarchie, ils assument les fonctions de direction et de contrôle des services sanitaires. De ces hautes autorités administratives et sanitaires déployées dans les directions (ISSC, Direction Générale de la Santé Publique) et organismes consultatifs, partent la technologie administrative,

---

367. Diop A, op cit, p. 13.

les directives (correspondances diverses, notes, circulaires, etc.) en direction des professionnels en exercice dans les structures sanitaires en même temps qu'ils reçoivent les rapports et pièces périodiques de leurs subordonnés. Lieu de fabrication des discours et instance de déploiement de la technologie administrative, la direction de la santé, créée par le décret du 20 août 1844 assure le bon fonctionnement technique et administratif des services sanitaires tout en veillant à l'application de la législation en matière de santé.

Ensuite, viennent les médecins militaires, issus des Ecoles de santé comme le Pharo et dont certains sont pastoriens, disposent d'une expérience de la médecine mobile et de la brousse africaine à travers l'AMI. Dépositaires d'une certaine légitimité historique, ils furent les devanciers, les défricheurs de la médecine moderne dans les contrées africaines et payèrent de lourds tributs aux endémo épidémies tropicales. L'épidémie de fièvre jaune de 1878 n'a-t-elle pas décimé les 22 médecins et pharmaciens militaires sur les 26 exerçant dans la colonie ?

#### *c-2-2-1-2 Les médecins civils*

La création d'un corps médical civil date de 1906 avec la mise en place de l'Assistance Médicale Indigène. Tant que la médecine coloniale, en phase avec sa stratégie primitive (médecine individuelle et curative) restait circonscrite autour de la dispense de soins pour les militaires et les expatriés européens, le Corps de Santé colonial, essentiellement militaire, pouvait pourvoir, bon an mal an, le personnel des services de santé. Mais, dès la fin de la conquête, du fait des impératifs de la pacification et de la mise en valeur des nouveaux territoires, l'extension des soins aux indigènes fut progressivement inscrite dans les priorités des autorités politiques.

Dans la vision du gouverneur général Roume, la réalisation de tels objectifs passait par la mise en place d'un service sanitaire mobile et permanent ainsi que la

création de centres vaccino-gènes<sup>368</sup>. Or, la mise en œuvre d'un programme aussi ambitieux impliquait le renforcement des effectifs du personnel de santé et le recours à un personnel sanitaire civil placé sous la tutelle d'une institution sanitaire civile qui, jusqu'ici, n'existait pas dans la colonie<sup>369</sup>.

D'autant plus que les médecins militaires des troupes coloniales ne pouvaient faire face à une telle sollicitation. Roume l'a si bien compris que dès 1903, suite à plusieurs demandes de médecins militaires non satisfaites, il prit l'initiative de recruter dans les facultés métropolitaines des médecins coloniaux civils destinés à exercer à l'intérieur de la colonie. Entraient dans leurs tâches, la vulgarisation de la vaccine et de l'hygiène, la lutte contre les endémies et la mortalité très élevée chez les Africains<sup>370</sup> et dont une part importante incombe aux « fléaux sociaux » : tuberculose, lèpre, alcoolisme, maladies vénériennes.

Malgré le bilan assez mitigé de la campagne de recrutement de Roume, la huitaine de médecins inscrits put démarrer, tant bien que mal, le service de médecine mobile. Renforcés par des médecins militaires en position de détachement hors cadre, les médecins civils assurent le fonctionnement du nouveau service de l'AMI.

Ainsi, avec la création de l'AMI en 1905, les effectifs des professionnels de santé se renforcent avec l'apparition de deux corps : les médecins civils et les médecins auxiliaires africains. Trois années après la création de l'AMI, Roume semble bien gagner son pari. Alors que ses prévisions ne dépassaient guère 89 médecins destinés à être les pionniers et défricheurs de la médecine en AOF, sur les 97 médecins faisant fonctionner les centres médicaux disséminés à travers la fédération, plus de la moitié sont des civils (52,5 % représentant 51 contre 47,5 % soit 46 pour les militaires)<sup>371</sup>.

Le bel élan de l'AMI fut vite ralenti cinq ans plus tard du fait d'une

---

368. *J O du Sénégal*, n° 216, 16 février 1905 Rapport au Gouverneur général de l'AOF, suivi d'un arrêté portant création d'un service d'assistance médicale indigène de l'AOF., pp. 92-93.

369. ANS. 2G4 (15).

370. ANS 2G6 (15).

371. ANS 2G8 (21) Fonds AOF, rapport annuel 1907.

désaffectation des médecins imputable, selon les autorités sanitaires aux problèmes de discipline ainsi qu'aux modalités de recrutement. Le problème des statuts et du taux de rémunération ne semble pas étranger à la situation. En effet, la plupart du temps contractuels avant 1912, les médecins civils exercent dans les structures hospitalières civiles et peuvent relever des municipalités. D'ailleurs, un arrêté en date du 5 Juillet 1912 fixe les conditions d'accès au corps et détermine un nouveau statut pour le corps des médecins civils qui intègrent la fonction publique et, ce faisant, deviennent des fonctionnaires locaux<sup>372</sup>.

L'option et l'orientation du Front Populaire à partir de 1936 pour un « élan altruiste » de la médecine coloniale<sup>373</sup> (promotion de la santé publique et de l'assistance médicale sociale) se matérialise par un élargissement du maillage et de la carte sanitaires de la colonie. Ainsi, avant l'éclatement du second conflit mondial, la médicalisation des sociétés africaines enregistre au Sénégal des avancées significatives au regard de l'implantation de l'AMI qui réussit, bon an mal an, à disposer sur l'ensemble du territoire, de 188 centres médicaux, 122 maternités, 38 infirmeries et 113 dispensaires<sup>374</sup>. Sous ce registre, il faut noter que la « conversion » ou la fréquentation des nouvelles structures deviennent une obsession pour les autorités sanitaires et l'AMI. Dans ce contexte, les statistiques doivent être perçues comme un indice et une mesure de l'adhésion des indigènes à l'œuvre de civilisation entreprise par le colonisateur.

Enfin, les médecins universitaires, qui peuvent être civils considérés comme les tard venus et qui, souvent, exercent dans les structures de formation et centres d'application (Ecole de médecine de Dakar, Centres Hospitaliers Universitaires). Dépeints comme réfractaires à la hiérarchie et à l'exécution des directives, certains sont épinglés dans les rapports pour leur insubordination aux autorités supérieures.

---

372. J.O. du Sénégal n° 601, arrêté n° 840 bis du 5 juillet 1912.

373. CAOM. Fonds ministériels, papiers d'agents, 28 pa, carton 7, dossier 167.

374. ANS Sous-série 2G37(43).

Il s'y ajoute les médecins civils en services dans les structures sanitaires chargés, comme les militaires et les universitaires intervenant dans les structures hospitalières, de la mise en œuvre de la politique sanitaire sur le terrain.

Evidemment, on ne peut pas établir une ligne de démarcation étanche entre ces différentes catégories perceptibles à l'intérieur d'un même corps dès l'instant où un médecin peut exercer en même temps deux, voire les trois fonctions. Tel fut le cas de Marc Sankalé qui fut militaire, universitaire, professeur et doyen de la Faculté de médecine, qui occupa de hautes fonctions au ministère de la Santé et qui, à un certain moment, dirigea les circonscriptions médicales de Kaolack et Tambacounda<sup>375</sup>.

L'analyse de la littérature administrative coloniale laisse apparaître une certaine tension, à un certain moment, entre les autorités sanitaires (administrateurs) et les universitaires et d'autres médecins civils épinglés pour leur attitude jugée « réfractaire » aux directives de la hiérarchie et à la médecine sociale et, ce faisant, leur « insubordination ».

S'agissant de la PMI, se pose le problème d'un personnel qualifié concourant à l'application de la politique materno-infantile. En effet, il n'existe pas dans les colonies un cadre spécialisé de médecins se consacrant uniquement à la PMI. Dès lors, se pose, à partir des années 1950, le débat autour de la création de la spécialité avec l'organisation d'un concours d'entrée. A partir de novembre 1956, fut organisé à Dakar, par le CIE, un cours de pédiatrie sociale qui va jeter les bases d'un cadre idéal vers la spécialité.

### *c-2-2-1-3 Le problème de la formation des médecins en service aux colonies*

La formation des médecins européens et l'efficacité de leur exercice aux colonies furent une préoccupation de certaines autorités sanitaires de la fédération. Tel fut le cas en 1954, lorsque le directeur de la Santé Publique souligne des limites réelles dans la formation des médecins qui ne sont pas préparés à la gestion des tâches

---

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

administratives et qui, de surcroît, « individualistes par formation, dépourvus le plus souvent de sens juridique... , se montrent peu enclins à échanger contre un rond de cuir l'auréole du thérapeute »<sup>376</sup>. En outre, il déplore la portion congrue occupée dans les programmes par la médecine préventive au détriment de la médecine curative qui prédomine dans les études médicales pour l'essentiel menées dans les structures hospitalières. D'ailleurs, la médecine préventive, « parée de tous les prestiges...procure à ses adeptes des avantages matériels, des succès professionnels et des satisfactions d'amour propre »<sup>377</sup>. Une telle conception des programmes peut retentir sur la prévention et l'efficacité de la santé publique qui « a un besoin pressant d'organiseurs et d'administrateurs ayant le don de la synthèse, le sens du possible, des vues claires sur le problème à résoudre et enfin une connaissance de nos institutions leur permettant de présenter des solutions sous la forme et suivant une procédure qui en assurent l'aboutissement »<sup>378</sup>.

Pour le directeur de la Santé Publique, l'individualisme et les limites de la formation médecins rompent avec la spécificité des colonies d'AOF qui ont « surtout besoin de médecins capables de penser *socialement*, en hygiénistes, dans l'acception la plus large du terme »<sup>379</sup>. L'approche sociale de la médecine semble étrangère à plusieurs médecins toujours attachés à une conception individuelle, indépendante et libérale de l'art alors qu'« il existe une manière d'aborder, de serrer et de négocier les problèmes sanitaires, [à l'image du] Public Health Approach des Anglais qui traduit une nouvelle façon de penser ces problèmes »<sup>380</sup>. Les autorités, tout en reconnaissant le mérite de la minorité de médecins fonctionnaires, militaires ou salariés, déplorent le manque de sens social très aigu, notamment au niveau de « l'élite professionnelle, celle de la fortune et des titres universitaires »<sup>381</sup>.

---

376. IMTSSA Dossier 301 PMI. Rapport du Médecin Général Directeur de la Santé Publique, L'organisation de la santé publique et de la PMI, Dakar mai 1954, p.1.

377. *Ibid.*

378. *Ibid*

379. *Idem*, p.23.

380. IMTSSA Dossier 301 PMI. Rapport du Médecin Général Directeur de la Santé Publique, L'organisation de la santé publique et de la PMI, Dakar mai 1954, p.27

381. *Ibid.*

L'analyse de plusieurs sources archivistiques indique un conflit entre les autorités sanitaires de la colonie (souvent militaires) et les universitaires souvent taxés d'insubordination.

Durant toute la période coloniale, les effectifs du personnel médical furent insuffisants. En 1953, les crédits pour la santé étaient estimés à 197 Frs / ht / an alors que le taux de couverture était de 1 médecin pour 70 000 hts, soit 100 fois moindre que la moyenne en France<sup>382</sup>. Dans un tel contexte, évoquer la médecine sociale en se défaussant sur l'attitude des médecins sans pour autant tenir des contraintes multiples (effectifs insuffisants, ampleur des tâches) semble relever d'une solution d'esquive. A la fin des années 1940, le Pr. Sénécal constate, amer, le déficit profond de personnel médical à l'Hôpital Central de Dakar où « un seul médecin européen était responsable de la totalité du service de médecine (plus de 250 lits d'hospitalisation)... Ces chiffres donnent une idée de la tâche écrasante qu'assumait le médecin chef de service (qui de plus était le directeur de l'hôpital) et les difficultés qu'il pouvait rencontrer pour arriver à porter un diagnostic précis sur les malades [tuberculeux] que, matériellement, il ne pouvait examiner lui-même et pour lesquels il ne pouvait demander les examens nécessaires. Tâche écrasante que nous ne pouvons qu'admirer »<sup>383</sup>.

L'autre problème posé est relatif aux curricula dispensés dans les structures de formation. Par exemple, s'il est attesté que la tuberculose était prise en compte dans les curricula<sup>384</sup>, il n'en demeure pas moins que la forte orientation de la formation vers les pathologies exotiques pouvait constituer un obstacle majeur à la prise en charge de l'infection bacillaire aux colonies<sup>385</sup>. L'Union Internationale contre la Tuberculose reconnaît, dans sa réunion tenue à Paris en juillet 1955, des difficultés dans le diagnostic de la tuberculose en Afrique du fait d'une confusion souvent constatée dans

---

382. *Idem*, p. 12

383. Sénécal J et alii, « La tuberculose chez l'enfant africain à l'Hôpital Central de Dakar », *Les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux de l'Afrique*. Colloque organisé par le Centre International de l'Enfance, Brazzaville 8-12 décembre 1952, CIE, Réunions et Conférences, 1953, pp. 200-208, p. 201

384. Entretien avec M. Sankalé septembre 2007

385. Union Internationale contre la Tuberculose 1955, *La Tuberculose en Afrique*. Résumé du Procès-verbal d'une réunion qui s'est tenue à Paris les 4 et 5 juillet 1955, p.13

une symptomatologie qui, la plupart, se réduit aux maladies tropicales, notamment le paludisme<sup>386</sup>.

En AOF, plus précisément à Dakar, des professeurs de médecine des plus avisés reconnaissent, tout de même, la difficulté du diagnostic de la bacillose, notamment dans ses formes extensives ou formes généralisées miliaires. En effet, il est permis de supposer que « les mentions du billet d'entrée, purement symptomatique, [et, qui plus est] des plus diverses : hypothrepsie, pneumopathie aigue, diarrhée, paludisme, etc. »<sup>387</sup> sont largement suffisantes pour attester de la méconnaissance, par les professionnels de santé, de la tuberculose dans certaines de ses formes. On peut deviner aisément, dans un tel contexte, toute la peine à se reconnaître devant une symptomatologie aussi confuse.

Autant de raisons suffisantes pour les professeurs Sénécal, Raoult A, Michel L et Houssiaux J-P pour reconsidérer la formation des médecins<sup>388</sup>. En vérité, « l'éducation de nombreux médecins est, en Afrique Occidentale, à refaire à ce point de vue. Il est urgent d'orienter les élèves médecins africains comme les médecins africains anciens venant en stage de fonctionnement, vers une formation radio-clinique qui les rendît capables de reconnaître l'affection »<sup>389</sup>. C'est compte tenu de ces suggestions que l'enseignement relatif au diagnostic de la bacillose dans ses diverses formes fut institué en 1951.

### **c-2-2-2 *Les médecins africains***

#### *c-2-2-2 -1 La première génération : les aides médecins*

Le service de l'AMI, assuré par les médecins des troupes coloniales hors-cadre et par des médecins civils recrutés en France par voie d'engagement individuel et chargés de l'encadrement, est renforcé, face au déficit du personnel, par les aides

---

386. *Ibid.*

387. Sénécal J et alii 1952, *op. cit.* p. 203.

388. *Ibid.*

389. *Ibid.*

médecins africains. Le corps des aides médecins, créé par l'arrêté du 7 janvier 1906 du Gouverneur Général représente un élément d'exécution essentiel dans le nouveau dispositif sanitaire<sup>390</sup>. Pour les autorités sanitaires, l'action auprès des populations doit être incessante pour répandre l'hygiène, appliquer les méthodes de prophylaxie et lutter contre les maladies endémiques et sociales.

Henry Gallay, médecin Inspecteur des Services Sanitaires Civils, dans l'exposé des motifs qui ont présidé à la création de ce corps cible le nombre insuffisant de médecins européens du fait de l'immensité du territoire ainsi que la nécessité de gagner la confiance des Africains et, ce faisant, répandre les notions élémentaires d'hygiène. En effet, pour Gallay, « les médecins européens devront toujours étendre leurs actions sur un territoire considérable, porter utilement ses soins dans tous les points où ils sont réclamés et plus difficile encore avec une existence mobile que celle qui est imposée, pénétrer dans la vie intime des indigènes, gagner leur confiance et acquérir sur eux l'influence sur laquelle nous comptons pour faire pénétrer parmi les populations noires les premières notions de l'hygiène. Dans ces conditions, il a paru qu'il serait utile à la bonne marche du service de l'Assistance Médicale Indigène, de fournir à nos médecins des aides – médecins »<sup>391</sup>.

Les compétences requises pour le personnel indigène sont précisées par Gallay qui souligne qu'il doit être capable de servir pour les médecins européens « d'interprètes, intermédiaires auprès des Noirs, d'aides pour leur service ordinaire et de suppléants au besoin dans les centres trop éloignés de leurs résidences pour être journellement visités par eux »<sup>392</sup>.

Auxiliaires utiles placés sous les ordres des médecins de l'AMI, employés comme aides dans les dispensaires ou gérant d'un poste médical secondaire, ils doivent disposer d'un statut honorable et jouir d'une réputation appréciée dans la société africaine. Ainsi, « désignés pour servir dans une circonscription, il appartiendra à

---

390. *JO AOF*, 1906 Arrêté portant création d'aides-médecins indigènes de l'Assistance médicale indigène de l'AOF, 54 : 28 ; *BAS*, 1906, 1 : 44.

391. *ANS, BAS* 1906, « Rapport au Gouverneur Général de l'AOF suivi d'un arrêté portant création d'aides médecins indigènes de l'AMI », P55-56.

392. *Ibid.*

chaque colonie de leur faire une situation qui leur permettra de mener une vie honorable dans un milieu indigène où ils devront être placés. Là, ces aides – médecins qu’ils soient employés comme aides dans les dispensaires ou comme gérant d’un poste médical secondaire, ne manqueront pas de devenir, pour les médecins de l’AMI sous les ordres desquels ils serviront, des auxiliaires utiles »<sup>393</sup>.

Agents de renseignements et de pénétration de la médecine moderne en terre africaine, ils devraient aider à contrecarrer l’action « médicale » et l’influence des marabouts auprès des indigènes. A ce propos, Gallay précise qu’ « ils prendront part dans les soins à donner aux indigènes, serviront d’agents de pénétration et d’information précieux. Ils aideront leurs chefs à lutter contre les pratiques des marabouts ou des féticheurs, répandront leur influence et deviendront des propagateurs de premier ordre pour les idées civilisatrices que nous nous efforcerons de répandre en Afrique »<sup>394</sup>. Il s’agissait, pour les autorités de la colonie, de faire accepter la médecine occidentale par les Africains, concurrencer, voire éliminer la médecine africaine locale, les guérisseurs et marabouts.

Leur niveau d’instruction doit être sommaire si l’on tient compte de l’avis de Gallay car la mise en place, comme ce fut le cas ailleurs ( ), d’une structure de formation centralisée ou d’une faculté de médecine, n’est pas à envisager du fait de la diversité culturelle et religieuse de l’AOF. En effet, « les races qui peuplent l’AOF sont variées, leurs religions et mœurs trop diverses pour qu’il soit possible de songer créer une école centralisée, ni rien qui ressemble à une Faculté de médecine noire »<sup>395</sup>. Dans ce contexte, « Le bagage scientifique qui leur est nécessaire doit être avant tout pratique. Ils peuvent l’acquérir en servant en qualité d’élève auprès des médecins de l’AMI dans les consultations et dans les dispensaires dont ceux-ci sont chargés »<sup>396</sup>.

L’analyse des propos de Gallay fait ressortir d’une part le doute sur la capacité des Noirs à subir une formation aussi élevée et compliquée que la médecine ; d’autre

---

393. ANS, BAS, 1906 : « Rapport au Gouverneur Général de l’AOF suivi d’un arrêté portant création d’aides médecins indigènes de l’AMI », P55-56.

394. *Ibid.*

395. *Ibid.*

396. ANS H12 : Rapport sur le cours des élèves aides médecins indigènes, H. Gallay ISSC.

part, elle laisse entrevoir la crainte, au sein des évolués, de la constitution d'une masse critique capable de contester et remettre en question le projet colonial.

A la suite d'un examen spécial d'entrée au service de l'AMI, ils sont déployés au niveau des dispensaires ou des services hospitaliers indigènes pour l'apprentissage et la formation aux soins sous la direction d'un médecin européen chargé de leur instruction. Après deux ans de service, les élèves sont affectés pour un stage d'un semestre à l'hôpital principal de la colonie. A la fin du stage, la réussite à l'examen probatoire devant un jury de trois membres présidé par le chef du service de santé est sanctionnée par un diplôme qui leur confère le titre d'aide médecin indigène. C'est à partir de ce moment que les récipiendaires, placés sous les ordres du médecin de l'assistance médicale résidant au chef-lieu de la province, du cercle ou de la circonscription sont affectés comme aides auprès d'un médecin de l'AMI, ou chef de poste isolé<sup>397</sup> ..

D'abord constitué de médecins auxiliaires formés pour être opérationnels dans les postes médicaux de brousse ou aider les médecins européens, ce corps fut supprimé suite à la création de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Dakar. La création du corps des aides médecins indigènes (arrêté du 7 janvier 1906) était dictée par la nécessité de faire face au déficit de personnel médical consécutif à la création de nouveaux postes de santé. Ce corps fut une étape intermédiaire dans la formation du personnel avant l'ouverture de L'Ecole de Médecine Africaine de Dakar et la formation des premiers médecins.

#### **c-2-2-2 -2** *La seconde génération : les médecins africains*

Le recrutement des médecins africains s'effectuait parmi les élèves du lycée Faidherbe de Saint-Louis et, pour l'essentiel, de l'Ecole William Ponty dont la vocation est de former des instituteurs indigènes et de préparer des candidats à l'Ecole

---

397. Gallay. H, *Trois années d'AMI et de lutte contre la variole : 1905, 1906, 1907*, Paris, Larose, 1909 p.74.

de Médecine<sup>398</sup>. Très sélectif, le recrutement devrait s'effectuer, aux dires du Dr. Le Dantec, au sein de l'élite scolarisée<sup>399</sup>.

Assistants des médecins de l'AMI auprès desquels ils jouèrent les rôles d'interprètes et d'intermédiaires, ils furent utilisés pour parer à la médecine traditionnelle, aux marabouts et féticheurs.

**Tableau 78 : Médecins diplômés de l'Ecole de Médecine de Dakar (1921-1934)**

Année de sortie	Médecins diplômés
1921	
1922	8
1923	7
1924	11
1925	13
1926	10
1927	14
1928	18
1929	7
1930	9
1931	11
1932	12
1933	14
1934	14
Total	148

*Source* : Barthélémy P, 2004, op cit, p.100.

Même si les sages-femmes et les infirmières peuvent assurer les consultations pré et post natales, celles-ci sont placées, comme les médecins africains, sous la responsabilité d'un médecin-chef .qui doit, en principe, signer les certificats, feuilles de maladie et les ordonnances. Dans les faits, un dispositif restrictif réglementait les obligations professionnelles des médecins et sages-femmes auxiliaires diplômés de l'Ecole de Médecine de Dakar. Entrait dans ce cadre le décret du 27 mai 1927 qui stipule qu'ils ne « peuvent être autorisés à donner des soins médicaux et obstétricaux aux Européens [que] dans les localités dépourvues de médecins exerçant au titre français »<sup>400</sup>. Par ailleurs, ils ne pouvaient en aucun cas pratiquer des autopsies ou « pratiquer des opérations de petite chirurgie à l'exclusion des opérations de grande chirurgie qu'en cas d'extrême urgence et en l'absence de médecins français, sous

398. Blanchard (Dr), 1934, *op. cit.*, p.91.

399. Le Dantec (A)1920, *op. cit.*, p.625.

400. Décret du 27 mai 1925 réglementant les obligations professionnelles des médecins et sages-femmes auxiliaires diplômés de l'Ecole de Médecine de Dakar, *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniale*, 1925, Tome XXIII, pp 490-492, p.491.

condition d'en référer immédiatement au médecin de l'Assistance de la circonscription »<sup>401</sup>.

Au cours de la décennie 1950, certaines autorités sanitaires déplorent le déséquilibre de la carte sanitaire avec un maillage centré à l'ouest et dans les villes. Le problème se trouve aggravé par l'option et l'attitude des médecins africains plus attiré par les centres urbains que les zones rurales ou «brousse »<sup>402</sup>.

### **3. LES MOYENS SOCIAUX ET LÉGISLATIFS**

#### *a) L'Action sociale*

##### *a-1 La mise en place du service social au Sénégal*

La mise en place et l'évolution du service social au Sénégal sont largement tributaires du développement de l'assistance sociale en métropole. En France, la conception, le financement et la mise en œuvre de l'assistance sociale remonte vers la fin du XIXe siècle. Conçue par la bourgeoisie pour faire face à la poussée de la classe ouvrière, l'assistance sociale est, à l'origine une « affaire de femmes » souvent célibataires issue de l'aristocratie et de la bourgeoisie<sup>403</sup>. A partir de 1910, sont créées les structures de formation impulsées par les religieux avec, en 1911, la fondation de l'Ecole normale sociale (catholique) et l'année suivante l'Ecole pratique du service social (protestante). Derrière les cibles (femmes et enfants des ouvriers) et les activités

---

401. *Ibid.*

402. Sankalé M, Pène P 1960, *op. cit*, p .89.

403. Verdes-Leroux J, « Pouvoir et assistance sociale : cinquante ans de service social », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 1976, vol. 2, No 2, pp. 152-172, p.152.

(garderies, causeries, éducation ménagère), se profile une opération de « domestication des dominés »<sup>404</sup>.

L'assistance sociale doit être distinguée de l'assistance publique dont les actions sont constituées de dons, secours, charité et bienfaisance envers les indigents. Contrairement à l'assistance publique qui cultive la dépendance et l'oisiveté, l'assistance sociale appelle une grille d'appréhension et de réponse autre. En fait, l'assistance sociale estime que la correction de l'indigence et les inégalités sociales, résultat de processus socio-économiques, relèvent, non pas de la charité, de la bienfaisance et de la bienveillance qui entretiennent la misère et reproduisent la pauvreté, mais d'actions (éducation, formation) répondant à des problèmes « personnels ». Il s'agit d'une assistance éducative conçue comme « une solution individualisée aux difficultés de chacun »<sup>405</sup>.

Au Sénégal, l'analyse des sources d'archives indique, outre l'absence d'une législation et la création d'une structure centralisée de prise en charge de l'action sociale, une antériorité des œuvres sociales et d'assistance publique sur le service social. Dès le XIXe siècle, des œuvres sociales, basées sur une approche caritative axées sur les interventions ponctuelles (aides d'urgence, allocations d'entretien, etc.) ont été signalées dans la colonie du Sénégal, notamment dans les grandes villes. Ces œuvres de bienfaisance et d'assistance publique, destinées aux groupes vulnérables et personnes déshéritées, revêtaient un caractère ponctuel lors des sinistres ou des catastrophes (incendies, inondations, etc.).

En dépit de ces œuvres sociales, il n'existait pas, dans la colonie, une structure officielle et une législation prenant en charge l'action sociale.

L'option et l'orientation des œuvres sociales, outre l'absence d'une intégration des problèmes sociaux dans une vision plus large du développement économique et social, se caractérisaient par un éclatement et une certaine dispersion. L'éparpillement de

---

404. *Idem*, p. 155.

405. *Ibid.*

l'assistance publique entre plusieurs services et organismes aussi bien publiques (enseignement, santé, Direction des Affaires Politiques, Services Economiques) que privés (missions religieuses, Croix Rouge, Berceau Africain, Goutte de Lait) représentait une entrave réelle au développement de l'action sociale.

Il faut attendre la Grande Guerre et les implications sociales désastreuses (prise en charge de mutilés de guerre, veuves et orphelins) pour voir une certaine impulsion donnée aux œuvres d'assistance sociale avec un essor des associations privées ou publiques de bienfaisance<sup>406</sup>. La période de l'entre-deux-guerres (1920-1936) peut être considérée en France comme celle de diversification de la fonction d'assistance avec la création de nouveaux corps (infirmières-visiteuses, surintendantes d'usine, visiteuses contrôleuses des assurances sociales, assistantes polyvalentes familiales).

Dans la colonie du Sénégal, dès les années 1920, les infirmières visiteuses, bien avant la constitution du corps des assistantes sociales et leur déploiement, assuraient les fonctions de l'assistance sociale. Les activités des infirmières-visiteuses, pour l'essentiel circonscrites à Dakar (Polyclinique de la Médina) s'articulaient autour de la lutte contre les maladies sociales (pathologies vénériennes, tuberculose), la promotion de la PMI, la lutte contre la mortalité infantile. Au cœur du dispositif d'investigation et d'intervention des infirmières-visiteuses se trouve la jonction entre le médical et le social. En effet, leurs activités, en rapport avec les médecins, sont axées sur la promotion de l'hygiène sociale et la lutte contre les pathologies sociales.

Avant même la fin de la guerre, dès le ralliement à la France Libre et la fin du régime de Vichy, furent mis en place, dans les colonies, des services sociaux avec la loi n° 664 du 19 novembre 1943 instituant le « Service des Affaires Sociales d'Outre-mer »<sup>407</sup> chargé de la promotion de l'assistance matérielle et morale en faveur des populations ressortissant de l'AOF. A la Conférence de Brazzaville, la protection de

---

406. Guéye N, *op. cit.*, p. 7.

407. Sanner, L, Habay, J. « L'organisation de la santé publique dans une fédération de la France d'Outre-mer », *Semaine médicale*, n°40, novembre 1952, p. 6.

l'enfance fut inscrite au centre des débats au même titre que l'alimentation de l'enfant africain et la qualité du lait maternel. Une telle approche place le service social au cœur du dispositif de la protection de la mère et de l'enfant.

Au sortir de second conflit mondial, dans le cadre du plan quadriennal du FIDES, la protection de l'enfance occupa une bonne place avec l'inscription d'un projet de création d'un service de PMI. A partir des années 1950, la protection de l'enfance, préoccupation des autorités coloniales est annexée au 4<sup>e</sup> bureau de la Direction Générale de la Santé Publique chargée de coordonner les subventions publiques relatives à l'assistance alimentaire et nutritionnelle.

A partir des années de transition vers la « sortie du système colonial » (1957-1960), les services sociaux intègrent les orientations « développementalistes » des plans de développement. Avec la création d'un ministère de la Santé et des Affaires Sociales, la politique sociale, dans une vision plus large, dépasse la dimension sociale pour intégrer le développement économique. Il s'agit, dans cette optique, de promouvoir le bien-être social des populations, d'assister les catégories sociales les plus défavorisées et de susciter leur participation au développement économique, social et culturel. L'atteinte des objectifs assignés à l'action sociale passe, outre l'organisation d'aides et de secours en faveur des indigents, par la lutte contre les fléaux sociaux, l'encadrement et l'assistance à l'enfance déshéritée.

A partir de 1960, l'inscription de l'enfance au cœur des préoccupations du législateur commande de nouvelles dispositions juridiques. Plusieurs d'entre elles sont destinées à protéger les catégories vulnérables, particulièrement les enfants. La lutte contre la déviance suppose la défense des enfants en rupture avec leur milieu familial et en situation de conflit avec la loi. A l'origine de ce phénomène, les mouvements migratoires provoquant une ruée de pauvres, un relâchement des liens traditionnels de solidarité et la fragilisation psycho sociale de la masse des exclus.

Les enfants en stratégie de survie, notamment les talibés sont exposés à la mendicité. Pour les autorités, le phénomène des talibés mendiants, enfants en

guenilles, sillonnant les artères des grands centres urbains et tendant leurs sébiles à la recherche de nourriture aussi bien pour leur survie que pour l'entretien de leurs marabouts, revêt les allures d'un « fléau social ». La mendicité des talibés, phénomène essentiellement migratoire, semble liée à la l'urbanisation et à la monétarisation de l'économie, des rapports sociaux induits par les bouleversements intervenus dans l'évolution socio-économique du pays.

Pour les autorités, le phénomène des talibés mendiants est alimenté par deux principales filières. La principale découle de l'exode rural saisonnier des marabouts qui, accompagnés de leurs talibés regagnent les villes pendant la saison sèche à la recherche d'un revenu d'appoint (vivres, argent, etc.). La seconde source résulte de l'exode temporaire d'enfants envoyés par leurs parents dans l'optique de recevoir une éducation religieuse auprès des marabouts. Le Fouta représente la plus importante région pourvoyeuse<sup>408</sup>.

La forte mobilisation des autorités autour des droits des enfants semble liée à la pression des institutions internationales dont la libération des financements, de plus en plus importante, semble conditionnée à la mise en place d'un dispositif juridique de prise en charge de l'enfance. Il s'agissait aussi, pour promouvoir la « destination Sénégal », de lutter contre les obstacles et facteurs limitant le développement du tourisme.

### *a-2 Les œuvres caritatives*

Dans les colonies, le domaine de la santé, pendant longtemps, fut laissé aux soins de des œuvres caritatives et de l'initiative privée. Il faut attendre la fin de la Grande Guerre avec la création en 1920 du ministère de la Santé Publique pour voir l'Etat prendre en main les questions sanitaires et surtout sociales. Dans les colonies, l'Inspection des Services Sanitaires et Civils et plus tard la Direction Générale de la Santé ont été « les bras séculiers » du ministère des colonies en matière de santé. Outre

---

408. Voir Diop A.B, *Société Toucouleur et immigration, enquête sur l'immigration toucouleur à Dakar*, IFAN, Dakar, 1965.

l'élaboration de la politique sanitaire, ces services avaient pour mission la collecte et le traitement des informations sanitaires.

Les œuvres caritatives sont composées en partie d'associations d'assistance privées dont l'essentiel est créé lors de la Grande Guerre ou d'organismes d'envergure internationale (Croix Rouge, « Berceau Africain », CIE). Si, à l'origine elles sont créées en France, elles ne tardèrent pas à ériger des sections locales dans les colonies pour les besoins de l'élément européen. Aussi, la prise en compte des Africains dans ces associations à l'image de Berceau Africain fut-elle, à l'origine, assez modeste. Ainsi, en 1892, la création de la première association de secours mutuel par Célestine Portet avait pour but d'assister les ressortissants de l'Ariège<sup>409</sup>.

Ces associations sollicitèrent d'abord les communes puis l'administration pour la prise en charge des indigents ressortissants (aides, subventions, allocations) des Quatre Communes dans les hospices. C'est pendant la première guerre mondiale que nombre d'associations virent le jour pour venir en aide aux victimes de guerre, aux combattants et à leurs familles (Comité d'Assistance aux Troupes Noires créé en 1915, Œuvres de Secours aux Blessés de Guerre, Association amicale des Médecins Civils, etc.). Grâce aux subventions, dons, souscriptions, ces associations réussirent à octroyer des fonds aux hôpitaux indigènes et à prendre en charge les militaires africains mutilés, blessés, malades, réformés, prisonniers de guerre, aux familles des militaires envoyés à l'extérieur, aux veuves et orphelins.

Le CIE et la Croix Rouge à travers ses antennes *Berceau Africain* et *Goutte de Lait*, se singularisèrent dans la protection de l'enfant et de la mère (lutte contre la mortalité maternelle et infantile). Elles interviennent dans le domaine de la puériculture, sous la direction des sages-femmes ou d'infirmières.

Organisation caritative laïque créée en 1926 par le ministre des Colonies André Hesse., « *Berceau africain* » avait pour but d'apporter une assistance sociale à la mère

---

409. Guéye N, *L'action sociale au Sénégal, 1895 1960*, Mémoire de DEA, Département d'Histoire, FLSH UCAD, 2002 2003, p. 27.

et à l'enfant indigènes des colonies d'AOF. Ainsi, sa mission était d'« assurer dans les colonies françaises de l'AOF la protection matérielle et morale des mères indigènes et leurs nourrissons et de leur donner les secours de toute nature dont ils peuvent avoir besoin »<sup>410</sup>. C'est à la demande du ministre des colonies, alerté des ravages de la morbidité et de la mortalité materno-infantile<sup>411</sup> que certains dirigeants du commerce colonial mirent sur pied « Berceau africain ». Ses principales activités consistaient, à travers ses sections de Dakar, Saint Louis et Diourbel, à la distribution de dons en nature (lait, aliments, vêtements, etc.).

Quant à *Goutte de Lait*, ses œuvres de bienfaisance, basées essentiellement à Saint-Louis, Dakar, Thiès et Ziguinchor sont axées sur l'ouverture d'un réseau de dispensaires sous la direction d'un personnel paramédical féminin, les Dames françaises de la Croix-Rouge. Subventionnés par le gouvernement général de l'AOF, dotés en médicaments par le Service de Santé colonial<sup>412</sup>, les dispensaires étaient spécialisés dans la prise en charge des mères et des enfants (consultations de nourrissons et d'enfants, pesées, distribution de lait, d'aliments de vêtements)<sup>413</sup>.

### *a-3 Les œuvres confessionnelles : la médecine missionnaire*

La présence des missionnaires au Sénégal, assez ancienne, restait circonscrite, pour l'essentiel, sur la petite côte (MBour, Joal, Ngazobil, Popenguine, etc.). Les œuvres confessionnelles, d'une manière générale, sont composées de l'enseignement dispensé, pour l'essentiel par les frères et de l'action médico-sociale assurée par les sœurs. Il existait au Sénégal plusieurs congrégations dont la plus ancienne, les Sœurs de Saint-Joseph de Cluny, s'est implantée depuis 1819, les Sœurs de l'Immaculée Conception (1848), les Filles de Saint-Cœur de Marie (1864). Entre 1948 et 1957,

---

410. *Ibidem*.

411. ANS 1 H102 (163), Gouvernement général de l'AOF, Inspection Générale des Services Sanitaires et Médicaux, Protection de l'enfance en Afrique occidentale française, 1932, p. 2.

412. ANS 1 H102 (163), Sénégal-Mauritanie, Direction de la Santé Publique, extraits du rapport annuel de 1948, n° 1039/S-tech, Saint-Louis, 31 mars 1950, p. 15.

413. ANS 2 G 46 (11), Sénégal, Service de santé, Rapport annuel de santé, 1946, Saint-Louis, 4 février 1948, p.129.

existait dans la colonie neuf congrégations s'orientant vers la santé parmi les 15 existant au Sénégal.

La rupture intervenue entre l'Etat et l'Eglise en France en 1904 - le rétablissement des relations diplomatiques entre le Vatican n'interviendra qu'en 1921 - opère un réajustement dans l'orientation des congrégations qui érigèrent leurs propres structures de santé. La même année, sept dispensaires furent ouverts par les congrégations (Dakar, Oussouye, Thiadiaye, Kaolack, Thiès, Kolda). Les structures et activités médico-sociales des missions religieuses, souvent implantées dans des régions non couvertes par les structures sanitaires peuvent être considérées comme une suppléance des carences de la carte sanitaire et du système de santé colonial. Dans ce contexte, on peut comprendre que les autorités coloniales, souvent, considèrent l'action des missions religieuses comme une bouée de sauvetage dans les zones dépourvues d'infrastructures sanitaires. Le ministre des colonies, qui l'a si bien compris, suggère vivement aux autorités la collaboration avec le Service de Santé colonial ainsi que la dotation des dispensaires des missions religieuses en équipement matériel, médicaments et logistique<sup>414</sup>.

Le premier réseau de dispensaires des missions catholiques animé par des religieuses, s'étendait à Mont-Rolland, Joal, Ngazobil, Popenguine, Fadiouth (cercle de Thiès), Diohine (Kaolack), à Temento, Elana, Brin (Ziguinchor)<sup>415</sup>. Les missions protestantes, pour leur part, disposaient de dispensaires à Kounkané (subdivision de Vélingara) et à Dakar<sup>416</sup>.

Si, à l'origine les actions des missions religieuses se limitaient, pour l'essentiel à la prise en charge médicale de la mère et de l'enfant, elles s'orientent progressivement, dans une seconde phase, vers l'assistance sociale avec la création

---

414. ANS 2 H 13 (26), Circulaire n°29-4/s du Ministre des colonies aux Gouverneurs Généraux et aux commissaires de la Républiques dans les territoires sous mandat, Paris, 7 novembre 1934.

415. ANS 2 G 52 (13), Sénégal, Service de Santé, Rapport médical annuel, 1952, Saint-Louis, 22 juillet, p. 105.

416. ANS 2 G 54(65), Sénégal, service de santé, Rapport médical annuel, 1954, Saint-Louis, 17 mai 1955, p. 80.

d'orphelinats et d'écoles primaires ou professionnelles qui vont polariser les activités sociales<sup>417</sup>.

En milieu urbain, leur action est notée dans certains quartiers déshérités comme Rebeuss à Dakar où fut ouvert le dispensaire Saint Martin doté d'un laboratoire. Leurs activités embrassaient plusieurs domaines. Si, dans le domaine curatif, elles s'occupaient de l'accueil et des premiers soins aux malades, il ne faudrait pas oublier la sélection des malades et l'orientation des cas graves vers les hôpitaux, l'hospitalisation sur place des enfants. S'y ajoute les activités de PMI (pesées, récupération nutritionnelle) ainsi que l'éducation sanitaire et la prévention axées surtout sur les femmes enceintes.

La diminution des ressources fut comblée en partie par l'intervention du Secours Catholique et Caritas grâce à la distribution de dons de médicaments aux dispensaires. A partir de 1956 fut ouvert à Dakar (Colobane), sous l'impulsion des protestants, un dispensaire privé dénommé « *Porte Ouverte* »<sup>418</sup> doté d'un laboratoire et orienté vers la protection de la mère et de l'enfance.

En dépit de ce tableau élogieux, l'action sociale fut, dans bien des cas, compromise par le pacte colonial caractérisé par l'exploitation des colonies et l'arbitraire à travers le travail forcé, les impôts, la ségrégation raciale, la discrimination. Ce qui est attesté par le caractère élitiste de ses actions le plus souvent limité aux fonctionnaires, aux Européens et assimilés. Aux projets souvent ambitieux de l'action sociale, s'oppose la réalité du terrain caractérisé par l'insuffisance de moyens matériels et financiers.

#### *c-4 Les assistantes sociales*

En AOF, les premiers jalons du service social fut initié par Cécile Brunshvicg (1877-1946), sous-secrétaire d'Etat dans le gouvernement du Front Populaire de Léon

---

417. ANS 2 H13 (26).

418. *Ibid.*

Blum<sup>419</sup>. Préoccupée des questions sociales, notamment le sort de la mère et de l'enfant, elle prit part, en 1917, à la mise en place de l'école des surintendantes d'usines qui constitua une étape décisive dans le développement du service social en France. Son réseau de relations, notamment ses relations avec Marcel de Coppet, gouverneur général de l'AOF et Marius Moutet, ministre des colonies fut décisif dans la constitution du service social en AOF<sup>420</sup>.

Sous le Front Populaire, une série de réformes sociales furent initiées en AOF, notamment au Sénégal (représentation syndicale, conventions collectives, augmentation des grilles salariales, diminution du temps de travail)<sup>421</sup>. L'érection, à titre expérimental d'un service social à la suite d'une tournée en Afrique était dictée, aux dires du ministre des colonies, par la nécessité de promouvoir l'éducation rationnelle des mères, de vulgariser des notions de puériculture par des femmes « infirmières, hygiénistes et ouvrières sociales » chargées en même temps de la formation sociale des paramédicaux (sages-femmes, infirmières indigènes), de l'inspection des écoles et de toutes les œuvres privées impliquées dans la prise en charge de la mère et de l'enfant africains. Les missions assignées au service social gravitent autour de la lutte contre la morbidité et la mortalité materno-infanile, voie indiquée pour la relance démographique qui, seule peut optimiser la mise en valeur des colonies<sup>422</sup>.

Chargée de mener une enquête préliminaire, la surintendante Hélène Renaud débarque à Dakar le 11 décembre 1937<sup>423</sup>. Le rapport transmis au ministère des colonies<sup>424</sup> en 1938, recommande la création d'un service social d'abord au Togo puis dans la Circonscription de Dakar et enfin l'ouverture à Rufisque d'une l'école normale chargée de la formation de monitrices d'enseignement. Parmi ses recommandations,

---

419. Mabon A., *L'action sociale coloniale. L'exemple de l'Afrique occidentale française du Front Populaire à la veille des indépendances*, Paris, L'Harmattan, 2000, p. 19.

420. *Idem*, p. 21.

421. Voir à ce propos Bernard-Duquenot N, *Le Sénégal et le Front Populaire*, Paris, Karthala, 1982.

422. Mabon A, *op. cit.*, p. 22.

423. *Idem*, p. 23.

424. *Ibidem*.

figure aussi la création d'un personnel composé d'assistantes sociales auxiliaires indigènes et d'assistantes sociales françaises sous la tutelle d'une conseillère technique en charge de l'organisation générale et de la liaison avec le gouvernement général. L'approbation des recommandations par les autorités coloniales se concrétise par l'envoi en 1939 de deux assistantes sociales, Yvonne d'Agout et Madeleine Marte<sup>425</sup>. Toutefois le déploiement du service social dans les colonies fut, d'une part compromis par la chute du gouvernement du Front Populaire et, d'autre part, l'hostilité de milieux coloniaux opposés à la constitution d'une masse critique (le service social) susceptible de contester et de remettre en question le pouvoir colonial.

En AOF, il faut attendre le ralliement à la France Libre et la fin du régime de Vichy pour voir la mise en place des services sociaux le 19 novembre 1943<sup>426</sup>. Les attributions du Service des Affaires Sociales d'Outre-mer, précisées par le décret 51807 du 26 juin 1951 s'articulaient principalement autour de la promotion de l'assistance matérielle et morale en faveur des populations ressortissant de l'AOF. Les assistantes et les auxiliaires sociales, pilier du service social, avaient un rôle d'orientation et leur action consistait à « *dépister les problèmes sociaux et à indiquer ceux qui sont aux prises avec ces problèmes les moyens de les résoudre* »<sup>427</sup>.

L'importance des assistantes sociales dans le dispositif médico-social ainsi que leurs différentes activités ont été définies par le Journal Officiel du 16 juillet 1952. Support du service médico-social, elles devaient, grâce aux visites à domicile, assurer le suivi des malades à domicile, le dépistage de nouveaux, l'orientation des malades vers les services de médecine préventive (consultations, vaccinations) et surtout l'éducation des mères (alimentation des enfants). En effet, d'après les instructions officielles, « ce sont les Assistantes Sociales qui, à domicile, s'efforcent d'obtenir des mères de famille une meilleure observation des principes d'hygiène, et de puériculture, provoquent, le cas échéant, l'intervention médicale, persuadent les jeunes mères, si

---

425. *Idem*, p. 26.

426. Sanner, L. ; Habay, J. « L'organisation de la santé publique dans une fédération de la France d'Outre-mer », *Semaine médicale*, n°40, novembre 1952, p. 6.

427. *Idem*.

nécessaire, de conduire leurs enfants aux consultations de nourrissons; ce sont elles qui, à ces consultations, donnent aux médecins tous les renseignements utiles sur les conditions de vie de l'enfant dans son foyer; ce sont elles, enfin, qui veillent à ce que les conseils donnés par le médecin soient strictement suivis »<sup>428</sup>.

Définissant les prérogatives et les fonctions des assistantes sociales, les autorités sanitaires estiment qu'il ne s'agit pas d'un cadre chargé de diriger un personnel médico-social techniquement inférieur (sages-femmes africaines et aides médico-sociales non diplômées). A la tête de l'architecture hiérarchique dégagée par les autorités, se trouvent les assistantes sociales qui coiffent les sages-femmes africaines, puis viennent les auxiliaires médico-sociales et, au bas de l'échelle, les aides sans connaissance technique précise. Un tel système a l'avantage de confier les tâches mineures à un personnel peu éduqué et d'accroître le rendement du personnel technique<sup>429</sup>. Aux Africaines, personnel d'exécution, reviennent les petites tâches, souvent de routine alors que le personnel technique européen se charge de la conception et de l'orientation.

L'insuffisance de leur effectif en AOF et les impératifs de l'africanisation nécessitèrent « la mise en place d'auxiliaires sociales, de préférence africaines, parlant la langue et connaissant les coutumes du pays »<sup>430</sup>. Aussi, fut-il envisagé la formation de quelques jeunes africaines. Si l'affectation dans les colonies de la fédération pouvait être effective à l'issue d'un stage d'orientation à Dakar de 3 à 6 mois, les plus méritantes sont nommées assistantes sociales chefs, adjointes du médecin chef de la PMI.

Sous Vichy, les activités des assistantes sociales aux colonies sont vertement critiquées pour leur inefficacité en milieu indigène. En effet, les autorités sanitaires insistent sur les limites de l'activisme de l'assistance sociale à domicile en AOF,

---

428. *Journal Officiel* du 16 juillet 1952.

429. IMTSSA Dossier 415 PMI. Tâches et buts de la PMI en AOF.

430. IMTSSA Dossier 301 PMI. Rapport du Médecin Général Directeur de la Santé Publique, L'organisation de la santé publique et de la PMI, Dakar mai 1954, p 18.

contrairement en l'Europe où la population est plus apte à comprendre les conseils d'hygiène. Les Africains, pour leur part, sont peints comme réfractaires au discours sur l'hygiène, de sorte qu' « ici [AOF] il serait vain de croire qu'il puisse en être de même et les assistantes sociales perdraient à peu près leur temps et gaspilleraient inutilement leur santé »<sup>431</sup>. Derrière ce discours, se dévoile toute la susceptibilité, voire la peur d'une assistance sociale porteuse d'idée émancipatrice dans un contexte de bâillonnement des libertés et de pensée unique.

Après la seconde guerre mondiale, la suppression du corps des infirmières visiteuses renforce le rôle des assistantes sociales dans le service ambulancier de la PMI chargé d'assurer une visite hebdomadaire dans chacun des dix dispensaires de la région de Dakar. L'assistante sociale, à la tête de ce service, dirige l'action des infirmiers locaux, assure la surveillance du fichier, du contrôle des enfants déficients, décide de l'évacuation des malades sur le centre de PMI ou l'hôpital, effectue les visites à domicile.

Au bilan, la portée du service social reste fort limitée. En ville, en dépit du travail de l'assistante sociale avec les structures de PMI, les petits cadeaux (bonbons, lait, sucre, riz) dispensés par les structures sanitaires et le service social en vue de stimuler la fréquentation des mères, fort peu accouchent dans les maternités et à l'hôpital. En effet, « seules viennent en fait les femmes de fonctionnaires (prime à la naissance) ou celles qui désirent percevoir un cadeau »<sup>432</sup>. En brousse, la situation, aux dires du Médecin - Capitaine Desprez, est plus qu'alarmante malgré les différentes stratégies pour attirer les femmes enceintes au niveau des structures sanitaires. Il constate, avec amertume, leur désertion par la femme indigène qui « ne voit pas la nécessité des consultations prénatales ; en dehors des centres, elle se laisse aller aux coutumes de préjugés locaux »<sup>433</sup>. En effet, poursuit-il, « elle dispose de leur médecin,

---

431. IMTSSA Dossier 301 PMI. Rapport du Médecin Lieutenant-Colonel Farinaud Médecin chef du Service d'Hygiène au Directeur de la Santé Publique, Avril 1942.

432. Médecin - Capitaine Desprez, « Les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux », Colloque organisé par le CIE (Brazzaville, 8-13 décembre 1952, in *Les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux*, CIE, Réunions et Conférences, 1953, pp.97-114, p.101.

433. *Ibid.*

un sorcier, et que le médecin blanc est un sorcier d'une autre espèce. Là où le premier ne réussit pas, le second ne peut réussir, et si la femme doit mourir, ni l'un ni l'autre des médecins n'y pourra quoi que ce soit »<sup>434</sup>.

Par ailleurs, le volet social, notamment la santé et l'assistance constituent la portion congrue du budget colonial<sup>435</sup>. En effet, les sommes consacrées à la santé et à l'action sociale (assistance aux nécessiteux) représentent une part infime par rapport aux dépenses colossales mobilisées pour mettre en valeur la colonie même si, pendant les quatre décennies couvrant la période 1905-1946, les crédits alloués à la santé doublent les dépenses destinées à l'éducation<sup>436</sup>.

## ***b) Les allocations, la législation et la santé scolaire***

### ***b-1 Les allocations***

L'Ordonnance du 2 septembre 1945 fixant l'organisation et les conditions de fonctionnement de la PMI, dans son titre III et la loi du 9 janvier 1946 déterminent les modalités de protection des parents. Il s'agissait en gros de mesures incitatives qui entrent dans le cadre d'une politique démographique pro nataliste. Aussi, les bénéficiaires des allocations familiales étaient-ils soumis à un certain nombre d'obligations comme celles relatives à la surveillance de la grossesse<sup>437</sup>.

L'assurée était tenue de suivre trois consultations prénatales (au cours des 3<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> mois de la grossesse) et une consultation post natale au cours des 8 semaines après la grossesse. Ces conditions satisfaites, l'assurée pouvait bénéficier d'un certain nombre d'avantages (gratuité des consultations et des examens de laboratoire,

---

434. *Ibid.*

435. Touré A, *Un aspect de l'exploitation coloniale en Afrique : fiscalité indigène et dépenses d'intérêt social dans le budget du Sénégal 1905-1946*, Thèse de doctorat de 3e cycle d'Histoire, FLSH, UCAD 1991, p.215.

436. *Idem*, p. 219.

437. Le Cannelier et alii, « Les consultations prénatales dans la presqu'île du Cap Vert », *Journées Africaines de Pédiatrie*, Dakar, 13-16 avril 1960 pp. 84-92, p. 85.

protection sociale, congés de maternité, congé de 3 jours pour le père, etc.) auxquels s'ajoutent des bénéfices en espèces relatifs aux allocations prénatales (5850 F), les primes à la naissance (3900 F versés à la mère et 7 800 F au père pour ses 3 premiers enfants issus du premier lit) et les allocations familiales (1950 F versés à la mère de 6 mois à 1an, 1 950 F par trimestre au père à partir d'un an). Enfin, aux femmes gestantes étaient dispensées une éducation sanitaire assurée par les personnels médical et para médical ainsi que les assistantes sociales.

A la fin des années 1950, le régime des allocations connaît un réajustement. Les femmes des salariés bénéficient d'un traitement de faveur sous forme de protection matérielle et morale : sécurité sociale, primes (allocations prénatales, prime à la naissance, allocations familiales pour l'enfant jusqu'à 17 ans) comme du reste l'illustre le tableau suivant.

**Tableau 79** : Allocations et primes accordées aux femmes des salariés en 1958

	France	Sénégal
Allocations prénatales	27 000 F à raison de 3000 F par mois pendant les 9mois de la grossesse	5850 F
Prime à la naissance	35 000 F versés en 2 tranches 1 à l'accouchement et l'autre 6 mois après	3 900 F versés à la mère 7800 F versés au père pour ses 3 premiers enfants issus du premier lit
Prime d'assiduité	1000 F pour la femme 1000F Pour le mari lorsqu'ils sont soumis à des examens de laboratoire	Néant
Prime d'allaitement	2000 F/ mois si l'allaitement est entièrement au sein 1800 F/ mois si l'allaitement est mixte 1000 F/ mois si l'allaitement est artificiel	Néant

Allocations familiales	Variabes ; environ 3000 F	Néant
------------------------	---------------------------	-------

**Source** : Le Cannelier R, Correa P, Lauroy J, « Les consultations prénatales dans la presqu'île du Cap Vert », *Journées Africaines de Pédiatrie*, Dakar, 13-16 avril 1960 p. 84

Les primes d'assiduité, d'allaitement et les allocations familiales octroyées en métropole sont inexistantes au Sénégal. En outre de larges écarts sont observés entre les taux octroyés en métropole et au Sénégal. Alors que les allocations prénatales s'élèvent à 27 000 F, au Sénégal, elles sont de l'ordre 5850 F, soit le cinquième. Il en est de même lorsqu'il s'agit de la prime à la naissance : 35 000 F en France contre 11 700 F dans la colonie.

Malgré ces initiatives, force est de reconnaître que les bénéficiaires constituaient la portion congrue comparée à l'immense majorité de la population africaine. De telles mesures s'inscrivent dans le prolongement des politiques pro natalistes de l'après-guerre en réaction contre la dénatalité occasionnée par le second conflit mondial. On pourrait bien douter de la portée de ces mesures du reste discriminatoires au regard de l'écrasante majorité de la population non concerné par le régime salarié.

### *b-2 La législation relative à la protection de l'enfance*

En AOF, l'Ordonnance du gouverneur général Carde en date du 15 avril 1926 constitue une étape décisive parmi les textes législatifs relatifs à la protection de l'enfance. Le document insiste sur le rôle des sages-femmes qui « doivent aller dans les cases, surveilles la mère et le nourrisson et sur l'utilité de donner aux matrones des notions d'hygiène et de propreté afin d'améliorer leur pratique »<sup>438</sup>. La réorientation de la politique des autorités sanitaires et l'impulsion de la PMI devraient être fortement corrélées au contexte de l'après-guerre marqué par l'eugénisme en France et, dans les

438. IMTSSA, PMI Dossier 405, Médecin Général Directeur de la Santé Publique de l'AOF, L'organisation de la Santé Publique et e la PMI, 5 mai 1954, p.18.

colonies, son pendant axé sur le discours autour de la dégénérescence de la race noire. Dans les colonies africaines, l'amélioration de la race noire en quantité et en qualité postulait la « sélection de la bonne graine », l'organisation et la surveillance médicale de « l'élevage du jeune enfant noir ».

La décennie 1930 – 1940 voit la mise en place d'un système sanitaire préventif et social qui, de plus en plus, accorde une place importante à la protection de l'enfance. En atteste, dès 1934, la circulaire 57/AP/1 du 30 mars qui expose les mesures administratives, législatives ou d'ordre privé relatives à la protection de l'enfance<sup>439</sup>. Le document administratif, après avoir souligné le taux élevé de mortalité infantile qui, dans certaines zones peut atteindre 60 %, insiste sur l'enseignement et l'éducation ainsi que l'organisation de la surveillance sanitaire dans les écoles. Trois années plus tard, sous le Front Populaire, fut créée en 1937 une section coloniale du Comité National de l'Enfance affiliée au Comité International qui, depuis son congrès de 1933 a inscrit dans son agenda la protection de la mère et de l'enfance indigènes<sup>440</sup>.

Si un dispositif juridique dissuasif est mis en place avec notamment la création des établissements spéciaux destinés à recevoir les mineurs délinquants ou abandonnés en AOF, il en va autrement lorsqu'il s'agit d'adapter certains aspects de la législation métropolitaine au contexte colonial, notamment le travail des enfants. Aussi, note-t-on, une opposition, et non des moindres, d'une partie de l'administration coloniale pour la mise en place d'une nouvelle législation relative au travail des enfants. Même la protection de la petite enfance, pour certaines autorités coloniales, ne saurait être à l'ordre du jour. Dans une correspondance adressée au Ministre des Colonies en date du 28 juin 1935, le gouverneur général dresse un tableau satisfaisant de la situation de l'enfant noir. Pour l'autorité fédérale, « la situation du tout jeune enfant dans le cadre de la société indigène est celle d'un privilégié...L'infanticide, l'abandon d'enfants sont presque inconnus de nos tribunaux indigènes. Partout, la coutume les réprime sévèrement. Des soins attentifs sont réservés au bébé noir, soins parfois maladroits,

---

439. IMTSSA, PMI Dossier 405, Médecin Général Directeur de la Santé Publique de l'AOF, L'organisation de la Santé Publique et e la PMI, 5 mai 1954, p.18.

440. ANS 1H 103 (163) PMI.

mais inspirés du plus affectueux souci des parents - le père et la mère – de traiter les tout petits avec tendresse. Le bébé est nourri au sein de la mère ou, celle-ci disparue, du sein d'une parente, d'une voisine qui le fait tout naturellement. Le tout jeune enfant, qui n'est jamais frappé jusqu'à 6 ans est l'objet d'une attention particulière : on cède à tous ses caprices »<sup>441</sup>.

Pour le gouverneur général, une telle situation plus que reluisante du jeune enfant noir autorise le maintien du statu quo. Il ne dit pas autre chose lorsqu'il affirme : « Il y a là une mystique de l'enfance qui rend presque inutile, pour le moment au moins, toute protection du petit noir en bas âge contre ses parents »<sup>442</sup>. L'action sociale, pour le gouverneur, qui devrait plutôt être orientée en direction des parents nécessite de la patience compte tenu du niveau d'évolution des sociétés indigènes appelées à être apprivoisées »<sup>443</sup>. A une éventuelle réglementation, doivent se substituer des œuvres sociales d'assistance et de prévoyance. Quant au travail des enfants, l'autorité essaie de le justifier compte tenu du statut de l'enfant assimilé.

Durant le second conflit mondial, l'arsenal juridique se consolide avec l'Instruction du 20 mai 1940 du gouverneur général consacré encore à la mortalité infantile suite à l'enquête démographique de 1938 attirant l'attention des autorités sur les menaces de dénatalité des colonies africaines du fait des taux très élevés de morbidité et de mortalité materno-infantiles. Le texte administratif insiste sur le rôle des maternités, prescrit la généralisation des consultations prénatales et de nourrissons et leur extension à tous les jours de la semaine<sup>444</sup>. Le même document attire l'attention sur la nécessité de former les matrones qui doivent être stimulées pour leur collaboration avec le système de santé formel.

---

441. ANS 1H 103 (163) : PMI, Lettre No 223 du 28 juin 1935. Gouverneur Général à M le Ministre des Colonies. Direction des Affaires Politiques (1er Bureau) a/s Protection du Travail des enfants.

442. *Ibid.*

443. *Ibid.*

444. IMTSSA, PMI Dossier 405, Médecin Général Directeur de la Santé Publique de l'AOF, L'organisation de la Santé Publique et e la PMI, 5mai 1954, p.19.

Sous Vichy, l'option des autorités en faveur de la protection de l'enfance se renforce. De retour d'une tournée d'inspection en AOF au début de l'année 1942, le secrétaire d'Etat aux colonies insiste sur le renforcement de la protection de l'enfance indigène, voie indiquée pour la rentabilisation des colonies<sup>445</sup>. Une telle recommandation semble dictée par les taux élevés de morbidité et de mortalité infantiles qui entravaient le développement démographique et la mise en valeur des colonies<sup>446</sup>.

Il faudra attendre la fin de la seconde guerre mondiale pour que des mesures spéciales soient prises en faveur de l'enfance. Dans un contexte de pression internationale et de confrontation entre le local et le global, s'imposait une harmonisation des législations internationales relatives à l'enfance et leur abrogation en AOF. Trois années après la fin du conflit, la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme adoptée le 10 décembre 1948 par l'Assemblée Générale des Nations Unies, reconnaît tout de même que la maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales<sup>447</sup>. S'y ajoute, bien sûr, l'impérieuse nécessité, compte tenu de l'importance des fonds libérés par les organisations internationales, de se référer à l'article 73 (e) de la Charte des Nations Unies relatif à la protection maternelle et infantile.

### ***b-3** L'Inspection Médicale des Ecoles*

Le Service Général de l'Inspection Médicale des Ecoles, créé par l'arrêté No 3521/SSM du 7 octobre 1942<sup>448</sup> a en charge la surveillance médicale des maîtres et des élèves, l'alimentation, l'enseignement des règles pratiques d'hygiène, l'aménagement

---

445. IMTSSA, PMI Dossier 301, Note N° 302 CAB. S, Secrétariat d'Etat aux colonies, 31 mars 1942.

446. *Ibid.*

447. IMTSSA, PMI Dossier 405, Médecin Général Directeur de la Santé Publique de l'AOF, L'organisation de la Santé Publique et e la PMI, 5 mai 1954, p.18.

448. *JO AOF* N° 2023 du 17 octobre 1942, p. 909.

scolaire et le contrôle de l'éducation physique et sportive. Pour les autorités coloniales, l'école représente un vecteur pour la pénétration des valeurs occidentales et la propagation des règles d'hygiène<sup>449</sup>. Selon le gouverneur général Boisson, « l'école est le point d'impact de notre civilisation dans la société indigène ; par elle seulement, la médecine peut espérer faire brèche avec quelque efficacité dans la masse des préjugés opposés à sa diffusion »<sup>450</sup>.

Dès 1913, fut introduit l'enseignement de l'hygiène dans le cycle élémentaire. Une décennie de retard, l'arrêté du 24 décembre 1903 relatif à la réorganisation de l'enseignement recommandait l'instruction des élèves aux règles d'hygiène. Les programmes relatifs à l'hygiène et à la santé appuyés par l'UNESCO à l'orée des années 1950 s'articulent autour de la médecine de soin, l'hygiène personnelle et collective, l'équilibre alimentaire, la lutte contre l'alcoolisme, les avortements ainsi que la mortalité infantile.

Les visites de contrôle médical (dépistage précoce des déficiences) et les vaccinations sont aussi inscrites dans les prérogatives du SGIME. Après le dépistage, le SGIME, épaulé par les infirmières visiteuses dans les centres urbains, réfère les patients vers les structures sanitaires appropriées. Si les écoles urbaines sont bien couvertes par les activités du SGIME, il en va autrement s'agissant du monde rural souvent laissé à lui-même. Inscrivons au registre des limites du SGIME les évictions et licenciements d'élèves malades souvent exagérés<sup>451</sup>.

Au milieu des années 1950, l'inspecteur de l'hygiène scolaire de la fédération, Le Minor constate, avec amertume, de graves dysfonctionnements qui entravent la bonne marche du SGIME. En effet, « il n'est pas possible en AOF de respecter le nombre et la périodicité des examens prescrits par les règlements métropolitains. On fait ce que l'on peut au moment où l'on peut le faire, trop d'éléments intervenant pour

---

449. Pour plus de détails, voir Coly I, *L'hygiène scolaire au Sénégal 1942 -1960*. Mémoire de maîtrise Département d'Histoire, FLSH, UCAD, 2004 -2005.

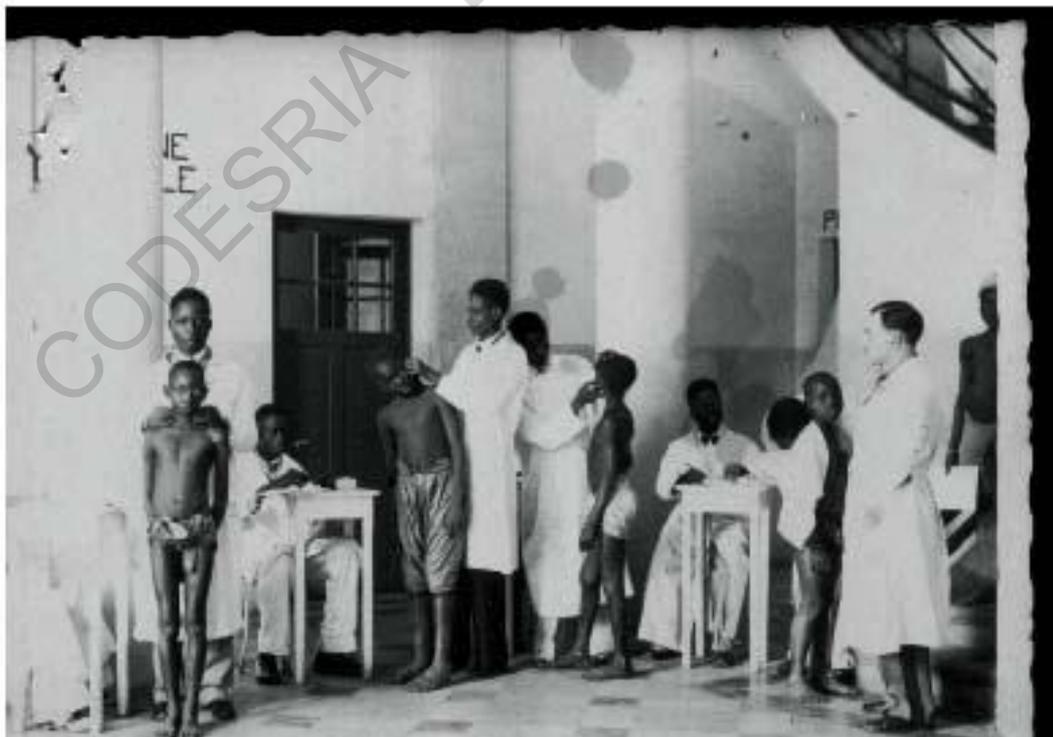
450. ANS O 4 (31) : Œuvres sociales. Assistance sociale. Correspondance du gouverneur général au Ministre des Colonies le 05 février 1942.

451 Coly I, *op. cit.*, pp.79 -84.

perturber le programme soigneusement établi avant le début de l'année scolaire (manque soudain de moyens de transport, indisponibilité inopinée d'un nombre indispensable d'une équipe déjà squelettique, apparition d'une épidémie – variole par exemple – qui vient subitement revendiquer sa priorité dans l'ordre des urgences) »<sup>452</sup>.

Au total, les activités du SGIME, orientées vers deux axes (la prévention, le contrôle médical et la formation) ont contribué à une amélioration sensible de la santé des élèves. Aux vaccinations qui protègent les élèves contre les maladies et réduisent la morbidité et la mortalité des écoliers, s'ajoute l'éducation sanitaire à travers un enseignement approprié des règles d'hygiène. Toutefois, la portée du SGIME est limitée par l'insuffisance des moyens matériels et humains à laquelle s'ajoute la concentration des activités dans les centres urbains au détriment des écoles rurales.

**Planche 11** : Séance de dépistage de la tuberculose chez les enfants des Ecoles de Dakar par le docteur Ricou



---

452. ANS 2G 55 (58) : Rapport annuel du SGIME 1954 -1955.

## c) La recherche

### c-1 *La pédiatrie sociale*

La pédiatrie est une branche de la médecine spécialisée dans le traitement et la prévention des pathologies infantiles ainsi que l'étude du développement psychomoteur et physiologique normal de l'enfant, de la naissance à l'adolescence. Si, en 1907 apparaît le mot « pédiatre » dans le dictionnaire *Larousse*, il faut attendre la fin de la Grande Guerre pour voir se développer la pédiatrie en France avec la création de l'École de puériculture de la Faculté de médecine de Paris et le diplôme de visiteuse d'hygiène maternelle et infantile.

A la fin du second conflit mondial, la prise en charge et la protection des enfants connaissent une vigoureuse impulsion en France avec l'ordonnance du 2 novembre 1945 relative à la protection des enfants de moins de 6 ans, la généralisation du carnet de santé délivré à la naissance, et l'obligation de créer ou développer les consultations prénatales ou de nourrissons. La même année, le professeur Robert Debré (1882-1978) met en place le premier service de pédiatrie basé sur des soins spécifiques et distinct de la prise en charge des adultes. La mise en place de ce service, avec du personnel infirmier marque le début de la pédiatrie moderne et de la PMI en métropole.

Le développement de la pédiatrie fut facilité par le nouveau contexte mondial marqué par l'émergence d'institutions internationales telles que l'UNICEF, organisme spécialisé de l'ONU créé en 1946 et chargé de coordonner les programmes d'assistance à l'enfance. La pédiatrie estime que certaines pathologies sont spécifiques aux enfants du fait de la physiologie de l'enfant bien différente de celle de l'adulte. La pédiatrie sociale s'inscrit dans le cadre de la médecine préventive et met l'accent sur l'action sociale.

Avec le concours du Centre International pour l'Enfance, une vive impulsion est donnée à la recherche, la formation du personnel et l'enseignement. A partir de 1956, démarre une série de cours de pédiatrie sociale à l'instigation du Centre international de l'Enfance (CIE) sous la direction du Professeur Robert Debré<sup>453</sup>. Les conditions de vie de l'enfant en milieu tropical constituent une des préoccupations majeures du CIE. Raison pour laquelle, les cours consacrés à l'enfant en milieu tropical sont complétés par des stages et enquêtes de terrains sanctionnés par des diplômes.

A la fin des années 1950, des unités de pédiatrie sont érigées progressivement au sein des structures hospitalières du Sénégal (Principal, Aristide Le Dantec, Hôpital de Saint-Louis), et au niveau de l'Institut d'hygiène sociale. Avec la création de l'Université de Dakar et de la Faculté de Médecine une impulsion fut donnée à l'enseignement de la pédiatrie au Sénégal avec la création d'une spécialisation en pédiatrie. Dès 1960, le décret du 29 février crée l'Institut de Pédiatrie Sociale (IPS), institut universitaire placé sous la double tutelle du Ministère de la Santé et de l'Université Cheikh Anta Diop et dirigé par un professeur de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Dakar.

L'Institut de Pédiatrie Sociale dispose de deux antennes : une en milieu rural (Khombole) et une en milieu sub-urbain dans la banlieue dakaroise (Pikine-Guédiawaye). Le projet d'extension des services de PMI à l'ensemble du Sénégal nécessita la création d'un centre de pédiatrie à caractère rural à Khombole avec la subvention du FIDES (6 millions) et des organisations internationales (FISE, la Caisse d'Allocations Familiales et le Centre International de l'Enfance (3 millions)<sup>454</sup>.

Créé en 1956, le centre de Khombole<sup>455</sup> est un centre pilote d'enseignement, de formation, de démonstration et de recherche rattaché à l'Institut de Pédiatrie Sociale destiné à fournir un terrain de stage en milieu rural au personnel médical, paramédical

---

453. Debré R., « Présentation du cours de pédiatrie sociale », *Médecine d'Afrique Noire*, n° 2, du 16 au 31 janvier 1957, Dakar, p. 41.

454. ANS 1H 103 (163) PMI.

455. Voir à ce propos supra, p.

et social en cours de formation ou de perfectionnement au Sénégal. En outre, le centre, placé sous la direction de Jean Sèneçal, professeur agrégé de pédiatrie à l'Ecole de médecine doit contribuer à la protection de l'enfant en milieu rural par l'étude des données biologiques essentielles au point de vue de la croissance, de l'infection et de la nutrition. Il s'agissait ainsi d' « étudier les conditions d'application de la médecine sociale dans une zone de « brousse » et d'offrir la possibilité de stages fructueux au personnel médical et paramédical venant d'AOF ou d'autres territoires étrangers »<sup>456</sup>.

### *c-2 Le CIE et la recherche sur l'enfance africaine*

Le Centre International de l'Enfance, organisme créé après le second conflit mondial a pour mission de promouvoir, outre la recherche et l'organisation de réunions internationales relatives à l'enfance, le financement de programmes de formation. Avec son importante base de données relative à la pédiatrie (informations, publications, résumés relatifs à l'enfance), le Centre International de l'Enfance constitue une ressource importante pour la recherche et la formation pédiatriques.

Sa zone pilote, centre d'enseignement, d'application et de formation, basée dans la banlieue parisienne à Soissons constitue un pôle destiné à l'organisation d'une série de cours annuels, séminaires, journées d'études sur des thématiques relatives à la santé et au bien-être de l'enfant<sup>457</sup>. La formation, destinée à un auditoire composé de stagiaires d'origines diverses (médecins, assistantes sociales, travailleurs sociaux) s'articulait autour de la médecine préventive et sociale. La formation, complétée par des voyages, enquêtes et études de terrain (Afrique subsaharienne)<sup>458</sup> était sanctionnée à la fin par des diplômes.

A partir de 1956, sous l'égide du Professeur Robert Debré, furent organisés à Dakar des cours de pédiatrie sociale à l'intention des médecins, sages-femmes,

---

456. ANS, 1H 103 (163), Lettre n° 188 du Professeur Jean Sèneçal adressée au Recteur Capelle, Directeur général de l'Education en AOF, Dakar, 7 décembre 1956.

457. Sèneçal J., « Le centre rural de protection familiale de Khombole », in *Bulletin médical de l'AOF*, Dakar, 1958 volume 3, numéro spécial, p. 9.

458. *Ibid.*

assistantes sociales et aides médico-sociales. Pour vulgariser la médecine préventive et sociale, notamment la pédiatrie sociale dans le monde rural, l'idée d'un « Soissons africain » en milieu rural fut concrétisée par l'ouverture du centre de formation familiale de Khombole<sup>459</sup>.

Les cours et recherches menés par le CIE embrassent des domaines aussi variés que divers. Si certaines études sont axées sur la psychologie et le développement psycho-moteur de l'enfant africain, l'éducation sanitaire, le fonctionnement des services sociaux, les problèmes familiaux en milieu africain, la déviance, la nutrition, d'autres portent essentiellement sur les pathologies tropicales affectant l'enfant. Il s'agit notamment des diarrhées, du parasitisme intestinal, du paludisme, de la tuberculose, des tréponématoses, etc.

Aux activités didactiques et de recherche, s'ajoute l'organisation de colloques et de conférences réunissant des sommités scientifiques internationales.

Sous l'impulsion des organismes du système des Nations Unies et du CIE, furent organisées, à partir des années 1950 des rencontres internationales et des journées médicales portant sur l'enfant africain. Ainsi, un colloque sur les problèmes de l'enfance en pays tropical africain s'est tenu à Brazzaville du 8 au 13 décembre 1952. Les axes de réflexion ont porté sur l'inventaire des questions intéressant l'enfant en Afrique tropicale. Il s'agit des problèmes médicaux (mortalité infantile, influence des maladies parasitaires et infectieuses), les questions relatives à la nutrition des enfants (carences alimentaires et leur importance dans le développement de l'enfant), les problèmes psychologiques axés sur l'enfance africaine et son adaptation à des formes sociales nouvelles ; les études démographiques (fécondité et natalité, études néo-natales, avortement, mortinatalité, mortalité infantile).

Un autre colloque consacré à la protection maternelle et infantile s'est tenu à Dakar du 28 au 30 octobre 1957 dans le cadre des journées médico-sociales sous la présidence du professeur Robert Debré. Avec l'implication de plusieurs ministères

---

459. *Ibid*, p. 7.

(Santé, Affaires sociales, Enseignement, Travail), des caisses d'allocations familiales, des comités anti alcooliques et de représentants des territoires de l'AOF ainsi que du système des Nations Unies (INICEF, OMS FAO), la rencontre a revêtu un caractère international <sup>460</sup>.

Parmi les thématiques abordées par les communications, figurent un projet de réforme des curricula de l'enseignement médical présenté par le professeur Robert Debré, les buts et les tâches de la PMI et sa place dans les autres structures de la Santé publique (Jean Sénécal), l'importance de l'hygiène scolaire dans la protection de l'enfance ( L. Aubry ), le rôle et l'impact du service social dans la protection maternelle et infantile (C. Faget), la portée de la lutte contre les maladies endémiques sur la PMI (le médecin général Richet). C'est durant le colloque que fut posée, le 28 octobre, la première pierre du centre-pilote de Khombole.

Trois années plus tard, furent organisées à Dakar les *Journées africaines de pédiatrie* du 12 au 16 avril 1960 sous la présidence du Professeur Robert Debré. Le contexte de la tenue de ces journées, marqué par le passage des anciennes colonies du régime d'autonomie interne à la souveraineté internationale interpelle les nouveaux Etats autour des questions relatives à la mise en place d'administrations nationales, au développement économique, à la modernisation agricole et industrielle, la formation des cadres nationaux et surtout à l'éducation et à la santé. En effet, le développement économique passe par la qualité des ressources humaines elles-mêmes liées à la formation et à l'état sanitaire des populations.

Parmi les priorités des politiques de santé publique figurent les problèmes de l'enfance. Dans ce contexte, la pédiatrie devrait occuper une place de premier ordre dans la construction nationale. Raison pour laquelle furent organisés des « cours de perfectionnement » et de pédiatrie à l'intention du personnel médical ayant en charge la protection maternelle et infantile. Les thèmes abordés par la trentaine de

---

460. Cf. Discours d'ouverture aux journées médico-sociales de Dakar de Jean Sénécal, *Bulletin médical de l'AOF*, Dakar, 1958, p. 3.

communications présentées lors des journées traitent de domaines variés mais tous relatifs à l'enfance : pathologies infantiles (diarrhées, infections diverses, parasitoses, paludisme, tuberculose, affections oculaires, etc.), carences nutritionnelles, vaccination par le BCG, l'éducation sanitaire, l'organisation des services sociaux, les rapports entre la PMI et la santé publique, les activités du centre pilote de Khombole, etc.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

## **CONCLUSION GÉNÉRALE**

Le présent travail, qui se veut une contribution à la connaissance de l'histoire médicale du Sénégal, a permis de mettre en relation et d'analyser l'alimentation et la santé du jeune enfant en situation coloniale. Notre approche a permis de suivre l'évolution de la médecine coloniale quitte à sortir de l'espace médical et scientifique en privilégiant les politiques, leurs motivations, leur portée et limites dans des sociétés largement travaillées par leurs propres logiques socioculturelles.

Au Sénégal, l'analyse du régime alimentaire, avant la colonisation laisse apparaître la prédominance des nourritures céréalières végétales. Cependant, avec l'introduction du système colonial, le régime alimentaire traditionnel, à base de mil, mais aussi de riz (Casamance) et de fonio à l'Est va, progressivement, subir de profondes mutations. Les dynamiques et les changements de goûts alimentaires résultent d'une combinaison et de l'influence de plusieurs facteurs : essor urbain, rareté des céréales locales au niveau des centres urbains, progrès de l'arachide au détriment des cultures vivrières, monétarisation de l'économie, introduction du salariat, etc. Les dynamiques et mutations dans les habitudes alimentaires de la population africaine pendant la période coloniale résultent, à coup sûr, de la connexion de cette multitude de facteurs.

Les consommations alimentaires restent souvent compromises non seulement par les variations climatiques (sécheresse) mais aussi et surtout par les fluctuations saisonnières occasionnées par la soudure qui éprouve sensiblement les populations vulnérables à l'image des femmes gestantes ou allaitantes et des enfants. L'alternance d'une période des récoltes (aisance relative) et d'un moment de carence en apports qualitatifs puis d'une étape de soudure se traduit par des déséquilibres et carences diverses (avitaminoses, malnutrition, sous-alimentation). Moment d'épreuve, voire de « disette saisonnière », la soudure retentit sur la santé des femmes gestantes et allaitantes, la croissance des nourrissons et l'état nutritionnel des jeunes enfants. Marquée par des carences quantitatives (sous-alimentation) et qualitatives (avitaminoses saisonnières), la soudure atteint son niveau plancher, notamment en milieu rural, au milieu de l'hivernage avec des restrictions alimentaires accusées chez les jeunes enfants, cibles privilégiées de la malnutrition.

Toutefois, les apports du lait maternel dans la plupart des cas, assurent au nourrisson, jusqu'au premier semestre de sa vie, un état nutritionnel normal. Cependant, à partir de six mois, du fait d'un déficit d'aliment de complément, peuvent apparaître des troubles nutritionnels (malnutrition fruste ou franche, dénutrition) qui se traduisent par un fléchissement de sa courbe de croissance.

Les troubles nutritionnels sont souvent accentués par le sevrage qui représente, la plupart du temps, une période délicate dans la survie de l'enfant. Etape critique, le sevrage peut occasionner des troubles nutritionnels aigus qui se manifestent par des signes de malnutrition. Dès lors, une forte corrélation peut être établie entre l'alimentation, le sevrage, l'état nutritionnel et la santé infantile.

Les pathologies nutritionnelles (kwashiorkor, les anémies nutritionnelles et les avitaminoses) susceptibles de compromettre la reproduction de la force de travail et le projet colonial, vont focaliser, dès la fin du premier conflit mondial, les autorités coloniales obsédées par une éventuelle dénatalité des colonies africaines. Les initiatives prises pour lutter contre la malnutrition épousaient les objectifs des autorités coloniales axés sur la rentabilisation des colonies et la reproduction de la force de travail.

Au Sénégal, c'est assez tardivement, au décours des années 1920 que les autorités sanitaires intègrent les maladies de l'enfance (rougeole, coqueluche) dans les priorités. Après la Grande Guerre, obnubilées par la dépopulation des colonies africaines et la « dégénérescence de la race noire », les autorités coloniales déclinent un ensemble d'initiatives dont l'essentiel s'articule autour de la protection des femmes et des enfants afin de préserver l'avenir démographique des périphéries coloniales.

La mise en place des politiques de prise en charge de la mère et de l'enfance coïncide à la période de l'ordre colonial (1900-1960) consécutive à la conquête. Cette séquence historique est rythmée par l'apparition, la diffusion, voire l'aggravation de crises sanitaires qui, souvent, peuvent prendre un caractère spectaculaire. En effet, l'introduction des cultures spéculatives, l'essor des échanges et des communications,

les migrations forcées ou volontaires vont créer les conditions d'une fragilité biologique et d'une recrudescence de pathologies jusqu'ici limitées dans des espaces restreints, voire clos. Dans ce contexte, on peut comprendre que la première moitié du XXe siècle fut rythmée par de nombreuses crises sanitaires qui, sensiblement, éprouvent les différentes composantes démographiques de la colonie d'une manière générale et, plus particulièrement, la population infantile.

Parmi les autres pathologies alimentant la morbidité et la mortalité infantiles, figurent les maladies de l'enfant (surtout la rougeole), la variole, la poliomyélite mais aussi les maladies parasitaires (paludisme, les parasitoses intestinales et bilharziose). De toutes ces pathologies, le paludisme reste la moissonneuse de vies infantiles la plus redoutable. Maladie relevant de l'arsenal de la pathologie exotique, l'infection paludéenne alimente la morbidité et la mortalité non seulement chez les expatriés européens et les Africains, mais aussi et surtout parmi les enfants.

Outre les pathologies parasitaires, les maladies bactériennes comme le tétanos ombilical et la tuberculose représentent de redoutables infections qui soumettent à rude épreuve la population infantile. Dans les terres tropicales réputées tétanigènes, le tétanos ombilical est désigné par les autorités sanitaires comme un facteur déterminant dans le recul démographique des colonies africaines. A travers le discours autour du « péril tétanique » des années 1920, se profile la préservation de la main d'œuvre indigène qui postule la protection des Africains dès leur naissance.

Quant à la tuberculose, sa particularité est de contribuer grandement à l'émergence des politiques de santé publique et surtout de protection maternelle et infantile aussi bien en métropole que dans les colonies. C'est dans ce cadre qu'il faut comprendre la mise en place de l'appareil anti tuberculeux et de nouveaux corps paramédicaux (infirmières visiteuses) chargé d'assurer la médiation entre le médical et le social. La forte tuberculisation observée à partir des années 1920 en AOF commandait la résolution de l'épineuse question du « péril tuberculeux ». Dans ce cadre, la prémunition contre la tuberculose par la vaccination BCG, notamment des enfants, fut inscrite, après la Grande Guerre dans les priorités des autorités sanitaires.

Cardons-nous d'occulter certaines pathologies à l'image des diarrhées, des infections respiratoires et oculaires, de la syphilis qui alimentent sensiblement la morbidité et la mortalité infantiles. Alors que les diarrhées, les infections respiratoires et oculaires sont liées à l'environnement, l'hygiène et les milieux de vie, la syphilis pour sa part, est ciblée par les autorités sanitaires coloniales comme élément déterminant des tares congénitales, de la stérilité, de la mortinatalité et de la mortalité élevées dans les colonies de la fédération. Pour faire pièce au « péril vénérien » accusé de compromettre l'avenir démographique de la colonie, un ensemble de mesures furent prises, allant de la lutte contre la prostitution aux campagnes de masses des équipes sanitaires mobiles en passant par la mise en place d'un dispositif sanitaire fixe (dispensaires, postes de santé, hôpitaux, maternités, laboratoires) en charge d'assurer la « défense sociale ».

La « défense sociale » (lutte contre les maladies dites sociales pour la « relance démographique »), dans l'optique des autorités sanitaires de la colonie passe par la médicalisation des naissances (la prise en charge de la mère et de l'enfant). Cette politique s'est traduite, d'une part, par la mise en place d'infrastructures, d'institutions et, d'autre part, par une législation, des mutations dans les professions de santé (infirmières visiteuses, assistantes sociales, médecine sociale). Les initiatives des autorités sanitaires, en dépit de ses limites, se sont concrétisées par une amélioration de la santé des enfants et de leurs mères grâce à une réduction de la morbidité et de la mortalité materno-infantiles.

Si les initiatives en faveur de la mère et de l'enfant furent assez timides jusqu'au milieu des années 1940, il faut bien admettre qu'une vigoureuse impulsion fut donnée à la protection materno-infantile dès la fin du conflit dans le cadre des grands programmes de santé publique d'après-guerre. Bousculé par une opinion publique internationale sensible au sort des colonisés, notamment les couches vulnérables à l'image des femmes et des enfants, le pouvoir colonial initia de grandes réformes pilotées par le gouvernement médical des colonies (DGSP, AMA, SGHMP, etc.).

Toutefois, ces réformes, même poursuivies dans une large mesure après l'indépendance, s'inscrivent à contretemps de l'histoire car initiées au crépuscule d'un système vivement secoué par des forces de plus en plus hostile au colonialisme.

On peut comprendre, dans un tel contexte, que les programmes de la « médecine coloniale », « africanisées » par les nouveaux dirigeants, furent grandement poursuivis après l'accession à la souveraineté internationale, dans le cadre des relations postcoloniales.

L'analyse et l'évaluation des politiques de santé, en contexte colonial, plus particulièrement la PMI, laissent apparaître, au bout de notre réflexion, un visage assez contrasté. Au vrai, dans le domaine de la protection materno-infantile, l'action sanitaire coloniale révèle un double visage avec sa portée mais aussi ses limites. Dès lors, quel bilan tirer de la politique de l'enfance ? Se pose dès lors l'épineuse question du bilan. Il est évident que l'action sanitaire est souvent convoquée et brandie comme élément indéniable pour dresser le bilan de la colonisation.

Il est certain que la construction d'infrastructures sanitaires, la formation de personnels, les grands programmes (immunisation de masse, grandes campagnes contre les endémo-épidémies) ont permis d'améliorer sensiblement les conditions sanitaires des populations colonisées. Dans le domaine médical, il est incontestable que la médecine coloniale fut porteuse de progrès qui se dévoilent par des évolutions démographiques et des ruptures significatives. S'agissant de la protection de l'enfance, les campagnes de vaccination, l'érection de structures sanitaires de prise en charge se concrétisent par une réduction de la morbidité et de la mortalité infantiles. L'œuvre sanitaire coloniale, ainsi présentée, a « libéré » les contrées africaines des redoutables endémo-épidémies qui, jadis, alimentaient la morbidité et la mortalité infantiles.

Loin de faire l'inventaire de la médecine coloniale en dressant un bilan colonial, le travail de l'historien devrait jeter un regard lucide sur les politiques de santé coloniale, leurs motivations, leur portée par rapport aux objectifs fixés. Il est certain que derrière les informations sanitaires coloniales, les statistiques dressées par

les autorités sanitaires, se profile un « bilan positif » pour justifier l'œuvre civilisatrice de la métropole.

Au-delà du regard manichéen consistant à dresser les aspects positifs et négatifs de l'œuvre sanitaire, le travail de l'historien devrait plutôt s'articuler autour d'une « archéologie » des archives. Le bilan dressé par les archives est-il conforme à la réalité historique ? Quels sont ses motivations et silences ?

L'exploration des archives suggère, pour l'historien, la mise en contexte des données non seulement en se posant des questions, mais aussi en s'interrogeant sur les auteurs des rapports, données et informations, leurs relations, leur position et posture dans l'organisation administrative.

Dans ce contexte, la position et le rapport de l'auteur aux informations consignées dans une source sont aussi déterminants que les informations elles-mêmes. Dans cette perspective, le travail de l'historien consiste en une analyse des rapports en amont par une interrogation sur les motifs de leur élaboration ; en aval sont disséqués les mobiles de leur utilisation. Au-delà des informations, règlements ou statistiques, l'historien doit s'atteler à la genèse des documents, à leur contexte de production et aux argumentaires développés par les archives.

Sous ce registre, il est indéniable que derrière le discours moralisateur autour de la protection sanitaire des enfants et des mères, se profile l'objectif véritable de la politique de PMI : la relance démographique des colonies africaines pour leur rentabilisation optimale.

Par ailleurs, l'un des aspects de la politique de santé en situation coloniale, d'une manière générale et plus particulièrement de PMI est caractérisé, en sus des déclarations non réalisées, par un gap entre les moyens et réalités du terrain aux objectifs non réalisés. Aussi, l'analyse de la politique de PMI indique-t-elle de profondes distorsions entre les aspirations et les réalisations.

Malgré les déclarations et intentions des autorités autour de la protection sanitaire des Africains, la pénétration médicale, à l'échelle de la colonie, reste fort

modeste et inégale. Ainsi, sur l'ensemble du territoire, le maillage des maternités, très inégal, ne dépassait guère le cadre des grandes villes et chefs-lieux de cercle. Témoin, au milieu des années 1930, moins d'une dizaine de maternités implantées dans sept localités représentaient l'armature principale de la PMI. Jusqu'en 1945, celle-ci fut portée à une douzaine de maternités avec une capacité hospitalière inférieure à une centaine de lits.

Quant au service hospitalier, il n'est érigé que dans deux centres urbains. Il en est de même des dispensaires, une vingtaine environ, disséminés dans la colonie au niveau des villes et chefs-lieux de cercle au détriment de l'hinterland.

D'une manière générale, la carte sanitaire indique une forte polarisation des infrastructures sanitaires dans la zone occidentale considérée comme le « Sénégal utile », le « moteur » qui polarise les investissements et anime l'économie de la colonie.

En outre, la portée du service social semble fort limitée par plusieurs facteurs dont les plus importants se résument à l'insuffisance des moyens (matériels et humains) et aux facteurs socioculturels. Dans les faits, le volet social, notamment la santé et l'assistance représentent la portion congrue du budget colonial.

Dans des communautés marquées par leur spécificité socioculturelle, on peut comprendre la « réticence » de la femme indigène face au projet de médicalisation des sociétés africaines. Comment concilier les savoirs médicaux endogènes et la médecine coloniale ? Même en milieu urbain, malgré les initiatives du service social, la fréquentation des structures de PMI reste assez timide et fort peu de femmes accouchent dans les maternités et à l'hôpital. En brousse, des autorités sanitaires des plus avisées signalent, non sans amertume, la désertion des structures sanitaires par la femme indigène nonobstant les différentes stratégies pour attirer les femmes enceintes.

Il reste bien entendu des points à comprendre et à documenter comme certaines pathologies à l'image de la coqueluche, la santé maternelle, le rôle et l'impact de la pression internationale, la circulation du savoir médical en contexte colonial. Il en est de même de la période de « sortie du système colonial », notamment la transition (1957-1960), période riche en initiatives et qui nous paraît assez biaisée.

Un tel travail permettrait d'explorer la place de la PMI dans la nouvelle architecture de la santé publique, dans les premiers plans quinquennaux de développement, les reconfigurations professionnelles, la « sénégalisation » des corps, etc. Tous ces aspects à peine effleurés mériteraient un travail spécifique.

Notre travail, loin de clôturer le débat sur la prise en charge de l'enfant ouvre des perspectives en laissant des domaines ouverts à la recherche et au questionnement historiques.

Au total, nous osons espérer, avec ce travail, avoir comblé un vide de l'historiographie dans la problématique de l'enfance et, ce faisant, défriché ainsi des pistes de recherche nouvelles dans un domaine sans la maîtrise duquel le devenir de nos populations et des Etats africains risque d'être hasardeux.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

## **ANNEXES**

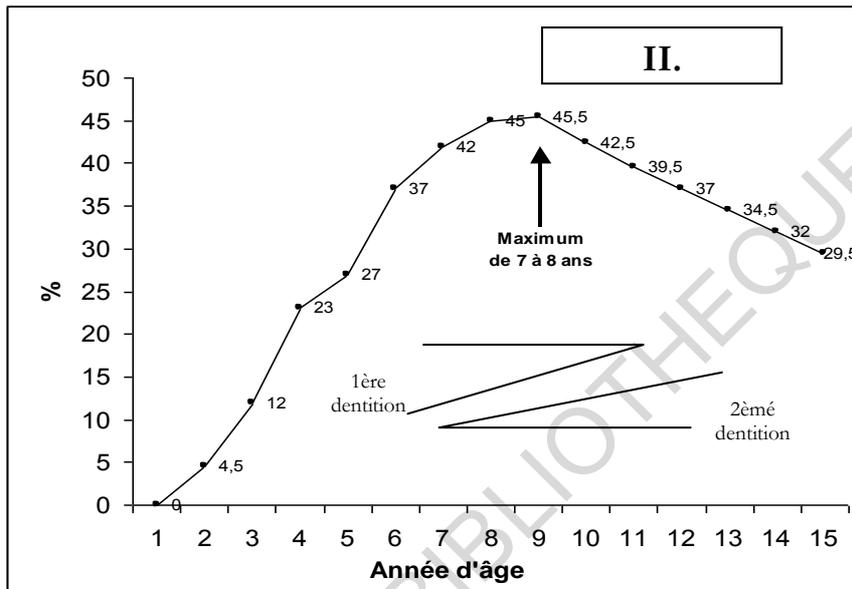
CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

## ANNEXE I

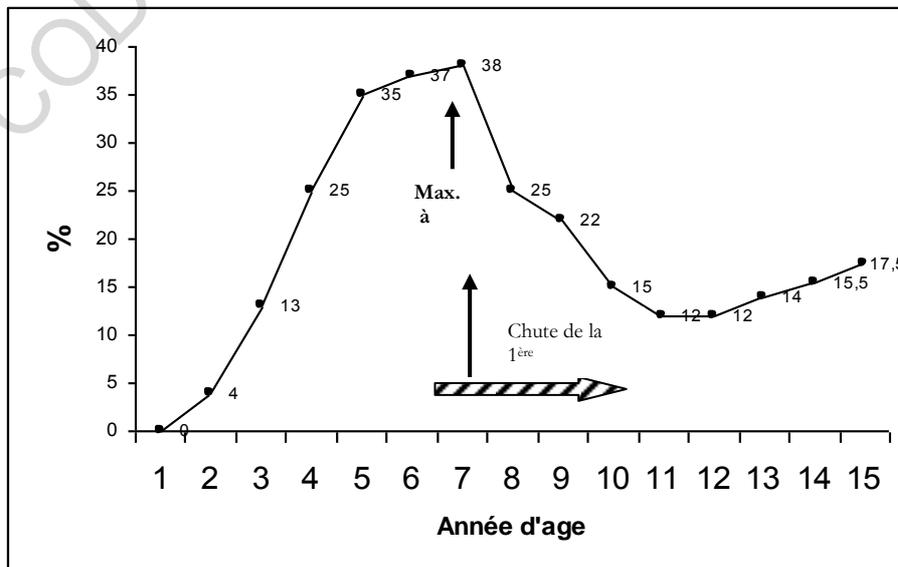
Enquête santé CINAM  
ORANA 1959-1960

Zones rurales  
Ensemble du

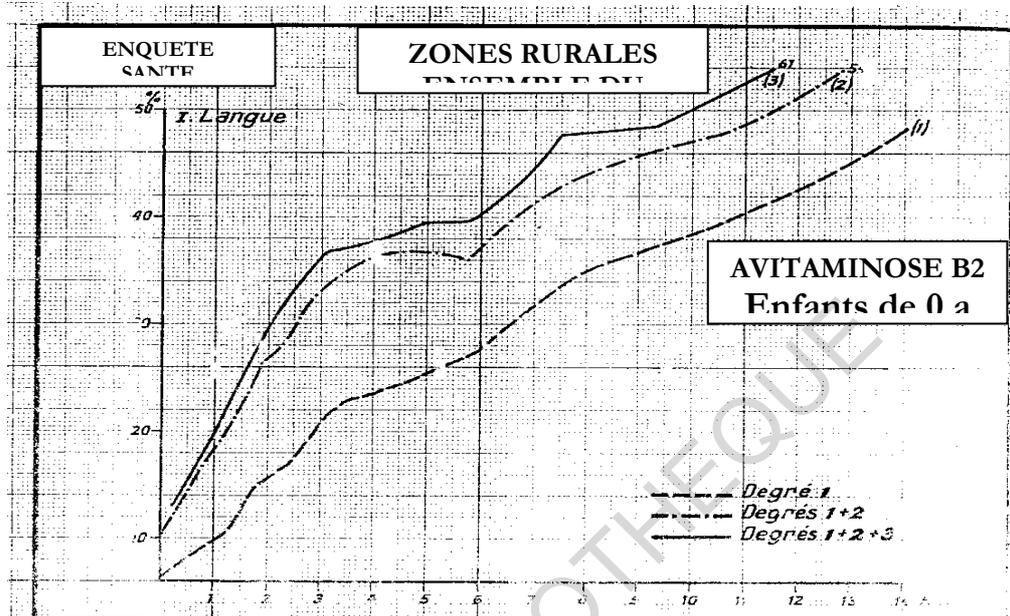
### I. Caries dentaires et Mélanodonties



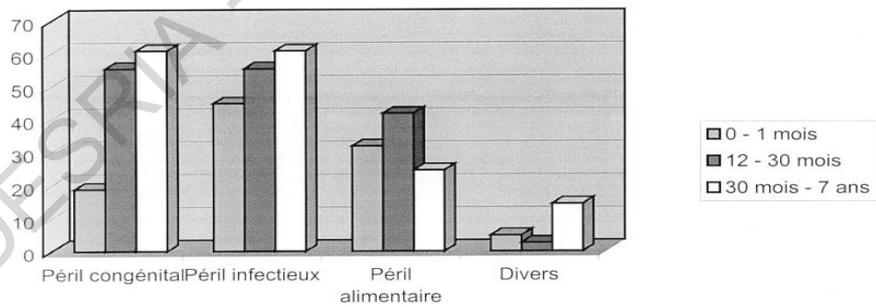
### DENTITION Enfants de 0 à 14 ans



## ANNEXE II



### Importance relative des divers



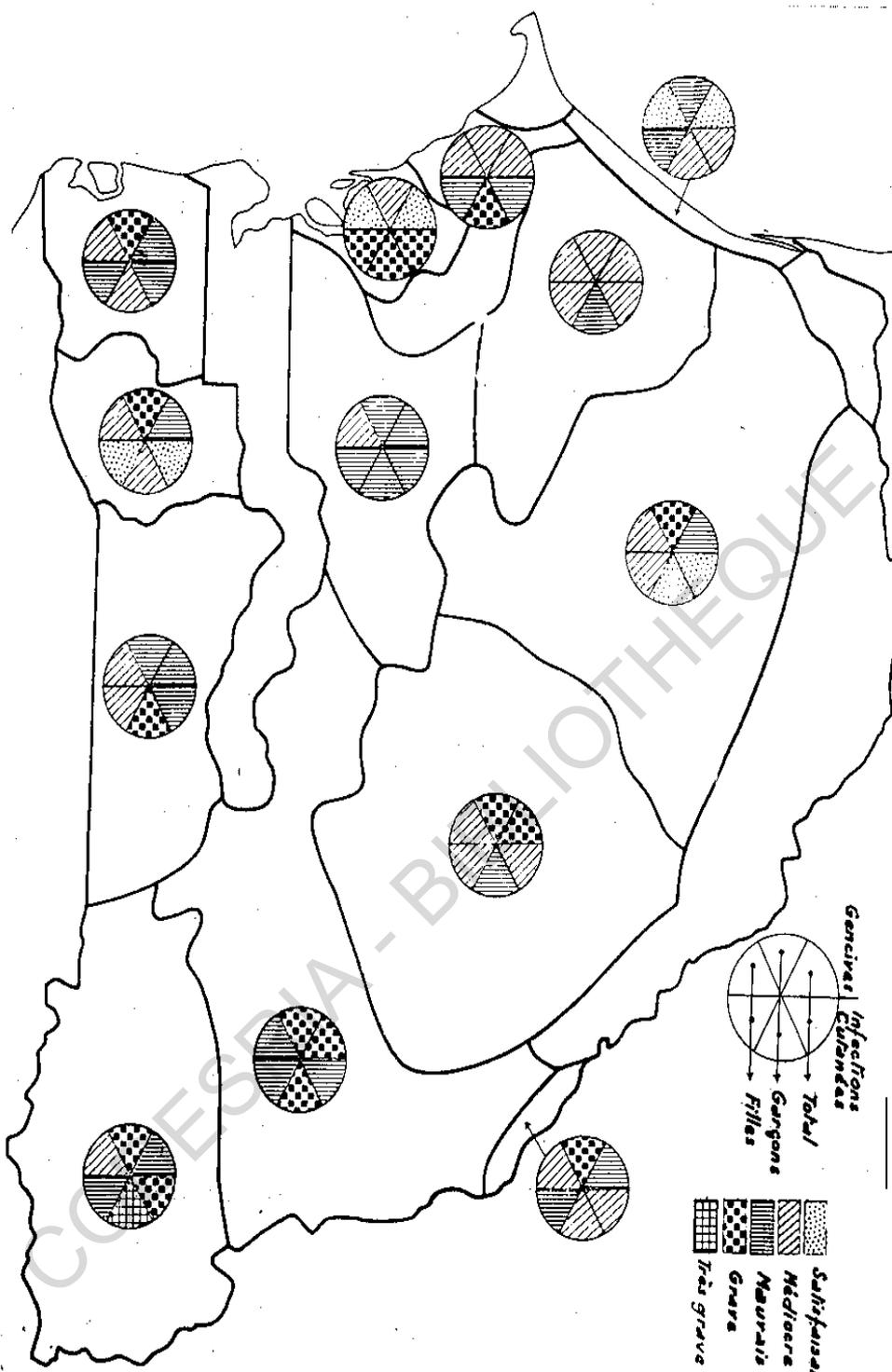
Source. L. AUBRY, "Alimentation, nutrition et santé dans la première enfance (0 à 7 ans) à Saint-Louis".

ENQUETE SANTE

CHNAM - ODANIA 1050 1060

ANNEXE III

GENCIVES - INFECTIONS CUTANEEES



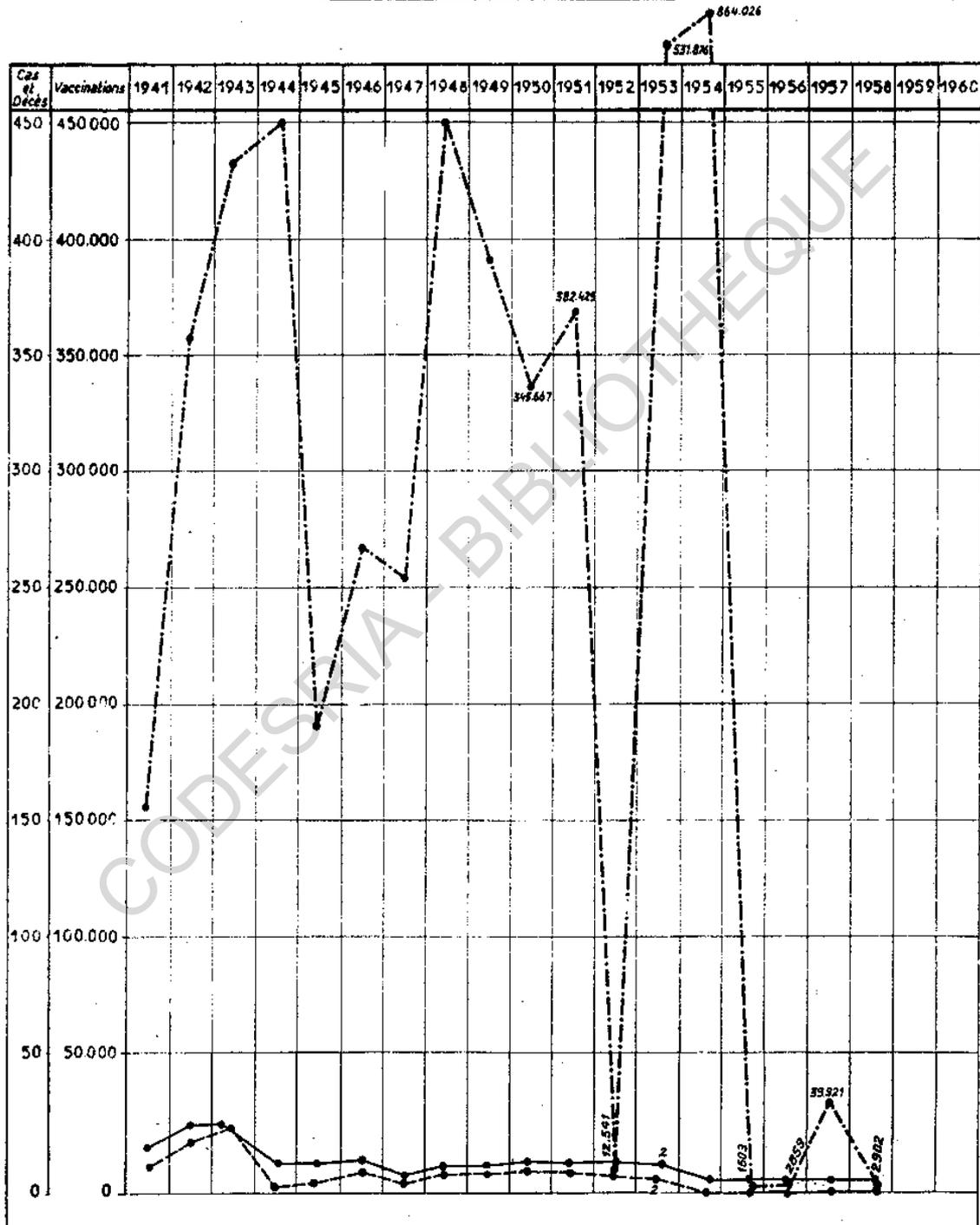
*Gencives* | *Infections Cutanees*

→ *Tohu!*  
→ *Gurgane*  
→ *Fillee*

*Sakhaisani*  
*Mchlaere*  
*Naurais*  
*Gmure*  
*Iku grave*

# ANNEXE IV

## LA FIÈVRE JAUNE AU SENEGAL DEPUIS 1941





ANNEXE VI

Source : Enquête Santé CINAM-ORANA

Profil des zones résultats comparatifs des garçons et filles  
Pondérées en fonction du degré de gravité de chaque signe

ZONES	EFFECTIF		SANTÉ GÉNÉRALE (a)		INDICE DE TROPICITÉ		KWASHIORKOR (b)		DENTS (Signe 2) (a)		RACHITISME % pondéré (c)		ANÉMIE % pondéré (c)		FOIE % pondéré (r)		RATE % pondéré (c)		AVITAMINOSE B <sub>12</sub> % (d)		AVITAMINOSE C % (d)		GENÈVES (Signe 1) (a)		INFECTION PEAU (a)		NOTE DE PROPRIÉTÉ (c)							
	TOTAL		GARÇONS		FILLES		GARÇONS		FILLES		GARÇONS		FILLES		GARÇONS		FILLES		GARÇONS		FILLES		GARÇONS		FILLES		GARÇONS		FILLES					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
FENL	305	163	162	53	66	104	104	0	3	32	29	148	125	126	114	25	18	135	123	63	53	19	10	20	14	9	5	5	2,1	2,4				
CASAMANCE	454	206	248	53	55	105	107	0	3	29	29	125	93	113	101	20	11	90	70	49	42	11	5	16	11	5	6	2,2	2,4					
2. ARACHIDIÈRES	547	252	292	56	62	103	104	3	6	33	29	110	99	103	97	13	13	101	102	56	49	13	9	18	14	10	11	2,7	2,7					
SÉNÉGAL ORIENTAL	1109	575	534	47	59	100	101	4	5	31,5	27	135	101	106	103	18	18	122	119	54	50	18	14	8	13	8	7	2,6	2,7					
TOTAL	439	228	211	35	58	100	100	0	0	32	27,5	153	130	128	110	38	34	151	149	68	59	13	11	16	11	18	10	2,4	2,6					
TOTAL 9.026	1.608	758	850	51	60	103	103	0,3	0,6	27	26	112	91	102	89	18	11	48	32	46	40	10	6	11	10	13	8,5	1,8	2,2	2,2				
	947	447	500	53	67	103	105	6	7	30,5	31	110	90	96	84	17	11	91	78	43	39	9	7	16	13	11	1	2,2	2,45					
	1000	463	537	59	64	101	105	0,2	0,3	32	26	102	90	91	85	23	18	79	70	46	39	10	5	14	11	15	14	2	2,15					
	662	293	369	56	65	103	104	0,7	1,3	33	30	108	74	90	77	25	14	52	36	30	28	8	6	8	7	16	15	15	14	2	2,2			
	311	142	169	42	54	99	98	0	1	33	31	147	120	110	90	82	79	148	136	90	76	13	8	21	11	11	11	15	14	2,5				
	1.038	497	541	40	58	101	101	4	2	41	36	137	102	101	82	53	45	132	116	75	68	12	8	22	15	18	13	2,3	2,5					
	137	52	80	68	68	102	105	0	0	14	16	128	103	143	112	28	23	10	10	47	47	14	11	4	5	10	15	1,9	2,2					
	458	243	226	51	62	102	103	1	2	29	27	138	125	93	74	16	15	83	74	47	41	11	9	18	13	13	11	2,3	2,3					

Échelle de correspondance des indices en 4 degrés.

68-82 = 1  
61-55 = 2  
58-48 = 3  
47-40 = 4  
35 = 5

107-105 = 1  
104-103 = 2  
100-100 = 3  
99-98 = 4

14-25 = 1  
26-30 = 2  
31-34 = 3  
35-38 = 4

1 = 90 à 103  
2 = 104 à 117  
3 = 118 à 134  
4 = 135 à 148

1 = 74 à 83  
2 = 19-28  
3 = 27-35  
4 = 36-52  
5 = 82-79

0 = 10  
1 = 32-61  
2 = 62-91  
3 = 92-121  
4 = 122-152

1 = 28-43  
2 = 44-55  
3 = 6-64  
4 = 65-90

1 = 5-8  
2 = 9-11  
3 = 12-14  
4 = 15-19

0 = 6  
1 = 7-10  
2 = 11-16  
3 = 16-17  
4 = 18-23

1 = 4-7  
2 = 8-11  
3 = 12-15  
4 = 16-22

4 = 18-20  
3 = 21-22  
2 = 23-29  
1 = 25-27

EGHELLE  
Théorique  
des écarts :  
A. 1 à 100  
C. 1 à 300

## ANNEXE VII

### Signes cliniques de l'urgence santé CINANT-ORANA 59-60 Ensemble de la zone rurale (9228 cas) Evolution des indices en fonction des âges (12 classes d'âge)

Tableau des graphiques 56 à 71

Age	RACHITISME			DENTITION (émail)			FOIE			RATE			ANEMIES			AUTAMINOSES			KWASOROKOR 1-2	TRACHEME	SANTÉ	PEUM																	
	Crane	Thorax	Membres inférieurs	Dentition (émail)	Caries dentaires	Degrés. 1	Degrés. 2	Degrés. 3	Degrés. 4	Degrés. 1	Degrés. 2	Degrés. 3	Lèvres	Langue	Total	1	2	3																					
0-5 MOIS	30	26	8	0	0,2	2,0	1,7	0	0	21,7	4,1	1,5	1,7	0	58	10	0,2	0,62	0,2	1	0,2	0	11,2	58	3	0,4	9,2	0,2	2,4	0	0	0	0	0	71,5	0,7	5,1	17	60,7
6-11 MOIS	58,4	9	20	0	0,9	19	2,5	0	0	21,5	4,1	5,5	1,6	0,2	48,2	60	14	0	7,4	0,2	1,9	1,4	0	1,9	3,2	6	0,7	16	0	7	0,4	0	0	47	3,5	10,3	14	58	
1 ANS	65	20	32	4,5	4	19	0	0	0	27,5	4,8	9,5	1,5	0,7	51,1	64	20	0,6	81,6	0,2	4	1	0	5	10	7,5	0,6	18,7	1,5	16,5	0,8	6	0	44	4	15	20	49	
2 ANS	63	36	45	12	13	18	3	0,3	0	31,4	3,65	16	2,3	0,5	53,3	62	27	0,8	89,8	0,2	11	2,5	4,4	14	16	11,5	2	28,5	8	11,8	0,5	8	0	50,5	3	1,5	21,5	44,2	
3 ANS	60	53	6,0	23	26	26	3	0	0	30	2,65	25	4,5	0,5	58,5	59	24	0,3	83,3	0,8	14	3	0,5	11,5	19,5	13,5	2	35	12	9,6	0,2	10	0	44,5	1,5	12,5	7,5	40,2	
4 ANS	53	61	6,4	27	35	26	4	0	0,2	36	2,9	28,8	7,5	0,5	64,5	61	18	0,5	84,5	1	19	3,5	0,9	23,5	24	11	2,5	37,5	16,5	6,5	0	13	0	45	1,5	9	9	44,6	
5 ANS	44	70	5,8	37	37	22	4,5	0	0,2	30	2,8	20,5	8	0,5	63	60	14	0,5	74,5	4	21	5	1	27	25	10,5	3	34,5	16	2,7	0	10,5	0	46	1,5	9,5	9,5	43,5	
6 ANS	42	70	4,9	42	38	22	3	0	0	23,5	3,15	12	7,5	0,2	61,2	57	14,5	0,4	71,9	2,6	23	7,5	1,2	3,2	26	9	3,5	38,5	16,5	1,5	0	16	0	50,5	1	8	6	43,5	
7-8 ANS	34	64	4,2	46	25	18	2,8	0	0	18	3,5	21	3,5	0,5	54,5	55,5	14	0,8	88	11,5	24,5	6,2	2,2	3,5	36	7,5	4	44,5	13	0,3	0	13,8	0	54,4	1,2	7,5	3,5	48,3	
9-10 ANS	30	58	3,7	49	22	16	2,2	0	0	15,6	3,95	15,5	2	0,2	52,7	55,5	10	0,6	84	7,2	26	7,5	1,8	3,5	34,5	8	3	47,5	11,5	0,2	0	10,5	0	45	1	6,5	52,7		
11-12 ANS	22	46	3,7	47	15	13	2	0	0,1	14,2	4,5	10,5	1	0,1	50,5	55	10	0,4	85,2	2,9	27	7,5	1,8	3,6	34,5	41	7	4	52	11	0,8	0	11,5	0	73	0,7	6,2	49,2	
13-14 ANS	19	42	3,2	31	17	8	1,5	0	1	11	4,6	8	2	0	54	54	11,3	1	85,3	3,4	27,5	8	4	3,9	34,6	8	7	61	18	0	0	10	0	80	1	5,9	49		

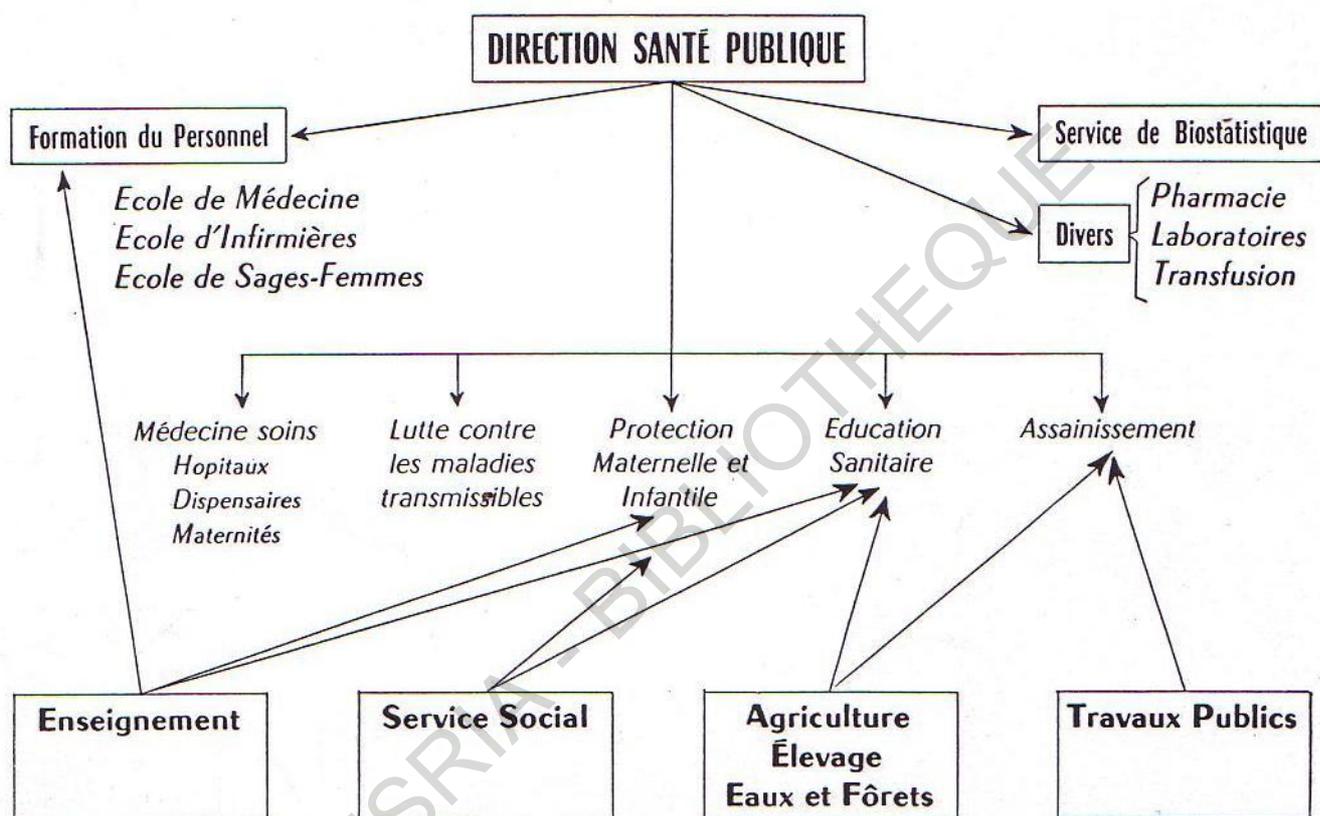
# ANNEXE VIII

## INDICES REGIONAUX (Suite)

INDICES REGIONAUX : Pourcentage des signes pathologiques des enfants de 0 à 14 ans répartis en 4 classes d'âge

SIGNES CLINIQUES	REGIONS				FLEUVE				SILVO-PASTORALE				SENEGAL ORIENTAL				CASAMANCE				ANACRIDE				ZONES MARITIMES															
	ZONES SANTE				ZONES SANTE				ZONES SANTE				ZONES SANTE				ZONES SANTE				ZONES SANTE				ZONES SANTE															
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
<b>1. Sondé Globale</b>	0	4	2	2	49	48	23	3	76	24	17	3	15	50	3	3	46	53	9	3	48	21	17	3	50	72	1	5	39	14	2	3	39	14	2	3	42	24	1	6
<b>2. RACHYDIE</b>	0	3	2	2	5	5	6	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>3. Dentis</b>	0	3	2	2	6	6	6	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>4. Carie</b>	0	3	2	2	10	14	21	26	37	49	34	3	482	479	479	479	32	34	34	34	32	34	34	34	32	34	34	34	32	34	34	34	32	34	34	34				
<b>5. Hembrues</b>	0	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3				
<b>6. Dentaires</b>	0	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3				
<b>7. Anémie</b>	0	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3				
<b>8. Karyonkron</b>	0	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3				
<b>9. Folie</b>	0	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3				

Annexe IX: Les liaisons entre la protection maternelle et infantile et différents domaines de la Santé publique dans les années 1950



Source : Sénécals J. : « Structure de la santé publique et place des services de protection de la mère et de l'enfant », in *Bulletin médical de l'AOF*, numéro spécial, volume 3, Dakar, 1958, p. 31.

Annexe X : Décret n° 60-247 organisant la protection maternelle et infantile au Sénégal.

Le Président du Conseil,

Vu la Constitution de la Fédération du Mali,

Vu la Constitution de la République du Sénégal,

Vu l'ordonnance n° 59-038 du 31 mars 1959, relative aux pouvoirs généraux du Président du Conseil des Ministres des Ministres ;

Vu le décret n° 59-077 s.g. du 10 avril 1959, réglant la répartition entre les Ministres des tâches et des compétences administratives ;

Vu le décret n° 60-107 m.s.a.s. du 9 mars 1960, portant réglementation du service de la Santé publique du Sénégal et notamment l'article 6 ;

Le Conseil des Ministres entendu le 12 juillet 1960,

Décète,

Article premier : La protection maternelle et infantile au Sénégal est organisée dans les conditions fixées par le présent décret.

Article 2 : Placée sous l'autorité du Ministre de la Santé et des Affaires sociales (section PMI de la direction de la Santé publique), la protection maternelle et infantile comprend l'ensemble des activités sanitaires visant à :

- sauvegarder la santé des femmes au cours de la grossesse et pendant l'allaitement, à leur apprendre les soins à donner aux enfants, à leur permettre d'accoucher normalement et de donner le jour à des enfants sains ;
- garantir une surveillance sanitaire suivie et des soins médicaux pour tous les enfants depuis la naissance jusqu'à l'âge de six ans,
- assurer le bien-être de l'enfant dans son milieu familial.

Article 3 : la protection maternelle et infantile utilisera les méthodes de dépistage et de prévention des malades et d'éducation familiale mises au point par les services techniques.

Elle sera assurée par :

- les examens périodiques des femmes enceintes et des enfants dans les consultations publiques ou privées ;
- les mesures prophylactiques (telles que les vaccinations, chimio-prévention, diététique, surveillance de l'accouchement, etc.) ;
- les séances d'éducation collective.
- La surveillance à domicile.

Article 4 : Au Ministère de la Santé et des Affaires sociales, la section de la protection maternelle et infantile de la direction de la Santé publique est chargée de coordonner les activités médico-sociales.

Elle étudie les problèmes posés par la santé et le bien-être des mères et des enfants, analyse les statistiques et autres données démographiques et évalue l'efficacité des actions entreprises.

Elle fixe les normes auxquelles doivent répondre les moyens matériels mis en œuvre à l'intention des mères et des enfants.

Article 5 : Dans le cadre des régions administratives, les activités de la protection maternelle et infantile relèvent du chef de la région sanitaire. Une assistante sociale de la PMI la seconde pour coordonner les activités médico-sociales du personnel coucourant à l'application du présent décret.

Article 6 : Chaque chef-lieu de région est pourvu d'au moins d'un centre primaire de PMI comprenant :

- consultation pré et postnatale ;
- consultations d'enfants sains ;
- services de vaccination ;

- service de diététique ;
- service social d'éducation des mères.

Les soins aux enfants malades doivent être assurés dans un local distinct. Une maternité reçoit les parturientes. Un laboratoire effectuera les examens nécessaires.

Des visites à domicile seront assurées pour les femmes enceintes et les familles dont l'état sanitaire ou la situation matérielle ou morale nécessite une protection particulière.

Article 7 : Les autres institutions recevant des femmes enceintes ou des enfants de moins de six ans (dispensaires, hôpitaux, cliniques, pouponnières, jardins d'enfants, orphelinats, etc.) fonctionneront avec le centre de protection maternelle et infantile et assureront éventuellement pour leurs bénéficiaires tout ou partie des services médico-sociaux prévus au présent décret.

Ces institutions seront soumises au contrôle technique du médecin-chef de la PMI.

Pour tous les organismes dépendant d'établissements industriels, la surveillance s'exerce en accord avec les représentants du Ministère du Travail.

Article 8 : Le réseau de protection maternelle et infantile est organisé dans chaque région, compte tenu de la dispersion de la population et de l'équipement sanitaire.

Chaque agglomération de plus de 10000 habitants sera pourvue d'un centre de protection maternelle et infantile.

Dans les localités où il existe une formation sanitaire publique ou privée, un centre secondaire de protection maternelle et infantile sera équipé pour assurer les mêmes services. Si le personnel local est insuffisant, les tournées périodiques du personnel qualifié compléteront son action et assureront les contrôles nécessaires. Des consultations itinérantes pourront s'y ajouter.

A titre transitoire, dans les localités dépourvues de personnel qualifié, une matrone convenablement éduquée pourra être dépositaire du matériel nécessaire aux accouchements. Un contrôle périodique sera assuré par le personnel sanitaire.

Article 9 : Les centres primaires et secondaires de protection maternelle et infantile seront pourvus du matériel technique nécessaire. Des fiches d'un modèle réglementaire seront établies par chaque consultante.

Le carnet de santé destiné à l'enfant sera délivré gratuitement à la mère dès la première consultation prénatale, ou à défaut à la maternité, ou lors de la déclaration de naissance au bureau de l'état civil. Les enfants présentés dans les consultations, s'ils n'ont pas encore reçu ce carnet, en seront pourvus par les soins de ces organismes.

Article 10 : Un secours social pourra être accordé au titre de la protection maternelle et infantile pour les femmes enceintes ou aux mères nécessiteuses.

Article 11 : Le bénéfice des avantages (prestations familiales, secours que la République peut accorder à certaines personnes) leur sera retiré si elles ne se soumettent aux obligations d'examens périodiques et des mesures préventives fixées par le présent décret.

Article 12 : la protection maternelle et infantile utilise les services d'un personnel sanitaire et social techniquement qualifié et du personnel auxiliaire.

La préparation et le perfectionnement de ces différentes catégories de personnel seront assurés ou complétés par des cours spéciaux et des réunions périodiques.

Article 13 : L'éducation des jeunes filles en matière d'hygiène et de puériculture sera assurée dans le cadre de la protection maternelle et infantile par des cours et stages dont les modalités seront fixées par arrêté.

Article 14 : L'ouverture d'un quelconque établissement privé recevant à titre onéreux ou gratuit des femmes en état de grossesse ou des enfants de moins de six ans sera soumise à l'agrément du Ministre de la Santé et des Affaires sociales.

Dans un délai de six mois à partir de la publication du présent décret, tous les établissements de ce type actuellement en fonction devront présenter une demande d'agrément.

Article 15 : Les chefs de région médicale adresseront chaque année au Ministre de la Santé et des affaires sociales un rapport sur les activités de la PMI.

Article 16 : Toutes dispositions antérieures à celles du présent décret et relatives à la protection maternelle et infantile sont abrogées.

Article 17 : Le Ministre de la Santé et des Affaires sociales, le Ministre de l'Intérieur, le Ministre du Travail et de la Fonction publique sont chargés, en chacun ce qui le concerne, de l'application du présent, qui sera enregistré, publié et communiqué partout où besoin sera.

Dakar, 13 juillet 1960

*Le Président du Conseil*

Mamadou Dia

Source : *Journal Officiel de la République du Sénégal (JORS)*, Décret n° 60-247 portant création de la protection maternelle et infantile au Sénégal, n° 3388, 50<sup>e</sup> année, 2<sup>e</sup> semestre, 16 juillet 1960, pp. 757-759.

***Les superstitions et l'hygiène en AOF [extrait]***

En Afrique occidentale française l'indigène non évolué, il est (...) incapable de penser par lui-même répète comme un perroquet ce qu'on lui a dit lorsqu'il était enfant. Il éprouve les mêmes inquiétudes, les mêmes craintes ou les mêmes terreurs que ses ancêtres parce que sa pensée n'est pas libre et comme il n'a jamais vérifié les dires, il reste crédule comme un jeune enfant de France. C'est un esclave asservi non à un maître mais à de multiples tyrannies forgées non seulement par sa propre imagination mais également par celle des ancêtres. Les superstitions règnent en maître sur toute l'ignorante et naïve AOF et elles sont si fortement enracinées chez l'indigène que de bons élèves sortis de l'école française avouent modestement qu'ils n'en sont pas entièrement affranchis. Une élève studieuse et intelligente de l'Ecole Normale écrit qu'on ne doit pas faire la vaisselle après le diner, c'est une bien méchante action mécontentant les morts dont l'habitude est de revenir le soir lécher les restes ; elle affirme avec grande conviction que son frère vient chaque soir depuis sa mort manger ce qu'on lui prépare sur une table dressée à son intention. Une autre aussi crédule prétend que des ensorceleurs ont l'idée démoniaque de remplacer par des assiettes, des bouteilles, un embryon d'enfant dans le ventre de sa maman et ajoute-elle (il y'a toujours évidemment un exemple à l'appui des dires) dans mon pays au cours d'une opération faite, on a trouvé dans le ventre d'une femme enceinte non un enfant, mais un bol et une assiette en miniature. C'est une vengeance de féticheur à qui cette femme, marchande de vaisselle, n'avait point consenti un rabais lors d'un achat fait chez elle.

(...)

Il [l'indigène] est joint dans la main des génies invisibles, il est soumis aussi au terrible jugement de ses ancêtres qui le puniront ou le récompenseront suivant qu'il aura enfreint ou respecter la tradition. L'indigène ne fait pas sa vie, il n'a pas de vie propre avec des forces neuves prises dans son être, il vit la vie que ses ancêtres lui ont préparée, dans laquelle ils l'ont placé ; il n'est souvent que leur réincarnation.

(...)

Comment des lors marcher vers le progrès ? Comment développer l'esprit d'initiative en AOF ?

Voilà des milliers d'années que des peuplades vivent la même vie.

Le plus lointain de leurs ancêtres pourrait revenir dans bon nombre de villages de brousse, sans

avoir sujet de s'étonner, il trouverait les cases dans l'état même où ils les ont laissées.

(...)

Ce qui est terrible dans cet état de choses, c'est que la plupart des superstitions indigènes sont un obstacle à l'observation des règles d'hygiène c'est-à-dire à la vigueur, au développement harmonieux du corps, à la belle santé.

(...)

Avant même sa naissance, l'enfant est pour sa mère et pour toute sa famille un objet d'inquiétude. Ne mourra-t-il pas si elle s'oublie jusqu'à donner une poignée de main à une autre femme enceinte ? Ce contact entre ces 2 femmes, entre ces deux embryons peut amener l'enfant fort à tuer l'enfant faible. Si la femme enceinte pleure, qu'elle veille à ce que ses larmes ne tombent pas sur son ventre, son petit naitrait idiot ; des larmes sur le ventre, cela suffit pour agir sur un cerveau de bébé. Pauvres femmes enceintes ! Impossible pour elle de manger de la tête de mouton, leurs petits auraient les oreilles décollées, si elles apercevaient un singe, il aurait un visage simiesque. Si elle mangeait beaucoup de fruit, les enfants naitraient avec un fruit pendu au corps.

Que d'interdictions ! Il lui faut déployer une ruse incroyable pour arriver à mettre au monde des enfants normaux.

(...)

Vivra-t-il- ce pauvre être si malmené dès son arrivée sur la Terre cet être auquel on a coupé le cordon ombilical avec le premier couteau venu, un tesson de bouteille un débris de brique ou avec les ongles tout simplement. S'il vit, il ne faut pas qu'il pleure, la nuit surtout, la nuit est divine, elle appartient aux génies et non aux petits d'homme ; si tu la trouble par tes cris pauvre petite chose criarde, les génies te rendront muet pour toujours. Pour éviter malheur, la mère étouffe les cris de son enfant en lui donnant le sein à toute heure.

(...)

Faut-il que les superstitions soient fortes pour amener une mère à accepter de donner à son enfant les noms de *Toufoné* (ordure) ou de *Beibulo* (jetons-le) quand les génies invisibles entendront nommer ainsi l'enfant, il n'auront pas l'idée de l'enlever à sa mère car les djinns n'aiment que les beaux enfants. Les noirs essayent de ruser avec les esprits. (Ces noms se donnent aux enfants qui naissent après plusieurs fausses couches de leurs mamans).

(...)

**Source** : ANS, O212(31), Les superstitions et l'hygiène en AOF

Annexe XII : *Conférence de puériculture faite aux femmes de Dakar (extrait)*

Au cours de la période de grossesse, pendant que la femme porte l'enfant dans son sein, il ne faut

pas croire que tout va toujours se passer très bien. Vous savez combien il y a de femmes qui ont des avortements, combien il y en a qui ont des enfants qui naissent avant terme, et combien sont nombreux, également, les enfants qui naissent morts ou qui meurent très vite après qu'ils sont nés. Les observations faites à la maternité nous montrent que sur 100 accouchements il y a 10 avant terme ; que sur 100 enfants nés, il y en a 15 qui naissent morts ou meurent dans les premiers jours, et qu'il y en a encore 8 à 10 qui meurent en cours de la première année.

C'est donc vous dire combien il y a d'enfants qui devraient vivre et qui nous manquent.

Ces accidents peuvent être très diminués sinon supprimés.

Ils sont dus surtout :

1/ à des malformations de la femme ou à des difficultés qui empêchent un accouchement normal et qui tuent l'enfant ou la mère, quelque fois les deux ;

2/ à la syphilis et au paludisme qui tuent l'enfant dans le sein de sa mère ou le fait naître sans aucune santé et très souvent avant terme ;

3/ à des maladies diverses que le médecin ou la sage-femme peuvent reconnaître- et qui tuent l'enfant et quelque fois la mère. Vous connaissez cette maladie qui commence par du gonflement

des jambes et se termine par des crises de convulsion et la mort.

Que doit-on faire pour que l'enfant qui n'est pas encore né ne soit pas atteint dans sa santé et vienne à terme ? Il faut se faire examiner souvent pendant le cours de la grossesse, cela vous le faites ; mais, et cela vous le faites moins, il faut écouter et suivre les conseils qui sont donnés pour être assurées que tout se passe normalement, et pour que, à la moindre alerte, il soit possible d'éviter des accidents. – il faut accepter d'entrer le plus souvent à la maternité où le repos est assuré et où les soins nécessaires sont donnés par un personnel expérimenté. Quand l'accouchement est prévu difficile, il faut également accepter d'aller à la maternité assez tôt pour que l'on puisse intervenir à temps, de façon à sauver la mère et l'enfant, il ne faut pas attendre, en effet le moment où matrone et parents ne savent plus quoi faire ; dans ces conditions, il n'est possible de sauver que la mère ou l'enfant et, trop souvent, il n'est possible de sauver ni l'une ni l'autre. Quand au

cours de ces visites médicales, le paludisme, la syphilis, ou d'autres maladies sont découvertes, il faut se prêter au traitement de ces affections.

(...)

D'autrefois, un traitement commencé se montre efficace il apporte une amélioration ; on se croit guéri et l'on ne revient qu'au moment de l'accident ; c'est-à-dire quand il est trop tard et le bénéfice gagné est tout à fait perdu.

C'est pour ces raisons que nous constatons autant d'accouchements avant terme et que nous voyons naître des enfants déjà malades et qui meurent si rapidement.

Vous comprendrez facilement combien il est triste pour nous médecins ou sages-femmes, de voir

que nos efforts pour faire venir des enfants de bonne qualité restent sans effets suffisants ; alors

que, partout où les futures mamans suivent scrupuleusement nos conseils, les résultats sont excellents.

(...)

Supposons que les conseils aient été suivis et que beaucoup de bébés soient venus au monde – le

rôle de la mère est loin d'être fini. Le petit de l'homme, vous le savez, est tout nu, il est incapable

de marcher, il est incapable de parler, il ne voit pas pendant encore longtemps ; il est donc exposé à toutes les misères possibles, si l'on ne s'occupe pas de lui, sous peine de le perdre très vite.

La première maladie qui guette le nouveau-né dans ces pays, c'est le tétanos ombilical.

Vous connaissez tous cette maladie, 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 bras, ses jambes, de fléchir sa tête. Cette maladie fait à Dakar, chaque année, 175 à 200 victimes. On en porte à la maternité à peu près 75 à 80 chaque année ; mais nous en guérissons à peine 15

à 20, et encore, à la condition absolue, qu'ils soient apportés dans quelques heures qui suivent le moment où le mal s'est déclaré.

Le tétanos n'est pas dû à des maléfices quelconques. Il est provoqué par un petit germe que l'on ne peut voir qu'avec des instruments spéciaux, et qui se trouve dans tout ce qui est sale.

Les personnes qui coupent le cordon de l'enfant avec quelque chose de sale – morceau de roseau, morceau de verre, couteau ou ciseaux malpropres- et qui font le pansement de ce cordon avec également quelque chose de sale – sont la cause du tétanos parce qu'ils déposent sur la plaie le germe du mal.

Il faut le dire et le répéter partout, il n'y aura plus de tétanos le jour où les personnes qui font les accouchements auront bien lavé leurs mains avec du savon et de l'eau bouillie, auront fait bouillir l'instrument qui doit couper le cordon et le lien qui doit le lier – et, enfin, lorsqu'elles mettront chaque jour, sur la plaie, un chiffon et une bande qui auront également été bouillis, et que le grand soleil aura séché.

Ce n'est pas difficile à faire, cela ; et pourtant, même parmi les matrones auxquelles nous donnons des ciseaux, des pinces, de l'alcool, des pansements et des bandes propres, il y en a qui provoquent le tétanos.

A certains, nous avons enlevé les instruments, elles continuent néanmoins, à faire des accouchements, elles continuent à provoquer du tétanos et elles empêchent même l'infirmière visiteuse qui surveille les nouveaux nés de vérifier la plaie ombilicale et de refaire le pansement, comme cela s'est vu encore la semaine dernière à 2 reprises.

Je ne saurais trop vous conseiller à vous-même et vous demander de dire partout que toute matrone qui a eu un cas de tétanos, doit être abandonnée, on ne doit plus l'appeler. Elle ne doit plus faire d'accouchement ; elle doit être considérée comme une criminelle.

Je ne saurais trop vous conseiller à vous-même et vous demander de dire partout qu'il ne faut rien mettre dans le pansement dans une plaie ombilicale, autre que quelque chose de très propre. A cette condition, et à cette condition si facile, il n'y aura plus de tétanos.

C'est uniquement ce que l'on fait à la maternité et il n'y a jamais eu un cas de tétanos.

C'est ce que font deux excellentes matrones qui écoutent ce que nous leur demandons de faire, qui ont la confiance des femmes et des familles et qui n'ont pas de tétanos, et c'est cette simple

question de propreté qui, partout où, elle est appliquée, dans le monde entier, a fait disparaître le

tétanos ; c'est qu'en effet, il n'y a pas que Dakar où cette maladie risque d'atteindre les nouveaux

nés. Quand l'infirmière visiteuse passe pour voir les nouveaux nés, acceptez qu'elles soignent les

plaies avec les pansements qu'elles apportent, demandez-lui de le faire, même si une matrone, mal intentionnée et présente, en manifeste du mécontentement.

Cet enfant nouveau-né, que vous aurez ainsi préservé du tétanos est encore susceptible de contracter beaucoup d'autres maladies ; l'une d'entre elles cause une mortalité assez sévère au cours des 2 premières années de la vie; elle reste cachée pendant 15 à 18 ans, puis elle se déclare et à ce moment elle tue très vite le sujet qui en est atteint ; je veux parler de la tuberculose.

Cette maladie qui est un véritable fléau, tue chaque année un très grand nombre de gens. Elle est extrêmement dangereuse parce que les malades en toussant, en crachant, quelquefois même en parlant, répandent partout la cause du mal. Ceux qui sont autour des malades peuvent ainsi le contracter, et les tous petits y sont très sensibles.

Depuis bien des années, les médecins ont cherché des moyens qui seraient susceptibles de prévenir cette maladie, et après bien des expériences et plus de 20 ans d'observation, un savant français de l'Institut Pasteur, le professeur Calmette et un de ses élèves le Dr Guérin ont trouvé un vaccin dont l'efficacité est reconnue. Ce vaccin se donne dans les premiers jours de la vie de l'enfant sous la forme d'une petite quantité de liquide à boire à 3 reprises. Tous les enfants nés à la maternité boivent ce vaccin ; et c'est ce vaccin que les infirmières visiteuses portent à domicile aux enfants nés en ville.

Or si la grosse majorité des femmes accouchant en ville, acceptent que leurs enfants soient vaccinés, si quelques matrones intelligentes interviennent quelques fois pour faire accepter cette excellente mesure de protection, il y a encore des femmes qui refusent.

Quelques-unes refusent parce qu'elles comprennent mal l'intérêt qu'il y a à protéger leur enfant ; certaines y sont incitées par des matrones, d'autres croient et combien à tort, malgré toutes les raisons données que ce vaccin donne le tétanos, d'autres enfin, en refusant le vaccin ont l'air non seulement de refuser le vaccin, mais de refuser toute oeuvre d'assistance ; il y en a en effet, qui sont allées jusqu'à dire qu'elles étaient seules

maîtresses de savoir ce qu'elles avaient à faire de leur enfant et qu'elles n'avaient de compte à rendre à personne et de conseils à recevoir de personne.

Il y a actuellement 13 ans que l'on a commencé cette vaccination à Dakar ; le médecin général Couvy, qui l'a étendu largement a montré qu'au cours des deux premières années de la vie, le nombre des enfants décédés est de :

- 36 à 40% chez ceux qui ne sont pas vaccinés,
- 16 à 18% chez ceux qui sont vaccinés.

C'est donc un gain de 20 enfants tous les ans.

L'influence heureuse de cette vaccination a été remarquée par des indigènes eux-mêmes.

(...)

Je vous demande donc instamment, vous toutes qui m'écoutez de bien comprendre que ce vaccin qui est donné à la MATERNITE, ou qui est porté à domicile est un moyen de préserver vos enfants. Je vous demande de le dire, afin qu'il soit accepté par tous, et je souhaite même que, non seulement ce vaccin soit pris par tous les nouveau-nés mais encore, que les mamans réclament une nouvelle vaccination pour leurs enfants vers l'âge de 1 an  $\frac{1}{2}$ . Cette vaccination consoliderait la première et protégerait ainsi plus efficacement le bébé contre le terrible mal qu'est la tuberculose.

J'ajouterai qu'à cette mesure une autre doit être réalisée, ne pas laisser les enfants approcher les

gens malades - même si ces gens sont des parents - et éviter de les faire coucher dans la même pièce où des malades prennent leurs repos. Je vous dirai simplement, pour vous faire comprendre combien cette affection est répandue dans Dakar, que plus de 100 personnes meurent chaque année à l'hôpital et que, en six mois, j'ai pu reconnaître à la polyclinique, plus de 450 hommes ou femmes capables de répandre le mal. C'est vous dire s'il faut veiller avec soin et se défendre contre une telle maladie ; et si nous faisons notre part, tout ce qui est possible de faire, il serait très désirable que la population de Dakar veuille bien nous y aider ; je compte sur vous pour répandre la bonne parole.

Mais si c'est beaucoup d'obtenir la suppression du tétanos et la protection contre la tuberculose, ce n'est pas encore suffisant, il reste, en effet, d'autres dangers qui menacent le tout petit enfant. Nous allons rapidement voir lesquelles et comment on peut essayer

de les éviter ou de diminuer leur gravité. D'abord - les fautes commises dans la nourriture donnée aux enfants.

L'enfant ne doit prendre que le lait de sa mère - et lorsque le lait de celle-ci commence à diminuer il ne faut pas donner du riz, ou des bananes, pris dans le plat commun, comme on le fait trop souvent, il faut donner quelque chose qui est très bon et qu'il y a partout ici, c'est la farine de mil que vous appelez *Rouil*. Donner de la farine de riz également mais pas de grains de riz.

Ce n'est qu'à la deuxième année, quand l'enfant a des dents, que vous pouvez commencer à donner l'alimentation ordinaire. Ne donner pas à l'enfant quelque chose à sucer, ou à porter à la bouche ; c'est toujours sale, et c'est comme cela que commencent les diarrhées. Ne donner pas en particulier de fruits verts (mangues) et ne donner pas sans y avoir été préparés des biberons ...qui sont traînés dans les poches ou par terre, qui sont souillés et qui, en outre, contiennent du lait souvent mal bouilli, et trop souvent mélangé à diverses saletés, même à des mouches.

Dès que la diarrhée ou les vomissements commencent, il faut diminuer les tétées de l'enfant ou arrêter son alimentation et aller demander conseil au médecin ou à la sage-femme ; il faut surtout faire exactement ce qu'il vous demande de faire, et même, au besoin accepter d'aller à la maternité voir comment on fait pour préparer un biberon, pour préparer une bouillie, pour administrer les médicaments conseillés.

(...)

Il meurt à Dakar, chaque année, environ 45 à 50 enfants de ces fautes d'alimentation.

Une autre maladie très grave chez les nourrissons, c'est celle qui se manifeste par une grosse fièvre, l'enfant tousse, il vomit souvent ce qu'il a pris, il respire avec difficulté et souvent hélas il meurt dans une crise d'étouffement. Pour préserver l'enfant de cette maladie, il faut l'habiller pendant la saison fraîche surtout et il faut lui éviter toutes les causes de refroidissement.

(...)

Ils meurent, en effet, chaque année 60 enfants de ces affections pulmonaires.

(...)

Et j'en arrive à une maladie que tous les habitants de tous les pays contractent souvent dans les premiers jours de leur vie et qui, à certaines périodes de l'année, s'attaquent aux enfants avec un acharnement qui la rend, peut-être plus grave que toutes les affections ; je veux parler du paludisme qui est surtout caractérisé par de la fièvre très forte, des vomissements, quelques fois des convulsions et souvent une grosseur dans le côté gauche. Cette maladie est déjà cause d'avortements, elle est cause d'accouchements prématurés ; non contente de s'attaquer à la mère pendant la grossesse, elle s'attaque aussi aux nourrissons dès leur naissance. Si je vous dis qu'en 1935 année exceptionnellement mauvaise, c'est vrai, il y a eu plus de 400 enfants décédés de cette maladie, qu'en 1936, il y en a eu plus de 300, c'est vous faire comprendre avec quel soin il faut s'en prévenir.

(...)

Je rappellerais ici que 600 enfants de 0 à 10 ans meurent chaque année à Dakar.

(...)

Pour résumer ce que je vous ai dit rappelez-vous :

- Qu'une femme enceinte doit souvent voir la sage femme ou le médecin et qu'elle doit se soumettre aux divers traitements ou régimes qui lui sont conseillés pour conduire sa grossesse à terme, même si ces traitements sont longs et ennuyeux.
- Que si l'accouchement est prévu difficile, il faut aller à la maternité assez tôt, - pour qu'une intervention efficace puisse être faite en temps voulu et permettre d'avoir toutes les chances de faire naître un enfant vivant ;
- Qu'à la naissance de l'enfant, il faut couper le cordon avec un instrument très propre et protéger la plaie avec un pansement très propre pour éviter le tétanos.
- Qu'il faut refuser l'assistance d'une matrone qui a déjà eu des cas de tétanos;

- Qu'il faut accepter la visite de l'infirmière qui vérifie la plaie ombilicale, donne le vaccin contre la tuberculose et vous donne aussi des quantités de petits conseils utiles ;
- Que vous devez veiller à prendre des précautions nécessaires pour bien alimenter votre enfant, pour le tenir propre, pour le protéger contre le froid et contre les moustiques, qu'il faut le laisser au repos au lit s'il est malade ;
- Que vous ne devez pas hésiter à le porter aux consultations pour qu'il soit traité sans retard

dès que vous avez une inquiétude.

Quelques-unes d'entre vous conduisent leurs enfants très régulièrement 1 fois ou 2 par semaine soit à la pesée des dames de la croix rouge, soit à la consultation voisine du médecin. C'est une excellente méthode pour prévenir le mal ; cela est mieux que de nous demander de le guérir, car, si nous guérissons des malades, nous ne pouvons tous les sauver.

(...)

Evidemment, tout ne deviendra pas parfait ; les médecins tout comme les autres hommes ne sont pas des dieux tout puissants, qui peuvent arrêter les maladies et guérir les mourants. Mais, l'expérience a montré que si les conseils qu'ils donnent et qui sont le fruit de longues années d'observation et de recherches, sont suivis, il est possible tout de même d'améliorer le sort des races en augmentant le nombre et la qualité de ceux qui les constituent.

(...)

Si vous le faites vous aurez des enfants plus nombreux et en meilleure santé et c'est une richesse qui en vaut bien une autre.

**Source** : ANS, 1H102(163), *Conférence de puériculture faite aux femmes de Dakar.*

## Annexe XIII : Consultations pré et postnatales au Sénégal en 1960

Régions	Mères				Enfants			
	Consultations prénatales		Consultations postnatales		0 à 1 an		1 à 4 ans inclus	
	consultantes	consultations	Consultantes	Consultations	Consultants	consultations	consultations	consultations
Cap-vert	6869	10347	6541	13015	14844	25205	24066	66149
Fleuve	4563	10205	1013	4727	2912	1062	579	15434
Casa Manse	4945	58989	2602	15026	-	-	-	-
Sine-Saloum	14236	34829	848	4181	62111	196741	54508	163143
Diourbel	4746	11965	3174	23816	9229	23549	4516	11694
Thiès	2188	40601	2224	8854	7934	26871	8137	25862
Sénégal Oriental	179	1821	77	549	883	2275	2387	5167
Total	37726	132757	16579	79168	97913	264703	99461	286449

Source : ANS 2G 60/3, République du Sénégal, Ministère de la santé et des affaires sociales, rapport sur l'activité du service de santé de la république du Sénégal pendant l'année 1960, Dakar, le 26 janvier 1962, p. 42.

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

Annexes XIV : Mortalité générale indigène de 1921 à 1930 à Saint – Louis  
(pour 1000 hts)

Année	Nombre de décès
1921	43,3
1922	43,33
1923	41,3
1924	36,2
1925	43,2
1926	39,9
1927	37,2
1928	34,8
1929	57,7
1930	35,9

Source : Lefrou G., Allard M, Une décade démographique (1921 – 1930) à Saint Louis du Sénégal. Natalité, mortalité générale, mortinatalité, mortalité infantile, Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales 1932, Tome XXX, pp. 406 – 427, p.413

*Annexe XV : Mortalité générale indigène de 1921 à 1930 à Saint – Louis (pour  
1000 hts)*

Année	Nombre de décès
1921	43,3
1922	43,33
1923	41,3
1924	36,2
1925	43,2
1926	39,9
1927	37,2
1928	34,8
1929	57,7
1930	35,9

Source : Lefrou G., Allard M, Une décade démographique (1921 – 1930) à Saint Louis du Sénégal. Natalité, mortalité générale, mortinatalité, mortalité infantile, Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales 1932, Tome XXX, pp. 406 – 427, p.413

*Annexe XVI* : Mortalité à Dakar : morts – nés pour 1000 déclarations de naissance

Année	Nombre de décès
De 1899 à 1908	171
De 1909 à 1918	155
1919	129
1920	108
1921	122
1922	126

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

*Annexe XVII : Taux de Mortalité à Dakar de 1902 à 1922 (peste déduite)*

Années	Pour 1000 hts
1902 à 1913	34,5
1914	29
1915	42,7
1916	38,9
1917	43,6
1918	64,1
1919	34,7
1920	41,6
1921	47
1922	25,5

Source : Heckenroth et Bergonier, Renseignements démographiques sur Dakar en 1922, Bulletin de la Société de Pathologie Exotique, 1923.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Annexe XVIII : Registre d'état civil dans les 4 communes de 1906 à 1909

Communes	Natalité			Mortalité						
	Sexe			Mort- nés	Sexe			Enf.	Adult	<b>Bén.</b>
	Masc.	Fémin.	Total		Masc.	Fémin.	Total			
1905	956	874	1830	237	1035	774	1809	905	904	21
1906	1029	913	1942	320	1055	755	1810	888	922	132
1907	958	896	1854	309	1072	748	1820	856	964	34
1908	1134	1046	2180	302	1029	724	1753	827	926	427
<b>1909</b>	1097	893	1990	333	979	788	1767	891	876	223

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

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

Annexe XIX : Maladies à l'origine des entrées

Maladies	Saint Louis				Dakar		Gorée				Totaux	
	Hôp.colnl		Hôp.civi		Hôp.colnial		Ambulance		Hôp.civil			
	Eur	Ind.	Eu	Ind.	Eur	Ind.	Eur	Ind.	Eur	Ind.	Eur	Ind.
Mal. endémiq	4	5	1	6	19	43	–	–	–	–	24	54
Paludisme	220	3	15	8	789	29	128	13	16	20	1168	73
Fièvre B H	7	–	2	–	33	–	2	–	–	–	44	–
Trypanosom.	–	8	–	2	–	2	–	–	–	2	–	14
Ver de Guinée	–	6	–	–	–	12	–	–	–	1	–	19
Béribéri	–	1	–	–	–	26	–	–	–	4	–	31
Aut.mal. end.	102	47	4	20	79	83	17	16	2	27	204	193
Mal. sporadiqu	120	74	18	140	225	392	29	22	9	97	401	725
Mal. chirurgic.	127	80	16	152	184	212	8	18	2	114	337	576
Blessur. guerre	–	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	7
Syphilis	10	17	–	40	13	11	2	4	–	3	25	75
Aut.rmal. vénér	60	15	4	37	110	65	5	14	4	10	183	141
Mal. cutanées	7	14	2	9	24	52	2	38	1	24	36	137
Gross accouch.	8	–	10	24	25	–	–	–	1	2	44	26
Aliénat.mental	–	–	–	20	–	–	–	–	–	–	–	20
En observation	22	16	4	8	–	–	–	–	–	–	26	24
Total	687	293	76	466	1501	927	193	125	35	304	2492	2115
	980		542		2428		318		339		4607	

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

*Annexe XX : Morbidité hospitalière en 1909*

Mois	Gorée		Ouakam		Rufisque		Thiès		Diourbel		Tivaouane	
	Cons.	Malad	Cons	Malad	Cons	Malad	Cons	Malad	Cons	Malad	Cons	Malad
Janvier	171	77	–	–	937	349	2137	318	–	–	1585	251
Février	117	46	64	25	930	443	1822	285	–	–	1525	260
Mars	167	68	58	42	1675	829	2276	333	–	–	1815	324
Avril	850	348	66	45	805	482	2216	330	430	76	1792	317
Mai	700	280	68	47	713	980	2491	390	450	109	2496	348
Juin	300	153	81	53	1823	370	2271	437	732	206	1791	281
Juillet	354	182	86	57	1935	472	2342	393	1303	259	1672	314
Août	338	181	85	53	1955	533	2831	378	1835	288	2098	335
Septembre	298	171	71	49	2204	692	3585	537	1945	290	1984	411
Octobre	205	115	65	42	920	570	3320	584	2139	302	2185	387
Novembre	381	182	62	43	773	540	805	454	1919	285	2408	356
Décembre	508	229	64	46	1553	807	968	350	2113	288	2725	375
Total	4389	2032	770	502	16223	7067	27064	4789	12866	2103	24076	3959

*Source : Dr.Merveilleux, Notes sur la situation sanitaire du Sénégal pendant l'année 1909 (morbidité et mortalité, mouvement de la population, etc.), Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales, pp. 676-704, p.701*

*Annexe XXI : Morbidité hospitalière en 1909*

Mois	Louga		Dagana		Podor		Matam		Bakel		Fatick	
	Cons	Malad	Cons	Malad	Cons	Malad	Cons	Malad	Cons	Malad	Cons	Malad
Janvier	2207	987	890	210	443	58	–	–	911	755	1321	571
Février	2658	1042	885	210	371	70	–	–	1183	1119	1823	51
Mars	3406	1620	1451	266	501	66	–	–	1182	1114	1336	436
Avril	3185	1529	1187	280	646	82	–	–	1950	1866	1124	331
Mai	3160	1516	1105	307	579	75	876	654	1535	814	417	341
Juin	1914	336	966	287	574	122	1839	836	1638	343	392	179
Juillet	206	457	1132	348	758	335	1165	459	1204	285	922	390
Août	2436	486	983	396	695	275	1369	387	1283	283	843	303
Septembre	2390	435	1130	301	951	254	1769	467	1658	311	991	471
Octobre	1555	314	970	248	1122	363	1469	474	1862	409	1013	436
Novembre	1539	356	995	266	1062	232	1823	605	2117	437	764	314
Décembre	1968	497	825	207	1250	244	2085	662	2113	411	1075	402
Total	28624	9575	12519	3226	8952	2076	12395	4544	18636	8147	12021	4625

*Source : Dr.Merveilleux, Notes sur la situation sanitaire du Sénégal pendant l'année 1909 (morbidité et mortalité, mouvement de la population, etc.), Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales, pp. 676-704, p.702*

*Annexe XXII : Morbidité hospitalière en 1909*

Mois	Maka		Kédougou		Ziguinchor		Bignona		Sédhiou	
	Cons	Malad	Cons	Malad	Cons	Malad	Cons	Malad	Cons	Malad
Janvier	–	–	–	–	978	204	172	73	730	148
Février	1514	1278	–	–	767	237	223	104	–	–
Mars	–	–	1086	969	905	237	268	114	701	135
Avril	–	–	1138	916	735	220	258	129	619	140
Mai	–	–	1155	873	1172	247	–	–	585	147
Juin	795	169	–	–	1145	229	251	106	489	147
Juillet	419	268	358	215	1180	268	213	110	791	212
Août	793	446	410	290	1040	279	241	124	852	203
Septembre	760	571	–	–	992	231	272	155	706	186
Octobre	617	360	–	–	992	300	284	155	943	266
Novembre	276	174	–	–	966	252	277	159	1052	266
Décembre	189	103	–	–	1011	219	315	178	690	206
Total	5363	3369	4147	3263	11883	2923	2774	1407	8158	2056

*Source : Dr.Merveilleux, Notes sur la situation sanitaire du Sénégal pendant l'année 1909 (morbidité et mortalité, mouvement de la population, etc.), Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales, pp. 676-704, p.70*

*Annexe XXIII : Morbidité hospitalière à Dakar et Saint Louis*

Mois	Total général		Saint Louis						Dakar			
			Hôp. Civil		Disp. Sor		D. Ndar Tout		Disp. No 1		Disp. No 2	
	Cons	Malad	Cons	Malad	Cons	Malad	Cons	Malad	Cons	Malad	Cons	Malad
Janvier	16900	6181										
Février	16900	7810										
Mars	23453	9043										
Avril	23676	9670										
Mai	24807	8824										
Juin	26004	7707										
Juillet	27356	8055										
Août	28980	8128										
Septembre	31384	11092	2441	249								
Octobre	30461	11146	2614	268								
Novembre	27062	9934	1771	217								
Décembre	26105	8629	1397	165								
Total	305982	106219	21599	2475								

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

*Annexe XXIV* : Morbidité dans les 5 formations sanitaires de la colonie : total des journées d'hospitalisation.

Années	Européens	Indigènes	Total
1905	36469	30898	67367
1906	38421	37232	75653
1907	35434	45942	81376
1908	39839	55554	95393
1909	43833	54088	97921

*Source* : Dr.Merveilleux, *Notes sur la situation sanitaire du Sénégal pendant l'année 1909 (morbidité et mortalité, mouvement de la population, etc.)*, *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, pp. 676-704, p.691

Annexe XXV : Répartition de la mortalité générale et par causes de décès à Saint-Louis de 1923 à 1930

Causes de décès	1930	1929	1928	1927	1926	1925	1924	1923
Rougeole	15	–	–	–	–	97	–	–
Tétanos	10	16	20	31	37	60	32	24
Affections appareil respiratoire	162	224	140	94	74	116	74	
Tuberculose pulmonaire	20	15	19	35	50	33	27	116
Appareil digestif 0 à 1 an	57	53	32	33	35	24	–	33
Appareil digestif 1 à 3 ans	39	49	26	24	24	37	–	–
Appareil digestif 3 à 10 ans	10	29	13	44	28	16	–	–
Débilité congénitale, athrepsie	61	61	59	36	48	38	58	–
Dysenterie	26	5	3	1	–	–	–	60
Appareil circulatoire	41	26	26	58	25	19	7	23
Paludisme	20	9	21	28	50	15	48	82
Peste	–	224	–	–	–	–	–	–
Sénilité	29	35	20	48	52	69	74	73
Coqueluche	–	–	2	2	23	1	1	45
Appareil digestif	6	52	28	9	13	22	93	117
Grippe	–	–	–	–	–	–	22	–
Divers	140	222	219	230	249	230	217	171
Totaux	647	1040	628	673	708	777	653	744

Source : Lefrou G., Allard M, *Une décade démographique (1921 – 1930) à Saint Louis du Sénégal. Natalité, mortalité générale, mortinatalité, mortalité infantile, Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales 1932, Tome XXX, pp. 406 – 427, p.419*

Répartition de la mortalité générale et par causes de décès à Saint-Louis de 1923 à 1930

*Annexe XXVI : Vaccinations au Sénégal*

Mois	Nombre de Vaccinations	Résultats		
		Positifs	Négatifs	Inconnus
Janvier - février	12362	9214	1196	1952
Mars	10329	7674	920	1735
Avril	6154	4576	1120	458
Mai	4674	3360	886	428
Juin	4204	3483	370	351
Juillet	20	–	20	–
Août	723	1	654	68
Septembre	657	4	–	653
Octobre	791	49	79	663
Novembre	2662	–	–	2662
Décembre	11229	4381	829	6019
Total	53805	32742	6074	14989

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

Annexe XXVII : Morbidité dans les 5 formations sanitaires de la colonie : total des entrées.

Années	Européens	Indigènes	Total
1905	2029	1259	3288
1906	2386	1329	3715
1907	2020	1568	3588
1908	2294	2095	4389
1909	2492	2115	4607

Source : Dr.Merveilleux, *Notes sur la situation sanitaire du Sénégal pendant l'année 1909 (morbidité et mortalité, mouvement de la population, etc.)*, *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, pp. 676-704, p.691

Annexe XXVIII : Mortalité dans les 5 formations sanitaires de la colonie : total des entrées.

Années	Européens	Indigènes	Total
1905	38	86	124
1906	46	100	146
1907	49	103	152
1908	38	123	161
1909	54	118	172

Source : Dr.Merveilleux, *Notes sur la situation sanitaire du Sénégal pendant l'année 1909 (morbidité et mortalité, mouvement de la population, etc.)*, *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, pp. 676-704, p.692

*Annexe XXIX : Maladies endémiques dans les hôpitaux civils et militaires du Sénégal : morbidité et mortalité.*

Saint Louis ?

Années	Nombre de journées			Nombre de cas			Nombre de décès		
	Europ.	Indig.	Total	Europ.	Ind.	Total	Europ.	Ind.	Total
1905	327	219	546	12	20	32	2	–	2
1906	681	182	863	19	10	29	5	–	5
1907	443	199	642	17	19	36	1	–	1
1908	284	246	530	15	16	31	2	–	2
1909	696	1096	1792	25	54	79	6	–	6

*Source : Dr.Merveilleux, Notes sur la situation sanitaire du Sénégal pendant l'année 1909 (morbidité et mortalité, mouvement de la population, etc.), Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales, pp. 676-704, p.692*

*Annexe XXX : Maladies endémiques dans les hôpitaux civils et militaires du Sénégal :  
morbidité et mortalité.*

Années	Nombre de journées			Nombre de cas			Nombre de décès		
	Europ.	Indig.	Total	Europ.	Ind.	Total	Europ.	Ind.	Total
1905	16667	3113	19780	1017	228	1245	21	21	42
1906	20720	4161	24881	1484	217	1701	21	20	41
1907	15316	4482	19798	1043	195	1238	28	15	43
1908	18649	5791	24440	1228	278	1501	16	23	39
1909	19955	6986	26941	1478	339	1817	22	23	45

*Source : Dr.Merveilleux, Notes sur la situation sanitaire du Sénégal pendant l'année 1909 (morbidité et mortalité, mouvement de la population, etc.), Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales, pp. 676-704, p.693*

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

*Annexe XXXI : Fièvre bilieuse dans les hôpitaux civils et militaires du Sénégal : morbidité et mortalité.*

Années	Nombre de journées			Nombre de cas			Nombre de décès		
	Europ.	Indig.	Total	Europ.	Ind.	Total	Europ.	Ind.	Total
1905	356	–	356	22	–	22	5	–	5
1906	693	–	693	44	–	44	6	–	6
1907	547	–	547	27	–	27	5	–	5
1908	803	57	860	50	–	50	8	1	9
1909	557	–	557	45	–	45	12	–	12

*Source : Dr.Merveilleux, Notes sur la situation sanitaire du Sénégal pendant l'année 1909 (morbidité et mortalité, mouvement de la population, etc.), Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales, pp. 676-704, p.693*

*Annexe XXXII : Maladies sporadiques dans les hôpitaux civils et militaires du Sénégal*

Années	Nombre de journées			Nombre de cas			Nombre de décès		
	Europ.	Indig.	Total	Europ.	Ind.	Total	Europ.	Ind.	Total
1905	8033	6443	14476	611	353	954	12	49	61
1906	6111	3289	9400	450	435	885	18	53	71
1907	7531	9545	17076	472	476	948	13	51	64
1908	7564	11937	19501	501	599	1100	17	67	84
1909	7268	15395	22663	424	754	1178	20	63	83

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

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

*Annexe XXXIII : Natalité et mortalité mensuelles à Dakar*

Mois	Natalité				Mortalité				
	Sexe		Total	Mort-nés	Sexe		Total	Enf.	Adult
	Masc	Fém			Masc	Fém			
Janvier	20	24	44	5	21	12	33	12	21
Février	24	15	39	11	18	16	34	14	20
Mars	24	26	50	7	26	13	39	16	23
Avril	28	20	48	12	25	16	41	18	23
Mai	23	25	48	5	23	18	41	14	27
Juin	23	25	48	5	23	18	41	14	27
Juillet	25	18	43	10	24	20	44	25	19
Août	31	18	49	8	29	34	63	33	30
Septembre	21	21	42	15	57	26	83	48	35
Octobre	18	30	48	6	51	47	98	74	24
Novembre	30	24	54	13	36	43	79	46	33
Décembre	32	12	44	5	44	29	73	38	35
Totaux	299	258	557	102	377	292	669	352	317

*Source : Dr.Merveilleux, Notes sur la situation sanitaire du Sénégal pendant l'année 1909 (morbidité et mortalité, mouvement de la population, etc.), Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales, pp. 676-704, p.67*

Annexe XXXIV : Natalité et mortalité mensuelles dans les 4 communes en 1909 à Gorée

Mois									
	Sexe		Total	Mort-nés	Sexe		Total	Enf.	Adult
	Masc	Fém			Masc	Fém			
Janvier	2	2	4	–	2	2	4	–	4
Février	1	3	4	–	2	–	2	–	2
Mars	3	2	5	–	3	1	4	1	3
Avril	1	3	4	–	2	2	4	2	2
Mai	2	–	2	–	4	6	10	4	6
Juin	–	1	1	–	5	2	7	–	7
Juillet	–	2	2	1	4	1	5	1	4
Août	2	2	4	–	4	1	5	3	2
Septembre	1	2	3	–	4	2	6	–	6
Octobre	–	–	–	–	3	1	4	3	1
Novembre	2	–	2	–	1	3	4	2	2
Décembre	1	–	1	–	3	–	3	–	3
Totaux	15	17	32	1	37	21	58	16	42

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES GRAPHIQUES

LISTE DES CARTES

LISTE DE SCHÉMAS DE CROQUIS

LISTE DES PHOTOS

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

## SOURCES ET REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### I OUTILS DE RECHERCHES ET INSTRUMENTS DE TRAVAIL

Beaud M., *L'art de la thèse*, Paris, La Decouverte, 2006, 202 p.

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

Becker C, Collignon R., *Santé et population en Sénégambie des origines à 1960 : Bibliographie annotée*, Paris, INED, 1989.

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

Ciss E. B., Ndiaye A., *Répertoire série H. Santé et assistance publique. Fonds Sénégal colonial, 1817-1960*, Dakar, Direction des Archives du Sénégal, 1996.

Diedhiou A. A., *Catalogue collectif des mémoires soutenus devant l'université de Dakar et les écoles nationales supérieures du Sénégal*, Dakar, UCAD, 1983.

Garnier M, Delamare V, *Dictionnaire des termes techniques de médecine*, Maloine S.A, 20<sup>e</sup> édition, 1980.

Grünfeld J.-P. (sous la direction de), *Dictionnaire de Médecine Flammarion*. Paris Médecine-Sciences Flammarion, 1998, 1030 p.

Manuila L. & al., *Dictionnaire médical*, Paris, Masson, 2001, 678p.

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

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

Ndiaye A.G, « *Répertoire de la sous-série 2G : Rapports périodiques* ». 1<sup>ère</sup> tranche (1895-1940) et 2<sup>o</sup> tranche (1940-1960) Dakar 1978.

Samb D, *Manuels de méthodologie et de normalisation*, IFAN CH.A.DIOP, Dakar, 1999, 298 p.

Segealon G., « Répertoire des textes applicables en AOF ». Mise à jour 1953.

## **II SOURCES**

### **1. SOURCES D'ARCHIVES**

#### **A) ARCHIVES NATIONALES DE LA REPUBLIQUE DU SENEGAL**

##### **a) Fonds AOF**

###### **1) Série H (Santé)**

1 H 3(1) : 1937-1944, Projet de création d'un réseau d'assistantes sociales (1937-43) ; RICOU, Notes et remarques sur le mouvement sanitaire à Dakar, en 1942 ; RICOU, Trois rapports pour le comité d'hygiène et d'épidémiologie de l'Empire (session de 1944), sur : - La situation épidémiologique en A.O.F.- Les ulcères phagédéniques en A.O.F. - La tuberculose en A.O.F.

1H 5(1) : Dr Ricou, De la réorganisation des services sanitaires médicaux de l'AOF, Dakar, le 14 Août 1942.

1H 38(13) : Rapport d'Inspection des services san. et méd. d'AOF (1936-1942).

1H 44(13) : Correspondance échangée entre la Direction générale et les directeurs locaux de la Santé Publique, 1946-1951.

1H 21(26), Protection de la Santé Publique et l'hygiène (convention d'assistance médicale entre la Métropole et l'AOF), 1924-1925.

1H 24(26) : 1941-1947, École Africaine de médecine et de pharmacie. - Dentistes africains, 194 - Réforme de l'école, 1944 - Élèves et discipline, 1947.

1H 25(26) : Action sociale ; PMI ; Instruction sur la lutte contre la mortalité infantile mise à jour au 1/6/1940, Gorée, 1934-1944.

1H 31(26) : Réglementation de la profession médicale, 1921-1927.

1H 47(144) : 1948-1953, Situation sanitaire en A.O.F. et dans les colonies voisines (anglaises, portugaises) 1948 - 1953 (suite de 1 H 30).

1H 48(144) : 1945 – 1956 : Affaires médicales diverses traitées par la Direction des Affaires politiques - Correspondance générale (1945-55) - Pharmacie (1954-55) ; trafic des médicaments (1950-52) ; Chanvre Indien (1948- 55) - Prostitution (1946-55)- Maladies coloniales (1948-51)- Aveugles (1950-51)- Pratique médicale privée (1948-56).

1H 49(163) : OMS : rapports fournis à l'ONU sur la santé en AOF, 1948-1956.

1H 50(163) : Correspondances entre l'OMS et la santé en AOF, 1948-1958.

Journées mondiales de la santé 1956 : l'alimentation en Afrique et la santé de l'enfant. L'éducation sanitaire de la population en Afrique, Dakar, mars 1957. Les activités d'hygiène maternelle et infantile (Comité FISE, OMS, mai 1957).

1H 51(163) : O.M.S. 1954 - 1959 - Comité régional de l'Afrique : - Rapports du Directeur régional (1954-57)- Projet de programme, prévisions budgétaires.

1H 52(163) : O.M.S.1954-1955. - Comité régional de l'Afrique : 4ème (Léopoldville, 1954) et 5ème (Tananarive, 1955), sessions.

1H 53(163) : O.M.S.1956-1958 :. Comité régional de l'Afrique : 6ème session (Luanda, 1956 : développement des campagnes de masse contre les grandes endémies ; priorité à accorder aux projets concernant la santé, dans l'élaboration des programmes nationaux ; mesures pratiques pour la lutte contre la tuberculose en A.O.F. : réponses des Territoires pour l'élaboration de ce rapport) ; 7ème session (Brazzaville, 1957 : rôle des centres ruraux dans la lutte contre les maladies endémiques en Afrique) ; 8ème session (Monrovia, 1958 : aspects sanitaires du développement communautaire).

1H 54(163) : Formation des praticiens de médecine générale (1947-1957).

1H 56(163) : Conférence inter-africaine pour la nutrition, Fajara (Gambie) 19 nov - 2 décembre 1952, Louanda (Angola) 6 au 14 octobre 1956.

1 H 62(163) : Institut d'Hygiène Sociale, 1948-1957.

1H 68(163) : Dystocies obstétricales : enquête préparatoire au rapport LAFFONT pour le 15e congrès des sociétés de gynécologie... de langue française (avril 1953).

- 1H 80(163) : Poliomyélite : épidémies à Dakar, 1948-1954, en Casamance, 1951, cas isolés.
- 1 H 82 (163) : 1941-1956, Trachome : enquêtes du professeur TOULANT d'Alger, 1941 ; rapports sur le trachome à Dakar, en Casamance, en Haute Volta, au Soudan, 1949-56 ; circulaire technique, 1er déc. 1953, du SGHMP.
- 1 H 83(163) : Tréponématoses : correspondance technique. 1950-1958
- 1 H 84(163) : Tréponématoses : documentation, 1943-56 ; syphilis des marins de commerce, 1924-58. 1924-1958.
- 1H 86(163) : 1925-1959, Tuberculose : textes et circulaires, 1954-56 ; documentation générale, 1931-55 ; correspondance générale, 1948-1959 ; étude sur la tuberculose en A.O.F.
- 1H 89(163) : Maladies diverses (béribéri, grippe, kwashiorkor, rougeole), renseignements épidémiologiques.
- 1H 90(163) : Alimentation, situation de l'agriculture et de l'alimentation, études sur les éléments du coût de la vie et le minimum vital par l'union Intersyndicale de l'AOF (UNICYNDI), 1958.
- 1H 91(163) : OEEAPI de l'AOF, organisation de la mission et rapport préliminaire, 1945 ; projet de réorganisation 1952 (carte anthrop de l'AOF 1946 ; ORANA Titres et Travaux du Dr Léon Palès) : 1945-1956)
- 1H 92 (163) : ORANA : Correspondance de l'Orana avec les services de santé.
- 1H 93(163) : ORANA : Etudes, rapport annuel, 1953 (partie statistique), 1954
- 1H 95(163) : Plan de lutte contre la malnutrition en AOF en liaison avec les organismes internationaux (OMS, FISE), 1954-58, expérimentation des produits alimentaires, 1956, 4e Congrès International de nutrition, Paris, juillet - août 1957, demande de crédits FIDES, 1956
- 1H 96(163) : ORANA : Préparation des enquêtes mixtes socio-économiques en liaison avec la direction de la statistique générale, (CI, Sénégal, Soudan, Togo)

- 1H 97(163) : Mission pour l'étude de la consommation des produits laitiers (1956)  
Répartition géographique du kwashiokor en AOF, enquêtes, 1953-55.
- 1H 98(163) : Ecole Africaine de Médecine et de Pharmacie, fonctionnement, professeurs, conseils de perfectionnement et d'administration, textes de base, liquidation de l'Ecole, concours d'entrée (1918-1953).
- 1H 99(163) Ecole Africaine de médecine et de Pharmacie, gestion, affaires secondaires (1935-1953).
- 1H 102(163) : PMI : Organisations (I), rapport à l'ONU ; projets, centre de PMI de la Polyclinique Roume, 1952-53, colloque sur l'enfance, Brazzaville, décembre 1952
- 1H 103(163) : PMI : Organisation (II) ; correspondance et projet, 1956-1958, prestations familiales, 1954-56, assistance du FISE pour la lutte contre les carences alimentaires et la paludisme, 1954-55, Centre de Khombole, 1956-57, préparation d'une demande d'aide au FISE, réponses des territoires.
- 1H 104(163) : 1941-1957 Institut Pasteur de Dakar : travaux, 1954-58 (MATHIS. L'œuvre de l'Institut Pasteur de Dakar, 1937), - de Kindia : projet d'emprunt, 1929 ; rapports techniques annuels : 1941- 42, 1950, 1952-55 ; préparation des budgets, 1946-56. 1929, 1937 1925-1956
- 1H 10(163) : Inspection médicale des écoles : fonctionnement technique 1941-57 ; contrôle médical des activités sportives, 1948-57.
- 1H 116(163) : 1951-1957, Éducation de base (procès-verbaux de réunions ; MBOW (A.M.). Rapport sur la mission de Badiana (Casamance, 1953-54 ; éducation sanitaire par radio, 1956-57).
- 1H 121(163) : 1947-1958Affaires sociales ; Croix rouge (statuts, rapport de 1935) ; service social de Dakar, indigents libanais ; amélioration de l'habitat, jardins d'enfants, secourisme, service social antituberculeux, lutte antialcoolique.
- 1 H 122(163) : 1933-1958Démographie A.O.F. et Togo (Carte de l'Office de la Recherche Scientifique Coloniale : densité de population) ; enquête sur la répartition des sexes à la naissance, 1951-54 ; BLANC, Manuel de recherches démographiques en pays sous-développés, 1957-58.

- 1 H 131(163) : 1948-1956 F.I.D.E.S. : plan décennal des services sanitaires des Territoires, 1948-56, 1948-49 ; programmes, 1953, 1955-56
- 1 H 132(163) : 1951-1959 État des salaires du personnel médical, 1951-58 ; circulaires et notes concernant le budget A.O.F., 1951-59
- 2H 6(26) : Organisation « *journée des mères de famille nombreuse en AOF* », 1920-1922.
- 2H 8(26) : Programme d'action sociale en AOF (1940-1946).
- 2 H 12 (26) : Enquêtes sur l'état social dans les territoires d'Outre-mer. 1938
- 2H 13(26) : Protection de l'enfance, textes et principes, documentation et rapports (1939-1940).
- 2H 14(26) : Rapport sur la protection maternelle et infantile en AOF (1949).
- 2H 15(26) : Service de l'assistance sociale, projet d'organisation, correspondance (1936 -1943).
- 2 H 19(26) : Œuvres sociales de la Croix-Rouge française en AOF, 1939-1946.

## **2) Sous-série 2 G : Rapports périodiques.**

### *Santé (Sénégal)*

- 2G 7(21) : Sénégal, Service de Santé, Rapport médical annuel 1907.
- 2G 8(25) : Sénégal, Service de Santé, Rapport médical annuel 1908.
- 2G 9(6) : Sénégal, Service de Santé, Rapport médical annuel 1909.
- 2G 10(12) : Sénégal, Service de Santé, Rapport médical annuel 1910.
- 2G 11(19) : Sénégal, Service de Santé, Rapport médical annuel 1911.
- 2G 12(26) : Sénégal, Service de Santé, Rapport médical annuel 1912.
- 2G 13(7) : Sénégal, Service de Santé, Rapport médical annuel 1913.
- 2G 16(18) : Sénégal, Service de Santé, Rapport médical annuel 1916.
- 2G 26(2) : AOF : IGSSM – Rapport d'ensemble 1926.
- 2G 30(14) : Santé- Rapports médicaux annuels Dakar et dépendances 1930.
- 2G 30(15) : Santé- Rapports méd. annuels Dakar- Hôpital central indigène 1930.
- 2G 30(23) : Santé- Rapports médicaux annuels Sénégal 1930.

2G 31(30) : Dakar et Dépendances, Santé, Rapport médical annuel 1931.

2G 37(25) : Sénégal, Service de Santé, Rapport médical annuel 1937.

2G 39(14) : Sénégal, Service de Santé, Rapport médical annuel 1939.

2G 41(15) : Sénégal, Service de Santé, Rapport médical annuel 1941.

2G 42(18) : Sénégal, Service de Santé, Rapport médical annuel 1942.

2G 44(11) : Sénégal, Service de Santé, Rapport médical 1944.

2G 45(5) : Dakar et dépendances – Service de Santé – Rapports annuels 1945

2G 45(8) : Sénégal, Service de Santé, Rapport médical annuel 1945.

2G 46(11) : Sénégal, Service de Santé, Rapport médical annuel 1946.

2G 48(20) : Sénégal, Service de Santé, Rapport médical annuel 1948.

2G 49(11) : Sénégal, Service de Santé, Rapport médical annuel 1949.

2G 50(15) : Sénégal, Service de Santé, Rapport médical annuel 1950.

2G50(11) : AOF- Service General de l'Inspection Générale des écoles 1949-1950

2G 51(15) : Sénégal, Service de Santé, Rapport médical annuel 1951.

2G 52(13) : Sénégal, Service de Santé, Rapport médical annuel 1952.

2G 52(12) : Dakar – Hôpital Centrale Africains – Rapport annuel 1952

2G 53(108) : Sénégal, Service de Santé, Rapport médical annuel 1953.

2G 54(65) : Sénégal, Service de Santé, Rapport médical annuel 1954.

2G 55(48) : Sénégal, Service de Santé, Rapport médical annuel 1955.

2G 56(157) : Sénégal, Service de Santé, Rapport médical annuel 1956.

2G 57(95) : Sénégal, Service de Santé, Rapport médical annuel 1957.

2G 58(33) : Sénégal, Min Santé Aff. sociales, Rapport médical annuel 1958.

2G 59(34) : Sénégal, Min Santé Aff. Soc., PMI, Rapport médical annuel 1959.

2G 60(31) : Sénégal, Ministère de la Santé et des Affaires sociales, Rapport d'activité

sur la protection maternelle et infantile. 1960

### **3) Série O : L'enseignement dans les colonies de l'AOF**

O 1(31) Rapports du Directeur général de l'Instruction publique au gouverneur sur l'organisation de l'enseignement en AOF et de l'Inspection générale de l'enseignement.

O 14 (31) Ecole Africaine de Médecine de l'AOF dite Jules Carde : promotion et principes.

O 15 (31) Ecole de médecine Jules Carde : promotions entrantes et sortantes, affectations, nominations, affaires diverses (1939-1944).

O 28(31) Notes et Rapports sur le programme et le développement de l'éducation indigène (1920-1922).

O 56(31) Ecole Africaine de Médecine et de Pharmacie (1950) : concours d'entrée, admissions, besoin des colonies en médecins, affectation des élèves.

O 161(31) Ecole Africaine de Médecine et de Pharmacie. Section sages-femmes.

O 163 (31) Ecole Africaine de Médecine et de Pharmacie : principes.

O 212(31) Organisation de l'enseignement et éducation des jeunes filles en AOF.

O 281(31) Ecole de Médecine de Dakar (1933).

O 293(31) Concours d'admission à l'Ecole de Médecine, section sages-femmes

O 405(31) Dossiers de candidature au concours d'entrée à l'Ecole de Médecine, section sages-femmes (1952-1953).

O 408(31) Ecole de Médecine et de Pharmacie, section sages-femmes, dossiers des candidates, épreuves concours d'entrée, centres Dakar, Porto-Novo (1951).

O 414(31) Ecole de Médecine et de Pharmacie, section sages-femmes, dossiers de candidature au concours d'entrée 1947.

O 444(31) Ecole de Médecine, section sages-femmes, dossiers et liste des candidates du Togo, Dahomey et Sénégal, session 1947.

O 454(31) Textes sur l'Ecole normale des jeunes filles de Rufisque et l'Ecole de

### ***b) Fonds Sénégal Colonial***

Série H (*Santé*)

H 5 : 1899-1906: Correspondance adressée au Gouverneur du Sénégal par le Chef du service de santé. Décembre.

H 9. 1905-19 : Correspondance : - Directeur du Laboratoire de bactériologie St-Louis. 5 mai - 20 décembre 1905.- Médecin du service d'hygiène. 23 mai - 11 novembre 1905. - Chef du service de santé du Sénégal au Gouverneur. 18 juillet - 22 novembre 1918 - 1919. Billets d'hospitalisation. 30 janvier - 25 nov. 1905.

H 11 : 1913-14 Correspondance adressée au Gouverneur par le chef du service de santé. 6 janvier - 5 janvier 1913-14.

H 12 : 1913-16 Correspondance adressée au Gouverneur.

H 13 : 1916-17 : Correspondance du Gouverneur du Sénégal sur la situation sanitaire. 8 janvier – 1er décembre 1916-17.

H 14 : Correspondance du service de santé (1927-1930).

H 16 : 1914-16, Décisions du Gouverneur du Sénégal concernant le personnel de la santé. 4 janvier-31 décembre 1914 -15. Observations météorologiques. Juin - janvier 1915 -16. Mesures d'hygiène. Janvier - octobre 1916.

H 17 : 1926-28, Instructions générales. 20 octobre - 9 septembre 1926 -27. Rapport au Sénégal. 1926 - 27. 4 sept. 1928.

H 18 : 1892-1907, Régime sanitaire. Février - septembre 1892-1907.

H 19 : 1912-14, Régime sanitaire. 9 janvier - 29 nov. 1912. Personnel des services sanitaires. 2 octobre - 6 janvier 1912 -14.

H 20 : 1858-78 : Hygiène et salubrité publique. Mai - février.

H 22 : 1873-1901, Régime sanitaire : hygiène et salubrité publique. 1er juillet - 18 octobre 1873-1901. Affaire *Le Fez* 10 octobre - 19 avril 1887 - 1888 ; mesures de quarantaine. 10 janvier – 13 décembre 1888.

H 23 : 1897-1912 Hygiène : décrets et arrêtés.

H 24 : 1899 Hygiène : - Arrêtés sur la police sanitaire maritime dans les colonies et les pays de protectorat. 20 janvier -16 octobre 1899.- P.V. des réunions de la Commission sanitaire. 11 mai - 17 mai. 30 mai - 6 juin 1899.

H 28 : 1903-1930, Hygiène : correspondance du Directeur de la Santé au Gouverneur du Sénégal sur la situation sanitaire et les mesures d'hygiène. 1903. Décisions du cabinet du Gouverneur concernant certains agents du service de la santé. 1916 - 17.

PV des réunions de la Commission d'hygiène dans divers cercles du Sénégal. 1927. Immeubles situés sur le lot n° 35 à Louga. 1927. Affaire du Docteur DESNOS à Tambacounda. 1930.

H 30 : 1904-14, Hygiène au Sénégal : arrêtés du Gouverneur. Mai 1904. Peste à St Louis. Mai - décembre 1914.

H 31 : 1905-42, Hygiène : principes. 14 mai -5 juin 1905-42.

H 32 : 1907-08 État sanitaire : rapports annuels.

H 33 : 1909-11, Hygiène :- Propreté des établissements publics à St-Louis 1909 - 1910. - Arrêtés sur les mesures sanitaires à Rufisque 1910 -1911. Projet d'arrêté rendant applicable les mesures de police et de l'hygiène dans les escales et villages des pays de protectorat du Sine-Saloum. 1910. Rapport sur les dispensaires municipaux de Dakar 1910. Envahissement des rues de Kébémér par les herbes. Réclamations des habitants. Août 1910. Variole. Télégrammes du Gouverneur du Sénégal. 11 février - 25 février 1910. Épidémie dans le Coungheul (Sine-Saloum). Fièvre jaune : affiches pour les mesures préventives. 26 mai - 10 juin 1910 ; télégrammes du Gouverneur sur les mesures de quarantaine. 10 novembre - 24 novembre 1910. Circulaire n° 50 du Gouverneur général sur la lutte contre les moustiques. 17 juin - 29 juin 1910. Cercle du Baol : rapports médicaux mensuels. Février 1910 - octobre 1911.

H 37 : 1931-47, Hygiène : - Salubrité des maisons : Rufisque 1931-32 ; diverses escales 27 juin - 15 novembre 1933 ; St-Louis 16 septembre-8 mars 1937 - 41.

Télégrammes du Gouverneur aux commandants des cercles sur le projet de modification de l'arrêté local du 17-8-1915 sur la salubrité des maisons. 19 février - 20 juin 1938. Projet de décret modifiant celui du 14-4-1904 sur la protection de la santé publique 1946 - 47.

H 42 : 1874-82 : FIÈVRE JAUNE - Mise en quarantaine des provenants de Dakar, Rufisque, Gorée. 19 août - 11 octobre 1874 -1882. - Tournée du Dr REYNAUD au Lazaret de Dakar. 18 octobre - 5 septembre 1880-82.

MALADIES VÉNÉRIENNES - Correspondances du chef de service de l'Intérieur. 27 septembre - 28 septembre 1882.- Conseil d'hygiène : hygiène alimentaire 18 juillet - 31 juillet 1882.

H 44 : 1881-1895, VARIOLE : mesures sanitaires.

H 45 : 1891-1918, VARIOLE- St-Louis. Janvier - mars 1891 - 1914.- Rufisque. Mars 1914. PESTE Arrêté sur la vaccination et la revaccination antipesteuses.

H 48 : 1897-98, VARIOLE- Missions de vaccination : Lao - Djoloff - NDiambour par les Docteurs AUGIER -BRESSON. Février - mai 1897. Saniokhor par le Docteur COUDERC. Janvier 1898. Fleuve par le Docteur BUSSIÈRE. Février 1898. Walo par le Docteur MAROTTE. Mars - juin 1898. MALADIE DU SOMMEIL Cas août 1898.

H 101 : 1884-1910, Hôpital civil de St-Louis.- Demandes de médicaments. 31 mars - 21 mars 1884-1885.- Effectifs et produits de malades. 1896.- Dépenses générales. 1896 - 1897.- Remboursement des frais d'hospitalisation 2 octobre - 10 octobre 1902.- Commande du matériel. 14 janvier - 8 novembre 1910.

H 102 : 1885-1902, Hôpital civil de St-Louis.- Admission des malades.

H 103 : 1885-1902, Hôpital civil de St-Louis- Personnel. 29 décembre - 13 septembre 1885-1902- Restauration et agrandissement.

- Rapports du Dr Duval. Décembre 1890 ; M. Rhieuhart inspecteur des colonies. 2 janvier 1899.

H 104 : 1887-1911, Hôpital civil de Gorée.- Répartition d'un nouvel immeuble. 12 janvier - 7 septembre 1887-1888.- Admission des malades. - Personnel. 3 janvier - 17 août 1898.- Commande de matériel.

H 105 : 1888-1904, Hôpital civil de St-Louis : Personnel. 14 avril - 3 août 1888-1897.Lazaret de Dakar. 17 décembre - 23 mars 1888-1904. Léproserie de Sor. Décembre - juin 1903-04. Assainissement de Bakel. Février - mars 1904.

H 110 : 1904-1909, Hôpital Civil de Gorée : Mouvement des malades. Janvier 1904-1905. Hôpital Civil de Gorée : Mouvement des malades. Hôpital Civil de St-Louis : Admission des malades. 9 novembre - 23 février. 1904-1909.

H 127 : 1886-90, Pharmacies- Autorisation d'ouverture. 9 fév - 1er mai 1886-1890.- P.V de la commission chargée de l'inspection 23 janvier - 1er octobre 1890.- Rapport des visites. 19 février 1890.Médecine - Autorisation de faire des accouchements à Mme Bourrousse. Février 1890.

H 128 : 1886-1902, Arrêté concernant l'exercice de la fonction de médecin et de pharmacien dans la colonie. 22 mars – 15 juin. 1890-1891. Régime sanitaire : Arrêté relatif au nombre et à la composition des commissions sanitaires et conseils d'hygiène. 31 mars 1897. FIÈVRE JAUNE - Mesures sanitaires. 1900-1901.- Nomination des membres du comité d'hygiène. 11 octobre - 3 juin 1900-1901.- P.V. des séances du conseil d'hygiène. 16 janvier - 12 juin 1901. VARIOLE - Cas à Ndar Toute. 26 novembre - 2 janvier 1901-1902.

H 128 : 1897-99, Médecine - Demandes de renseignements sur l'exercice de la profession de Sage-femme. 2 août - 30 septembre 1897-98. Pharmacie- Demandes d'ouverture. 20 janvier - 10 septembre.- Rapports d'inspection. 14 mai - 25 avril 1897-1899.

H 129 : 1898-13, Mission sanitaire : Rapport d'ensemble. Résumé et conclusions 1898-1903.Pharmacie : Rapports d'inspection de la commission. 1900-1902-1903. Médecine et Pharmacie : Régime sanitaire 1901-1913.

H 132 : 1863-1906, Assistance publique : Hospice de St-Louis - État des dépenses en médicaments. 13 juillet - 1er février.1863-77 ; Demandes. 1er juillet - 6 juin 1875-77. - Inventaires du matériel et du mobilier. 6 juin - 7 décembre. 1866-1877. Affaire des Docteurs Breffeil et Laurent. 4 décembre - 22 janvier 1905-06.

H 133 : 1870-1904, Assistance publique. Mai - octobre 1870-1904.

H 134 : 1870-1920, Assistance publique. 7 mars - 20 novembre 1870-77.

Soins gratuits et médicaments aux agents de police à Dakar. Janvier - février 1910. Lazaret du Cap-Manuel. 10 août - 8 septembre 1918. Hygiène. Février - août 1918-20. Dispensaire à Pire. Septembre - décembre 1919.

H 135 : 1872-77, Assistance publique. - Hôpital de Gorée : traitement des indigents et des condamnés noirs. Février 1872-1876 ; régime alimentaire de l'infirmerie. 22 mars - 1er avril 1873. - Hôpital de St-Louis : Régime alimentaire 17 nov - 5 juillet 1874-76 ; admission des malades 19 mars - 26 juillet. 1874-77.

H 136 : 1878-1899, Assistance publique. 19 sept - 24 sept 1878-1899.

H 137 : 1888-1911, Assistance publique.- Agissements du régisseur de la prison de Dakar sur les malades. Août - novembre 1888-1889.- Rapatriements. 24 mai - 20 septembre 1902.- Affaire de M. Govin. Décédé. 23 nov - 8 janvier 1910-1911. - Demandes de secours. 16 juin - 17 novembre 1911.

H 138 : 1889-1905, Assistance publique. - État des propositions de gratification du personnel de l'hôpital civil pour le nouvel an. Janvier 1903. - Correspondance du Secrétaire général du gouvernement. 11 juin - 8 juillet 1903-05.

H 139 : 1890-1901, Assistance publique. - Rapports : Lazaret de Dakar. 18 mars - 31 mai 1890-1891 : Directeur de Santé sur sa tournée d'inspection du service sanitaire. 12 avril 1890 ; Conseil général sur la création de bureaux de bienfaisance dans la colonie. Participation des communes aux dépenses des hospices. Subvention allouée à la municipalité de Rufisque. Novembre 1890 ; Malades mentaux de l'hospice de St-Louis. Décembre 1890 ; Visite des pharmacies 12 mars - 28 nov 1893. - Organisation d'un corps de santé spécial aux colonies et aux pays de protectorat. Modification du décret du 7-1-1890. - Construction d'une baraque destinée à la désinfection des courriers : imputation des dépenses. 17 avril - 30 janv 1890-1891. - Création d'une association de secours matériels. 5 mai - 10 mai 1892 ; d'hôpital colonial à Vichy. 18 janv 1894. - Installation de l'hôpital civil de Gorée dans un nouveau local.

H 140 : 1894-98, Assistance publique. - Correspondance échangée entre le Directeur de l'Intérieur et celui de la santé. 11 janvier - 19 septembre 1894. - Transfert de l'hôpital civil de Gorée à Dakar. 13 mars - 22 mars 1894-1895. - Demandes de médicaments pour l'hôpital civil de Dakar. 26 juin - 29 avril 1894-97 - Admission des malades mentaux à l'hôpital civil. 27 janv - 23 déc 1896-98.

H 142 : 1900-12, Assistance publique. 15 juin - 30 décembre 1900-12.

H 180 : 1889-1905, Personnel des services sanitaires.

H 182 : Personnel de la santé (1915-1918).

H 189 : 1912-32, Projet de réorganisation des services d'hygiène publique d'assistance médicale. 12 décembre - 19 janvier. 1912-1932. Création d'un comité local de l'Œuvre de Berceau africain". 13 septembre-28 septembre 1926. Création d'une commission sanitaire à St-Louis. 11 décembre - 31 décembre 1926. Règlements sur la police sanitaire. 17 décembre - 3 mai 1928-32.

H 196. 1925-34, PESTE Sénégal. 28 février - 1er août 1925-31. Création d'un asile d'aliénés en A.O.F. Août 1926. Règlements sur l'hygiène de l'alimentation. 23 novembre - 2 mars 1928-29. Mesures sanitaires - PESTE. 29 novembre - 27 mai 1929-34. - LEPRE. Mai 1930.- MALADIES VÉNÉRIENNES. Mai 1930. FIÈVRE JAUNE À DIOURBEL- Mesures sanitaires. Février - mai 1930 .Distribution de quinine. 1er Juin-17 novembre 1932.

H 207 : Personnel de la santé (1920-1928).

H 211 : Services sanitaires (1917-1937).

H 212 : Services sanitaires – Saint-Louis (1961-1964).

H 189 : Création d'un comité local de l'œuvre de « *Berceau africain* », 13 septembre-28 septembre 1926.

H 214 : Mémoire des activités de la Croix-Rouge Française (Comité de Dakar 1951). Renseignements sur les jeunes filles poursuivant des études d'assistance sociale en France (1956).

H 222 : 1927-1931, Dossiers individuels de demande d'assistance publique.

H 223 : 1949-1952, Subventions accordées aux organisations caritatives catholiques et musulmanes du Sénégal : rapports, correspondances, listes des attributaires.

H 230 : 1935-1936, Demandes individuelles de secours : correspondances, enquêtes sociales, rapports de moralité de la police.

H 231 : 1936, Demandes individuelles de secours, correspondances, enquêtes sociales, rapports de moralité de la police.

H 258 : Assistance publique : Croix-Rouge française : Statuts et règlements intérieurs : comité local de Saint-Louis, correspondances et notes, 1901-1952.

H : 283 Assistance publique : institution à Saint-Louis d'un Comité chargé de coordonner l'action des œuvres privées d'assistance sociale : circulaire du Ministre des Colonies Louis Rollin sur la protection maternelle et infantile, 1935-1936.

**B) INSTITUT DE MEDCINE TROPICALE DU SERVICE DE SANTE DES ARMEES (LE PHARO), MARSEILLE, REPUBLIQUE FRANCAISE**

Dossier 277 : Tuberculose, situation dans les TOM. Lutte antituberculeuse au Sénégal et à Dakar.

Dossier 270 : Tuberculose. Documentation.

Dossier 81 : Lutte contre la tuberculose et la syphilis.

Dossier 351 : Assistantes sociales.

Dossier 291 : CIE, Cours de pathologie tropicale infantile.

Dossier 290 : CIE, Organisation et programmes d'enseignement.

Dossier 301 : Protection Maternelle et Infantile.

Dossier 415 : Protection Maternelle et Infantile.

Dossier 425 : Maladies Sexuellement Transmissibles.

Dossier 312 : Santé publique et nutrition. Rapport Santé Publique et nutrition en Afrique au Sud du Sahara.

**C) CENTRE DES ARCHIVES DIPLOMATIQUES DE NANTES MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE**

*1) Fonds AOF Ancien*

Carton 120 : Affaires sociales et Code du travail (1950-1953).

Carton 174 : Démographie (1946-1950).

Carton 195 : Politique indigène et coloniale.

Carton 239 : 1<sup>er</sup> Plan Quadriennal AOF.

Carton 269 : Plan Quadriennal AOF (1953-1957).

Carton 302 : Recensement.

Carton 402 : Protection de l'enfance.

Carton 403 : Enfance délinquante.

2) *Fonds AOF Dakar*

Carton 143 : Recensement démographique du Sénégal.

Carton 148 : 3<sup>e</sup> Plan Quadriennal 1958-1962.

Carton 259 : Enquête sur le budget moyen d'une famille africaine.

Carton 721 : FISE (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) 1964-1973.

Carton 784 : Journées Médicales de Dakar 1965-1969.

Carton 785 : Journées Médicales de Dakar 1975-1985.

Carton 809 : Réunion sur les maladies tropicales 1978.

3) *Fonds Dakar*

Carton 312 DE 1.10 : Réflexion à propos du futur Code sénégalais de la femme en tant qu'émancipation de la femme.

Carton 324 DE 7.1 : Recensement démographique de Dakar 1955

Carton 324 DE 8.3 : Salaires Sénégal.

Carton 516 AR 5.2.1 : OCCGE.

Carton 641 I.9 : Code de la Famille.

Carton 677 : Population sénégalaise. Recensement. Femmes.

Carton 678 : Santé. Journées Médicales.

Carton 683 : Action sociale.

**D) CENTRE DES ARCHIVES OUTRE-MER (Aix-en-Provence)**

*Archives du Sénégal*

Sénégal XI : 30 à 35

Sénégal XI : 49 à 51

*Ecole de Médecine de l'AOF*

2G 21. 23 : Ecole de Médecine de Dakar, Rapport sur le fonctionnement depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1919. Dakar, 25 décembre 1921.

2G 30. 58 : Ecole de Médecine de Dakar.

2G 32. 36 : Ecole de Médecine de Dakar.

2G 34. 17 : Ecole de Médecine de Dakar.

2G 40. 27 : Ecole de Médecine de Dakar

*Fonds ministériels*

Papiers d'agents, 28 pa, carton 7, dossier 167.

### **E) TEXTES REGLEMENTAIRES (Décrets, Arrêtés et Décisions)**

**Circulaire n° 26** au sujet de l'hospitalisation des indigènes (JOS, 1916, 793 : 153).

**Arrêté** ajoutant la poliomyélite antérieure aiguë ou paralysie infantile à la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire aux colonies (BO, 1917 : 505 ; JOS, 1917, 873 : 689).

**Arrêté** réorganisant le cadre du personnel des médecins de l'Assistance médicale de l'AOF (JOAOF, 1917 : 589).

**Décret** instituant une École de médecine en AOF (arrêté de promulgation du 1-2-1918) (JOS, 1918, 912 : 351).

**Arrêté** complétant l'article 9 de l'arrêté du 20-10-1917, réorganisant le cadre du personnel des médecins de l'Assistance médicale de l'AOF (JOS, 1918, 924 : 609).

**Décision** accordant à Mme Élisabeth-Létitia Goddant l'autorisation d'exercer la profession de sage-femme à Dakar (BAS, 1902, 5 : 89).

**Décret** portant création d'un corps d'infirmières coloniales et de sages-femmes coloniales (arrêté de promulgation n° 1049-AP du 28-3-1938) (JOS, 1938, 1965 : 354).

**Arrêté n° 955 portant** réglementation des mesures d'ordre spécial, temporaire et défensif destinées à prévenir ou à faire cesser les épidémies de typhus amaril en AOF (JOS, 1938, 1963 : 281).

**Arrêté n° 1124** fixant les conditions d'application en AOF du décret du créant un corps d'infirmières coloniales et de sages-femmes coloniales (JOS, 1938, 1966 : 379).

**Arrêté n° 1571** portant réglementation générale dans toutes les colonies de la Fédération et de la circonscription de Dakar des cessions remboursables à l'occasion des consultations externes, données dans les établissements hospitaliers (JOAOF, 1938, 1776 : 657).

**9-2-1939 - Arrêté ministériel modifiant celui du 4-3-1938** (inséré au JOS, 1938, : 465), nomination des infirmières et sages-femmes coloniales (JOAOF, 1939, 1821 : 353).

**Arrêté n° 525** réglementant l'exercice de la pharmacie en AOF (JOS, 1939, 2013 : 205).

**Arrêté n° 381** instituant des dispositions transitoires exceptionnelles pour l'intégration des infirmiers auxiliaires dans le cadre des infirmiers de la circonscription de Dakar (JOAOF, 1939, 1424 : 438).

**Arrêté n° 662** réorganisant le cadre du personnel des médecins de l'Assistance médicale indigène de l'AOF (JOS, 1939, 2013 : 201).

**Arrêté ministériel** modifiant l'article 4 de l'arrêté du 4-3-1938 au sujet de la nomination des infirmières et sages-femmes à domicile (JOAOF, 1939, 1821 : 353).

**Arrêté ministériel** rendant la vaccination anti-amarile obligatoire pour toute la population, européenne et indigène de l'AOF (arrêté de promulgation n° 1088 du 20-3-1942) (JO, 1942, 2152 : 223).

**Arrêté ministériel** qui rend la vaccination anti-amarile obligatoire pour toute la population civile, européenne et indigène de l'AOF, annulé par la loi du 30-10-1946, article 10 (JOAOF, 1942, 1991 : 323-6-1944 - Arrêté ministériel (affaires sociales) relatif à la création à Dakar à titre temporaire, d'une École d'infirmières sanitaires coloniales (arrêté de promulgation n° 3417-AP du 18-12-1944) (JOS, 1945, 2331 : 923).

**Décision n° 3870** autorisant Mme Quadrelli née Fontaine Adrienne, sage-femme diplômée à exercer sa profession à Dakar (JOS, 1947, 2501 : 735).

**Décret n° 48-82** réglementant les obligations professionnelles des médecins, pharmaciens et sages-femmes diplômés de l'École africaine de médecine et de pharmacie de Dakar (JOAOF, 1948, 2335 : 129).

**Arrêté n° 2206** autorisant Mme Michel, née Paulette Francine Bonnet sage-femme diplômée à exercer sa profession à Dakar, 13 rue Kléber (JOS, 1949, 2588 : 323).

**Arrêté n° 1015** autorisant Mme Boye née Jeanne Hélène Dellez, sage-femme diplômée à exercer sa profession à Dakar, villa Point E, groupe SOGRETA (JOS, 1950, 2628 : 154).

**Arrêté n° 173** autorisant Mme Arnet Thiéba à exercer la profession de sage-femme à Dakar (JOS, 1951, 2676 : 39).

**Décision n° 1088** autorisant d'exercer la profession d'infirmière à Mme Schoegel Adèle à Dakar (JOS, 1952, 2743 : 193).

**Arrêté n° 1241** autorisant Mme Sainte-Rose Josèphe à s'installer comme infirmière à Dakar (JOS, 1952, 2745 : 232).

**Arrêté n° 3461** relatif à la protection de la santé publique (JOS, 1953, 2818 : 493).

**JO AOF N° 201 Du 5/11/1904**, décisions en date du 30/10/1904, madame Stouff, lingère à l'école faidherbe nommée infirmière à l'hospice civil de Gorée, Mme Durant idem, Madame Bentejac infirmière comptable à l'Hospice civil de Gorée.

**JO.AOF n° 216 du 16/2/1905**, arrêté créant le Service d'Assistance médicale indigène dont le but est de procurer gratuitement aux populations indigènes des soins médicaux et des conseils d'hygiène générale. Ce service est assuré par des médecins des troupes coloniales hors cadre ou des médecins civils recrutés en France par engagement individuel. Ils doivent être français ou naturalisés et munie d'un diplôme français de docteur en Médecine.

**Arrêté no 2112 du 31 décembre 1912** portant constitution d'un cadre local permanent d'infirmiers et d'infirmières au Sénégal. République du Sénégal- Ministère de la Santé Publique.

**Arrêté no 2253 du 8 septembre 1926** du Service de Santé des Colonies portant création au Sénégal d'un Cadre Local Permanent d'infirmières visiteuses. République française- Haut Commissariat en Afrique Occidentale Française.

**Instruction du 15 février 1926** relative à l'orientation et au développement des services d'Assistance médicale indigène. J.O. Août 1926. République française. Gouverneur Général. – A.O.F.

**Arrêté no 2924/Santé/P du 23 juin 1944** de la Direction Générale de la Santé Publique de l'A.O.F portant création à Dakar d'une École d'infirmières Sanitaires Coloniales. République française- Haut-Commissariat en Afrique Occidentale Française.

## **2. PÉRIODIQUES**

*Afrique médicale.*

*Annales coloniales (Paris, France).*

*Annales de démographie historique. (Paris).*

*Annales d'hygiène et de médecine coloniales.*

*Annales d'hygiène publique et de médecine légale.*

*Annales de l'Institut Pasteur (Paris, France) (1887-1971).*

*Annales maritimes et coloniales.*

*Annales de médecine et de pharmacie coloniales (Paris, France).*

*Annales de parasitologie humaine et comparée (Paris). (1923...).*

*Annuaire et mémoires du Comité d'études historiques et scientifiques de l'A.O.F. (Gorée, Sénégal).*

*Archives françaises de pédiatrie.*

*Archives générales de médecine (Paris, France).*

*Archives de l'Institut prophylactique.*

*Archives de médecine et pharmacie militaires (Paris) (1883-1935).*

*Archives de médecine et de pharmacie navales (Paris, France).*

*Archives de médecine navale et coloniale (Paris) in-8. (1864-1910).*

*Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris, France).*

*Bulletin de l'Académie nationale de Médecine (Paris).*

*Bulletin du Comité de l'Afrique française (Paris).*

*Bulletin du comité d'études historiques et scientifiques de l'A.O.F.*

*Bulletin de l'enseignement de l'Afrique Occidentale Française (Dakar, Sénégal)*

*Bulletin de géographie historique et descriptive.*

*Bulletin d'information de l'Afrique Occidentale Française.*

*Bulletin d'information et de renseignements de l'Afrique Occidentale Française. AOF, Gouvernement Général (Dakar, Sénégal) (1934...).*

*Bulletin de l'Institut Français d'Afrique Noire (Dakar).*

*Bulletin de l'institut national d'hygiène (Paris) in-8. (1946-1964).*

*Bulletin médical de l'Afrique Occidentale Française.*

*Bulletins et mémoires de l'École nationale de médecine et de pharmacie de Dakar. Université de Dakar (Paris : Arnette) (1957-1959).*

*Bulletins et mémoires de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dakar. IHE. (Dakar, Sénégal) (1952-1956).*

*Bulletins et mémoires de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Dakar.*

*Bulletins et mémoires de la société médicale des hôpitaux de Paris.*

*Bulletin mensuel du service général autonome de la maladie du sommeil en A.O.F. et au Togo.*

*Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique (Paris, France).*

*Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé (Genève, Suisse) (1947...).*

*Bulletin des sciences pharmacologiques (Paris) (1899-1942).*

*Bulletin de la société d'anthropologie de Paris (Paris).*  
*Bulletin de la Société de Géographie (Paris, France) .*  
*Bulletin de la société médicale d'Afrique noire de langue française. Faculté de Médecine (Dakar-Fann, Sénégal).*  
*Bulletin de la Société médico-chirurgicale française de l'Ouest africain.*  
*Bulletin de la Société de médecine pratique.*  
*Bulletin de la société de pathologie exotique .*  
*Bulletin de la société scientifique et d'hygiène alimentaire et d'alimentation rationnelle de l'homme.*  
*Cahiers coloniaux de l'institut colonial de Marseille (Marseille, France).*  
*Cahiers d'études africaines.*  
*Cahiers médicaux de l'Union française.*  
*Cahiers de l'ORSTOM, série sciences humaines (Bondy, France).*  
*Chroniques d'Outre-Mer.*  
*Comptes rendus de l'Académie des Sciences coloniales (Paris, France).*  
*Le courrier médical (Paris).*  
*L'Ethnographie. (Société d'ethnographie, Paris).*  
*Etudes sénégalaises.*  
*La gazette médicale de Paris.*  
*Gazette médicale de France. (Paris 1928-1983).*  
*Gynécologie et obstétrique (Paris 1920-1971).*  
*L'hygiène sociale.*  
*Journal des connaissances médico-chirurgicales.*  
*Journal of the national malaria society (Columbia, USA).*  
*Journal officiel de l'Afrique Occidentale Française (Dakar, Sénégal). (1905-1959).*  
*Journal officiel du Sénégal (Dakar, Sénégal). ex : Moniteur du Sénégal et dépendances (1856-1859).*  
*Feuille officielle du Sénégal et dépendances (1860-1864).*  
*Moniteur du Sénégal et dépendances. Journal officiel (1864-87).*  
*Journal officiel du Sénégal et dépendances (1888-95) (1901-05).*  
*Journal officiel de l'Afrique Occidentale Française (1895-1900).*

*ad* : J.O. Rép. Sénégal (1959...).  
*Journal of tropical medicine* (London, England) in-4. (1898).  
*Journal of tropical medicine and hygiene* (London, England).  
*Medical history*.  
*Médecine tropicale*. Revue du service de santé des troupes de marine.  
*Mémoires de l'académie de chirurgie* (Paris : Masson) (1936...)  
*ex* : Bull. Mém. Soc. nat. Chir. (1924-1935).  
*Mémoires de l'Académie de Médecine* (Paris, France).  
*Moniteur du Sénégal et dépendances. Journal officiel* (Dakar 1864-1887).  
*Nouvelles annales de la marine et des colonies* (Paris, France) in-8.(1848-1864).  
*Statistiques épidémiologiques et démographiques annuelles* (OMS Genève).  
*Outre-Mer, revue générale de colonisation*. (Paris).  
*Paris médical. La semaine du clinicien*. (Paris, France) (1910-1951).  
*Population. Revue de l'institut national d'études démographiques* (Paris, INED).  
*La presse médicale*. (Paris).  
*Progrès médical* (Paris, France) in-4. (1873...).  
*Revue d'anthropologie* (Paris, France) (1872-1889).  
*Revue coloniale* (Paris, France) in-8. (1843-1858).  
*Revue coloniale de médecine et chirurgie* (Paris). (1929-1955).  
*Revue des corps de santé des armées, terre, mer, air, et du Corps vétérinaire* (Paris, France).  
*Revue des deux mondes*. (Paris).  
*Revue d'histoire de la pharmacie*.  
*Revue d'hygiène. Organe officiel de la Société de médecine publique et de génie sanitaire* (Paris, France)  
*Revue internationale du trachome*.  
*Revue maritime (et coloniale)*. (Paris, France).  
*Revue de médecine et d'hygiène tropicales* (Paris, France).  
*Revue de médecine navale*.  
*Revue médicale et scientifique de l'Afrique Noire et de l'Union française*  
*Revue du paludisme et de médecine tropicale* (Paris, France) (1939-1953).

*Revue scientifique (de la France et de l'étranger). (Revue rose). (Paris, France).*

*Revue scientifique et administrative des médecins des armées de terre et de mer.*

*Revue des troupes coloniales (Paris, France) in-8. (1902...).*

*Revue des troupes de marine, au service de l'outre-mer. Ministère des armées.*

*Semaine des hôpitaux de Paris.*

### III REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

#### a) Sources primaires

ABBATUCCI S : 1931 "La maternité en Afrique noire". *Outre-Mer*, 3, 4 : 420-435.

1932 *Rev. Hyg. Méd. prévent.*, 54, 2 : 95.

ABLART, 1883, "Dysenterie parasitaire". *Arch. Med. nav.*, 40 : 450-454.

ACCT, *Plan d'action francophone pour la survie, la protection et le développement de l'enfant (1994 – 2003)*, Dakar 1993.

ADAM P. et HERZLICH C 1994, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, 128 p.

ADAM M. 1929, "Le paludisme à la consultation des nourrissons indigènes de Dakar". *Bull. Soc. Path. exot.*,

AFFRE M. 1924 "Le paludisme dans les suites de couches". *Bull. Soc. Path. exot.*,

AFFRE M. 1925, "Sur la possibilité d'utiliser au Sénégal le lait d'ânesse dans l'alimentation des nourrissons malades". *Bull. Soc. Path. exot.*, 28, 6 : 507-509.

AGETIP 1994, *Etude de base préparatoire du Programme de Nutrition Communautaire*

(PNC). Document de synthèse.

AKRE J, 1989 *L'alimentation infantile : bases physiques*. Supplément au Volume 67, *Bulletin OMS*.

ANONYME [chronique : documentaire] 1936, "Protection de la maternité et de l'enfance indigènes dans les colonies françaises en 1934". *Ann. Méd. Pharm. colon.*, 34 : 89-133.

ANONYME [chronique documentaire] 1937, "Protection de la maternité et de l'enfance indigènes dans les colonies françaises en 1935". *Ann. Méd. Pharm. colon.*, 35 : 504-564.

ANONYME [chronique documentaire] 1940, « Protection de la maternité et de l'enfance indigènes dans les colonies françaises en 1938 ». *Ann. Méd. Pharm. colon*, 38, 1 : 46-94.

ANONYME 1960, "Le centre de santé de Khombole". (123-128) Journées africaines de pédiatrie. (Dakar, avril 1960). Paris : CIE. (Centre de pédiatrie sociale. Université de Dakar/CIE).

ANONYME 1941 « Renseignements épidémiologiques », *Méd. Tropicale* No 6.

ANTOINE Ph et PD Diouf 1988 « Un exemple de mesure des différentiels de mortalité en milieu urbain : Pikine », Communication au congrès de l'AIDELF Montréal, Juin 1988

ANTOINE Ph et PD Diouf; 1987 « Urbanisation, scolarisation et mortalité des enfants », Communication au séminaire "Mortalité et société en Afrique sub saharienne" 19-23 Octobre 1987 - Yaoundé, 27p multigr.

ARON J P 1991 « Biologie et alimentation au XVIII siècle et au milieu du XIXe siècle », *Annales* N°3, mai - juin 1961, *Enquêtes ouvertes*, Bulletin N°1 pp 971 976.

ARMENGAUD M, LOUVAIN M, FRAMENT V, I. DIOP MAR, « La mort dans la rougeole en pays tropical », *B.S.M.A.N.L.F*, Vol. VII, 1<sup>er</sup> trimestre 1962, pp.197 220.

ARMENGAUD M, LOUVAIN M, I. DIOP MAR « Etude portant sur 448 cas de

paludisme chez l'Africain de la région dakaroise », *Bulletin de la Société Médicale d'Afrique Noire de Langue Française*, Vol. VII, 2<sup>e</sup> trimestre 1962.

ARQUIE E, « Les données actuelles du traitement de la syphilis », *Médecine Tropicale* No 1, 1945.

AUBRY M<sup>me</sup> L. 1958, « Rôle de l'hygiène scolaire. Sa place dans la protection de l'enfance ». *Bull. méd. AOF*, (n.s.), 3 : 37-40 (n<sup>o</sup> sp. : Colloque sur la PMI en AOF 29 oct. 1957).

AUBRY L. 1960, « L'éducation de la femme africaine ». (100-104), *Journées africaines de pédiatrie*, (Dakar, avril 1960). Paris : CIE.

AUBRY L 1949, « Alimentation, nutrition et santé dans la première enfance (0 – 7 ans) à Saint-Louis (Sénégal) en 1947 » Communication à la conférence inter africaine pour l'alimentation et la nutrition (CIAN) de Dschang (Cameroun) du 3 au 9 octobre 1949.

AUFRET C et Tanguy F 1949, Dépistage des états de carences ou subcarence chez les Africains de la région de Dakar Vitamine C dans le lait des femmes africaines de Dakar Note 30 Communication à la CIAN de Dschang.

AUFFRET C. & TANGUY F. 1950 « Note sur la teneur en protides et lipides du foie chez quelques enfants atteints de Kwashiorkor ». *Bul. méd. AOF*, 7, 1 : 43 46.

AUGE M 1986, « L'anthropologie de la maladie », *L'Homme* 99-98, janv-juin 1986, XXVI (I-2), pp. 81-90.

AUGE M 1984, « introduction », in AUGÉ M, HERZLICH C., *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Archives Contemporaines, pp.9-31.

AUGE M 1977, *Pouvoirs de vie, pouvoirs de mort. Introduction à une anthropologie de la répression*, Paris, Flammarion.

AUGE M et HERZLICH C 1984, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Archives Contemporaines.

AUGE M 1984, « Ordre biologique, ordre social ; la maladie, forme élémentaire

de l'événement », in AUGÉ M, HERZLICH C, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* ; Ed. Archives Contemporaines, pp 35-91.

ARETAS R.-E. 1959 "Effet d'une supplémentation protidique contrôlée sur une population infantile". *Bull. Soc. méd. Afr. N. Lang. fr.*, 4, 4 : 400-405.

AZOULAY G, Dillon J-C 1993, *La sécurité alimentaire en Afrique*, ACCT – Karthala,

BA T.L 1995, *Etat nutritionnel des femmes enceintes, statut en fer et répercussions chez le nouveau-né*, Thèse Pharmacie UCAD.

BADO J P 1997, "La santé et la politique en AOF et à l'heure des indépendances (1939-1960)" in *AOF : réalités et héritages Sociétés ouest africaines et ordre colonial, 1895-1960*, pp 1243-1259, sd Becker C, Mbaye S, Thioub I, D.A.S. Dakar.

BADO J P (éd) 2006, *Les conquêtes de la médecine moderne en Afrique*. Karthala

BARGY Dr., « L'Atoxyl dans le traitement de la syphilis en AOF », *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*.

BARROUX P 1954 "La gynécologie en milieu africain à Dakar". *Essor méd. soc. Union fr.*, 6 : 9-17.

BATRHELEMY P, *Femmes africaines, et diplômées : une élite auxiliaire à l'époque coloniale : sages-femmes et institutrices en Afrique Occidentale Française ( 1918-1957)*, Thèse de doctorat d'histoire, Université de Paris 7- Denis Diderot, 2004, 946 p.

BAUDET Henri 1936, *Extension actuelle de la syphilis dans les pays de nouvelle civilisation*, Paris : A. Legrand.

BAUJEAN Dr., 1921 "Dysenterie balantidienne à 'Balantidium coli' observée à Dakar". *Bull. Soc. méd. chir. fr. Ouest afr.*, 14 : 52-54.

BAYLET R.J., 1959 "Note sur la lambliaose à Dakar". *Bull. Soc. méd. Afr. N. Lang. fr.*, 4, 3 : 346-348.

BAYLET R 1969 *Note sur l'incidence et la prévalence de la rougeole en Afrique de l'Ouest Dakar*.

BAYLET R, Benyoussef A, Cantrelle P 1972 "Recherches sur la morbidité et la

mortalité différentielles urbaines - rurales au Sénégal" in *La croissance urbaine en Afrique noire et à Madagascar* Paris, Tome 1 pp 317-337.

BAYLET R, « Incidences des tréponématoses sur les avortements et la stérilité de la femme voltaïque », *Bulletin Médical de l'AOF* 1952, T IX Fasc.1.

BEAUDIMENT R., 1938, "La protection de la maternité et de l'enfance dans les colonies françaises en 1936". *Ann. Méd. Pharm. colon.*, 36 : 148-240.

BEAUDIMENT R, Chronique documentaire, « Protection de la maternité et de l'enfance indigènes dans les colonies françaises en 1935 », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, avril mai - juin 1937, Tome XXXV-33.

BECKER C, COLLIGNON R, « Epidémies et Médecine coloniale en Afrique de l'Ouest » in *Cahier Santé*, 1998, pp. 411-416.

BECKER C, 1997, « Tempo d'une épidémie sur quarante ans en Afrique Occidentale : la rougeole » in *AOF : réalités et héritages*, Dakar, DAS.

BECKER C, MBAYE S, THIOUB I 1997 sd, *AOF : réalités et héritages Sociétés ouest africaines et ordre colonial, 1895-1960*, D.A.S. Dakar.

BEEP/SANAS 1985, *Enquête sur l'alimentation, l'état nutritionnel et sanitaire des populations de la Basse Casamance*.

BENEFICE E, *Dimensions de la malnutrition au Sénégal*, Dakar ORANA 1983.

BERGERET C 1948, "Un syndrome de dénutrition maligne de l'enfant noir. Le « kwashiorkor »". *Bull. méd. AOF*, 5, 2 : 257-269.

BERGERET C 1951 " Le « kwashiorkor » un syndrome de l'enfant dans la zone intertropicale". *Sem. Hôp.*, 27<sup>e</sup> année, 47 : 2036-2041.

BERGERET C, « Notes sur les formes cérébrales du paludisme de l'enfant », *Bul Méd. AOF*, Tome V, Fasc. 2 1948, pp 281-283.

BERGERET C, ROUSTAING M 1946, « Note sur la tuberculose pulmonaire à Dakar », *Bulletin Médical de l'AOF*, Tome III, Fascicule 2.

BERGERET C.1946, "Les convulsions infantiles en milieu indigène". *Bull. méd. AOF*, 3, 2 : 253-256.

- BERGOUNIOU J.L. 1951, "Malnutrition et sous-nutrition à Kaolack et Fatick (Sénégal). Nourrissons et jeunes enfants de zéro à quatre ans". *Bull. méd. AOF*, 8, 2 : 201-219.
- BERGOUNIOU J.L. 1952, "Malnutritions et sous-nutritions chez les jeunes enfants de la Presqu'île du Cap Vert (en dehors de Dakar)". *Bull. méd. AOF*, 9, 1 : 51-70
- BERGOUNIOU J.L. & RAOULT A. 1952 "Quelques aspects iconographiques du kwashiorkor". *Bull. méd. AOF*, 9, 1 : 71-79.
- BERGOUNIOU J.L., MASSEYEFF R., PEQUIGNOT G. & TREMOLIERES J. 1953 , "Le kwashiorkor et ses rapports avec la cirrhose nutritionnelle et le cancer du foie". *Sem. Hôp.*, 29, 7 : 324-334.
- BERGOUNIOU J.L. & TREMOLIERES J. 1952 "Contribution à l'étude de la dégénérescence graisseuse du foie chez le jeune enfant noir (kwashiorkor). La place de cette affection dans les cirrhoses nutritionnelles. Ses rapports avec les cirrhoses de l'adulte et le cancer primitif du foie". *Bull. Soc. Path. exot.*, 45, 1 : 113-144.
- BERGOUNIOU J.L. 1952, « Kwashiorkor et cirrhoses de l'adulte ». *Bull. Soc. Path. exot.*, 45, 2 : 242-260.
- BERGOUNIOU J.L. 1951, *AOF : problème alimentaire et nutritionnel*. Dakar, ORANA.
- BERGOUNIOU J.L. 1952, « Malnutrition et sous-nutritions observées chez les jeunes enfants de la presqu'île du Cap-Vert ». Communication de la CIAN de FAJARA (Gambie) du 19 novembre au 02 décembre 1952.
- BERGOUNIOU J.L. 1957, *L'alimentation dans la presqu'île du Cap Vert*, ORANA.
- BERNARD P.M. 1957, « Le paludisme, problème de santé publique », *Médecine Tropicale* No 2, pp.224-228.
- BERTHE M. 1954, "Histopathologie des lésions cutanées du kwashiorkor". *Malnutrition in African Mothers, Infants and Young Children*. London : HMSO.
- BEZON A. 1958, "Essai dans le Kwashiorkor d'un régime supplémenté par le sel

de calcium de l'ester choline phosphorique". *Bull. méd. AOF*, 3, 4 : 439-444.

BLANCHARD Dr. 1936, « L'Ecole de médecine de Dakar », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales* Tome 33, pp. 90-111.

BLEIBERG-DANIEL F., WADE S., BOREL E., LE MOULLAC B., GOUACHE P., BIOU D., GAUTHIER F., LEMONNIER D 1988, « The influence of Intestinal Bilharziosis (*Schistosoma Mansoni*) on serum thyroxine-binding prealbumin (TBPA) in rat ». *Nutr. Res.*, 8 : 57-64.

BLIN G. 1901, « Un accouchement au Dahomey », *AHMC*, Tome IV : 135-140.

BLEIBERG F., WADE S., LEMONNIER D. DARDENNE M., MOSSE A., LUBETZKI J., FLAVIGNY H., CHAPUIS P. and ROCHE D, Protein profile and thymic function in protein-energy malnutrition without surimposed infections: anorexia-nervosa. 1984. In : Marker Proteins in Inflammation, Vol. 2, Ed. P. ARNAUD et al., pp 461-4.

BLEIBERG-DANIEL F., WADE S., BOREL E., BIOU D., GAUTHIER F., LE MOULLAC B., GOUACHE P., LEMONNIER D. Influence de la bilharziose intestinale (*Schistosoma mansoni*) sur le taux circulant de la préalbumine chez le rat. 1986. In : "Les malnutritions dans les pays du Tiers-Monde", Ed. D.

LEMONNIER, Y.INGENBLEEK, Vol. 136, Série Coll. INSERM, pp 363-70.

BLEIBERG-DANIEL F., WADE S., LE MOULLAC B., DIAHAM B., MBOW BODIAN D 1952, "A reconsideration of the pathogenesis of poliomyelitis". *Am. J. Hyg.* 1952, 54, 414-438.

BOIRON H, SENECAI J, 1953 "Sur la fréquence des manifestations ganglionnaires chez l'enfant africain". *Bull. Mém. Ecole Méd. Dakar*, 1 : 202-203.

BOIRON H. 1958, "Considérations sur la valeur des épreuves sérologiques de la syphilis". *Bull. méd. AOF*, (n.s.), 3, 4 : 415-419.

BOIRON H., BASSET A., LINHARD J. & DAGUET G. 1959, "Etude comparée des différentes réactions sérologiques de la syphilis à Dakar". *Bull. Soc. fr. Derm. Syphil.*, 66, 4 : 466-473.

BOIRON H., CASTETS M. & PLAGNOL H. 1958, "Résultats de recherches

effectuées sur la sérologie de la syphilis et la protidémie chez les Africains de Dakar”. *Bull. Mém. Ecole Méd. Dakar*, 6 : 202-211.

BOULAY A., LHUERRE H. & MITARD L. 1928, “Sur le passage de la quinine dans le lait maternel”. *Bull. Soc. Path. exot.*, 21, 6 : 466-472.

BOURRET G. & DUFOUGERE W., 1912, “Notes sur le paludisme à Saint-Louis du Sénégal en 1910-1911”. *Ann. Hyg. Méd. colon.*, 15 : 46-55.

BOUTILLIER J.L, CANTRELLE P, CAUSSE J, LAURENT, NDOYE T, 1962 *La Moyenne Vallée du Sénégal (Etude socio-économique)*, PUF.

BOUVET C. et alii 1941, « Le trachome dans les écoles de Dakar en 1955-56. Fréquence, épidémiologie, traitement », *Médecine Tropicale* No 6.

BRANCHE Dr. 1936, « Pratiques de médecine indigène au Tchad », *AMPC*.

BOUCHE-OSOCHOWSKA M 1983, *Alimentation et nutrition du petit enfant au Sénégal. Situation actuelle et évolution en rapport avec les changements socio culturels et économiques*. Rapport de l'UNICEF/Dakar 65 pages.

BRIEND A et NDIAYE A 1983, *Malnutrition infantile : des solutions*. ORANA.

BRIEND A 1978, *Croissance périnatale de l'enfant dakarais*. ORANA.

BROCK J.F. & AUTRET M. 1952, *Le kwashiorkor en Afrique*. Rome : FAO. (Etudes de Nutrition de la FAO, n° 8).

CAMAIN R. & PIERCHON M. 1952 “Lésions pancréatiques dans le syndrome de dénutrition maligne”. *Bull. méd. AOF*, 2 : 317-320.

CANONNE J P 1978, *Rapport final de l'enquête de consommation alimentaire* ORANA, Dakar.

CANTRELLE P 1968, *Mortalité par rougeole au Sénégal* , Dakar, Orstom.

CANTRELLE P 1969, *Etude démographique dans la région du Sine Saloum (Sénégal). Etat Civil et Observation démographique, 1963-1965*. Coll Travaux et documents de l'ORSTOM, N°1 Paris ORSTOM.

CANTRELLE P 1969, « Connaissance de la rougeole par les populations africaines », *Médecin d'Afrique noire*, No spécial.

- CANTRELLE P 1969, *Mortalité de l'enfant dans la région de Khombole-Thiénaba (Sénégal) 1964-1968*, Dakar, Orstom.
- CANTRELLE P 1969, *La mortalité rurale au Sénégal. Faits et questions* ORSTOM, Paris.
- CANTRELLE P 1997, « Tempo d'une épidémie sur quarante ans en Afrique Occidentale : la rougeole », in Ch. BECKER, S. MBAYE, I. THIOUB (s.dir.), *AOF, réalités et héritages. Sociétés oust-africaines et ordre colonial, 1895-1960*. D.A.S. Dakar, pp1240-1241.
- CANTRELLE P 1968, *Enquête fécondité Sénégal Dakar*. ORSTOM.
- CANTRELLE P 1971, « Mortalité du jeune enfant en Afrique intetropicale ». *Les Cahiers de l'enfance* N° 15, Juillet - Septembre 1971, p 91-112.
- CANTRELLE P 1964 *Mortalité et morbidité par rougeole dans les pays francophones de l'Ouest africain (méthodes d'enquête et résultats Séminaire du Centre International de l'Enfance*, Paris 15-17 juin 1964) Extrait de : *Archiv Für Die Gesamte Virusforschung*, Band XVI, 1965.
- CANTRELLE P 1965, *Observation démographique répétée en milieu rural au Sénégal, méthode et premiers résultats*. Belgrade, ONU.
- CANTRELLE P 1969, "Orientation de la recherche démographique du Sénégal" in *Cahiers ORSTOM*, série Sciences humaines Vol VI, N°4, p 3-10.
- CANTRELLE P 1964, *Calcul des taux bruts de natalité et de mortalité à partir d'observation démographiques répétées dans une zone pilote*. Dakar Centre ORSTOM, 10 multigr.
- CANTRELLE P, Diagne M, Raynaud N, Vignac B, 1969 « Mortalité de l'enfant dans la région de Khombole - Thénaba (Sénégal) 1964/1968 (Etudes de facteurs de mortalité) ». Paris, *Cahiers ORSTOM* Série Sc. Hum Vol VI, N°4.
- CANTRELLE P 1959, *L'alimentation de la population sédentaire*. MISOES.
- CANTRELLE P, Leridon H Livenais P 1980, « Fécondité ; allaitement et mortalité infantile : différences inter-éthniques dans une même région : Saloum (Sénégal) ». *Population* N°3, Mai-juin 1980, p 623-647.

CANTRELLE P 1964, *L'Etat Civil et les autres sources de renseignements sur l'évolution démographique au Sénégal*. (Rapport de fin de mission Nations Unies), Dakar, mai 1964 multigr.

CANTRELLE P 1968, «Mortalité par rougeole dans la région du Sine Saloum (1963 - 1965) », *L'enfant en milieu tropical*, N°52, p 37-40.

CANTRELLE P 1969, *Mortalité périnatale et infantile au Sénégal*, UIESP, Conférence générale Londres Sept 1969.

CANTRELLE P, RAYBAUD M, Villod M.T et Diagne M.A 1967, "Procédé pour obtenir des taux de mortalité de l'enfance dans les pays ne disposant pas d'un système complet d'Etat – civil, *L'Enfant en milieu tropical* N°37, p 19-29.

CANTRELLE P, Rey M 1967, *Campagne de vaccination contre la rougeole en milieu urbain Association avec la vaccination antivariolique Pikine, 8 juin - 6 juillet 1967*. Rapport préliminaire, Dakar, 9 p multigr.

CANTRELLE P, SATGE P, VERRIERE L 1964, « Données démographiques relatives au groupe d'âge 0-15 ans à Dakar ». Colloque *sur les conditions de vie de l'enfant africain en milieu urbain*. Dakar 15-22 déc 1964. Dakar, Institut de pédiatrie sociale 11p multigr.

CANTRELLE P, *Sources de données sur la natalité et la mortalité au Sénégal*. slnd

CANTRELLE P, 1972, « Recherche sur la morbidité et la mortalité différentielle urbaine-rurales au Sénégal », *La croissance urbaine en Afrique noire et à Madagascar* Tome 1, CNRS, Paris.

CAMAIN R., DESCHIENS R. & SENECAI J. 1955, "Documents histopathologiques sur un cas de strongyloïdose intestinale humaine". *Bull. Soc. Path. exot.*, 48, 1 : 51-56.

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

CASTETS Monique 1958, "La sérologie de la syphilis chez les Africains de Dakar". *Bull. méd. AOF*, (n.s.), 3, 4: 381-398.

CASTETS Monique 1958, *Sérologie de la syphilis et protidémie chez les Africains de Dakar*.

Paris : Libr. Arnette (Travail du labo. de bactériologie de l'École de Médecine de Dakar et du labo. de chimie de l'Institut Pasteur de l'AOF).

CAZANOVE Dr. 1930, "Considérations sur les évaluations vénériennes et les procédés de la lutte anti-vénérienne aux colonies". *Rev. Méd. Hyg. trop*, 22, 2 : 49-58.

CAZANOVE Dr 1933, "Les enseignements de deux années de lutte antisyphilitique au Port de Dakar". *Arch. Inst. Prophyl.*, 5, 1 : 32-42.

CAZANOVE Dr 1936 "L'alimentation des indigènes en Afrique occidentale française". *Afr. fr.*, 46, 5 : 288-293 ; 6 : 339-342 ; 7 : 383-387.

CAZANOVE J.L.F 1936 "La question du lait dans les colonies africaines". *Africa*, 9 : 227-236.

CHAMBAS G 1991, « Politique d'éducation et de santé face à l'ajustement : le cas du Sénégal ». Communication au Colloque *Etat et Société au Sénégal : crises et dynamiques sociales*, Bordeaux.

CHAPUIS Y. et alii 1967, « Pathologie du sevrage », Les premières journées médicales d'Afrique noire d'expression française, *Médecine d'Afrique noire*. CHARBIT Y, NDIAYE S 1994, *La population du Sénégal*. Paris, DPS/CEPAA,

CHARMOT G., CAUSSAIN J. & LE HENAND F. 1951, "Note préliminaire sur le traitement des toxicoses du nourrisson par la cortisone". *Bull. méd. AOF*, 8, 2 : 255-260.

CHARMOT G., CAUSSAIN J., LE HENAND F. & MATIEU P. 1952, "Résultats du traitement par la cortisone de vingt neurotoxicoses du nourrisson". *Bull. méd. AOF*, 9, 1 : 93-96.

CHARMOT G. & LE HENAND F 1952, "Dix observations d'amibiase hépatique traitée par la terramycine". *Bull. méd. AOF.*, 9, 2 : 259-269.

CHARMOT G., LE HENAND F. & GIUDICELLI P 1953, "Traitement de l'amibiase intestinale aiguë en A.O.F. par le Bis (P. Arsenophénylamino)-1,2,Ethane". *Bull. méd. AOF*, 10, 1 : 41-43.

CHARMOT G et al, 1953 « Note sur les maladies présumées à virus neurotropes », *Les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux de l'Afrique.*, Colloque

Organisé par le Centre International de l'Enfance, Brazzaville 8-12 décembre 1952, CIE.

CHARMOT G., LE HENAND F., MATHIEU P., SYLLA & OUEDRAOGO Y. 1952, "Premiers résultats du traitement de l'amibiase intestinale aiguë en A.O.F. par le 4482 R.P.". *Bull. méd. AOF*, 9, 1 : 97-101.

CHAULIAC M, RAIMBAULT, 1989 « Etat nutritionnel : interprétation des indicateurs », *L'enfant en Milieu Tropical*, N° 181/182, CIE, Paris.

CHIARA A 2000, « Grossesse, accouchement et allaitement chez les Bobo Madare du Burkina Faso », Réseau Anthropologie de la santé en Afrique, *SHADIC*, Bulletin No 1, avril 2000.

CIE 1953, *Les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux de l'Afrique.*, Colloque organisé par le Centre International de l'Enfance, Brazzaville 8-12 décembre 1952, CIE, Réunions et Conférences.

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

CLARAC 1898 , "Notes sur le paludisme observé à Dakar (Sénégal)". *Ann. Hyg. Méd. colon.*,

CLERC S. & BERGERET Ch. 1947, "Quelques observations d'aspects chirurgicaux de l'amibiase intestinale". *Bull. méd. AOF*, 4, 4 : 415-420.

COLY I, 2005 *L'hygiène scolaire au Sénégal 1942 -1960*. Mémoire de maîtrise Département d'Histoire, FLSH, UCAD, 2004 -2005.

COLY AN, MILET J, DIALLO A, NDIAYE T, BENEFIGE E, SIMONDO F, WADE S, SIMONDO KB. 2006 "Preschool Stunting, Adolescent Migration, Catch-up Growth and Adult Height in young Senegalese Men and Women of rural Origin". *J Nutr*;136:2412-2420.

COMMLERAN Dr M 1908, « La grossesse, l'accouchement et l'avortement au Tagant et à Tidjikdja (Mauritanie). Mœurs et coutumes ». *AHMC*, Tome XI, pp 200-212.

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

CORREA P 1957 "L'éclampsie à la Maternité Africaine de Dakar". *Bull. méd. AOF*, (n.s.), 2, 1 : 129-132. En 2 ans et demi (janvier 1954-juin 56)

CORREA P 1959 "L'accouchement des gros enfants". *Méd. Afr. N.*, 6, 20 : 461-463.

COULIBALY S, 1970, *Formation clinique de la sage-femme au Sénégal : exemple de la maternité de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar*, Dakar, CESSI.

COURBIL L.-J. 1958 "Sur deux cas de Hernie congénitale de l'ombilic". *Méd. trop.*, 18, 6 : 943-944.

COUVY 1931 "Formation morale et technique des médecins indigènes", *Hyg. soc.*, 4, 63, p. 1199-1200.

CRESTE L, BRETEAU H, *La poliomyélite à Dakar. Epidémie de mars-août 1954. Bref aperçu de l'affection en AOF*. Rapport non publié.

CROSNIER R 1958, « Poliomyélite, maladie d'actualité », *Médecine Tropicale*, Volume 18, No 2.

CROZAT 1931: "Formation et rôle des sages-femmes", *Hyg. soc.*, 4, 63, , p. 1201-1202.

CROZAT 1931, "Protection de l'enfance en A.O.F." *Hyg. soc.*, 62 : 1172-1174.

CUISINIER-RANAL J-C 1997, « L'Hôpital Principal de Dakar à l'époque de l'AOF de 1895 à 1958 », in BECKER C, Mbaye S, Thioub I 1997 sd, *AOF : réalités et héritages Sociétés ouest africaines et ordre colonial, 1895-1960*, D.A.S. Dakar..

CUSSET & GUEYE S. 1934 "Note clinique à propos d'un adéno-phlegmon chez un vénérien, dans une région à endémicité pesteuse". *Bull. Soc. Path. exot.*, 27, 1 : 99-100.

DANFA M 1973, *Contributions à l'organisation du travail de l'infirmier chef de poste en milieu rural : description du poste médical de Diembering en Casamance*, Université de Dakar, CESSI.

DARRASSE H., DUPIN H. & CORREA P. 1954, "Rôle des *Escherichia coli* dans les gastro-entérites du nourrisson en pays tropical". *Bull. méd. AOF*, 11, 2 : 225-240.

DAVIN R 1955, *Contribution à l'étude électrophorétique du sérum sanguin chez l'enfant africain normal et dans les états de malnutrition (kwashiorkor)*. Travail de l'Ecole Préparatoire de Médecine et de Pharmacie de l'IHE de Dakar. Bordeaux : Union française d'impression.

DEBRE R 1962, *Malnutrition et sous-alimentation : Etude critique solutions concrètes*. Paris.

DEBRE R 1957, « Présentation du cours de pédiatrie sociale », *Médecine d'Afrique Noire*, n° 2, du 16 au 31 janvier 1957, Dakar.

DEBROISE A, DAN V, CROS J, COLY F, RAYBAND N et VILLOD MT, « Croissance staturo-pondérale de l'enfant de 0 à 7 ans en zone rurale au Sénégal », in *Conditions de vie de l'enfant en milieu rural en Afrique*, Publication du Centre international de l'enfance : réunions et conférences, XVI sdnl.

DE GARINE 1961, *Budgets familiaux et alimentation dans la région de Khombole (Sénégal)*. Orana, Dakar.

DEJOU I 1943, « Considérations sur le tétanos tropical », *Médecine Tropicale*, No 4, pp.245-263.

DEJOU I, Roustaing, « Note sur le tétanos à Dakar », *Bulletin Médical de l'AOF*, T. III, Fasc. 2, pp. 209-214.

DELAUNEY K 2006, « Faire de la santé un lieu pour l'histoire de l'Afrique : Essai d'historiographie », *Outre-Mers*, T. 93, No 346-347, pp 7-46.

DELAUNEY K 2007, « Vers une socio-histoire de la lutte contre la tuberculose au Sénégal », Séminaire Département d'Histoire, UCAD, 6/12/.2007.

DELAHOUSSE J., MULET M. & PAILLET R. 1959 "Note sur le paludisme de l'Européen observé à l'hôpital Principal de Dakar". *Bull. Soc. méd. Afr. N. Lang.*

fr, 4, 1 : 33-36.

DELAHOUSSE J., PAILLET R. & LABEGORRE J. 1958, "Pneumopathies bulleuses extensives du nourrisson et du jeune enfant". *Bull. méd. AOF*, 3, 3 : 255-261.

DELBREIL 1923, "Notes sur le paludisme à Kaolack". *Bull. Soc. Path. exot*, 16, 4 : 272-275.

DELOM P 1943, « Tétanos post sérique chez l'indigène », *Médecine Tropicale*.

DE LOURDES VERDERESE M. & TURNBULL L. M 1975, *L'accoucheuse traditionnelle dans la protection maternelle et infantile et la planification familiale : guide pour son instruction et son utilisation*, Genève, OMS, Publication Offset n° 18, 125 p.

DESPREZ Médecin -Capitaine 1953, « Les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux », Colloque organisé par le CIE (Brazzaville, 8-13 décembre 1952, in *Les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux*, CIE, Réunions et Conférences, 1953.

DEVAUX Dr. E 1898, « Contribution à l'étude des accès pernicioeux palustres » pp 326-328, *AHMC*, Tome I Paris, I.N.

D'HOTEVILLE 1908, *Les âges de la vie, l'enfant*. Paris Hachette.

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

DIAHAM B, al 1985, « Disponibilité des denrées alimentaires et mode de consommation en milieu rural sénégalais : cas de Khombole » in *Les carences nutritionnelles dans les pays en voie de développement* s/d Lemonier D, Karthala.

DIAW A B 1991, *Les stratégies de survie des jeunes et enfants de la rue (approche psychosociologique)* UCAD FLSH, (mémoire de maîtrise de philosophie).

DIAWARA M. A 1997, *Contribution à l'histoire des maladies dites sociales au Sénégal : La tuberculose à Dakar (1914-1945)*, mem. Maîtrise Hist, UCAD.

DIENG M M, *Les épidémies au Sénégal au XIX<sup>e</sup> siècle. (méthodologie et perspectives de recherches)*, Dakar, D.E.A, FLSH, Université de Dakar, 1984.

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

DIOP A 1982, *Santé et colonisation au Sénégal, 1895-1914*, Paris, Université de Paris I, thèse, doctorat 3<sup>e</sup> cycle.

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.

DIOP Mar I, al 1969, « Le tétanos à Dakar, problème de santé publique » *Bulletin de la Société Médic. d’Afr. Noire de Langue Française*, vol.9, 1969.

DIOP Magatte 2008, *La syphilis au Sénégal : discours et pratiques des autorités coloniales, 1905 - 1960* Mém. maîtrise FLSH, Département d’Histoire.

DIOP MC, 1992, *Sénégal Trajectoire d’un Etat*. Série des livres du CODESRIA.

DIOP M.C, « L’administration sénégalaise et la gestion des « fléaux sociaux . L’héritage colonial, pp. 1128 - 1150, p. 1129, in BECKER, C.; MBAYE, S.; THIOUB, I. (eds) 1997, *AOF: réalités et héritages : sociétés ouest africaines et ordre colonial, 1895-1960*; Dakar, Dir. des Archives Nationales du Sénégal.

DIOP E.I., DOSSOU N.I., BRIEND A., YAYA M.A., NDOUR M.M., WADE S. Home-based rehabilitation for severely malnourished children using locally made Ready-to-use Therapeutic Food (RTUF). 2004.In: *Pediatric Gastroenterology*, 2nd World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition July 3-4, pp101-5.

DIOP EI, DOSSOU N, BRIEND A, YAYA A, NDOUR MM, WADE S. Morbidity, body composition and anemia of severely malnourished children treated at home with ready-to-use therapeutic food.

DIOUF Yves Mbar 2008, *Accoucheuses traditionnelles et personnels sanitaires*

*féminins au Sénégal de 1918 à 1968* Mém. maîtrise FLSH, Départ. d'Histoire.

Direction de la planification 1996, *Programme national de Lutte contre la pauvreté Stratégies et éléments de programmes d'actions*. Dakar.

Direction de la Prévision et de la Statistique (DPS), Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan 199, *Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1988 (RGPH 88) : Rapport National*. Dakar, Sénégal.

DIOUM A., GARTNER A., CISSE A. S. DELPEUCH F., MAIRE B., WADE S., SCHUTZ Y 2005, "Validity of impedance-based equations for the prediction Of Total body water as measured by deuterium dilution in African women". *Am. J. Clin. Nutr.*, 81, 81-604.

DIOUM A., GARTNER A., MAIRE B., DELPEUCH F., WADE S 2005, "Body composition predicted from skinfolds in African women: a cross-validation study using air displacement plethysmography and black specific equation". *Br. J. Nutr.*, 93, 973-979.

Direction de la Prévision et de la Statistique 1993, *Enquête sénégalaise sur les Priorités (ESP). Résultats préliminaires*. Dakar 120 p.

Direction de la Statistique 1981, *Enquête Sénégalaise sur la Fécondité de 1978 (ESF 1978). Rapport national d'analyse*. Dakar.

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.

DOSSOU N, SOW MD, SARR M, WADE S. Prevalence of low birth weight (lbw) in Senegal: relationships between lbw and animal food consumption in rural communities.

DOSSOU N, CISSE As, BLUCK L, COWARD AW, WADE S. Effect of food supplementation during pregnancy and lactation on Breast milk protein, zinc and selenium intakes during infancy.

DUFOUR V. & GOURRY N. 1934, "Les troubles de suralimentation du nourrisson

- indigène en A.O.F. Etude clinique et chimique des laits maternels”. *Ann. Méd. Pharm. colon.* 32 : 493-545.
- DUPIN H., N'DOYE Thianar & DAN V. 1960, “Diarrhées nutritionnelles”. (174-185) Journées africaines de pédiatrie. (Dakar, avril 1960). Paris : CIE.
- DUPIN H, RAIBAULT M, 1978 *Les troubles nutritionnels chez la mère et l'enfant* *Epidémiologie et prévention*. Ed Saint-Paul, Yssy- Les Moulinaux.
- DUPIN H, MASSE L et CORREA P 1962, “Contribution à l'étude des poids de naissance à la maternité africaine de Dakar”, *Courrier* 12 : 237-254 et 317-328.
- DUPIN H, PHILLE G, RAOULT A, SAYERSE C, SENECAI J, 1955, *Traitement des malnutritions protéiques chez l'africain, le problème de l'alimentation complémentaire*. Congrès de Strasbourg 17 juin 1955.
- DUPIN H, PLANCADE G, PHILLE G, SENECAI J 1956, « Les échéances électrolytiques au cours de la dénutrition azotée dans le kwashiorkor », *Société Médicale de l'AOF*, 05 janvier 1952.
- DURIEUX C, ARQUIE E 1941, « Essais de prémunition antituberculeuse sur des sujets de race noire à l'aide du vaccin BCG inoculé par scarification », *Médecine Tropicale* No 1.
- ESCHLIMANN J-P 1982, *Naître sur la terre africaine*, INADES – EDITION.
- ESCUDIE A. & ABONNENC E. 1958, “Sur le comportement de quelques anophèles de la région de Thiès (Sénégal). En zones traitées par les insecticides à effet rémanent”. *Méd. trop*, 18, 2 : 286-303.
- ERNY P 1968, *L'enfant dans la pensée traditionnelle de l'Afrique Noire*, Paris, Le Livre africain, 200 p.
- ERNY P 1999, *Les premiers pas dans la vie de l'enfant*, L'Harmattan.
- ESQUIER A. 1921, “La formule hémoleucocytaire dans le paludisme dakarois”. *Arch. Méd. nav.*, 111 : 227-229 ;1921, *Bull. Soc. Path. exot.*, 14, 1 : 70-72.
- EZEMBE F 2003, *L'enfant africain et ses univers*, Karthala.
- EWSTIFEIEFF 1926, “Traitement du chancre mou et du bubon par les attouchements à l'acide phénique pur, chez les indigènes du Sénégal”. *Bull. Soc.*

*Path. exot.*, 19, 4 : 314-315.

FAGET M<sup>lle</sup> C. 1958, "Le service social dans la Protection Maternelle et Infantile". *Bull. méd. AOF*, (n.s.), 3 : 41-43 (n° sp : la PMI en AOF, 29 oct. 1957).

FAGET M<sup>lle</sup> C. 1958, "Enquête familiale dans 226 familles de la "Medina" de Dakar". *Bull. Mém. Ecole Méd. Dakar*, 6 : 86-91.

FALADE Solange 1955, *Contribution à une étude sur le développement de l'enfant d'Afrique noire. Le développement psycho-moteur du jeune africain originaire du Sénégal au cours de la première année*. Paris, R. Foulon.

FALADE S A, *Contribution à une étude sur le développement de l'enfant en Afrique noire*, Imprimerie R; Foulon Paris, 1955.

FAO 1994 *Aperçu nutritionnel Sénégal*.Dakar, ESN.

FAO 1957, *Nutrition et alimentation tropicale*, Rome.

FAO 1960, *Rapport du séminaire sur les problèmes d'alimentation et de nutrition en Afrique au Sud du Sahara*, Rome.

FAO/OMS 1991, *La nutrition : un défi à relever*, CIN.

FAO/OUA 1982, *La Famine en Afrique : Situation, causes, prévention, lutte*. Rome, Italie.

FARINAUD M.E. 1935, "La lutte contre le paludisme dans les colonies françaises". *Ann. Méd. Pharm. colon.*, 33 : 919-969.

FASQUELLE A, FASQUELLE R 1971, « A propos de la lutte contre la variole dans les pays d'Afrique », *Bulletin de Pathologie exotique*, Filiales.

FAUCHER M, 1946, *L'alimentation chez le Lébon*, Mission Anthropologique, Rapport No 1, p. 51.

FREIDSON E 1984, *La profession médicale*, Paris, Payot, 369 p.

GALLAY H 1904, *Rapports de documents concernant l'AOF. Variole et vaccine* Paris, Imprimerie F. Didot.

GALLAY H 1909a, *Campagnes antivarioliques pendant l'année 1909*. I.S.S Gorée. Imprimerie du Gouvernement général.

GALLAY H 1909b, *Trois années d'assistance médicale aux*

*indigènes et de lutte contre la variole 1905, 1906, 1907.* Paris. Larose.

GARENNE M 1981 *The Age pattern of Infant and Child Mortality in Rural West Africa.* Philadelphia : Population Studies Center, University of Pennsylvania.

GARNIER, *Souvenirs médicaux du poste de Sédhiou.* Thèse 1888, Montpellier

GAYE M 1964, « La protection de l'enfant de 0 à 6 ans », In *Sénégal Documents*, N°5  
Septembre - octobre p 32-42.

GAYE P A 1997, "Discours sur le microbe et santé publique en AOF : le cas du  
Sénégal" in *AOF : réalités et héritages* pp 1164-1174.

GAYE P A 1997, *La diffusion institutionnelle du discours sur le microbe au Sénégal au cours de  
la troisième république française (1870-1940)*, Th. 3ème cycle, Université de Paris 7, 1997,  
311p.

GEERTZ C 1986, *Savoir local Savoir global : les lieux du savoir*, Paris, Puf.

GILLES H.M., 1957 "The Development of Malarial Infection in Breast-Fed  
Gambian Infants". *Ann. trop. Med. Parasit.*, 51, 1 : 58-62.

GIORDANI J. 1942, "La protection de la maternité et de l'enfance indigènes dans  
les colonies françaises en 1939". *Méd. trop.*, 2, 7 : 538-582,

GOROKHOFF T 1932 *L'influence de l'alimentation sur les maladies dans les pays tropicaux.*  
Paris : Le François, 52 p. in-8. (Th. méd. Paris 1932, n° 202).

Gouvernement du Sénégal/UNICEF, 1993 *Analyse de la situation de l'enfant et de la  
femme au Sénégal*, 172 p.

Gouvernement Général A.O.F 1904, *Rapports et documents concernant l'AOF,  
Variole et vaccine* 1903. Paris, Imprimerie F. Didot.

Gouvernement General de L'AOF 1925, *Instructions sur les mesures à prendre  
pour combattre l'insuffisance alimentaire des indigènes de l'Afrique occidentale  
française.* Gorée : Impr. du Gouv. Gén., 15 p.

Gouvernement General de L'AOF 1926, *Instruction relative à l'orientation et au  
développement des Services d'Assistance Médicale Indigène*, Impr. Gouv. gén., ,  
Gorée.

Gouvernement General de L'AOF 1931, L'assistance médicale indigène en A.O.F., Paris, Agence économique de l'AOF, 27 p., 5 pl. h.t. in-8.

Gouvernement General de L'AOF /DGSP 1954, "Tâches et problèmes de la santé publique en A.O.F.", Bull. méd. AOF, n° sp., janv. 1954, 59p.+IX pl. statist. & géogr., pl. fotogr. (X à XXIV).

Gouvernement General De L'AOF /DGSP 1954, "Tâches et problèmes de la santé publique en A.O.F.", Bull. méd. AOF, n° sp., novembre 1954, 169 p.

GOUZIEN P 1925, « Faits épidémiologiques en Afrique Occidentale Française et accords sanitaires particuliers », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales (AMPC)*, N° 23, pp. 66-79.

GRALL Médecin A 1943, *La mortalité infantile dans la Circonscription de Dakar et Dépendances*, DAKAR, ANS.

GRALL A.1950 "La « pellagre infantile » de l'enfant noir". *Bull. méd. AOF*, 7, 1 : 27-31.

GROSPERRIN Dr. 1935, « Quelques coutumes Ewé (Territoire du Togo) en matière d'accouchement », *AMPC* pp 822-827.

GUEYE M 1999, *Les thérapeutes africains dans la gestion des épidémies de fièvre jaune et des MST à Dakar entre 1900 et 1970 : critique des sources et perspectives de recherche*, Mémoire de DEA Dakar, Université C A Diop,

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

GUEYE N 2003, *Les sages-femmes du Sénégal de 1918 à 1968*. Mémoire de maîtrise d'histoire, UCAD, FLSH,.

GUEYE N 2003, *L'action sociale au Sénégal, 1895 1960*, Mémoire de DEA, Département d'Histoire, FLSH UCAD.

GUICHARD Eugène-Louis-Joseph 1919, *Le paludisme à bord des navires de guerre « Kléber » et « Duplex » (Côte occidentale d'Afrique 1916-1917)*. Angoulême : Impr. C.

Hellmy & Cie,

GUIGNARD J., 1957, MARTIN M. « Traitement de la variole », *Médecine Tropicale* No 3, pp.40-43.

GUIRO AT, DIOP B et BOUCHE-OSOCHOWSA M 1990, *Evaluation de la situation alimentaire et nutritionnelle du jeune enfant sénégalais (0-5 ans) Influence des facteurs socio-économiques et culturels* Rapport de l'Unicef Dakar

GUIRO AT, WADE S, DIAHAM B, LEITE N 1992, *Situation nutritionnelle de l'enfant au Sénégal*. Contribution à la rencontre africaine préparatoire de la CIN Dakar.

HAMET 1919, "Le paludisme à Dakar". *Arch. Méd. nav.*, 107 : 40-52.

HAMET 1920, "Le paludisme à Dakar dans le personnel du point d'appui de la Marine". *Arch. Méd. Pharm. nav.*, 109, 6 : 401-437 ; 110, 1 : 5-33.

HAMZA B 1960, « Les diarrhées infectieuses », Journées Africaines de Pédiatrie, Dakar, Avril 1960.

HECKBERG 1990 "Les anémies par carence en fer et en folates" *L'enfant en milieu tropical*, N° 186, Centre International de l'Enfance, Paris.

HECKENROTH & al 1922 « Mesures capables d'enrayer le paludisme à Dakar », *Bull. Soc. Pathol. Exot*, 10, pp. 1024-1032.

HENRY P, LEMONNIER D, GRIFFON M, HANROT P, WADE S. 1979, *Recherches sur la politique de la recherche. Qualité des produits alimentaires et nutrition : les consommateurs et la recherche*. Publication D.G.R.S.T, Paris.

HERZLICH C., « Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social », in Augé M, Herzlich C., *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, 1984 Editions des archives contemporaines, pp.189-215.

HESSE A (ministre des colonies) 1925, « Décret réglementant les obligations professionnelles des Médecins et Sages-femmes Auxiliaires diplômés de l'Ecole de Médecine de Dakar », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales (AMPC)*, 1925, N° 23, p. 490.

HOLSTEIN M.H. 1951, "Note sur l'épidémiologie du paludisme en AOF". *Bull. OMS*, 4 : 463-473.

- HOUEL J. E. & EZES H 1952 “La lutte contre la dystocie en Afrique Française”.  
*Bull. Fédér. Soc. Gynécol. Obst.*, 4, 1 bis : 317-360.
- HOUEMAVO Aimée Grimaud 1979, *Les Médecins africains en AOF : étude Socio historique sur la formation d'une élite coloniale*, Mémoire de Maîtrise  
Dakar, UCAD.
- HUCHARD G.-L. 1922, “Quelques considérations sur l'emploi du « Trépol » dans le traitement de la syphilis”. *Bull. Soc. Path. exot.*, 15, 5 : 364-369.
- HOUILLON Dr. 1904, « Variole et vaccine en AOF pour l'année 1903 », *AHMC*, Tome VIII.
- HOUSSIAUX Jean-Pierre 1953, *Syndromes malnutritionnels chez l'enfant africain*.  
Bordeaux : Impr. Sammarcelli.
- HUGON A (dir.), *Histoire des femmes en situation coloniale. Afrique et Asie, XXe siècle*,  
Paris, Khartala, 2004, 240 pages.
- INGENBELC Y 1985, *La malnutrition - calorique de l'enfant de bas âge : répercussion*. IOM  
Nutrition during Pregnancy Institute of Medicine, National Research Council,  
National Academy Press, Washington DC,
- JEANNES M.B 1996, *La rougeole en Afrique de l'Ouest francophone, 1930-1970*. Thèse de Doctorat en Histoire, Université Paris VII.
- JEANNES M.B 2001, « Traditions et thérapies comparées d'une maladie universelle : la rougeole, à partir d'une étude réalisée en Afrique de l'Ouest d'expression française » in, de *Histoire et devenir l'Afrique noire au XXe siècle*. Cahiers d'Afrique noire, No 19-20 (s. dir.) C. Coquery-Vidrovitch, O. Goerg, C. Tshimanga, Paris, L'Harmattan, pp163-189.
- JONES E. Sherwood & MCGREGOR I.A.1954 Processes in Disease. V. “Blood Physiology of Gambian Children infected with *Plasmodium falciparum*” . *Ann. trop. Med. Parasit.*, 48, 1 : 95-101
- KALIS S 1997, *Médecine traditionnelle, religion et divination chez les Seereer Siin du Sénégal. La connaissance de la nuit*, L'Harmattan.

KANE M 1993, *Evaluation de l'état nutritionnel des enfants âgés de 0 à 59 mois dans l'arrondissement de Sakal (district de Louga)*. Thèse Médecine UCAD.

KERMORGANT A 1906, "La tuberculose dans les colonies françaises et plus particulièrement chez les indigènes d'après les documents fournis par les chefs du service de santé", *AHMC*, 9.

KERMORGANT A 1916, "Protection de l'enfance indigène dans les Colonies françaises autres que celles de l'Afrique du nord". *Rev. Hyg. Polit. sanit.*, 38, 3 : 217-238.

KIEFER Dr 1901, « Hôpitaux. Morbidité et mortalité en 1899 ». *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, Tome IV

KOERBER R, THIERY G 1956, « Note sur l'étude expérimentale du virus poliomyélite au cours de l'épidémie dakaroise de 1954 ». *Bulletin Médical de l'AOF*.

LABAIL 1949, "Deux cas de perforation du sigmoïde chez les amibiens". *Bull. méd. AOF*, 6, 1 : 83-87.

LACAN 1960, *Service de lutte antipaludique S.L.A.P. de Thiès*. Rapport d'ensemble depuis sa création. Dakar : 24 p., ronéo. (Fédération du Mali. Rép. du Sénégal. Ministère de la Santé et des Affaires soc.).

LACHENAL G 2006, *Biomédecine et décolonisation au Cameroun, 1944 –1994. Technologies, figures et institutions*, Thèse de Doctorat, UFR de Biologie. Ecole Doctorale Savoirs Scientifiques. Université Paris VII – Denis Diderot,

LAMBERT L. 1937, "De l'emploi d'une solution de glyco-colle comme solvant des arséno-benzènes dans le traitement de la syphilis chez les indigènes du Sénégal". *Bull. Soc. Path. exot.*, 30, 2 : 131-134.

LANCO A 1942, « Le Baobab », *Médecine Tropicale* No 9, pp. 726-73.

LAPEYSSONIE 1987, *Médecine coloniale. Mythes et réalités*. Seghers.

LAPLANTINE F., (1987), « Des représentations de la maladie et de la guérison à la construction de modèles étiologiques et thérapeutiques », in LAURENTIN A. R., *Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et*

*traditionnelles*, L'Harmattan, pp. 289-303

LARIVIERE M., ARETAS R., RABA A., « Index d'infestation bilharzienne au Sénégal », *Bulletin Médical de l'AOF*, 1958 No 2, pp.239-243.

LARIVIERE M., HOCQUET P. & CAMERLYNCK P. 1960, "Les parasitoses intestinales de l'enfant africain au Sénégal", pp. 194-212, *Journées africaines de pédiatrie* (Dakar, avril 1960). Paris : CIE. (Centre de pédiatrie sociale. Université de Dakar/CIE).

LARIVIÈRE M, DIALLO S, RAYBAUD N, VILLOD M. Th, DIAGNE S 1967, « Infestation palustre des enfants de deux villages de zone rurale sahélo saharienne au Sénégal ». *Conditions de vie de l'enfant en milieu rural en Afrique*, CIE, Réunions et Conférences XIV, Institut de Pédiatrie Sociale. Dakar.

LAVERAN A. 1903, "Anophèles et paludisme". *Ann. Hyg. Méd. colon.*, 6 : 686-691.

LE CANNELIER R., CORREA P. & BOURGOIN P. 1960, "Influence de la dysgravidie et de la dystocie sur la mortalité périnatale à la maternité africaine de Dakar", pp. 115-120 *Journées africaines de pédiatrie*. (Dakar, avril 1960). Paris : CIE.

LE CANNELIER Richard, CORREA Paul & LAUROY Jacques 1960 "Les consultations prénatales dans la presqu'île du Cap Vert". (84-90) in *Journées africaines de pédiatrie*. (Dakar, avril 1960). Paris : CIE.

LE DANTEC A 1920, «L'Ecole de Médecine de Dakar »in *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 8, pp. 623-638.

LEDENTU G 1947, *Cours technique des infirmiers de l'Assistance médicale indigène*, Paris, Larose..

LE GALL P. 1944, "Le paludisme en Afrique Occidentale Française, au Togo et à Madagascar en 1941". *Bull. OIHP*, 36, 5/6 : 203-224.

LE GALL P 1924, "Sur l'emploi abusif de la quinine dans le traitement des pyrexies". *Bull. Soc. Path. exot.*, 17, 10 : 941-944.

LE GALL R. 1943, "La parasitose intestinale en Afrique Occidentale Française, au Togo et à Madagascar en 1941". *Bull. OIHP*, 35, 1/2 : 35-47.

LEFROU G., ALLARD M 1932, « Une décade démographique (1921 – 1930) à

Saint-Louis du Sénégal. Natalité, mortalité générale, mortinatalité, mortalité infantile », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, Tome XXX.

LEGER M 1919, "Le paludisme à Dakar en milieu indigène". *Bull. Soc. méd.chir. fr. Ouest afr.*, 1, 2 : 3-5.

LEGER Marcel 1925, "L'ankylostomiase dans les colonies françaises". *Ann. Méd. Pharm. colon.*, 23 : 81-101.

LEGER Marcel & BAURY A. 1922, "Index du paludisme à Dakar en saison fraîche". *Bull. Soc. Path. exot.*, 14, 6 : 510-514.

LEGER M. & BAURY A.1922, "Parasitisme intestinal au Sénégal", *Bull. Soc. Path. exot.*, 15, 10 : 1020-1023.

LEGER M., BEDIER E. & BAURY A. 1922, "Dakar et ses environs : index du paludisme aux diverses saisons". *Bull. Soc. Path. exot.*, 14, 10 : 1006-1010.

LEGER M. & BEDIER E 1923, "La quinine agit-elle sur les schizontes de *P. vivax* au stade intra-globulaire ?". *Bull. Soc. Path. exot.*, 16, 6 : 433-435.

LEGER M., BEDIER E. & BAURY A. 1923, "Index paludéen de diverses localités du Sénégal durant la mauvaise saison". *Bull. Soc. Path. exot.*, 16, 2 : 208-214.

LEGER Marcel & NOGUE M, 1923, "Le paludisme chez les noirs adultes de l'Ouest Africain. Etude parasitologique et clinique". *Bull. Soc. Path. exot.*, 16, 4 : 281-293.

LEGER Marcel 1928, "Plasmodium du *Cercopithecus callatrichus* de l'Afrique occidentale". *Ann. Inst. Pasteur*, 42, 7 : 770-781.

LEGER Marcel 1928, "La syphilis héréditaire et ses ravages dans nos colonies", pp. 208-21, Conférence de la Défense Sociale contre la Syphilis. Nancy, 29-30-31 mai 1928. Procès-Verbaux des Séances de la Conférence. Nancy : Impr. Berger-Levrault.

LHUERRE H. 1928, "Les œuvres de sauvetage de l'enfance à Dakar". *Bull. Soc. Path. exot.*, 21, 5 : 401-411.

LHUERRE H. 1928 "La prophylaxie individuelle des maladies vénériennes". *Bull. Soc. Path. Exot.*, 21, 9 : 817-821.

- LORTAT J 1947, Traitement de la syphilis par la pénicilline, *Revue Médicale Française*, février 1947.
- LY B 2003, « Représentations de l'enfant et socialisation dans les sociétés africaines traditionnelles », *Cahiers Histoire et Civilisations*, No 1.
- LYONS M 1992, *The colonial disease : a social history of sleeping sickness in Northern Zaire, 1900-1940*, New York, Cambridge University Press.
- MABON FALL A 1997, « Discours et réalités de la politique d'action sociale en AOF », in BECKER C, al sd, *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest africaines et ordre colonial, 1895-1960*, D.A.S. Dakar., pp 1097-1108.
- MABON A 2000., *L'action sociale coloniale. L'exemple de l'Afrique occidentale française du Front Populaire à la veille des indépendances*, Paris, L'Harmattan.
- Macro International Inc, Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale, Projet Basics, ORANA, Sénégal 1996, *Nutrition et santé des jeunes enfants et de Leur mère au Sénégal. Résultats de l'Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 1992-1993* Macro International Inc Calverton, MD.
- MAZAUD R., MOISSINAC J. & LABEGORRE J. 1957, "Les thrombophlébites cérébrales du nourrisson. Aspects cliniques et étiologiques observés en zone tropicale". *Méd. trop.*, 17, 6 : 815-25.
- MARCHOUX E 1900, « Fonctionnement du laboratoire de microbiologie de Saint-Louis (Sénégal) et note sur la dysenterie des pays chauds » *AHMC*, Tome III pp.119- 131 Paris, I.N.
- MARCKENZIE F, EWUSI K, (éd)1986, *Problèmes liés à la recherche sur la Santé et les soins infantiles* Ottawa, IDRC.
- MARTIAL J.E, L'alimentation indigène en A.O.F », *Annales de Médecine et e Pharmacie Coloniales*, 1937, Tome XXXV-43
- MASSE G 1969, *Croissance et développement de l'enfant à Dakar* .C.I.E, Paris.
- MASSE G 1971, « Croissance et maturation de l'enfant ». *Les Carnets de l'enfance* N°15.
- MASSE G « Etude sur le développement de l'enfant normal ». *Les carnets de*

*l'enfance* N° 15 : juillet - septembre 1971.

MASSE L 1954, *Contribution à l'étude de la nuptialité et de la fertilité dans l'agglomération dakaroise*. IFAN (éd.), p. (41-67).

MASSE L 1954, L'agglomération dakaroise. Quelques aspects sociologiques et démographiques. Dakar , IFAN, (*Etudes sénégalaises*, n° 5).

MASSIOU, Médecin-Major 1904, « La vaccine à Saint Louis du Sénégal », *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniale*, Tome VII

MAEGRAITH B.G.1950, "The Liver in Malaria" (144-145) in *Malnutrition in African Mothers, Infants and Young Children*. Report of 2nd Inter-African Conf. on Nutrition (C.C.T.A.) at Fajara, Gambia, nov. 1952 London : HMSO.

MALAUSSENE F 1926, "Le paludisme à Gorée". *Bull. Soc. Path. exot*, 19, 6 : 507-512.

MARCHOUX E. 1897 "Le paludisme au Sénégal". *Ann. Inst. Pasteur*, 11, 8 : 640-662. *Arch. Méd. nav.*, 68 : 288-308.

MARCHOUX E.1908, "Accès paludéens à formes pneumonique et dysentérique". *Bull. Soc. Path. exot.*, vol. XVII.

MARTIAL J. E. 1937, "Le vêtement indigène en Afrique Occidentale Française", *Rev. Tr. colon.*, (n.s.), 31<sup>e</sup> année, 245, p. 1169-1186.

MARTIAL J. E. 1939, "Il faut vêtir l'enfance en Afrique noire", *Rev. colon. Méd. Chir.*, 115, p. 4-6.

MARTIAL J. E 1937, Discussions du rapport du Dr Martial : *L'alimentation indigène en A.O.F*, II<sup>e</sup> congrès scientifique international organisé par la *Société scientifique d'hygiène alimentaire*, Paris, p. 66-74. bi I 8° 3805.

MARTINEAU M. 1964, *Le Kwashiorkor*. Dakar : ORANA.

MASEGUIN A, RIDET J 1954, « Lutte contre les tréponématoses en AOF », *Médecine Tropicale* No 1.

MATHIS C 1939, *L'œuvre des Pastoriens en Afrique noire (AOF)*, PUF.

MBACKE C, VAN DE WALLE E 1992, "Socio-economic factors and use of health services as determinants of child mortality" In E van de Walle, G Pison, M

- Sala-diakanda, eds, *Mortality and Society in Sub-Saharan Africa*, pp 123-144  
Oxford Clarendon Press.
- MBAYE El hadji Mamadou 2002, *Étude d'une profession de santé : les  
Infirmiers au Sénégal 1889-1968* Mémoire de maîtrise d'histoire, UCAD, FLSH.
- MBODJI K, GUEYE AL, DOSSOU N, WADE S. Linear programming use to  
optimize diets intake of rural women in sédhiou, southern Senegal.
- MBOKOLO E, « Peste et société urbaine à Dakar : l'épidémie de 1914 », *Cahier  
d'Etudes Africaines*, 1982.
- MBOKOLO E, « Histoire des maladies, histoire et maladies : l'Afrique » ; in Augé  
M, Herzlich C, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* ; Edition des  
Archives Contemporaines, pp. 155 -186.
- McGREGOR Ian A., GILLES H.M., WALTERS J.H., DAVIES A.H. & PEARSON F.A.  
1956, "Effects of Heavy and Repeated Malarial Infections on Gambian Infants  
and Children : Effects of Erythrocytic Parasitization". *Brit. med. J.*, 2, Sept. 22 :  
686-692.
- MERVEILLEUX, « Notes démographiques et protection de l'enfance à Saint –  
Louis », *Annales d'Hyg. et de Méd. Coloniales*, Tome IX, 1906, pp. 132– 139.
- MISOES (Mission socio-économique de la vallée du Fleuve Sénégal),  
*L'alimentation de la population sédentaire*. ORANA, Dakar 1957.
- NDAO M 1998, *Le ravitaillement de la ville de Dakar de 1924 à 1945*. Thèse de  
doctorat, d'Histoire UCAD.
- NDAO M 2009, *Le ravitaillement de la ville de Dakar de 1914 à 1945*.  
L'Harmattan, Paris.
- NDAO M 2003, *Contribution à l'étude de trois aspects important dans la survie  
De l'enfant : alimentation, état nutritionnel et santé infantiles (Sénégal, 1930  
2000)*, CODESRIA, Dakar, 203 p.
- NDAO M 2005, « Enfance et ordre colonial : la politique sanitaire au Sénégal :  
Discours et réalités (1930-1960) » in *Revue Sénégalaise d'Histoire* No 6 FLSH,

UCAD.

NDAO M 2006, « La malnutrition infantile en AOF : Le cas du Sénégal, 1930-1960. », *Annales de la Faculté des Lettres et Sciences Humaines* No 34, UCAD, Dakar,

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

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

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 pp 1193-1202.

NDIAYE A M et alii 1980, *Les besoins nutritionnels de l'enfant âge de moins de 5 ans*. Dakar, ORANA.

NDIAYE A M 1985, *Analyse de la situation nutritionnelle de la mère, de l'enfant et du nourrisson*, Orana, Dakar.

NDONG M., WADE S., DOSSOU N., GUIRO A. T., DIAGNE-GNING R. 2007 « Valeur nutritionnelle du Moringa Oleifera, étude de la biodisponibilité du fer, effet de l'enrichissement de divers plats traditionnels Sénégalais avec la poudre des feuilles ». AJFAND on line 7.

NDOYE Awa 1999, *Contribution à l'histoire de la santé. Les pathologies Cholériques dans les villes de Dakar et de Gorée au XIXe siècle. Les épidémies de 1869 et 1893*, Mémoire de Maîtrise FLSH Histoire, Université de Dakar.

NDOYE T, *Guide du sevrage de l'enfant sénégalais*. Orana, Dakar, sd.

- NDOYE T 1962, *Les caractères de l'alimentation africaine*. 4e cours de formation des nutritionnistes de langue française en Afrique, Université de Dakar, Faculté de Médecine, 10 novembre 1961 – 15 février 1962.
- NDOYE T, 1968, *Rapport sur la situation de la nutrition au Sénégal*. Conférence ouest africaine sur la nutrition et sur l'alimentation de l'enfance. Dakar, Sénégal 25-29 mars 1968.
- NDOYE S.K 2007, *Femmes Lebou, maternité et protection de l'enfance sous la colonisation (1900-1960)*. DEA, Département d'Histoire, FLSH, UCAD.
- 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, pp 1203-1211.
- NGALAMULUME K, « Le péril vénérien. L'Etat français et la sexualité à Saint Louis du Sénégal, 1850-1920 ». in *Les conquêtes de la médecine moderne en Afrique*, s/d Bado J.P, Karthala 2006.
- NOGUE M 1922, *La morbidité et la mortalité infantile dans les colonies Françaises*. Marseille Commissaire général de l'exposition coloniale.
- NOGUE M 1919, "Un cas de cystite amibienne". *Bull. Soc. méd.chir. fr. Ouest afr.*, 1, 1 : 22-24.
- NOGUE M, 1923, "La syphilis chez les Noirs du Sénégal. La lutte contre la syphilis à Dakar". *Rev. Méd. Hyg. trop.*, 15, 5 : 205-208.
- NOGUE M 1919, "Note sur le fonctionnement de la polyclinique de l'Hôpital Indigène de décembre 1918 à juillet 1919", *Bull. Soc. méd. chir. fr. Ouest afr.*, 1, 3, p. 28-33.
- NOGUE M 1923, "Les sages-femmes auxiliaires en Afrique Occidentale française", *Bull. Com. Et. hist. sci. AOF*, 6, 2, p. 315-351 et 3, p. 429-470. P.
- NOGUE M. & LHUERRE H. 1925 "Un cas de syphilis indigène". *Bull. Soc. Path. exot.*, 18, 5 :431-433.

- OMS/UNICEF 1989, *Le sevrage de l'allaitement maternel à l'alimentation familiale Guide à l'usage des agents de santé et autres personnels communautaires*. OMS, Genève.
- OMS, *les Accoucheuses traditionnelles*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé (OMS, Publication Offset n° 44), 1979, 101 p.
- OMS, Série de rapports techniques AFRO n°1, *Médecine traditionnelle africaine (Rapport d'un comité d'experts)*, Brazzaville, OMS, 1976, 21p.
- ORANA 1990, *Exemples de matériels éducatifs pour la lutte contre les maladies diarrhéiques en Afrique* PRITECH, Dakar.
- PALES L 1949a, Rapport de la Délégation de l'AOF à la Conférence Interafricaine sur l'Alimentation et la Nutrition, Dschang Cameroun.
- PALES L 1949b, *Etude comparative de la structure moyenne par classes d'âge Des écoliers à Dakar*. Communication de la CIAN, Dschang.
- PALES L 1949c, *L'inventaire des aliments de l'Homme en AOF*, Communication à la CIAN de Dschang.
- PALES L 1949d, *Sur la conservation des produits alimentaires en AOF. Les Contenants indigènes de réserves*. Communication CIAN Dschang.
- PALES L 1947 "Vitamines PP dans le foie d'adultes normaux et atteints de la cirrhose dans le foie du fœtus", *Bulletin médical de l'AOF* TI Fasc I 4e année 1947, 1<sup>er</sup> trimestre pp 59-60.
- PALES L 1942, « Le rôle primordial du médecin dans la colonisation française ». Conférence faite à Marseille le 26 mai 1942. La Quinzaine Impériale, *Médecine Tropicale*, 2, 7, pp. 654-660, p.658
- PASSA P., 1935 "Maternités et protection de l'enfance au Sénégal en 1934". *Ann. méd. Pharm. colon.*, 33 : 1056-1062.
- PATENOSTRE Dr 1925, « Notes sur la médecine et l'obstétrique indigènes en AO F », *AMPC*, Tome XXIII, pp.332-340
- PAUL-PONT Ika & FLIS F (éds.), 1959, *Le bien-être de l'enfant en Afrique au Sud du Sahara*. Colloque de Lagos (Nigéria) 25-31 mars 1959 CIE/CCTA sous la présidence de Robert DEBRE. Paris : CIE, 186 p. (Réunions et Conférences, 6).

PELLEGRIN M. 1970, *L'accouchement en milieu rural traditionnel au Sénégal : Regards sur le passé et perspectives d'avenir*, Dakar, CESSI, 128 p.

PELLETIER JG 1993, Les malnutritions sévères, approche globale in *L'Enfant en Milieu Tropical*, CIE, pp 208-209.

PEYROT Dr 1905, « Us, coutumes, médecine des Bambaras », *AHMC*, Tome VIII, pp 456-473.

PIERCHON Etienne 1952, *Contribution à l'étude du kwashiorkor dans la presqu'île du Cap Vert. Essais thérapeutiques*. Bordeaux : Impr. Deniaud.

PILLE G., 1958, *Le contrôle du traitement du kwashiorkor au laboratoire de biochimie clinique. Importance des facteurs électrolytiques*. Dakar : ORANA. Paris : Impr. Malochet.

PILLE G 1952, « Considérations pharmacologiques sur les antipaludiques de synthèse », *Médecine Tropicale*, No 6.

PILLE G., PALANCADE Mme P., LUNVEN J., 1958, "Les électrolytiques dans le traitement du kwashiorkor (potassium, magnésium et phosphates)". *Bull. méd. AOF*, (n.s.), 3, 1 : 41-46.

PILLE G., SENEAL J., DUPIN J., PALANCADE P., 1956, "Les échanges électrolytiques au cours de la répartition azotée dans le kwashiorkor". *Bull. méd. AOF*, (n.s.), 1, 3 : 233-235.

PLAGNOL H. (avec collab. techn. Mlle MALLET) 1958, "Protidémies et syphilis chez les mères et les nouveau-nés africains à Dakar". *Bull. méd. AOF*, (n.s.), 3, 4 : 399-414.

PLATT B.S 1954, "Some Nutritional Implications of the Mother-Infant Interrelationship", in *Malnutrition in African Mothers, Infants and Young Children*. London : HMSO, pp. 285-289.

QUERE M.A et al 1967, « L'endémie trachomateuse en milieu rural au Sénégal (à propos d'une enquête effectuée à l'école de Khombole en 1965-1966) », in *Conditions de vie de l'enfant en milieu rural en Afrique*, CIE, Réunions et

Conférences XIV, Dakar 1967.

RABA A 1957, *Enquête clinique nutritionnelle dans la région de Khombole*. Dakar ORANA.

RABAIN J 1994, *L'enfant du lignage du sevrage à la classe d'âge chez les wolofs du Sénégal*. Rivages, Paris Payot.

RABAIN J 1965, « L'enfant Nitku bon : un tableau psychopathologique traditionnel chez les wolofs et lébous », *Psycho afric* N°3.

RABAIN J 1967, « Modes fondement des relations chez l'enfant wolof, du sevrage à l'intégration dans la classe d'âge ». *L'Enfant en milieu tropic*. N°40-41.

REGIS M<sup>me</sup> 1934, "La protection de la Maternité et de l'Enfance aux Colonies". *Mouv. sanit.*, 11, 125 : 456-459.

RAIMBAULT AM 1977, « Alimentation, nutrition, santé et développement » in *L'enfant en milieu tropical*, N°107, 1977, p 3-57.

RAQUET Jean 1956, *Contribution à l'étude du problème de l'allaitement maternel en Afrique*. Travail de l'Ecole Préparatoire de Méd. & Pharm. de l'IHE de Dakar (clinique méd. infantile Prof. J. SENEAL). Marseille : éd. Leconte.

RANCON Dr 1886, *Dysenteries endémiques des pays chauds et notamment au Sénégal*, Lyon.

RAOULT A 1956, Plan de lutte contre la malnutrition en AOF, ORANA, Dakar.

RAOULT A 1950, Le bérubéri, état du problème, *Médecine Tropicale* No 5, pp. 737-811

RAOULT A. 1952, "Clinical Aspects of Kwashiorkor in French West Africa/Aspects cliniques du kwashiorkor en A.O.F", in *Malnutrition in African Mothers, Infants and Young Children*. London : HMSO, pp. 37-44.

RAOULT A. 1956, *Répartition géographique et incidence du kwashiorkor en A.O.F*. Dakar : ORANA, Communication à la 3<sup>e</sup> Conf. interafricaine sur la Nutrition, CCTA Luanda.

RAOULT A. 1956, *Expériences de traitement et prophylaxie du Kwashiorkor en Afrique Noire*. Dakar : ORANA, s.d., 18 p., multigr.

RAOULT A. 1958, "Aspects de la malnutrition chez le grand enfant en A.O.F.". *Bull. Soc. Path. exot.*, 51, 5 : 762-792.

- RAOULT A. 1958, "Aspects de la malnutrition chez le grand enfant en A.O.F. Données de la ponction-biopsie hépatique (suite I)". *Bull. Soc. Path. exot.*, 52, 1 : 97-114.
- RAOULT A. 1959, "Aspects de la malnutrition chez le grand enfant en A.O.F. (données biochimiques). Protéïnémie et électrophorèse sérique". *Bull. Soc. Path. exot.*, 52, 1 : 114-125.
- RAOULT A. & PIERCHON E. 1952, "Essai d'un traitement du kwashiorkor associant androgènes et cure diététique". *Bull. méd. AOF*, 9, 2 : 325-340.
- RAOULT A., THOMAS J., THIERY G., PERRIN G. & PERRELLON G. 1957 "Les parotidoses de malnutrition en A.O.F.". *Bull. méd. AOF*, (n.s.), 2, 1: 5-72.
- RAOULT A. 1956, *Effets comparatifs d'une campagne antimalarique et d'une supplémentation azotée sur la population infantile d'un canton rural du Sénégal (Mont-Rolland)*. Dakar. (Communic. Conf. Inter Afr. sur la Nutrition, Luanda).
- RAQUET J 1956, *Contribution à l'étude du problème de l'allaitement maternel en Afrique*. Travail de l'Ecole Préparatoire de Méd. & Pharm. de l'IHE de Dakar (clinique méd. infantile Prof. J. SENECAI). Marseille : éd. Leconte, 99 p. (Th. méd. Marseille, n° 94).
- RAULT M. 1924 "Quelques faits relatifs au paludisme". *Bull. Soc. Path. exot.*, 17, 6 : 503-507.
- REGIS Mme 1934, "La protection de la Maternité et de l'Enfance aux Colonies". *Mouv. sanit.*, 11, 125 : 456-459,.
- REY M et DIOP I. M 1967, « La rougeole en Afrique tropicale », *G.M. de F.*
- RICHET C 1933, *L'Alimentation indigène dans les colonies françaises*, Paris, ed. Vigot et Frères.
- RICHET C 1958, « Contribution quotidienne des S.G.H.M.P. de l'Afrique Française Noire à l'exercice de la PMI », *Bulletin médical de l'AOF*, numéro spécial, volume 3, Dakar.
- RIGOLLETT L 1922 *Evolution de l'assistance médicale en Afrique Occidentale Française*, Agence économique de l'AOF.

- RIGOLLETT L 1924, "L'organisation des services d'hygiène et d'assistance en Afrique Occidentale Française", *Bull. OIHP*, 16, 7, p. 882-894.
- ROBIN C, BROCHEN L 1946, « Le paludisme à Dakar », *Médecine Tropical*, No 1, pp. 52-62, p.52.
- ROBIN C 1948, « Contribution à l'étude du tétanos à Dakar. », *Bulletin Médical De l'AOF*, Tome V, F 1.
- ROOSEN E 1967, *Image africaine de la mère et de l'enfant*.
- ROSSY A 1938, *Pratique de la sage-femme indigène*, Gouv. gén. de l'AOF.
- SAID G et alii 1959, *Etude des anticorps neutralisant les virus de la poliomyélite chez trois groupes d'enfants africains de la région de Dakar*. *Bull. Soc. Méd. Afr. N.* 1959, Vol. IV, No 2, pp. 143-153.
- SALAÜN Henri 1951, *Etude d'un syndrome de dénutrition de l'enfant noir. Le Kwashiorkor*. Etampes : Impr. La Semeuse.
- SALL G et alii 1999, « Etat nutritionnel des femmes et des enfants dans la communauté rurale de Mpal (District de Saint-Louis – Sénégal) », in *Médecine d'Afrique Noire* : 1999, 46 (11) pp 520-525.
- SALL G, "Nutrition et croissance", in *Vie et Santé*, N°3, Avril 1990, p 12-14.
- SALLERAS Bruno 1980, *La politique sanitaire de la France à Dakar de 1900 à 1920*, Paris, Université de Paris X, 1980, 168 p. (Mémoire de Maîtrise)
- SALLERAS Bruno 1982, *Les auxiliaires indigènes de la santé au Sénégal au début du XXe siècle : la formation d'une élite coloniale*, Diplôme d'Etudes Approfondies Paris, EHESS.
- SALLERAS Bruno 1984, *La peste à Dakar en 1914 : Médina ou les enjeux Complexes d'une politique sanitaire*, Thèse de 3e cycle, Paris, EHESS.
- SALEM G et JEANNES E (eds), *Urbanisation et santé dans le tiers monde Transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*. Paris, ORSTOM, 1989 : 505-514.

SANKALE M 1969, *Médecins et action sanitaire en Afrique Noire*. Présence Africaine, Paris.

SANKALE M & al 1966, « le problème de la formation des cadres médicaux professionnels au Sénégal » in *Bulletin de la Société Médicale d'Afrique Noire de la Langue Française*, n° 4.

SANKALE M & PENE P 1959, “La protection de la mère, de l'enfant et de l'adolescent”. *Méd. Afr. N.*, 6, 12 : 287-293, (n° sp. : Problèmes de santé publique au Sénégal).

SANKALE M, PAYET 1968, M, *Epidémie et prophylaxie des endémies Dominantes en Afrique Noire*, préface de F. Blanc, Masson et Cie.

SANKALE M & PENE P 1959 “Etudes démographiques”, *Méd. Afr. N.*, 6, 12, 1959, p. 267-277, (n° sp.).

SANKALE M & PENE P 1959, “Les problèmes sanitaires ruraux”, *Méd. Afr. N.*, 6, 12, (n° sp.), p. 295-300.

SANKALE M, PENE P 1960, *Médecine sociale au Sénégal*. Afrique Documents.

SANKALE M & PENE P 1959, “La protection de la mère, de l'enfant et de l'adolescent”. *Méd. Afr. N.*, 6, 12 : 287-293 (n° sp). : Problèmes de santé publique au Sénégal.

SANKALE M 1967, « *Alimentation et pathologie nutritionnelle dans les pays sous-développés* ». *Revue Tiers Monde* N°31 Juillet - septembre 1967.

SANTARELLI P., 1922, “Notes sur le paludisme à Dakar”. *Bull. Soc. Path. exot.*, 14, 6 : 515-516.

SANNER L 1954, « La tuberculose », in *Tâches et problèmes de la santé publique en AOF No Spécial Bulletin Médical de l'AOF* novembre 1954.

SANNER L, HABAY J 1952. « L'organisation de la santé publique dans une fédération de la France d'Outre-mer », *Semaine médicale*, n°40, novembre 1952

SASPORTAS L., 1930 “La lutte antivénérienne aux colonies”. *Presse méd.*, 13 sept, 74 : 1249.

SATGE P 1965, « Etude d'une épidémie de rougeole en milieu rural du Sénégal », *Médecine d'Afrique noire* No3, p 86.

SATGE P 1966, « Les conditions de vie de l'enfant dakarais : problèmes et esquisses de solution » *Carnets de l'enfance* N°5, p 233-262.

SECK B. CANTRELLE P., NIANG I., BOUTHREUIL E. et SATGE P 1969, « A propos de problèmes de l'enfance entre 0 et 5ans dans un faubourg de Dakar », *Bulletin de la Société Médicale d'Afrique noire de langue française*, volume 9.

SENE, M., *Epidémies et politiques sanitaires au Sénégal, 1920 -1960*, FLSH, Département d'Histoire, UCAD.

SENECAL J & D'ANELLA M 1953, "Données démographiques recueillies à la Maternité Africaine de Dakar". *Bull. Mém. Ecole Méd. Pharm. Dakar*, 1.

SENECAL J 1959, « Problèmes de santé publique au Sénégal », *Méd. D'Afr. Noire* n° 11, p. 259 - 265, n°12, p. 287-295.

SENECAL J 1972, La protection de la femme enceinte, l'enfant en milieu tropical n° 84, p.3-14,19.

SENECAL J., BOIRON H 1953, « Le problème de la tuberculose en AOF », in *Les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux de l'Afrique*. Colloque Organisé par le Centre International de l'Enfance, Brazzaville 8-12 décembre 1952, CIE, Réunions et Conférences.

SENECAL J., BOIRON H 1952, « La tuberculose chez l'enfant africain à l'Hôpital Central Indigène de Dakar », in *Les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux de l'Afrique*. Colloque organisé par le Centre International de L'Enfance, Brazzaville 8-12 décembre 1952, CIE, Réunions et Conférences.

SENECAL J., BOIRON H 1952, « L'endémie tuberculeuse chez l'enfant africain », CIE (éd.) *Les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux de l'Afrique*. (Brazzaville, 8-13 déc. 1952). Paris : CIE (Réunions et Conférences,

IV) pp. 190-199.

SENECAL Jean & LARIVIERE M. 1957, "Fréquences des différentes formes de plasmodiums rencontrés chez l'enfant africain à Dakar". *Bull. méd. AOF*, 2, 2 : 248-251.

SENECAL Jean, LARIVIERE M., COUTURIER P. & PANIS J., 1959, "Paludisme et néphropathie". *Bull. Soc. méd. Afr. N. Lang. fr.*, 4, 4 : 406-411.

SENECAL J 1978, *Interprétation de 3 enquêtes alimentaires faites au Sénégal*. Dakar, ORANA.

SENECAL J 1971, "Les besoins nutritionnels de l'enfant au cours des années, in *Les Carnets de l'Enfance* N°5 Juillet - Sept 1971, p 58-71.

SENECAL J et Aubry (L), "Etude des malnutrition frustes chez l'enfant africain de Dakar" in *Bull Méd de l'AOF*, III, N°1 : 3-19, 1968.

SENECAL J « L'enfant d'âge préscolaire : éducation sanitaire et nutritionnelle », *Les Carnets de l'Enfance* N°16 Octobre - décembre 1971, p 5 – 14.

SENECAL J 1979 , *Enquête nutritionnelle Sénégal*. Dakar, ORANA.

SENECAL J., DUPIN H. & SOUVESTRE R.1954, "Le diagnostic précoce de la syphilis congénitale". *Bull. Mém. Ecole Méd. Dakar*, 10 : 251-257.

SENECAL J & SOUVESTRE René 1952-53 "A propos du diagnostic de la syphilis congénitale chez le nourrisson africain". *Bull. Mém. Ecole Méd. Dakar*, 1 : 113-117.

SENECAL J., TRAPET G. & SOUVESTRE R.1953, "Etude de la sérologie dans la syphilis congénitale en Afrique". *Sem. Hôp.*, 29, 64 : 3263-3270.

SENECAL J., LARIVIERE M. & DUPIN H.1958, "Les parasitoses intestinales chez l'enfant à Dakar". *Algérie méd.*, 62, 8 : 849-853.

SENECAL J 1960, « Place des diarrhées en pathologie infantile », *Journées Africaines de Pédiatrie*, Avril 1960.

SENECAL J 1958, « Structure de Santé publique et place des Services de la Protection de la mère et de l'enfant », *Bulletin Médical de l'AOF*, Numéro spécial, Volume III, 1958, Journées médico-sociales de Dakar 28, 29, 20 octobre 1957.

- SENECAL J, LARIVIERE M, DUPIN H, FALADIE S, HOCKET P et COLY F 1961, « Résultats d'une enquête sur l'état de santé des enfants dans l'arrondissement de Khombole » in *Bulletin médical de l'AOF* Vol 6, N°2, 1961, pp 195-224.
- SENECAL Jean 1957, "Kwashiorkor". *Encycl. Méd. Chir., Foie*.
- SENECAL Jean 1957, "Traitement et prévention du kwashiorkor". *Bull. Ecole Méd. Dakar* 5 : 121-147.
- SENECAL Jean & AUBRY Mme L 1958, "Etude des malnutritions frustes chez l'enfant africain de Dakar. Signes cliniques, biologiques, anatomo-pathologiques. Essais d'alimentation complémentaire." *Bull. méd. AOF*, (n.s.), 3, 1 : 9-25.
- SENECAL Jean, AUBRY Mme L., DUPIN H., DAVIN R. & DARRASSE Mme F. 1956 "Renseignements tirés de l'électrophorèse du sérum sanguin chez l'enfant africain normal et atteint de kwashiorkor". *Bull. méd. AOF*, (n.s.), 1, 2 : 148-157.
- SENECAL J., CAMAIN R. & HOUSSIAUX J.P. 1953, "Etude anatomo-pathologique de 64 cas de malnutrition chez l'enfant africain (kwashiorkor)". *Sem. Hôp.*, 29, 64 : 3251-3263.
- SENECAL Jean 1958, "Le centre rural de protection familiale de Khombole". *Bull. méd. AOF*, (n.s.), 3, n° sp. : 7-11 (Journées médico-sociales de Dakar, 28 29-30 octobre 1957).
- SENECAL J. & FAGET Mlle M. 1956, "Protection maternelle et infantile et nutrition. Réalisations pratiques." *Bull. Ecole Méd. Dakar*, 4 : 121-
- SENECAL J., PILLE G., SAYERSE Ch. & OSPITAL M.T. 1955, "Examen du lait de femme africaine. Mise au point de la technique". *Bull. Ec Méd. Dakar*, 3 : 91-98.
- SENECAL J., CESAIRE G., RAQUET Mme & DUPIN H. 1957, "Etude chromatographique du sérum et des urines dans le kwashiorkor (note préliminaire)". *Bull. méd. AOF*, (n. s.), 2, 1 : 342-348.
- SENECAL J. & DUPIN H., 1956, "Le foie et le pancréas dans le kwashiorkor". *Rev. intern. Hépatol.*, 6, 2 : 189-244.
- SENECAL Jean & HOUSSIAUX Jean-Pierre, 1952-53, "Syndromes malnutritionnels chez l'enfant africain". *Bull. Mém. Ecole Méd. Pharm. Dakar*, 1 : 119-125.

- SENECAL J., PILLE G., DUPIN H., SAYERSE CH., OSPITAL M.T 1955, "Etude des bilans azotés dans le kwashiorkor". *Bull. Mém. Ecole Méd. Dakar*, 3 : 85-90.
- 1955 *Bull. méd. AOF*, (n.s.), 1, 2 : 175-179.
- SENECAL J., PILLE G., VUYLSTEKE J., DUPIN H. & AUBRY Mme L., 1957, "Résultats fournis par l'amylasémie dans les états de malnutrition". *Bull. méd. AOF*, (n.s.), 2, 1 : 140-144.
- SENECAL J., RAOULT A., PILLE G., DUPIN H. & SAYERSE Ch., 1955 « Traitement des malnutritions protidiques chez l'Africain. Le problème de l'alimentation complémentaire » in Journées Médicales de France et de l'Union Française. Strasbourg, 16-20 juin. Rapports T. I. Colombes, *La Clinique*, pp. 73-79.
- SENECAL J., ROULLIER CH., CAMAIN R. & DUPIN H., 1958, "Étude des lésions hépatiques du Kwashiorkor par la microscopie électronique". *Bull. méd. AOF*, (n.s.), 3, 4 : 480-483
- SENECAL J., TOURY J., LE MONZE M. & CAMAIN R. 1954, "Deux cas de fibrose kystique du pancréas chez l'enfant africain réalisant le syndrome du kwashiorkor". *Bull. méd. AOF*, 2, 11 : 95-99.
- SENECAL Jean, 1958, "Les diarrhées infantiles en A.O.F.". *Bull. Mém. Ecole Méd. Dakar*, 6 : 68-85 ; 1959, *Bull. OMS*, 21, 3 : 321-336.
- SENECAL J, 1960, "Place des diarrhées en pathologie infantile". *Journées africaines de pédiatrie*. (Dakar, avril 1960). Paris : CIE, pp. 129-137.
- SENECAL J., AGBESSY V. & DAN V. 1960, "Traitement des diarrhées et pratique de la réhydratation en zone tropicale". *Journées africaines de pédiatrie*. (Dakar, avril 1960). Paris : CIE, pp 242-249.
- SENECAL J., KERREST J. & AUBRY L., 1959, "Enquêtes bactériologiques sur les diarrhées rencontrées à Dakar". *Bull. Soc. méd. Afr. N; Lang. fr.*, 4, 1 : 81-86.
- SENGHOR G, 1954 L'alimentation du nouveau-né et du nourrisson dans la presqu'île du Cap Vert (Sénégal). Paris (Th. méd. Paris 1953).
- SISSOKO 1931 F.D, « L'enfant Bambara de Djitoumou, Enquêtes sur l'enfant noir ». *Bulletin de l'Enseignement d l'AOF*. No 76, juillet septembre 1931.

- SOUVESTRE R 1953 A propos du diagnostic de la syphilis congénitale chez le nourrisson Dakarois. Bordeaux : Impr. moderne de Guyenne, (Th. méd. Bordeaux 1952-1953, n° 203).
- TABURET (A) L'alimentation variée et précoce du bébé Thiès 1970, 27 p.
- TENDENG C, SALL M G, GUIRO A T, DOSSOU N, DONNEN P, WADE S. Efficacy of iron fortification versus iron supplementation on iron status of anaemic Senegalese children just recovered from severe malnutrition.
- THIAM K., *La protection maternelle et infantile à travers les mémoires des étudiants du CESSI de Dakar : promotion de 1968 à 1978*, thèse de doctorat, Dakar, UCAD, 1980, 125p.
- THOMAS J 1955, *Les parotidoses nutritionnelles*, Thèse Bordeaux.
- TISSEUIL J 1951 "La syphilis tropicale, maladie de l'enfance par contact." *J. Prat.*, 65/82 : 261-262.
- TOURNIER E 1931 "Régime alimentaire des populations autochtones et moyens de remédier à la sous-alimentation". *Hyg. soc.*, 4, 66 : 1261-1264.
- TOURY J, *Le baobab, arbre providence de l'Africain*, ORANA, sd.
- TOURY J 1956, *Notions élémentaires de Nutrition*. Diffusé en AOF à l'usage des instituteurs africains.
- TOURY J 1958 "Analyse de quelques plantes entrant dans l'alimentation des populations de l'A.O.F." *Qualitas plantarum et materiae vegetabiles*, 3 : 256-261.
- TRAORE D 1965, *Médecine et magie africaines*. Paris, Présence Africaine.
- TREMOLIERE J 1950, *Contribution à l'étude de la dégénérescence graisseuse du foie chez le jeune enfant noir Kwashiorkor*. Paris.
- UNESCO 1984, *La nutrition de la mère et du petit enfant*. Collection éducation nutritionnelle, N°3, Paris.
- UNICEF 1990, *Stratégie visant à améliorer la nutrition des enfants et des femmes dans les pays en développement*. New York.
- Union Internationale contre la Tuberculose 1955, « La Tuberculose en Afrique », Résumé du Procès-verbal d'une réunion qui s'est tenue à Paris les 4-5/07/1955.

- VALENTIN S 1973, « Remarques sur les actions en faveur de l'enfant de 3 à 6 ans : l'exemple du Sénégal », in *Les Carnets de l'Enfance* N°21, 1973, p 51-62.
- VAN DAM BE 1965, *Rapport du gouvernement du Sénégal sur le programme d'alimentation scolaire et d'éducation alimentaire et nutritionnelle*. Rome, FAO.
- VANHAEVERBEKE A 1970, *Rémunération du travail et commerce extérieur. Essor d'une économie paysanne exportatrice et terme de l'échange des producteurs d'arachide du Sénégal*. Louvain
- VERDES - LEROUX J 1976, « Pouvoir et assistance sociale : cinquante ans de service social », *Actes de la Recherche en Sciences Soc*, vol. 2, No 2, pp. 152-172.
- VOLA J 1957, « Etablissement de l'index trachomateux dans les écoles primaires de Saint-Louis du Sénégal », *Bul Méd de l'AOF*, Vol II, No 4.
- WADE F 1960, "Organisation de l'activité en faveur de la mère et de l'enfant au Sénégal". Journées africaines de pédiatrie. (Dakar, avril 1960). Paris : CIE, pp 121-122.
- WADE S., LEMONNIER D., ALEXIU A., BOCQUET L. 1982, "Effect of early postnatal under- and overnutrition on the development of IgA plasma cells in mouse gut". *J. Nutr.*, 112: 1047-51
- WADE S, MAIRE B. BLEIBERG F., DARDENNE M., PARENT G., LE FRANCOIS P., CARLES C. 1982, "Absence of variation in facteur thymique sérique activity in moderately and severely malnourished Senegalese children". *Am. J. Clin. Nutr.*, 36 : 1129-33.
- WADE S., PARENT G., BLEIBERG-DANIEL F., MAIRE B., FALL M., SCHNEIDER D., LE MOULLAC B., DARDENNE M 1988, "Thymulin (Zn-FTS) activity in protein-energy malnutrition: new evidence for the interaction between malnutrition and infection on the thymic function." *Am. J. Clin. Nutr.*, 47 : 305-11.
- WADE S., BEAU J.P., DIAHAM B., LEITE N. 1992, « Intérêt des laits fermentés chez l'enfant diarrhéique malnutri ». *Cahiers d'études et de recherches francophones : Santé*, 2 : 390-6.

- WADE S., BEAU J., PDIAHAM B., LEITE N. 1994, "Dehydration in Kwashiorkor Cases: A Bad Prognosis Factor in Senegal". *J. Trop. Pediatr.*, 40 : 299-301.
- WADE S, al 1995, Serum osteocalcin regulation in Protein-Energy malnourished children. *Pediatr. Res.*, 37, 5 : 606-610.
- WADE S, al, 1998, "Effect of food processing on iron availability of African pearl millet weaning foods". *Inter. J. of Food Science and Nutr.*, 49 : 375-381.
- WADE S, al, 2002, "Use of Fourier Transformed infrared spectrophotometer (FTIR) for determination of breastmilk output by deuterium dilution method Among Senegalese women". *Food and Nutr. Bull.*, 23, (3): 138-141.
- WADE S, al 2002, "Stable isotope aided evaluation of Community Nutrition Program: effect of food supplementation schemes on maternal and infant nutritional status". *Food and Nutr. Bull.*, 23, (3): 169-173.
- WADE S, al, 2003, "Comparison of the efficacy of a solid ready-to-use food and a liquid, milk-based diet for the rehabilitation of severely malnourished children: a randomised trial". *Am. J. Clin. Nutr.*, 78, 302-307.
- WADE S, al 2003, "Nutritional status of preschool Senegalese children: long term effects of early severe malnutrition". *Br. J. Nutr.*, 90, 1123-1132.
- WADE S., BLEIBERG-DANIEL F., LE MOULLAC B., GOUACHE P., BIOUS D., GAUTHIER F., LEMONNIER D. 1986, « Influence du sexe, de l'âge, du jeûne et du niveau des ingesta-protéiques et/ou énergétiques sur le taux plasmatique de préalbumine (TBPA) chez le rat .In » : *Les malnutritions dans les Pays du Tiers-Monde*, Ed. D. LEMONNIER, Y.INGENBLEEK, Vol. 136, Série Coll. INSERM, pp 221-7.
- WADE S., BLEIBERG-DANIEL F. 1989, « Intérêt du dosage de la transthyrétine et des protéines de la réaction inflammatoire dans l'évaluation de la malnutrition protéino-énergétique (MPE) modérée ». In : *Les carences nutritionnelles dans les PVD*, Ed. KARTHALA-ACCT, Paris, pp. 106-13.
- WADE S., al 1989, Disponibilité des denrées alimentaires et mode de consommation en milieu rural sénégalais : cas de Khombole. 1989. In : *Les carences nutritionnelles dans les PVD*, Ed. KARTHALA-ACCT, Paris, pp. 537

42.

WADE S. 2000 "Food and Nutrition Security in the Sahe"l. In : Food Needs of the Developing World in the Early Twenty-First Century,Ed. Pontificiae AcademiaeScientiarum Scripta Varia Vol 97, pp 91-101.

WADE S, DIAHAM B. 2000, « Utilisation de la bouillie à base de maïs dans les foyers du projet de nutrition communautaire du Sénégal ». Rapport pour le PAM.

WADE S, CISSE AS. 2003, *Evaluation du Projet de Nutrition Communautaire (PNC) du Sénégal au niveau des femmes bénéficiaires : Etude de la composition corporelle et de la production lactée à l'aide d'isotopes stables*. Rapport AIEA SEN 7003.

WADE S. 2005, *Mesure de l'impact du déparasitage, de la supplémentation en fer et micronutriments sur le statut anémique et nutritionnel d'élèves Sénégalais d'âge pré-pubertaire*.

WADE S., LEMONNIER D. 1900, *La recherche en nutrition : quelles équipes conjointes pour quels projets prioritaires?* IFDA Dossier N°-75/76.

WADE S, DIOP EI. *Prise en charge de la malnutrition sévère de l'enfant : utilisation d'un aliment solide équivalent au F100 de l'OMS*. 40ème anniversaire de l'Institut de Technologie Alimentaire (ITA), 1-3 décembre 2003. Dakar, Sénégal.

WADE S. « La pâte d'arachide dans la récupération nutritionnelle ».International Atomic Energy Agency. Research coordination meeting on "assessment of total energy expenditure and body composition", 29 March – 2 April 2004. Vienna, Austria.

WADE S. National nutrition problems and priorities in Senegal. 18ème International Congress of Nutrition, 18 - 23 Septemb. 2005, Durban (Af du Sud)

WADE S, CISSE As, DOSSOU N, BLUCK L, COWARD AW. Breast milk output and displacement in early infancy.

WADE S, GUIRO AT 2000, Food and Nutrition Security in the Sahel: Current Situation and Policy Implication for the future.

WADE S, GUIRO AT 2003, "The importance of high-level training nutrition

scientists in Sub-Saharan Africa”..In: *Modern Aspect of Nutrition-Present knowledge and Future Perspectives*, Ed. S; Karger, pp136-38.

ZEMPLÉNI Andras 1985, *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture*, Paris, Société d'ethnographie de Paris.

ZEMPLÉNI Andras 1992, préf. in *Pouvoir et maladie en Afrique : anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar* - Didier Fassin. Paris, Presses Universitaires de France.

ZEMPLÉNI Andras 1983, « Quelques problèmes de méthode en psychopathologie africaine » in *Une anthropologie médicale en France*, Paris, C.N.R.S, pp. 23-29.

ZEMPLÉNI Andras 1988, « Entre "sickness" et "illness" : de la socialisation à l'individualisation de la "maladie" », *Social Science and Medicine*, XXVII, 11, pp. 1171-1182.

ZEMPLÉNI Andras 1985, « Du dedans au dehors : transformation de la possession-maladie en possession rituelle », *International Journal of Psychology*, XX, 4-5, pp. 663-679.

ZEMPLÉNI Andras 1985, « La "Maladie" et ses "causes" : introduction », *Ethnographie*, , LXXXI, n° 96-97, pp. 13-44.

ZEMPLÉNI Andras 1982, « Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique », *Archives de sciences sociales des religions*, 1982, LIV, 1, pp. 5-19.

ZEMPLÉNI Andras, Sindzingre, Nicole 1982, *Anthropologie de la maladie*, *Bulletin d'ethnomédecine* , n° 15, p. 3-22.

ZEMPLÉNI Andras, « Henri Collomb 1980, (1913-1979) et l'équipe de Fann », *Social Science and Medicine*, XIV B, 2, pp. 85-90.

ZEMPLÉNI, Andras 1974, « Du symptôme au sacrifice : histoire de Khady Fall », *L'Homme*, XIV, 2, pp. 31-77.

ZEMPLÉNI Andras 1973, « Pouvoir dans la cure et pouvoir social », *Nouvelle revue de psychanalyse*, N° 8, pp. 141-178.

ZEMPLÉNI Andras 1967, « Sur l'alliance entre la personne et le rab dans le N'Döp », *Psychopathologie africaine*, , III, 3, pp. 441-450.

ZEMPLÉNI Andras 1966, « La dimension thérapeutique du culte des rab (Ndöp, Tuuru et Samp : rites des possessions chez les Wolof et les Lebu) », *Psychopathologie africaine*, , II, 3, pp. 295-439, pl. h.-t., tabl., fig.

ZEMPLÉNI Andras, Rabain Jacqueline, 1965, « L'enfant Nit Ku Bon : un tableau psycho-pathologique traditionnel chez les Wolof et Lebou du Sénégal » *Psychopathologie africaine*, , I, 3, pp. 329-441.

ZEMPLÉNI Andras 1968, « Le culte des Rab chez les Wolof et les Lebou (Sénégal) : une étude de cas ». Communication présentée au Colloque sur les cultes de possession.

ZEMPLÉNI-RABAIN J 1970, «L'enfant Wolof de 2 à 5 ans», *RN I HM N°10 -11*, p 785-798.

ZEMPLÉNI-RABAIN J 1968, « L'aliment et la stratégie de l'apprentissage de l'échange avec les frères chez l'enfant wolof », in *Psychopathologie Africaine Vo IV*, N°2, p 297 318.

### ***b) Sources secondaires***

ANONYME 1941, « Les maladies endémo-épidémiques observées dans les colonies françaises et les territoires sous mandat pendant l'année 1939 ». *Méd. Trop.*, No 6.

ANONYME 1925, Instruction pratique pour la lutte contre le paludisme (adoptée par la Société de Pathologie Exotique dans sa séance du 11 mars 1925), *AMPC* Tome XXIII

ANTARELLI P, 1922, "Notes sur le paludisme à Dakar". *Bull. Soc. Path. exot.*, 14, 6 : 515-516.

ANTOINE P, Bâ A, 1995, « Mortalité et santé dans les villes africaines » in *Afrique contemporaine*, No spécial, 4e trimestre.

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

BAUJEAN Dr, 1920, "Un cas de parasitisme multiple par *tania saginata* ". *Bull. Soc. méd.chir. fr. Ouest afr.*, 14 : 52-54.

BAYLET R, 1968, « L'infection à adénovirus - Etudes sériépidémiologiques », *Bull Soc Path Exot.* 1968 61, 4, 564.

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

BERG A 1987, *Malnutrition, What can be done ? Lesson from the Word Bank experience*, John Hopkins University Press, Baltimore.

BERGERET Charles, 1951, "Note sur l'intérêt de la recherche des hématozoaires dans la moëlle osseuse". *Bull. méd. AOF*.

BERGERET Ch., 1947 "Quelques réflexions sur l'ankylostomiase". *Bull. méd. AOF*, 4, 2 :159-166.

BERNARD-DUQUENET N 1982, *Le Sénégal et le Front Populaire*, Paris, Karthala.

- BOLTANSKY L 1969, *Prime, Education et Morale de Classe*. C.S.E. Mouton, Paris.
- BERTE M. & LINHARD J 1957, "A propos du « problème sérologique » de la syphilis en milieu africain". *Bull. Soc. Path. exot.*, 50, 5 : 728-735.
- BLANCHARD, 1931 "Le parasitisme intestinal". *Hyg. soc.*, 65 : 1243-1247.
- BLONDIN P., ADVIER M. & RIVOALEN A. 1935 "Sur deux cas d'endocardites gonococciques". *Bull. Soc. Path. exot.*, 28, 3 : 234-235.
- BOILAT A.D 1984, *Esquisses sénégalaises*. Karthala.
- BONNEUIL C 1997, *Mettre en ordre et discipliner les Tropiques : les sciences du végétal dans l'empire français, 1870 - 1940*. Thèse de Doctorat d'Histoire des Sciences, Université Paris VII.
- BOUTEILLER S 1966, *Médecine populaire d'hier et d'aujourd'hui*. Paris, Larose.
- BOYCE Sir R W. 1909, *Mosquito or man ? The conquest of the tropical world*. London, John Hurray, IX.
- BRAUDEL F 1977-1978, *Civilisation matérielle, économie, capitalisme. Les structures du quotidien*, A. Colin.
- CAMPAL A 1981, *L'évolution de la population de Dakar de 1955 à 1976*. Mise au point Dakar, Université de Dakar, mémoire de maîtrise.
- CANTRELLE P 1965, *Observation démographique répétée en milieu rural au Sénégal, méthode et premiers résultats*. Belgrade ONU.
- CANTRELLE P 1964, *Calcul des taux bruts de natalité et de mortalité à partir d'observation démographiques répétées dans une zone pilote Dakar Centre ORSTOM*.
- CANTRELLE P 1964, *L'Etat Civil et les autres sources de renseignements sur l'évolution démographique au Sénégal*. Rapport de fin de mission Nations Unies, Dakar, mai 1964.
- CANTRELLE P 1969, "Orientation de la recherche démographique du Sénégal" in *Cahiers ORSTOM*, série Sciences humaines Vol VI, N°4, p3-10.
- CASTETS Monique, 1958 "La sérologie de la syphilis chez les Africains de Dakar". *Bull. méd. AOF*, (n.s.), 3, 4 : 381-398.

- CASTETS Monique, 1958, *Sérologie de la syphilis et protidémie chez les Africains de Dakar*. Paris, Libr. Arnette.
- CAVALADE C 1941, « Eléments d'enquêtes démographiques dans la subdivision de Ségou », *Médecine Tropicale*, No 5
- CAZANOVE 1930, « Essai de démographie des colonies françaises », *Bulletin Officiel d'Hygiène Publique*, août 1930.
- CHAMBAS G 1991, *Politique d'éducation et de santé face à l'ajustement : le cas du Sénégal* Communication au Colloque Etat et Société au Sénégal : crises et dynamiques sociales, Bordeaux.
- CHARBIT Y, NDIAYE S 1994, *La population du Sénégal*. Paris, DPS/CEPAA.
- CHARMOT G. & LE HENAND F 1952, "Dix observations d'amibiase hépatique traitée par la terramycine". *Bull. méd. AOF.*, 9, 2 : 259-269.
- CHARMOT G., LE HENAND F. & GIUDICELLI P 1953, "Traitement de l'amibiase intestinale aiguë en A.O.F. par le Bis (P. Arsenophénylamino)-1,2, Ethane". *Bull. méd. AOF*, 10, 1 : 41-43.
- CHARMOT G., LE HENAND F., MATHIEU P., SYLLA & OUEDRAOGO Y 1952 "Premiers résultats du traitement de l'amibiase intestinale aiguë en A.O.F. par le 4482 R.P.". *Bull. méd. AOF*, 9, 1 : 97-101.
- CHARMOT G., KOERBER R. & GIUDICELLI P 1953, "Notes sur les maladies présumées à virus neurotropes", in CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE (éd.) *Les problèmes de l'enfance dans les pays tropicaux d'Afrique*. Brazzaville, déc. 1952. Paris : CIE (Colloques et conférences), pp 228-232.
- CLERC S. & BERGERET Ch 1947, "Quelques observations d'aspects chirurgicaux de l'amibiase intestinale". *Bull. méd. AOF*, 4, 4 : 415-420.
- CURTIN P, al 1978, *African History*, Londres, Longmann.
- CURTIN P 1983, "Nutrition in African History". *Journal of Interdisciplinary History*, No 2, Hunger and History : The impact of changing Food Production and Consumption Patterns on Society, pp371-382.
- CUSSET & GUEYE S 1934, "Note clinique à propos d'un adéno-phlegmon chez un vénérien, dans une région à endémicité pesteuse". *Bull. Soc. Path. exot.* 27, 1 :

99-100.

DELAHOUSSE J., PAILLET R. & LEPROUX Ph 1959, "Hémorragie surrénale et amibiase colique grave. (A propos d'une observation anatomo-clinique)". *Bull. Soc. méd. Afr. N. lang. fr.*, 4, 2 : 203-207.

DENIS P 2006, « Pour une histoire sociale du sida en Afrique subsaharienne », Denis P, Becker C, s/d, *L'épidémie du sida en Afrique subsaharienne* Karthala.

DIOP I L 1980, *Etude de la mortalité à Saint-Louis du Sénégal à partir des données d'état civil*. Thèse de doctorat. Université Paris I.

DUDON Jean-Charles 1869, *Notes et observations sur les affections paludéennes à la côte occidentale d'Afrique*. Paris, A. Parent.

DOUE Adolphe 1872, *Identité de la nature des fièvres observées à la côte occidentale d'Afrique. Du sulfate de quinine comme méthode préventive*.

Montpellier, Impr. L. Cristin & Cie

DURIEUX C. & SALL M. 1929, "Nouvelles recherches sur l'index du paludisme à Dakar durant la saison fraîche". *Bull. Soc. Path. exot.*, 22, 7 : 618-622.

DURIEUX C. & TANGUY F 1949, "Recherches sur les propriétés thérapeutiques de la conessine (alcaloïde de l'*Holarrhena Africana*)" Rapport Inst. Pasteur AOF, Dakar, GIA, pp 67-72.

DURIEUX C., TRENOUS J. & TANGUY F 1947 "Recherches sur les propriétés thérapeutiques de la conessine (alcaloïde de l'*Holarrhena africana*). Essais préliminaires dans le traitement du paludisme et de l'amibiase intestinale.

L'émétine sera-t-elle détrônée par la conessine ?" *Bull. méd. AOF*, 4, 4 : 345-350. 1948, *Méd. trop.*, 8, 1 : 7-11.

DIAW A B 1991, *Les stratégies de survie des jeunes et enfants de la rue (approche psychosociologique)*. Mémoire maîtrise philosophie, UCAD, FLSH.

DIOP A.B, *Société Toucouleur et immigration, enquête sur l'immigration toucouleur à Dakar*, IFAN, Dakar, 1965.

DOZON J.P 1985, « Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil »,

*Sciences Sociales et Santé*, Numéro spécial Anthropologie, Sociétés et Santé, vol. III No 34, Paris, pp 27-56.

DOZON J-P 1991, « D'un tombeau l'autre », *Cahiers d'Etudes Africaines* XXXI (1-2), 121-122, 1991.

ESCUDIE A. & ABONNENC E 1958, "Sur le comportement de quelques anophèles de la région de Thiès (Sénégal). En zones traitées par les insecticides à effet rémanent". *Méd. trop*, 18, 2 : 286-303.

ESQUIER A., 1921 "La formule hémoleucocytaire dans le paludisme dakarais". *Arch. Méd. nav*, 111 : 227-229 ; 1921, *Bull. Soc. Path. exot.*, 14, 1 : 70-72.

ERT F 1982, « Emergence et devenir du système de prise en charge de la tuberculose en France entre 1900 et 1940 », *Société de Sciences Médicales.*, Vol. 16, pp 2073-2082.

EWSTIFEIEFF 1926 "Traitement du chancre mou et du bubon par les attouchements à l'acide phénique pur, chez les indigènes du Sénégal". *Bull. Soc. Path. exot.*, 19, 4 : 314-315.

FABRE J 1942, « L'œuvre des médecins coloniaux en Afrique Noire », Conférence faite à Montpellier le 30 mai 1942, La Quinzaine Impériale, *Médecine Tropicale*.

FAKAMBI L K sd, *Alimentation, nutrition et Agriculture* (Version française condensée pour l'Afrique de l'Ouest) FAO, Rome.

FAO/OUA 1982, *La Famine en Afrique : Situation, causes, prévention, lutte*. Rome, Italie.

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

FONTAINE Dr 1898, « Fonctionnement aux colonies des ambulances » in *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, Tome 1.

FOUCALT M 1976, *Histoire de la sexualité. 1. La volonté de savoir* Paris: Gallimard.

FOUCALT M 1994, "La technologie politique des individus", *Dits et écrits 1954-1988* Paris: Gallimard, IV, 1980-1988, 813-828.

FOUCALT M 2000, *La naissance de la clinique*. 6<sup>e</sup> édition, Quadrige, PUF.

- GAICEDO E 1992, *Essai d'analyse de l'évolution des indicateurs de santé*. Atelier de travail sur l'utilisation des instruments d'aide à la décision pour l'analyse de la formulation des politiques sociales.
- GALKINS P, LARIVIRE S, MARTIN F, MORASSE JA 1993, *Mesure du bien-être et de la pauvreté*. Université de Laval Centre Sahel Octobre 1993 (Conférences, 37).
- GANN L.H, DUIGNAN P 1968, *Burden of Empire: an Appraisal of Western Colonialism in African South of the Sahara*, London, Pall Mall Press.
- GARNIER 1888, *Souvenirs médicaux du poste de Sédhiou*. Thèse Montpellier.
- GAUD J 1953, « Notice épidémiologique sur les bilharzioses », *Médecine Tropicale*, No 3, pp.320-327.
- GERVAIS R 1997, « Etat colonial et savoir démographique en AOF, 1904-1960 » in Ch. Becker, S. Mbaye, I. Thioub (s. dir), *AOF, réalités et héritages. Sociétés ouest africaines et ordre colonial, 1895-1960*. D.A.S, pp 961-980.
- GILLES H.M.1957, "The Development of Malarial Infection in Breast-Fed Gambian Infants". *Ann. trop. Med. Parasit.*, 51, 1 : 58-62.
- GOUGEROT H 1946, « Les six traitements principaux d'attaque de la syphilis. Les trois anciens. Les trois nouveaux ». *Le Médecin Libre*, 20<sup>e</sup> Année, No 6, juin 1946, pp.3-20.
- Gouvernement Général, Circonscription de Dakar et Dépendances, Exposition Coloniale de 1931.
- GROSFILLEZ 1934, « Les principales maladies transmissibles observées dans les colonies françaises et territoires sous mandat en 1932 », *AMPC*, Tome XXXII.
- GUBRY P 1956, *Relations population-ressources au Sine Saloum (Sénégal)*.Mémoire IDUP Paris.
- GUEYE M et PD DIOUF 1989, *Mortalité au Sénégal Communication présentée au séminaire de présentation et de vulgarisation des résultats de l'enquête démographique et de santé de 1986*. Dakar, mars 1989.
- GUICHARD Eugène-Louis-Joseph 1919, *Le paludisme à bord des navires de guerre* «

- Kléber* » et « *Dupleix* » (*Côte occidentale d'Afrique 1916-1917*). Angoulême, Impr. C. Hellmy & Cie.
- GUYONNET-DUPERAT André Arnaud, 1858, *Observations sur les fièvres pernicieuses de la côte occidentale d'Afrique recueillies durant une campagne*. Montpellier, Impr. L. Cristin & Cie.
- HAMET, 1919 "Le paludisme à Dakar". *Arch. Méd. nav.*, 107 : 40-52.
- HAMET 1920 "Le paludisme à Dakar dans le personnel du point d'appui de la Marine". *Arch. Méd. Pharm. nav.*, 109, 6 : 401-437 ; 110, 1 : 5-33.
- HECKENROTH et BERGONIER 1923, « Renseignements démographiques sur Dakar en 1922 », *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*.
- HERNAN Dr 1931, « Les maladies transmissibles observées dans les colonies Françaises et territoires sous mandat pendant l'année 1928 » *AMPC*, Tome XXIX, pp. 5 -131.
- HOLSTEIN M 1949, « L'entomologie médicale », *Bul. Méd. AOF*, No spécial.
- HOLSTEIN M 1951, "Note sur l'épidémiologie du paludisme en AOF". *Bull. OMS*, 4 : 463-473.
- HUCHARD G.-L., 1922, "Quelques considérations sur l'emploi du « Trépol » dans le traitement de la syphilis". *Bull. Soc. Path. exot.*, 15, 5 : 364-369.
- IUT 1975, *Etude de budget consommation*. Vol 1 *Les conditions de vie des ménages*.
- Instruction pratique pour la lutte contre le paludisme (adoptée par la Société de Pathologie Exotique dans sa séance du 11 mars 1925). *AMPC* 1925, Tome XXIII.
- JONES E.S & MCGREGOR I.A 1954 "Processes in Disease. V. Blood Physiology of Gambian Children infected with *Plasmodium falciparum*". *Ann. trop. Med. Parasit.*, 48, 1 : 95-101
- KERMORGANT A 1904, « Les maladies endémiques, épidémiques et contagieuses qui ont régné dans les colonies françaises en 1903 », *AHMC*, Tome Huitième pp. 424-453. Paris, I.N.

KERMORGANT A 1906, « Les maladies endémiques, épidémiques et contagieuses qui ont régné dans les colonies françaises en 1904 », *AHMC*, Tome XIX pp. 349-377 Paris, I.N.

KERMORGANT A 1907, « Les maladies endémiques, épidémiques et contagieuses qui ont régné dans les colonies françaises en 1905 », *AHMC*, Tome XX pp. 285-312 Paris, I.N.P.

KERMORGANT A.1903, “Aperçu sur les maladies vénériennes dans les colonies françaises”. *Ann. Hyg. Méd. colon*, 6 : 428-460.

KIEFER Dr 1901, « Hôpitaux. Morbidité et mortalité en 1899 », *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, Tome IV.

KUCZYNSKI R.R 1939, *The Cameroons and Togoland : a Demographic Study*, Londres.

KUCZYNSKI R.R 1948, *Demographic Survey of the British Colonial Empire*, vol.1 *West Africa*, Londres,; vol.II 1949, *South Africa, High Commission Territories, East Africa*, Londres.

LABAIL 1949, “Deux cas de perforation du sigmoïde chez les amibiens”. *Bull. méd. AOF*, 6, 1 : 83-87.

LACAN 1960, *Service de Lutte Antipaludique S.L.A.P. de Thiès*. Rapport d'ensemble depuis sa création. Dakar : 24 p., ronéo. (Fédération du Mali. Rép. du Sénégal. Ministère de la Santé et des Affaires soc.).

LACOMBE B 1963, *Fakao (Sénégal) Dépouillement des registres paroissiaux et enquête démographique rétrospective : méthodologie et résultats*. Dakar, ORSTOM.

LAMBERT L 1937, “De l'emploi d'une solution de glyco-colle comme solvant des arséno-benzènes dans le traitement de la syphilis chez les indigènes du Sénégal”. *Bull. Soc. Path. exot.*, 30, 2 : 131-134.

LAMY B et ROUX J C 1969, *Espace et société traditionnelle en zone rurale de colonisation. Etude de géographie régionale, Sénégal*. Dakar ORSTOM.

LANCO A 1942 « Le Baobab », *Médecine Tropicale* 2, 9, pp 726-731.

- LATHA MC, 1979 *Nutrition humaine en Afrique Tropicale*. FAO, Rome.
- LATOURE B 1984, *Les microbes guerre et paix suivi de Irréductions*. Paris, A-M. Métaillé.
- LAURE J 1983, *Nutrition et population en vue de la planification alimentaire*. Paris ORSTOM Collection Initiations Documentations et Développement.
- LAVERAN A 1905, "Paludisme" et "Trypanosomiase humaine". in M. BROUARDEL & A. GILBERT (éds), *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique*. Fasc. V. Paris, J.B. Baillière & fils.
- LEFEVRE Dr 1932, « Les maladies transmissibles observées dans les colonies françaises et territoires sous mandat pendant l'année 1930 », *AMPC*.
- LE GALL P. 1944, "Le paludisme en Afrique Occidentale Française, au Togo et à Madagascar en 1941". *Bull. OIHP*, 36, 5/6 : 203-224.
- LE GALL R. 1943, "La parasitose intestinale en Afrique Occidentale Française, au Togo et à Madagascar en 1941". *Bull. OIHP*, 35, 1/2 : 35-47.
- LE ROUZIC et Dr VOGEL 1938, « Les maladies transmissibles observées dans les colonies françaises et territoires sous mandat pendant l'année 1936 ». *AMPC*, Tome XXXVI, pp. 352 -520 Paris, I.N.
- LE DENTU, PELTIER Dr 1936, « Les maladies transmissibles observées dans les colonies françaises et territoires sous mandat pendant l'année 1934 », *AMPC*.
- LE DENTU, PELTIER Dr 1931, « Les maladies transmissibles aux colonies », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, Tome XXIX, 1931, pp 661 - 851.
- LEGENBRE J 1928, « Colonies et Démographie », *AMPC*, Tome XXVI, pp 395-408.
- LEGER M. & BÉDIER E 1923, "Le parasitisme intestinal en Afrique Occidentale Française". *Bull. Com. Et. hist. sci. AOF*, 6, 1 : 74-103.
- LEGER Marcel 1925, "Le paludisme au Sénégal et en particulier à Dakar ; ses origines, les remèdes possibles". *Ann. Méd. Pharm. colon*, 23 : 265-278.
- LE MOAL 1906, "Etude sur les moustiques en Afrique occidentale française (rôle

- pathogénique-prophylaxie)”. *Ann. Hyg. Méd. colon*, 9 : 181-219.
- LEMONIER D et INGENBLEEK Y 1991, *Alimentation et nutrition dans les pays en développement*. Paris, Kartala, Collection Economie et Développement.
- LESLIE J 1989, *Women's work and child nutrition in the Third World*, In *Women, Work, and Child Welfare*. Leslie J, Paolisso M (eds) Boulder : Westview Press,.
- LE ROUZIC Dr et Dr VOGEL 1938, «Les maladies transmissibles observées dans les colonies françaises et territoires sous mandat pendant l'année 1936 », *AMPC* Tome XXXVI, pp. 352 -520 Paris, I.N.
- LINHARD Jean & CORREA Paul 1956, “Contribution à l'étude de la maladie hémolytique du nouveau-né chez les Africains de la région de Dakar”. *Bull. méd. AOF*, 1 : 88-91.
- LINHARD J., MAZAUD R. & MOISSINAC J.1957, “Ictère nucléaire par antigène Rhésus à révélation immunologique tardive”. *Bull. méd. AOF*, (n.s.), 2,1 : 145-149.
- MARQUE Médecin – Colonel 1933, « Les maladies transmissibles observées dans les colonies françaises et territoires sous mandat pendant l'année 1931. *AMPC* Tome XXXI, pp. 123 – 322.
- MARTIAL J.E 1937, « L'alimentation indigène en A.O.F », *Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, Tome XXXV-43, pp. 648-687.
- MARTIN M, « Les syndromes anémiques en pratique tropicale », *Médecine Tropicale* 1953 No 3, pp. 289-303.
- MASSIOU Médecin-Major 1904, « La vaccine à Saint Louis du Sénégal », *Annales d'Hygiène et de Médecine Coloniales*, Tome VII, pp. 17-19.
- MARTIN F 1989 *Analyse de la situation alimentaire du Sénégal à l'aide de l'exercice de modélisation effectuée à l'ISRA*. Québec Centre Sahel.
- MASA/SANAS *Programme national de nutrition Plan d'action 1991-1996*.
- MASSEYEF R, DUPIN H 1968, « Les insuffisances alimentaires », in SANKALE M, PAYET M, *Epidémiologie et prophylaxie des endémies Dominantes en Afrique Noire*, Masson & Cie, pp. 103-129.

- MEFP/DPS 1993, *Dimensions sociales de l'ajustement : enquête sur les priorités. Résultats préliminaires*. Dakar.
- MERCIER P 1966, *Le peuplement du Sénégal*. Dakar DAT.
- McGREGOR Ian A. 1960, "Demographic effects of malaria with special reference to the stable malaria of Africa". *West afr. med. J.*, 9, 6 : 260-265.
- MARCANDIER A 1916, "La résistance globulaire dans quelques cas de paludisme, de fièvre bilieuse hémoglobinurique et de maladie du sommeil". *Bull. Soc. Path. exot.*, 9, 8 : 647-665.
- MISSIROLI A 1950, « Le contrôle des insectes de la maison et de l'homme », *Médecine. Tropicale*, No 1.
- MOREAU G. 1925, "Epidémie de paludisme sur un navire". *Bull. Soc. Path. exot.*, 18, 2 : 218-220.
- MOORE M 1990, *Behavioral determinants of maternal health care choices in developing countries Working Paper N°2*, Mother-Care Project, Arlington, Virginia.
- MARTORELL R, HABITCHT J, YARBROUGH C, LECHTIG A 1976 "Underreporting in fortnightly recall morbidity surveys", *J. Trop Pediatr* ; 22 : 129-34.
- MORETTI G 1956, « L'alimentation en Afrique Noire », *Tropiques* No 32.
- NDIAYE S, DIOUF P, AYAD M 1992, *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal (EDS-II) 1992-93*, Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan, Direction de la Prévision et de la Statistique, Division des Statistiques Démographiques, DHS, Macro International Inc 1994.
- NDIAYE S, SARR I et AYAD M 1988, *Enquête démographique et de santé au Sénégal 1986*. Columbia, Maryland : Ministère de l'Economie et des Finances et IRD Westinghouse.
- OMS 1913, *Quatrième Rapport du Comité des Experts des maladies vénériennes et des tréponématoses*, 1913.
- OMS 1983, *Mesure des modifications de l'état nutritionnel*. OMS Genève.

- ONABAMIRO Sanya Dojo 1949, *Why our children die. The Causes and Suggestions for Prevention of Infant Mortality in West Africa. (With a foreword by Lancelot Hogben)*. London : Methuen & Co.
- NOC F., HENRY & ESQUIER A.1920, "L'anguillule intestinale de l'homme au Sénégal (*Strongyloides intestinalis* BAVAY, 1877)". *Bull. Soc. Path. exot.*, 13, 7 : 588-596.
- PAM A.A 2005, *Fièvre Jaune et Choléra au Sénégal : Histoire des idées, pratiques médicales et politiques officielles entre 1816 et 1960*, Thèse de doctorat, Histoire, UCAD.
- PASQUIER R 1987, « Un aspect de l'histoire des villes du Sénégal : les Problèmes de ravitaillement au XIXe s », *Cahiers du C.R.A* No 6, pp.177-203.
- PAUR J.-B.1954, "Médication africaine contre les parasites intestinaux". *Notes afr.*, 64 : 118-119.
- PAYET Maurice, PENE Pierre & BARTHE Cl., 1954, "Traitement des accès palustres par la quinine-subtosan intraveineuse". *Bull. méd. AOF*, 1 : 101-104.
- PAYET M., NETIK J., ARMENGAUD M. & BEZES H 1957, "Les amibiases coliques mortelles en milieu africain à Dakar (à propos de dix observations) ". *Bull. Méd. AOF* (n.s.) 2, 4 : 384-392.
- PAYET M., PENE P., ROUGET-CAMPANA & BARTHE Cl 1953, "Traitement de la dysenterie amibienne par la Dibromo-Oxyquino-léine (Dibromoquin)". *Bull. méd. AOF*, 10, 10 : 165-168.
- PAYET M., PENE P. & CAMAIN R., 1954, "Les altérations hépatiques au cours du paludisme en milieu africain à Dakar". *Bull. Ecole Méd. Dakar*, 2 : 13-20.
- PAYET Maurice, PENE Pierre, CAMAIN Robert & VINET, 1954, "Foie et paludisme chez l'Africain à Dakar". *Bull. méd. AOF*, 10 : 245-249.
- PELTIER 1931, Rapport sur les questions étudiées par la Commission du Paludisme de la Société des Nations réunie à Alger du 20 au 21 mai 1930, *AMPC*, pp.Tome XXIX, pp 171 – 178.
- PENE P & ARMENGAUD Maxime, 1957, "Sur un cas d'hépatite amibienne". *Méd. Afr. N.*, 4, 8 : 157-158.

- PENE P 1955, "Les accès pernicioeux palustres". *Méd. Afr. N.*, 2, 25 : 1-2.
- PENE P., PAYET M. & LE DRENN P. 1955 "Syndrome de Loëffler ascaridien". *Bull. méd. AOF*, 12 : 25-28.
- PENE P. & LARIVIERE M. 1955, "Considérations sur l'ankylostomiase en milieu africain". *Essor méd. soc. Union fr.*, 8 : 40-50.
- PENE P, 1956, "Le traitement du paludisme". *Gaz. méd. France*, 63 : 617-623.
- PHILLIPE R 1961, « Commençons par l'histoire de l'alimentation », *Annales* No 3 mai-juin 1961. Enquêtes ouvertes, Bulletin No 1.
- PILLE G 1954, Le problème de l'alimentation outre-mer (AOF). Aspects biologiques et scientifiques. *Médecine Tropicale* No 1.
- PLATT B.S. & NAGCHAUDHURI J., 1954, "Malnutrition and Hair Pigmentation". *Proc. Nutrition Society*, 13, 2 : IX-X.
- PLOYE M 1950, "A propos d'une controverse sur l'utilité de la pénicilline dans le paludisme à Vivax", *Rev. palud.*, 8, 68 : 67-73.
- PORRY Emile 1919, *L'index endémique du paludisme en France et dans les colonies françaises*. Laval : L. Barnéoud & cie.
- PRIMATURE (Sénégal) 1999, *La stratégie nationale de sécurité alimentaire au Sénégal*. Document final.
- PRISON G et alii 1995, *Population Dynamics of Senegal*. National Academic Press, Washington, DC.
- Pritech, ORANA 1989, *Les maladies diarrhéiques dans le Sabel. Données épidémiologiques et premiers résultats des programmes de lutte*. Dakar, août 1989.
- RANCON 1886, *Dysenteries endémiques des pays chauds et notamment au Sénégal*, Lyon.
- République du Sénégal 1992, "Document national du Sénégal préparé pour la Conférence Internationale sur la Nutrition", Rome, décembre 1992.
- République du Sénégal, Ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Famille 1992, *Plan national pour l'enfant*.
- République du Sénégal, 1973, *IV<sup>e</sup> Plan Quinquennal de Développement*

*Economique et Social*, 1973-1977.

République du Sénégal, Ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Famille 1992, *Plan d'action national pour la réduction de la mortalité maternelle au Sénégal*. Dakar.

République du Sénégal, Ministère du développement Social 1989, *Réduction de la mortalité maternelle au Sénégal*. Dakar.

République du Sénégal 1988 *Déclaration de Politique de Population (DPP)*. Dakar.

République du Sénégal, Primature 1999, *La stratégie nationale de sécurité alimentaire au Sénégal*

République du Sénégal Ministère de la Santé 2000, *Enquête sur les Indicateurs de Santé (ESIS)* 1999, Dakar.

ROQUES J, « Histoire de la chirurgie », *Médecine Tropicale* 1942, 2, 7No 2.

SAINT-ETIENNE J, « Entomologie Médicale », *Méd. Tropicale* 1947, No 4.

SARRAUT A, *La mise en valeur des colonies françaises*, Paris, Payot, 1923.

SASPORTAS L. 1930 "La lutte antivénérienne aux colonies". *Pres. méd*, 74 : 1249.

SAWADOGO N 2006, *Problématisations de la maladie de l'enfant et concurrence dans l'espace thérapeutique à Lougssi ((Histoire sociale de l'usage de la maladie dans une société lignagère)*, Mémoire de DEA, Département de Sociologie, FLSH, UCAD,.

SEYE C, LECLERCQ V et al 1994, « Riz contre mil » in *L'Afrique côté cuisine : regards africains sur l'alimentation*. Syros.

SENEGAL (République du) /UNICEF 1993, *Analyse de la situation de l'Enfant et de la Femme au Sénégal* Dakar.

SENEGAL (République ) MEFP (DPS) 1993, *Enquête sur les priorités*, Dakar.

SENEGAL (République du) MEFP DP et DPS 1993, *Tableau de bord annuel de la situation sociale au Sénégal Edition 1991* Dakar.

SENEGAL (République), MEFP (Dir. de la Planification) 1995, "Séminaire sur la définition d'éléments de stratégie de lutte contre la pauvreté", Dakar.

SENEGAL (République du)/Commune de Dakar (DASS-DACEPS) 1992, *Plan d'action de la Commune de Dakar pour l'Enfant*, Dakar.

- SENEGAL MEFP (DPS) 1994, Situation économique Editions 1992 Dakar.
- SENEGAL MEFP (DPS) *Situation économique et sociale Editions 1994-1993-1996-1997-1998-1999*. Dakar.
- SEREZ E, 1868, *De l'affection paludéenne et de la fièvre bilieuse hématurique observées au poste de M'Bidgem (Sénégal), pendant les années 1863-1864*. Montpellier : Impr. Boehm & fils, (Th. méd. Montpellier 1868).
- SICE A 1944, « Rôle social du médecin colonial en Afrique française », *Médecine Tropicale*, No 3.
- SIMOND Dr, « Conservation du vaccin », *AHMC Tome IV*.
- SOHIER H.-M.-L., CAMAIN R. & FUSTEC R. 1953, "A propos d'une perforation intestinale par ascaris". *Bull. méd. AOF*, 10 : 305-307.
- SOHIER H.M.L., 1956, "Glace abdominale et dysenterie amibienne". *Gaz. méd. France*, 63 : 609-614.
- SOHIER H.-M.-L. & MARCAULERY R. 1959, "Traitement des abcès amibiens du foie par aspiration discontinue et injections médicamenteuses in situ". *Rev. Intern. Hépatol.*, 9, 6 : 575-588.
- SOW A, Les sociétés indigènes de prévoyance au Sénégal, Thèse de Doctorat de Troisième Cycle.
- STOLER A 2002, "Colonial Archives and the Arts of Gouvernance", *Archival Science*, 2, No 1-2, pp 87-109, p 92-93.
- TANGUY F., ROBIN Ch. & RAOULT A. 1947, "Nouveaux essais de traitement de la dysenterie amibienne par le chlorhydrate de conessine". *Bull. méd. AOF*, 4, 4 : 350-378., *Méd. Trop.*, 8, 1 : 12-31.
- THARAUD J.et J 1926, *La randonnée de Samba Diouf*, Livre de Demain, Paris.
- THIROUX A., 1923 "Les maladies vénériennes dans les colonies françaises". *Bull. OIHP*, 15, 2 : 185-208.
- THIROUX A., 1910 "De l'emploi au Sénégal du tannate de quinine en poudre pour la prophylaxie du paludisme chez les enfants". *Bull. Soc. Path. exot.*, 3, 8 : 541-544.

- THIROUX A. & ANFREVILLE L. d' 1908, *Le paludisme au Sénégal pendant les années 1905, 1906*. Paris : Baillière & fils.
- TOURE A 1991, *Un aspect de l'exploitation coloniale en Afrique : fiscalité indigène et dépenses d'intérêt social dans le budget du Sénégal 1905-1946*, Thèse de doctorat de 3e cycle d'Histoire, FLSH, UCAD.
- RIOU M., GOURRY N. & HUSSENET S. 1934, "Le paludisme en milieu indigène à Dakar pendant les années 1932-1933. Action comparée de divers médicaments". *Bull. Soc. Path. exot*, 27, 6 : 579-586.
- RIVOALEN A. & POPOFF S. 1934, "Leucémie lymphoïde avec splénomégalie chez un paludéen". *Bull. Soc. Path. exot.*, 27, 3 : 281-283.
- ROBERT Léopold, PLUCHON & DAREYS, 1933, "Les albuminuries transitoires des paludéens". *Bull. Soc. Path. exot.*, 26, 3 : 528-530.
- ROBIN CH. & BROCHEN L., 1946 "Le paludisme à Dakar, résultats d'une campagne curativo-préventive antipalustre à l'aide des médicaments synthétiques en milieu indigène". *Méd. trop*, 6, 1 : 52-62.
- ROBIN Ch. & DIOP Issa 1948, "Essais thérapeutiques du paludisme par la Nivaquine en milieu africain à Dakar". *Bull. méd. AOF*, 5, 2 : 139-147.
- TREMOLIERE J 1960, « Qu'est-ce que la Sous-alimentation ? Les problèmes des niveaux alimentaires » in *Communautés et continent* N°5, Janvier - mars 1960 p 43-52.
- Unité de Politique Agricole, Ministère du Développement Rural 1996, "Les tendances de la production agricole et disponibilité alimentaire au Sénégal", Extraits du Rapport de contribution au plan d'action nationale pour la nutrition, Sénégal.
- VERRIERE L 1965, *La population du Sénégal (Aspects quantitatifs)*. Université Dakar Thèse de doctorat de Sciences Economiques.
- VINET J 1954, *Contribution à l'étude du foie dans le paludisme chez l'africain de Dakar*. Bordeaux, Union française d'impression.
- VIVIEN Pierre Hippolyte 1851, *Essai sur les fièvres intermittentes pernicieuses observées à la côte occidentale d'Afrique*. Montpellier, Boehm.

## IV WEBOGRAPHIE (SITOGRAPHIE)

[www.asnom.org](http://www.asnom.org)

- **Asnom**, « l'Assistance Médicale Indigène »

[http://www.asnom.org/fr/620\\_assistance\\_medicale\\_indigene.html](http://www.asnom.org/fr/620_assistance_medicale_indigene.html)

- **Asnom**, « La trypanosomiase humaine africaine (maladie du sommeil) »,

[http://www.asnom.org/fr/441\\_trypanosomiase.html](http://www.asnom.org/fr/441_trypanosomiase.html) , consulté en Juillet 2009.

- **Asnom**, « La protection maternelle et infantile »,

[http://www.asnom.org/fr/640\\_protection\\_maternelle\\_infantile.html#g](http://www.asnom.org/fr/640_protection_maternelle_infantile.html#g)

**Asnom**, « Le rôle des personnels autochtones »,

[http://www.asnom.org/fr/310\\_role.html](http://www.asnom.org/fr/310_role.html),

- **Asnom**, « Les écoles d'infirmiers et de sages-femmes »,

[http://www.asnom.org/fr/330\\_ecoles\\_infirmier.html](http://www.asnom.org/fr/330_ecoles_infirmier.html) .

- **Asnom**, « les écoles de médecine autochtones »,

[http://www.asnom.org/fr/320\\_ecoles\\_medecine.html#top](http://www.asnom.org/fr/320_ecoles_medecine.html#top), consulté en Juin 2009.

**Bado (J.P.)**, « La santé et la politique en AOF et à l'heure des indépendances (1939-1960) »

<http://tekrur-ucad.refer.sn/IMG/pdf/23S2BADO.pdf> , consulté en Janvier 2009.

**Becker (Ch.) & Collignon (R.)**, « Politiques démographiques et sanitaire face aux "maladies sexuellement transmises" en Afrique de l'ouest : Perspective historique »

<http://www.codesria.org/Links/Publications/aids/becker.pdf>

**Bergström (S.) & Goodburn (E.)**, « Les accoucheuses traditionnelles et la réduction de la mortalité maternelle »,

<http://www.jsieurope.org/safem/collect/safem/pdf/s2956f/s2956f.pdf>

**Boussat (S.)**, « Psychiatries (Transes-culturelles) »,

<http://pagespersorange.fr/geza.roheim/html/boussat.htm>.

**Cantrelle (P.)**, « Tempo d'une épidémie sur quarante ans en Afrique Occidentale : la rougeole »,

<http://tekrur-ucad.refer.sn/IMG/pdf/22S2CANTROUG.pdf> ,  
**Chaouite ( A.) & Le Balle ( A.)**, « La complémentarité des médecines moderne et traditionnelle chez les Sénégalais »  
[http://www.revues-plurielles.org/uploads/pdf/6\\_72\\_4.pdf](http://www.revues-plurielles.org/uploads/pdf/6_72_4.pdf)  
**Collignon ( R.)**, « Folie et ordre colonial Les difficultés de mise en place d'une assistance psychiatrique au Sénégal et en Afrique occidentale » ,  
<http://tekrur-ucad.refer.sn/IMG/pdf/14S2COLIGN.pdf>.  
**Conseil Internationale des Infirmières (CII)**, « Code Déontologique du CII pour la profession infirmière », <http://www.icn.ch/icncodef.pdf>  
**Cuisinier-Raynal ( J-C.)**, « L'Hôpital Principal de Dakar à l'époque de l'AOF de 1895 à 1958 », <http://tekrur-ucad.refer.sn/IMG/pdf/17S2CUISEN.pdf>  
**Delaunay ( K.)**,« Faire de la santé un lieu pour l'histoire de l'Afrique : essai d'historiographie »,  
<http://tekrur-ucad.refer.sn/IMG/pdf/DELAUNAYOUTREMERINTRO.pdf>,  
**Diop ( A.)**, « Les débuts de l'action sanitaire de la France en AOF, 1895-1920 : le cas du Sénégal »,  
<http://tekrur-ucad.refer.sn/IMG/pdf/20S2DIOPANGE.pdf>  
**Diop ( P. M. )**, « L'enseignement de la fille indigène en AOF, 1903-1958 »,  
<http://tekrurucad.refer.sn/IMG/pdf/10S2DIOPPAPM.pdf>,  
**Diouf ( S.) & al.**, « Etat de sante des mères dans un district rural sénégalais (Khombole) »,  
<http://www.santetropicale.com/resume/44604.pdf> .  
**Domergue-Cloarec ( D.)**, « La prévention dans la politique sanitaire de l'AOF »,  
<http://tekrur-ucad.refer.sn/IMG/pdf/21S2DOMERG.pdf> .  
**Ferry (J.)**, Discours au sujet de la colonisation Journal officiel, 29 Juillet 1885, *in*  
<http://www.port.ac.uk/special/france1815to2003/chapter5/documents/filetodownload,18082,en.pdf>

- Gaye ( P. A.),** « Discours sur le microbe et santé publique en AOF : le cas du Sénégal »,  
<http://tekrur-ucad.refer.sn/IMG/pdf/15S2GAYE.pdf>
- Hugon (A.),** « Histoire des femmes en situation coloniale »,  
<http://books.google.sn/books?id=0aRR9dc5doC&>
- Le Cour grandmaison (O.),** « Médecine coloniale et mythologie impériale républicaine »,  
<http://www.lemegalodon.net/a8483-medecine-coloniale-et-mythologie-imperiale-r.html>
- Mabon-Fall ( A.),** « Discours et réalités de la politique d'action sociale coloniale en AOF »,  
<http://tekrur-ucad.refer.sn/IMG/pdf/11S2MABON.pdf> , consulté en Février 2009.
- Ndao (M.),** « Les sources de l'histoire de la santé au Sénégal. Problèmes méthodologique et de collectes de données »,  
<http://www.histoire-afrique.org/article157.html?artsuite=3>
- Ndiaye ( A.),** « La formation du personnel africain de la santé en AOF »  
<http://tekrur-ucad.refer.sn/IMG/pdf/18S2NDIAYA.pdf>
- Ngalamulume ( K.),** « La question sanitaire durant les premières années de l'AOF, 1895-1914 »,  
<http://tekrur-ucad.refer.sn/IMG/pdf/19S2NGALAM.pdf> ,
- Passerelles** « Travail social au Sénégal : leurres, lueurs et espoirs »,  
<http://www.asmae.org/publications/passerelles/passerelles35/page23-25.pdf>
- Robert (V.), Molez ( J. F.) & Becker ( Ch.),** « L'évolution de la recherche et de la lutte contre le paludisme en Afrique de l'Ouest au XXe siècle »,  
<http://tekrur-ucad.refer.sn/IMG/pdf/16S2ROBERT.pdf>.
- Van Dormael (M.),** « La médecine coloniale, ou la tradition exogène de la médecine moderne dans le Tiers Monde,  
<http://www.MODIRISK/GeneralSite/InfServices/Downloads/shsop01.pdf>,

Zempleni ( A.) & Rabain ( J.), «L'enfant nit ku bon : un tableau psychopathologique traditionnel chez les Wolof et Lebou du Sénégal », [http://www.refer.sn/psychopathologieafricaine/article.php?id\\_article=424](http://www.refer.sn/psychopathologieafricaine/article.php?id_article=424)

## V SOURCES ORALES (TEMOIGNAGES ENTRETIENS).

Prénom et nom	Sexe Age	Profession	Date entretien
Alpha MBODJ	M. 90 ans.	Guérisseur	Carry-Le Rouet 22/8/2005, Diagane Barka Thilor.
Fatou FAYE	F. 83 ans	Sans Profession	17/10/2005, Khombole
Lyssa FAYE		Sans Profession	18/10/2004, Khombole
Merry MENDY	70	Sans Profession	20/9/2005, Ziguinchor
Fatou Binetou MANGA	72	Sans Profession	27/9/2005, Ziguinchor
Adama Awa DIALLO	69	Sans Profession	20/9/2005, Bignona.
Maodo FALL	68	Cultivateur, Guérisseur	20/9/2005, Bignona.
Amadou Diallo	Masculin.	Chef PMI Khombole	22/2 /2007, Khombole
Marc SANKALE	Masculin.	Professeur, Colonel	17 /9/2007, Marseille, France.

Pierre PENE	Masculin.	Professeur, Maire de Carry-Le Rouet	18 /9/200, Carry-Le Rouet, France
Moussa NDIAYE	Masculin.	Agent PMI retraité Khombole	22/2 /2007, Khombole
Magatte NDIAYE	F.	Sans Profession	17/10/2005, Khombole
Zayir FALL		Archiviste Hôpital de Saint –Louis.	Mars 2008, Saint – Louis

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

## TABLE GENERALE

---

### INTRODUCTION GENERALE

- I - Problématique
- II - Etudes sur l'enfance et la médecine coloniale : approches historiographiques
- III - Collecte des données et préalables méthodologiques
  - 1. Les sources et leur valeur
    - a) *Les archives*
    - b) *Les sources orales*
    - c) *Les statistiques*
  - 2 . Approche méthodologique
- IV - Présentation de la colonie du Sénégal
- V - Plan de l'étude
- VI - Cadre chronologique

### PREMIERE PARTIE

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

#### CHAPITRE I - CONDITIONS GENERALES DE L'ALIMENTATION AU SENEGAL

- 1. Le régime alimentaire : les monotonies du quotidien.
  - a) *L'alimentation à base de mil*
    - a-1. Le sanglé
    - a-2. Le couscous
  - b) *La fortune du riz*
- 2. La soudure et ses répercussions sur la situation alimentaire et nutritionnelle
- 3. Culture arachidière et dynamiques alimentaires au Sénégal

## **CHAPITRE II - PRATIQUES, HABITUDES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES**

1. Acquisition des aliments
2. Les habitudes alimentaires
3. Données alimentaires et nutritionnelles au Sénégal
4. L'allaitement et l'alimentation du nourrisson
5. Le sevrage et son influence sur l'état nutritionnel des enfants
6. L'alimentation post sevrage du jeune enfant
7. L'état nutritionnel des mères

## **CHAPITRE III – CARENCES, PATHOLOGIES NUTRITIONNELLES ET POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION.**

1. La malnutrition : prévalence et variations géographiques
2. Les pathologies nutritionnelles infantiles
  - a) *Les avitaminoses*
  - b) *Le kwashiorkor*
  - c) *Le béribéri*
  - d) *Les anémies nutritionnelles de l'enfant*
3. La malnutrition selon l'âge
4. Les politiques de lutte contre la malnutrition

### ***DEUXIEME PARTIE***

## **LA SANTE INFANTILE : LA MORBIDITE ET LA MORTALITE INFANTILES DEPUIS 1905**

### **CHAPITRE I V - LES MALADIES VIRALES**

1. Les maladies éruptives : la variole et la rougeole
  - a) *La variole*
  - b) *La rougeole, une redoutable infection épidémique de l'enfance*
2. La poliomyélite

### **CHAPITRE V - LES MALADIES PARASITAIRES**

1. Le paludisme
  - a) Paludisme et colonisation : histoire d'une pathologie sentinelle

- b) Le paludisme et l'enfant
- 2. Les parasitoses intestinales
- 3. La bilharziose

## CHAPITRE VI. LES MALADIES BACTERIENNES

### A. Le tétanos ombilical

### B. La tuberculose

- a) *La marche progressive de la tuberculose*
- b) *La tuberculose chez l'enfant*
- c) *Traitements et difficultés de la lutte antituberculeuse*
  - c-1 *Les traitements*
  - c-2 *Difficultés et limites de la lutte antituberculeuse*

## CHAPITRE VI. LES AUTRES PATHOLOGIES

- 1. Les maladies diarrhéiques
  - 2. Les infections respiratoires
  - 3. Les affections oculaires Le trachome
  - 4. Les tréponématoses
    - a) Les pathologies vénériennes ou MST : la syphilis
      - a-1 Les MST dans le tableau nosologique colonial : ancienneté et distribution.
        - a-1-1 De l'ancienneté de la prise en charge des MST.
        - a-1-2 Distribution
          - a-1-2-1 Distribution géographique
          - a-1-2-2 Distribution selon la race : de la « racialisation » de problèmes médicaux
          - a-1-2-3 Distribution selon l'âge et le genre
        - a-2 Les politiques mises en œuvre face aux pathologies vénériennes
          - a-2-1 Les infrastructures
            - a-2-1-1 Le service fixe
            - a-2-1-2 Le dispositif du service mobile
          - a-2-2 Evolutions et innovations thérapeutiques
          - a-2-3 La question de la prostitution
- b) Le pian
5. Les anémies
6. La morbidité maternelle

## CHAPITRE VII L'EVOLUTION DE LA MORTALITE DU JEUNE ENFANT

1. Niveaux, facteurs et structures de la mortalité des enfants

- a) Les niveaux et tendances
  - a-1 La période 1905 – 1930
  - a-2 La période 1930 – 1950
  - a-3 La période 1950 – c.a. 1970

2. Les facteurs et variations de la mortalité des enfants

- a) *Les variations annuelles et saisonnières*
- b) *Les variations géographiques*
- c) *Les facteurs alimentaires*
- d) *Les facteurs sanitaires*
- e) *L'âge*

***TROISIEME PARITE***

**L'ENFANCE AU PRISME DES POLITIQUES : LA QUESTION DE LA  
PRISE EN CHARGE SOCIALE ET SANITAIRE**

**CHAPITRE IX : ENFANCE ET SOCIETES TRADITIONNELLES**

- 1. De la  
grossesse à l'accouchement
  - 1 De la grossesse à la préparation à l'accueil du bébé
  - 2 L'accouchement : pratiques et usages
- 2. Sens et signification de la naissance : place et statut de l'enfant
  - 1) Sens de la naissance et statut de l'enfant
  - 2) Pratiques de soins au bébé

**CHAPITRE X : ENFANCE ET ORDRE COLONIAL**

- 1. Les grandes tendances de la politique sanitaire aux colonies
  - a). L'implantation de la médecine coloniale au Sénégal
    - a-1 La médecine coloniale et les services de santé
    - a-2 Analyse de la médecine coloniale : processus d'implantation, discours et réalités
      - a-2-1 Analyse du processus d'implantation de la médecine coloniale*
      - a-2-2 De la médecine coloniale : des discours et mythes aux réalités*

b) Tendances et trajectoires des politiques de PMI

*b-1 1905-1925 : Le temps de l'épreuve ou genèse de la PMI*

*b-2 Les débuts de la médecine de masse et la politique de régénérescence de la race noire*

*b-3 L'après-guerre, une période de prise en charge de l'enfance*

b. 1 La médecine de masse

b. 2 L'enfant noir au secours du « péril démographique »

2. Acteurs et structures impliqués dans la politique de PMI

a) La politique de PMI

a-1 Buts, tâches et organisation de la PMI

a-1-1 Buts de la PMI

a-1-2 Tâches de la PMI

a-1-2-1 Les consultations prénatales et postnatales

a-1-2-2 L'éducation sanitaire des mères

a-1-2-3 Les vaccinations

a-2 L'organisation de la PMI

b). Les infrastructures

b-1 Les structures hospitalières

b-2 Les laboratoires : l'Institut Pasteur et son service de

b-3 Les postes médicaux et les dispensaires

b-4 Les maternités

b-5 La Polyclinique

b-6 Les centres de Protection Maternelle et Infantile

b-7 Le centre de protection familiale rurale de Khombole

b-8 Le dispositif du service mobile

3 Les acteurs impliqués dans la politique de PMI : le personnel médical et paramédical

c-1 Les structures de formation

c-1-1 L'Ecole de Médecine de Dakar

c-1-2 L'Ecole Africaine de Médecine et de Pharmacie de Dakar

c-2 Le personnel de santé

c-2-1 *Le personnel paramédical*

*c-2-1-1 Les infirmières visiteuses*

*c-2-1-2 Les sages-femmes*

*c-2-1-3 Les matrones*

BCG

*c-2-1-4 Les infirmiers*

*c-2-1-4-1 Les infirmiers indigènes*

*c-2-1-4-2 Les infirmiers du S.G.H.M.P*

**c-2-2 Le corps médical**

**c-2-2-1 Les médecins européens**

c-2-2-1-1 Les médecins militaires

**c-2-2-1-2 Le personnel de direction et de contrôle**

c-2-2-1-2 Les médecins civils

c-2-2-1-3 Le problème de la formation des médecins en service aux colonies

**c-2-2-2 Les médecins africains**

c-2-2-2 -1 La première génération : les aides médecins

c-2-2-2 -2 La seconde génération : les médecins africains

**3 Les moyens sociaux et législatifs**

**c) L'Action sociale**

a-1 La mise en place du service social au Sénégal

a-2 Les œuvres caritatives

a-3 Les œuvres confessionnelles : la médecine missionnaire

c-4 Les assistantes sociales

**b) Les allocations, la législation et la santé scolaire**

b-1 Les allocations

b-2 La législation relative à la protection de l'enfance

b-3 L'Inspection Médicale des Ecoles

**c) La recherche**

c-1 La pédiatrie sociale

c-2 Le CIE et la recherche sur l'enfance africaine

**CONCLUSION GÉNÉRALE**

**Annexes**

Liste des tableaux

Liste des graphiques

Liste des croquis et schémas

Liste des photos

Liste des cartes

## SOURCES ET REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### I OUTILS DE RECHERCHES ET INSTRUMENTS DE TRAVAIL

### II SOURCES

#### 3. SOURCES D'ARCHIVES

F) ARCHIVES NATIONALES DE LA REPUBLIQUE DU SENEGAL

*b) Fonds AOF*

3) Série H (Santé)

4) Sous-série 2 G : Rapports périodiques *Santé (Sénégal)*

3) Série O : L'enseignement dans les colonies de l'AOF

*b) Fonds Sénégal Colonial*

*Série H (Santé)*

G) INSTITUT DE MEDCINE TROPICALE DU SERVICE DE SANTE DES ARMEES  
(LE PHARO), MARSEILLE, REPUBLIQUE FRANCAISE

H) CENTRE DES ARCHIVES DIPLOMATIQUES DE NANTES MINISTERE DES  
AFFAIRES ETRANGERES DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE

4) *Fonds AOF Ancien*

5) *Fonds AOF Dakar*

6) *Fonds Dakar*

I) CENTRE DES ARCHIVES OUTRE-MER (Aix-en-Provence)

*Archives du Sénégal*

*Ecole de Médecine de l'AOF*

J) TEXTES REGLEMENTAIRES (Décrets, Arrêtés et Décisions)

2) **PERIODIQUES**

### III REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

*c) Sources primaires*

*d) Sources secondaires*

IV WEBOGRAPHIE (SITOGRAFIE)

V SOURCES ORALES (TEMOIGNAGES, ENTRETIENS).

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE