

## LES STRATÉGIES DE LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION DANS LE SÉNÉGAL SENGHORNIEN : ENTRE 1960 ET 1980

### STRATÉGIES TO FIGHT AGAINST MALNUTRITION IN SÉNÉGAL SENGHORIAN : FROM 1960 TO 1980

**Idrissa MANGA**

Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal

[mangaidrissa81@gmail.com](mailto:mangaidrissa81@gmail.com)

**Résumé :** Cet article analyse les stratégies de lutte contre la malnutrition dans le Sénégal senghorien : entre 1960 et 1980. Il comporte trois grandes parties. La première met en évidence l'avancée des connaissances dans la lutte contre la malnutrition. Celle-ci montre l'épreuve des instituts de recherche et de développement entre 1960 et 1968. La deuxième analyse l'avancée des connaissances, au cœur d'une protection infantile efficace de 1968 à 1974. La troisième quant à elle réfléchit, sur la prévention de la malnutrition en mettant en relief des actions éducatives des individus et des collectivités (1974-1980). La précarité de la sécurité alimentaire du pays vulnérabilise la santé de l'enfant et de la mère. Pour réduire les taux de morbidité et de mortalité dans lesquels les enfants sont plus représentatifs, l'État avait mis en œuvre, dans la première décennie de l'indépendance, des instituts gouvernementaux de recherche et de développement qui procédaient à des séries d'enquêtes, d'analyses et de prises en charge technique et sociale de l'enfant afin de juguler les taux de mortalité entre ville et campagne. Ainsi, après le centre de Khombole mis en place en 1957, celui de Pikine suivit en 1968. Les instituts et centres mis en œuvre après les années 70, accompagnèrent l'Organisation de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition Africaines (ORANA) dans la gestion de la malnutrition surtout pendant les périodes de soudure. Cette étude est basée sur l'exploitation des sources archivistiques, des travaux scientifiques ainsi que des enquêtes de terrain.

**Mots-Clés:** Sénégal, malnutrition, ORANA, Protection Maternelle et Infantile, éducation alimentaire.

**Abstract :** This article analyses strategies to fight against malnutrition in Senegal during Senghor presidency: 1960 - 1980. It has three main parts. The first highlights the progress of knowledge in the fight against malnutrition. It shows the test of research and development institutes between 1960 and 1968. The second analyses the progress of knowledge, at the heart of effective child protection from 1968 to 1974. The third reflects on the prevention of malnutrition by highlighting educational actions by individuals and communities (1974-1980). The precariousness of the country's food security makes the health of children and mothers more vulnerable. In order to reduce morbidity and mortality rates in which children are more representative, the State had set up, in the first decade of independence, government research and development institutes that carried out a series of surveys, analyses and technical and social care for children in order to curb mortality rates between urban and rural areas. Thus, after the Khombole center set up in 1957, that of Pikine followed in 1968. The institutes and centers implemented after the 70s, accompanied the Organization for Research on African Food and Nutrition (ORANA) in the management of malnutrition especially during lean periods. This research paper is based on the exploitation of archivist sources, scientific researches as well as on investigations in the field.

**Keywords:** Senegal, malnutrition, ORANA, Maternal and Child Protection, food education.

## Introduction

La malnutrition peut-être définie comme « la condition pathologique provoquée par la carence en l'un ou plusieurs des nutriments essentiels que le corps ne peut pas produire et qui sont nécessaires à la survie de l'individu, à sa croissance et à sa reproduction, ainsi qu'à sa capacité de travailler, apprendre, occuper une fonction sociale » (G. Azoulay, J-C Dillon .1993. p.112). Maladie par carence, la malnutrition est d'ordre qualitatif ; déséquilibré, elle se manifeste au Sénégal par une insuffisance des protéides, même si les glucides sont souvent excédentaires, et la ration calorique globale semble normale (M. Sankalé, P. Péne .1960. p.63). Ainsi, la malnutrition commence vers l'âge de six mois, quand l'allaitement maternel devient insuffisant pour couvrir les besoins nutritionnels de l'enfant.

Reconnue comme un problème de « santé publique »<sup>1</sup> causant en fait une morbidité et une mortalité importantes, la malnutrition commence à figurer parmi les préoccupations des autorités sanitaires. Ainsi, à partir « des années 1930 [...] les autorités coloniales initièrent une nouvelle politique sanitaire centrée sur la médecine de masse et intégrant progressivement la population infantile dans les priorités médicales » (M. Ndao .2004. p.1).

L'évolution de la malnutrition avait incité le Professeur Robert Debré, ouvrant les journées médicales de Dakar en 1958, à insister sur ses dangers sur les jeunes enfants. Pour Debré, « le problème de l'alimentation à la période de la jeune enfance est extrêmement aiguë dans les colonies et nous commençons à nous rendre compte que cette alimentation prolonge ses effets néfastes plus tard et reste à l'état de séquelle chez le sujet plus avancé en âge quand il a été mal nourri étant tout petit » (M. Ndao .2005. p.118). C'est pourquoi dès la première décennie des indépendances, le gouvernement de Senghor lance un grand défi dans la gestion des problèmes alimentaires afin de juguler les taux de mortalité.

Si une nouvelle réorientation de la lutte était prise (après les indépendances), l'obstacle majeur fut l'inadéquation des programmes établis avec les moyens financiers mis en œuvre par l'Organisme de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition Africaines (ORANA)<sup>2</sup>, « 12 816 000 FCFA ont été allouée au Sénégal, en

---

<sup>1</sup>. C'est l'ensemble des mesures que le gouvernement doit prendre pour assurer au maximum la santé de ses habitants...

<sup>2</sup> Après le second conflit mondial, l'inclusion du volet « alimentaire » dans les enquêtes nationales de consommation et de budget des ménages est de plus en plus prise en compte. Il permet aux nutritionnistes d'intervenir dans le dépouillement des résultats, d'avoir une influence dans la formulation des politiques d'approvisionnement alimentaire ainsi que dans la conception et la mise en œuvre des programmes de grande envergure intégrés dans les plans de développement économique. Ce concept fut alors rapidement adopté par la FAO. C'est à partir de ce moment-là que la France opta la création de l'ORANA à Dakar, en 1952, sous l'impulsion du médecin Lieutenant-Colonel André Raoult. Il s'agissait « d'étudier comment on pouvait remédier à la malnutrition au grand complexe (paludisme-malnutrition-parasitose). Dès lors, l'analyse des aliments africains, la définition des besoins alimentaires, les enquêtes de consommations alimentaires à domicile ainsi que la psychologie de l'alimentation, l'étude et le dépistage de masse de maladies carencielles et leur prévention, l'étude de suppléments par des aliments locaux assurant une protection des enfants furent l'œuvre de l'ORANA, Cf :

particulier, en 1960, pour la gestion des 38 cercles et centres de distributions alimentaires, de Dakar jusqu'à l'intérieur du pays »<sup>3</sup>. Il fallait donc, pour le Sénégal, la mise en place d'un programme cohérent, décalé de celui des pays développés et adapté aux moyens des pays moins développés. Les différents Etats constitutifs de l'ancienne Fédération de l'AOF décidèrent, au tournant des années 1960, de repenser le problème de la malnutrition.

L'objectif principal était d'adapter la lutte aux budgets des Etats, mais aussi de diagnostiquer et de prendre des mesures appropriées. Ainsi, Léopold Sédar Senghor, président de la république du Sénégal de 1960 à 1980, n'avait pas dérogé à cette règle.

La présente étude tente de répondre aux questions suivantes. Comment cette lutte a évolué? Quelles sont les mesures prises pour prévenir « le péril alimentaire », freiner, à défaut d'éradiquer la malnutrition au sein des groupes défavorisés à l'image des femmes et des enfants? L'exploration et l'appréciation des informations sanitaires montrent que le recul de la malnutrition n'a pas été uniforme compte tenu des disparités socio-économiques importantes qui sévissaient entre les zones urbaines et rurales.

La présente étude a été réalisée à partir de l'exploitation des sources archivistiques et des travaux scientifiques ainsi que des enquêtes de terrain. Toutefois, les travaux de médecins publiés dans les revues mensuelles, l'Enquête démographique de 1960 et l'enquête démographique à passages répétés entreprise dans le Sine Saloum en décembre 1962 puis à Bandafassi (Sénégal Oriental) deux années plus tard livrent de précieuses informations nous permettant d'élaborer une mise à niveau à la connaissance d'un domaine d'exploration convenablement abordé par l'historiographie.

Les documents exploités sont constitués de travaux scientifiques, c'est à dire ouvrages, articles, mémoires et thèses, brochures et périodiques. Cela impose, d'ailleurs, une critique des sources. Ces travaux qui tendent à démontrer cette lutte contre la malnutrition qui, insensiblement, s'est opérés sur l'étendue du territoire sénégalais, depuis la période moderne contemporaine, doivent être manipulés avec beaucoup de précautions.

En effet, la littérature administrative coloniale et postcoloniale, outre sa discontinuité liée aux manquements et ruptures dans les données, pose le problème de la véridicité des informations et des statistiques dont la rectitude et même la fiabilité sont fonction de leurs auteurs (V. Bonnecase .2015). Non seulement le personnel médical chargé de l'exécution des enquêtes et de la collecte des données était peu

---

Manga I., *L'ORANA et la lutte contre la malnutrition au Sénégal de 1952 à 2000* Thèse de Doctorat unique en histoire, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 2018, 446 p.

<sup>3</sup> ANS, 1H95 (163): ORANA, plan de lutte contre la malnutrition en A.O.F.en liaison avec les organismes internationaux (OMS-FISE), Rapport N°13.1954-1958.

nombreux (pour identifier les groupes vulnérables), mais aussi et surtout la conception de cette pathologie restait faible au niveau de la population pour cause notamment de l'insuffisance des Centres de Nutrition et des centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) (M. Ndao .2015. p.334 & A. Hugon .2004. p.145) sur l'ensemble du pays. Il s'agissait pour l'État, après la période de l'épreuve (traitement de nombre de cas pris en charge et de décès, pendant cette époque), de mesurer, grâce aux chiffres voire statistiques, l'accès de la population aux Centres de Nutrition et des centres de PMI et à leur efficacité.

Aussi, il s'agissait d'assurer la surveillance de l'état de nutrition des enfants et de l'éducation de la mère. La mission de l'ORANA consistait, en la création des Centres de Nutrition sur l'étendue du territoire<sup>4</sup>. Ces derniers furent des centres jouxtant les centres de PMI et allégeant ceux-ci du travail d'éducation alimentaire. De ce fait, des preuves bien réelles de ces services de santé (l'ORANA, Centres de Nutrition et PMI) démontrent les bienfaits de cette organisation de la santé publique, voire de la biomédecine. Les statistiques élaborées par les services de santé, doivent être manipulées avec beaucoup de précautions.

Toutes ces données acquises ou ces différentes mesures prises actuellement contre cette pathologie, sont le produit d'une expérience capitalisée depuis longtemps par l'ORANA. Cependant, l'objectif de cet article n'est pas d'étudier l'évolution de la malnutrition à proprement parler au Sénégal de 1960 à 1980, mais de montrer pourquoi et comment à partir de la fin de la période coloniale se sont construites des stratégies de lutte au Sénégal qui ont permis d'y appréhender la situation sociale en termes de prise en charge sanitaire.

Le choix de la période (1960- 1980), rythmé par des continuités et discontinuités, semble validé par le fait qu'à l'échelle internationale, l'année 1960 marque également l'accession du Sénégal à la souveraineté internationale et il doit prendre en main son propre destin en clopinant désormais seul à travers le long et ardu chemin de l'histoire. Il s'y ajoute qu'à partir de 1960, furent créés des instituts de lutte contre la malnutrition au Sénégal pour assister l'ORANA. Il s'agit du Bureau de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée du Sénégal (BANAS) en 1962 et l'Institut de Technologie Alimentaire (ITA) créé en 1963.

L'année 1980 est, quant à elle, caractérisée par, non seulement, le changement de régime entre Senghor et Abdou Diouf, mais aussi et surtout par le début des ajustements Structurels mis en oeuvre en Afrique par des institutions financières internationales qui ont eu des impacts néfastes sur de nouvelles structurations des politiques socio-économiques, alimentaires et sanitaires entreprises par des États après la récession des années 1970.

---

<sup>4</sup> Cela est illustré plus fortement par le premier (1961), le deuxième (1965), le troisième (1969) , le quatrième (1975) et le cinquième (1977-1981) Plan Quadriennal de Développement Economique et Social (PQDES) qui ont, entre autres, mis sur pied une série d'institutions dédiées à l'alimentation et à la nutrition, et érigé la protection maternelle et infantile comme priorités nationales.

La démarche utilisée s'articule autour de la collecte des divers documents, leur croisement et leur analyse pour produire une bonne connaissance relative aux facteurs, les répercussions sur la santé des populations, voire de la mère et de l'enfant et les mesures prises par le pouvoir pour prévenir, freiner, à défaut d'éradiquer la malnutrition.

Cet article comporte trois grandes parties. La première met en évidence l'avancée des connaissances dans la lutte contre la malnutrition. Celle-ci montre l'épreuve des instituts de recherche et de développement entre 1960-1968. La deuxième analyse l'avancée des connaissances, au cœur d'une protection infantile efficace de 1968 à 1974. La troisième quant à elle réfléchit, sur la prévention de la malnutrition en mettant au premier plan des actions éducatives des individus et des collectivités (1974- 1980).

### **1. Les instituts de recherche et de développement à l'épreuve du temps (1960-1968)**

Dans les Colonies de l'AOF, d'une manière générale, la malnutrition affligeait, voire « décimait une importante frange de la population infantile » (M. Ndao .2005. p.110). Albert Sarraut, ministre des Colonies, insistant sur la nutrition comme promotion du capital humain, schématise le cercle vicieux et infernal de la malnutrition en soulignant que « l'indigène ne travaille pas assez parce qu'il ne mange pas assez ; il ne mange pas assez parce qu'il ne travaille pas assez » (S. Albert .1923. p.378). De ce point de vue, « le rythme du travail musculaire est considérablement réduit lorsque la ration alimentaire de l'adulte tombe aux environs de 1700 calories et 50 grammes de protéines » (J. Trémolières .1954. p.42).

Désormais, dans l'optique des pouvoirs administratifs, la fragilité biologique, l'apathie physique et intellectuelle, la vulnérabilité aux épidémies et, qui plus est, l'importance du taux de mortalité décrivaient des déséquilibres et carences alimentaires. Un tel contexte, pour les autorités administratives, suggère une assistance médicale accrue (S. Albert .1923. pp.394-400). L'importance accrue prise par les questions alimentaires et les incidences socioéconomiques de la malnutrition justifiaient la création d'autres organismes gouvernementaux dans la première décennie des années d'indépendance.

Le Sénégal n'avait pas dérogé à cette règle. C'est de ce point de vue que la création des organismes gouvernementaux comme le BANAS et l'ITA avec le concours de l'ORANA fut effective à l'orée de 1962. Pour l'Etat sénégalais, la mise en œuvre de ces organismes constitua des signaux forts pour l'amélioration du sort des enfants et des mères dans le milieu rural.

Des études et des recherches sur les produits locaux en vue d'une meilleure alimentation des populations étaient confiées à ces trois structures publiques (ORANA, ITA et BANAS) (I. Manga .2011. pp.120-121). Dès lors, le Sénégal avait pris en charge les questions alimentaires pour lutter contre la malnutrition. Ces grandes réformes initiées après l'indépendance ont été pilotées par le gouvernement sénégalais.

Pour reprendre les termes du rapport déjà évoqué de Marcel Ganzin, directeur de la division des politiques alimentaires et de la nutrition à la FAO, « on note, dans les pays sahéliens, l'absence d'augmentation des fiches cliniques de centres médicaux qui établissent le diagnostic de malnutrition ou de dénutrition»<sup>5</sup>. La malnutrition et la dénutrition apparurent en fait rarement en tant que telles dans les nomenclatures nosologiques utilisées par les services de santé sahéliens pour faire le bilan de la situation sanitaire sur le territoire.

Ainsi, « les signes médicaux éventuels d'une crise alimentaire sont davantage à chercher dans l'évolution des maladies qui se propagèrent d'autant plus que les populations furent sous-alimentées et, notamment, dans l'évolution des maladies infantiles, les enfants étant plus rapidement fragilisés par la sous-alimentation » (V. Bonnecase .2008. p.338). Par ailleurs, des études avaient établi l'existence d'une « transition » en matière de comportements alimentaires pouvant accentuer la malnutrition. Le premier but de la politique publique fut de freiner, puis d'inverser les tendances négatives dans les comportements par la promotion des produits locaux et par l'éducation alimentaire.

L'ITA est un Institut de recherche et de développement créé par la loi 63-11 du 5 février 1963 (A.I. Ndiaye .2010. p.14). Il est une partie intégrante du système national de la recherche agricole et agroalimentaire. Parmi ses principales missions, figurent la direction et la coordination des recherches et le développement, des études portant sur le traitement, la transformation, la conservation et l'utilisation des produits alimentaires locaux; le développement de nouvelles ressources alimentaires dérivées des productions locales qui soient d'une bonne valeur nutritive et adaptées au goût ainsi qu'au pouvoir d'achat des consommateurs...; la promotion et l'appui à l'installation d'unités de transformations industrielles ou artisanales des aliments.

Toutefois, ce rôle de mise au point de plusieurs produits à base des productions locales par l'ITA, entre dans le cadre de la lutte contre la carence alimentaire. Dès lors, la terminologie de la technologie alimentaire est lancée au Sénégal pour de bon ; comme nouvelle discipline de formation et de développement incontournable.

Il faut reconnaître qu'au Sénégal, pendant le mois d'août, la pénurie de denrées alimentaires peut se transformer en crise de subsistance majeure en milieu paysan. Cette période de soudure est inquiétante en milieu rural et l'ensemble des enquêtes

---

<sup>5</sup>. Bonnecase V. *Pauvreté au Sahel : la construction des savoirs sur les niveaux de vie au Burkina Faso, au Mali, et au Niger (1945 à 1974)*, Thèse de Doctorat d'Etat en Histoire, Université de Paris 1, 2008, p.338.

nutritionnelles effectuées notent la progression de la malnutrition, une morbidité et une mortalité infantile importante et une baisse sensible des apports nutritionnels.

A partir de 1964, une tendance se dessine dans quelques villages touchés par les études : l'enquête de consommation alimentaire effectuée par Jaques Toury J, Hellegouarch R., Monjour L. et Giorgi R.<sup>6</sup>, en 1966 à Keur Assane Fall et Sinou Macoumba (Tivaoune), avait fait apparaître « un déficit calorico-azoté très important au cours de la période de soudure et des signes de la malnutrition qui profilaient à l'horizon »<sup>7</sup>. Cette enquête portait sur 227 rationnaires pendant la première période, 212 pendant la seconde période et 215 pendant la troisième période<sup>8</sup>.

Abdoulaye Ly<sup>9</sup>, ministre de la Santé publique d'alors, laisse entendre dans son allocution que « le milieu rural est le plus exposé aux grandes causes de morbidité et de mortalité, et le moins équipé pour y faire face, ce sont de très loin, les enfants qui payent le plus lourd tribut à la maladie, etc., » (A. Ly .1967. p.11).

Cette plaidoirie du ministre entre dans le cadre du renforcement des organismes gouvernementaux déjà mis au point. Il en est de même de la nécessité de renforcer surtout la situation nutritionnelle dont, l'inadéquation, peut être un facteur principal facilitant l'installation des maladies infectieuses et parasitaires. Ce faisant, « le but primordial dans cette dynamique est d'atténuer très rapidement la morbidité et la mortalité infantiles sous toutes leurs formes »<sup>10</sup>. Cela rejoint, par ailleurs, une des idées forces du Professeur Robert Debré qui disait que « la vie de l'enfant ne commence pas à sa naissance mais dès sa conception. Il faut donc faire tout pour sauvegarder l'unité mère-enfant pendant les premiers mois de la vie (l'allaitement étant la suite morale de la grossesse, cela fait partie d'un tout qui est la maternité) et, progressivement l'enfant se socialisera au cours des années » (A.M. Raimbault .1974. p.17).

Par ailleurs, une expérimentation faite dans le service de pédiatrie de l'hôpital Le Dantec avait donné de bons résultats. Ainsi, « les enfants atteints de kwashiorkor, confirmé par la clinique et les examens de laboratoires, 31 au total, et qui étaient soumis à ce produit (farine de coton utilisée en remplacement du produit commercial employé dans le service pour la diététique des malnutritions) avaient montré des résultats satisfaisants : prise de poids quotidienne de 42,5 à 200g, une remontée sensible du taux d'hémoglobine... » (P. Cantrelle .1971. p.104).

<sup>6</sup> Tous sont des nutritionnistes à l'ORSTOM « Dakar, Sénégal » (Département "Indépendance Sanitaire)

<sup>7</sup> Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte Contre les Grands Endémies (O.C.C.G.E.), ORANA, Rapport final, de la conférence technique, Bobo-Dioulasso, 1967, pp. 455 -457.

<sup>8</sup> *Idem* p. 456.

<sup>9</sup> Ce discours est entendu, en février 1967, lors de la conférence du Centre International de l'Enfance(CIE) qu'il ouvre à Dakar axée sur les conditions de vie de l'enfant en milieu rural en Afrique.

<sup>10</sup> Ly A.,*op. cit.* p.11.

A la lumière de cet éclairage, on constate que le Sénégal était confronté, dans la première décennie de l'indépendance, à plusieurs facteurs (économiques, alimentaires, financiers, techniques) influençant directement dans la gestion de la question sanitaire de l'enfant et de la mère. Malgré la mise en œuvre des instituts publics de recherche et de développement, le taux de mortalité infantile reste élevé en campagne aussi bien qu'en ville. Pour ce faire, l'Etat met en œuvre d'autres institutions de protection infantile à partir des années 1968.

## **2. L'avancée des connaissances, au cœur d'une protection infantile efficace entre 1968 et 1974**

Le Sénégal a connu après l'indépendance, entre 1968 et 1974, une première grande crise environnementale. Cette situation a eu une influence néfaste sur le développement sanitaire. La situation socio-économique devient problématique. Pour juguler la gravité de cette crise sur le plan socio-sanitaire, le centre rural de Pikine fut créé en 1968.

La création de ce centre d'application, à la base, fut l'œuvre du Centre International de l'Enfance (CIE) dans sa politique d'une médecine préventive en faveur de l'enfance. Par ailleurs, « la population sénégalaise ne vivait pas seulement en brousse, le tiers était urbanisé et Dakar comptait plus de 600000 hbts, en 1968 » (P. Satgé, E. Bouthreuil, & al. .1970. p.29). L'Institut de Pédiatrie Sociale (IPS) de l'Université de Dakar, dirigé par le professeur Satgé en étroite collaboration avec le CIE avait décidé la création de ce centre de Pikine. Le but de ce centre était donc essentiellement tourné vers la prévention, l'hygiène et l'éducation sanitaire.

Ainsi, la mise en place de ces différentes actions était nécessaire pour que soit réalisée, pendant ces années (1967-1969), dans une grande ville de l'Afrique de l'Ouest, une protection infantile efficace associant des soins actifs à une véritable médecine préventive. Situé à 12 km du centre de Dakar, Pikine, constituait le cinquième arrondissement du Cap-Vert. L'infrastructure sanitaire y était faible. Elle comprend un dispensaire principal gouvernemental et une maternité, un dispensaire municipal, deux centres de PMI, un dispensaire privé, un centre de réhydratation et en fin un centre de réhabilitation nutritionnelle.

Les activités d'enquêtes effectuées dans ce milieu avaient révélé une présence effective de la malnutrition et de carences. Les enfants de 0-4 ans étaient les plus touchés. Mais l'existence d'un centre de réhabilitation nutritionnelle était une aubaine pour ces enfants malnutris. Ainsi, 260 enfants sur les 390 étaient modérément atteints, mais 130 étaient dans un tel état qu'une hospitalisation eût été raisonnable. Sur ces 130 enfants 48 étaient atteints de kwashiorkor et 47 dénutritions sévères. De même, pendant le premier semestre de 1969, 208 enfants étaient fichés et suivis au centre de diététique. Parmi ces 208 enfants, il y avait 63 kwashiorkors (P. Satgé, E. Bouthreuil, & al., .1970. pp.2-3).

Parmi les mesures prises pour y remédier il y avait l'utilisation d'une supplémentation protidique à base de lait acheté par le dispensaire ou donné par l'UNICEF et de poisson acheté par la mère de l'enfant malnutri et préparé sur place (P. Satgé, E. Bouthreuril & al. .1970. p.4). Toujours est-il que, dans le cadre d'une politique de médecine préventive, le système d'amplification de l'information d'éducation sanitaire fut mis au point à travers des séances de causerie ou de conférence sur la nutrition dans les cours des habitations. Le tout fut animé en langue wolof par une sage-femme entourée d'animatrices formées sur place.

**Planche 2:** Une causerie sur la nutrition dans la cour d'une habitation



**Source :** Satgé P., Bouthreuril E., Villod M.T., Touré M., *op. cit.*, p.30.

Dans les après-midis, des réunions de mères d'enfants malnutris furent souvent organisées. Elles se tenaient d'abord au dispensaire, ensuite dans différents quartiers de Pikine et enfin dans des cours d'habitation de l'une d'entre elles. Ces séances de causerie sur la nutrition avaient pour but d'amplifier l'information d'éducation sanitaire ; de matérialiser l'apprentissage et la responsabilisation des femmes dans la gestion alimentaire. C'était aussi une aubaine d'inviter tout le monde, c'est-à-dire les voisines et amies, mais surtout le chef de quartier et les notables qui eux aussi doivent avoir un œil sur tout ce qui se passait dans leur localité. Ils sont surtout présents lors de la préparation des repas et de la distribution.

Au cours des séances, les conseils de régime furent dispensés dans la cour de la maison (par des dessins, des illustrations, etc.) sur la nutrition (P.M. Udani .1970. pp. 3-9) expliquant clairement l'équilibre des repas et l'alimentation aux différents âges, complétés par des causeries d'hygiène pratique. On différencie les trois groupes d'aliments, c'est-à-dire les protides, les glucides et les lipides et leur rôle dans l'organisme ainsi que leur association nécessaire pour constituer un plat équilibré.

Pendant ces causeries, les questions sur la conduite progressive du sevrage et les interdits alimentaires sont également abordées. L'hygiène de l'eau et des aliments, l'intérêt des vaccinations sont repris, détaillés et expliqués (L. Barré .2018). C'est à l'épreuve des faits qu'on allait pouvoir en mesurer la réelle valeur. *De facto*, le plat traditionnel équilibré, c'est-à-dire (bouillie de mil, de fonio, de maïs, le lait, riz local

ou mil au poisson frais, à la viande, Ceere Mbuum, etc) (B. Watier .1981. p.34), qui servit d'exemple était distribué aux participants, des mères d'enfants malnutris notamment. Cette démonstration de cuisine fut organisée également au dispensaire et dans les quartiers. Ces séances permirent à la population de s'imprégner aussi vite dans la lutte contre la malnutrition afin d'éradiquer l'ignorance.

**Planche 3:** Distribution du plat traditionnel cuisiné sur place.



Source : Satgé P., Bouthreuril E., Villod M.T., Touré M, *op. cit.*, p.34.

Dans la même foulée, le but de la formation de la première équipe mobile est d'« expliquer alors aux mères comment nourrir leurs enfants à partir des produits dont-elles disposaient en outre sur l'éducation sanitaire et nutritionnelle<sup>11</sup>. Quel que soit l'âge de l'enfant, l'amélioration de la santé publique repose essentiellement sur une amélioration de la nutrition, donc de l'équilibre alimentaire, et sur la prévention des infections.

**Planche 4 :** Une séance d'éducation sanitaire sur les vaccinations et autres



**Source :** Satgé P., Bouthreuril E., Villod M.T., Touré M., *op. cit.*, p.41.

Cette éducation nutritionnelle avait suscité ce que Henri Dupin appelle des « habitudes de santé » (M. Sankalé, P. Satgé, & al., .1974. p.233) . Elle avait créé un savoir-faire et un grand besoin de transformation. Ce ne sera pas, non plus, un changement systématique ou brutal, mais une réhabilitation et une amélioration des habitudes

<sup>11</sup> Séminaire sur l'éducation en matière de santé et de Nutrition en Afrique au Sud du Sahara. Pointe Noire, Publié par le centre international de l'enfance, juin, 1962, pp .40-42.

(comportements, mœurs) alimentaires traditionnelles reconnues bonnes. A cet effet, des séances d'éducation sanitaire sur les vaccinations et autres furent organisées.

Des volontaires « les sages femmes y compris » (neuf au total) parmi le personnel du dispensaire gouvernemental et du dispensaire de la mission dispensèrent des cours en nutrition et en éducation sanitaire. Cette équipe (mobile) de volontaires devait d'abord prendre en charge en premier lieu un quartier avant d'élargir, au second plan, leur plan d'action dans un autre quartier. Au cours de leurs actions, elle convoqua parfois des enfants malnutris accompagnés de leurs mères. Ce face à face fut suivi par des conseils de régime, de causeries et cuisson de plats. C'est ainsi qu'« en août 1969 cette équipe avait réussi à contrôler deux quartiers soit 2000 enfants de 0 à 5ans pour 10000 habitants » (P. Satgé, E. Bouthreuril, & al., .1970.p.34-35).

Cette action menée à Pikine avait servi de bon exemple puisqu'au niveau de la base la population était sensibilisée et motivée pour lutter contre la malnutrition et d'autres maladies. Les résultats obtenus furent positifs (M. Ndao .2015. p.236). Ce faisant, le niveau de mortalité infanto-juvénile au tout début des années 1970 a connu une baisse sensible.

De nombreuses enquêtes nutritionnelles et alimentaires, depuis 1960 qui n'avaient pas couvert la quasi-totalité du pays, étaient effectuées par l'ORANA. Ainsi, les résultats obtenus à l'issue de ces enquêtes montrèrent que le besoin calorique moyen était dans l'ensemble satisfait à plus ou moins 5%, tandis que le niveau protéique était toujours convenable. Mais ces moyennes dissimulaient des variations plus grandes qui furent régionales, saisonnières, socio-économiques ou liées à certains groupes d'âges dont les besoins furent plus élevés. Ainsi, «...en période de soudure, dans les régions les plus défavorisées ou dans les années plus sèches, on passe de trois à un repas par jour » (A. M. Ndiaye .1986. p.3).

De la période 1961-1963 à 1979-1982, la consommation énergétique « est passée de 2064 à 2200 calories (parfois 2300 calories) pendant que la part des produits végétaux est passée pour les calories de 89 à 91%, pour les protides et 70,6 à 72,6% et pour les lipides de 79 à 81,4%. A Dakar, près de 50% des protéines sont d'origine animale, alors qu'à Kédougou elles sont moins de 10%»<sup>12</sup>. Cette situation, affecta grandement l'équilibre de la ration alimentaire sénégalaise dont les conséquences furent plus ressenties au niveau des groupes vulnérables à l'image des femmes et des enfants.

Au bilan, cette politique de l'Etat, de mettre en place ce centre, entre dans une perspective d'atténuer très rapidement la morbidité et la mortalité infantiles par la médecine préventive. La prévention de la malnutrition est un facteur non négligeable.

---

<sup>12</sup>. Ndiaye A.M., 1986, p.4.

### **3. Prévention de la malnutrition : des actions éducatives des individus et des collectivités au premier plan (1974- 1980).**

L'alimentation est très variable selon les régions et les ethnies (A.M. Ndiaye, S. Diao, .1995. p.26). La malnutrition est une maladie qui fragilise et expose les enfants à diverses maladies infectieuses et parasitaires. Ce qui entraîne en général l'augmentation des maladies et des décès infantiles. De l'ensemble des enquêtes de consommation alimentaire et nutritionnelle, le fait le plus important qui se dégage fut la faible place des protéines d'origine animale dans la ration alimentaire. De ce fait, les maladies nutritionnelles les plus fréquentes « sont la malnutrition protidique, souvent associée à une sous-alimentation globale » (H. Dupin .1969. pp. 21-24). L'évolution des habitudes alimentaires se produisit d'abord dans les villes et les zones suburbaines, les zones rurales suivirent généralement avec quelques retards. Les aliments traditionnels (le régime alimentaire à base du mil, du maïs, du riz, etc.) demeurèrent, mais la place prise par les aliments importés était de plus en plus grande.

Dès lors, il faudrait des actions éducatives des individus et des collectivités pour améliorer les conditions de vie et d'hygiène qui seraient même plus efficaces que la médecine de soins. Les voies d'accès dans le cadre de la santé publique ont posé des problèmes. Les Centres de PMI, qui furent avant tout du domaine médical, avaient une place toute indiquée pour assurer la surveillance de l'état de nutrition des enfants et de l'éducation de la mère. Mais leur nombre fut généralement insuffisant sur l'ensemble du pays au moment où la demande restait croissante.

C'est dans ce sillage que l'ORANA avait opté pour la création des Centres de Nutrition dès 1974. Ils furent des centres jouxtant les centres de PMI et allégeant ceux-ci du travail d'éducation alimentaire. De même, pour élargir la carte de distribution au niveau des zones ciblées, l'ORANA initie, lors des périodes de pénurie alimentaire, des centres de distribution alimentaire dans des zones où « la faim larvée fut chronique, pour distribuer à la population nécessiteuse les denrées en provenance des surplus donnés par l'intermédiaire d'organisations de charité » (M. Autret .1976. pp.65-76).

Tout compte fait, il est admis que la disponibilité alimentaire en quantité et en qualité est la meilleure des solutions pour lutter contre la malnutrition. Mais il n'en demeure pas moins que le contrôle des naissances est aussi un des facteurs non négligeables. Selon Marième Dia, « vers les années 1979-80 et au-delà, la plupart du temps, en pays sérére que nous fréquentons pendant nos tournées (hivernage parfois), nous tombons sur des enfants malnutris du fait de la carence alimentaire pour certains et par un sevrage prématuré pour d'autres car la mère s'aperçoit qu'elle est de nouveau enceinte qu'elle arrête l'allaitement. De ce fait, nous intervenons dans le cadre de la lutte contre la malnutrition par des conseils prétextant l'utilité du planning pour sa

santé elle-même et pour celles de ses enfants également »<sup>13</sup>. L'utilisation de la bouillie de mil fermentée plus des légumes comme aliments de l'enfant est conseillée. La propreté de l'enfant, son environnement tous ces facteurs doivent être surveillés pour assurer le bon rétablissement de l'enfant (Marième Dia, lors de l'entretien à grand-yoff le 18 mai 2020).

Ce travail de marraines (Bajenu Gox, un terme Wolof pour décrire une marraine) est toujours d'actualité au Sénégal car l'essentiel est de fournir aux femmes isolées de l'information vitale concernant les soins de santé maternelle et infantile. Ces dernières agissent à titre d'intermédiaires entre la communauté et le système de santé.

Selon Fatou Diatta, en vue de prévenir la malnutrition, Enda<sup>14</sup> avait mis, au niveau du centre, à la disposition des femmes des denrées alimentaires nutritionnelles. Il s'agit du lait, du riz, du sucre, de la semoule de mil..., sinon tout ce dont elles avaient besoin comme aliments nutritionnels pour lutter contre la malnutrition. Ces denrées étaient payables au fil du temps de façon modérée. Cependant, les espoirs fondés sur cette politique s'effondrent avec la fin du projet en 2005.

Dans les écoles on menait la préparation et la distribution des goûters scolaires à des enfants non scolarisés. Au courant des années 1978, l'ORANA se servait parfois des centres de jeunesse, c'est-à-dire des foyers socio-culturels dans lesquels les jeunes de la localité se rencontrent et échangent sur les problèmes auxquels ils restent confrontés, pour organiser des distributions de produits alimentaires. Des centres sociaux étaient, pour l'ORANA, des lieux stratégiques pour l'éducation des mères. Cette connaissance, une fois acquise, leur permettrait d'agir sur la nutrition de l'enfant. L'ORANA avait toujours, pour prévenir la malnutrition, veillé sur la disponibilité de produits de consommation suffisante. La lutte contre la malnutrition s'inscrit dans le contexte de l'ajustement structurel intervenu au cours des années 1980. Ce faisant, furent initiées des politiques publiques et privées face à une crise multidimensionnelle<sup>15</sup>.

Décidément, la gestion de la malnutrition passe par la disponibilité alimentaire et la valorisation des produits locaux dont la richesse en protéines est attestée. Dans cette même optique, l'ORANA avait mis en place des Centres de Nutrition, jouxtant les centres de PMI afin d'améliorer l'état sanitaire de l'enfant pendant les périodes de pénurie alimentaire. Mais l'insuffisance de ces centres sur l'étendue du territoire marque un facteur bloquant dans cette perspective de l'État.

<sup>13</sup> Marième Dia, lors de l'entretien à grand-yoff le 18 mai 2020.

<sup>14</sup> Environnement Développement et Action, vers les années 1972.

<sup>15</sup> La dégradation de la situation nutritionnelle ou la reconnaissance de la réalité de la malnutrition du jeune enfant est à l'origine du Programme de Protection Nutritionnelle et Sanitaire des Groupes Vulnérables (PPNS, 1973-1988). Ce programme a pour objet la nutrition prénatale et la surveillance de la croissance. Il est conçu comme une « activité de prévention, de redressement, de récupération nutritionnelle par application d'un complément calorico-azoté ».

## Conclusion

La persistance de la dégradation nutritionnelle imposait la prise à bras le corps de la santé de l'enfant et de la mère. Durant la première décennie des indépendances, la connaissance de l'alimentation et de la nutrition dans le contexte économique et socioculturel du pays était la principale préoccupation des autorités de cette époque. Pour casser le taux de « la morbidité et de mortalité dont les enfants payent le plus lourd tribut à la maladie », le Sénégal met en place des instituts gouvernementaux de recherche et de développement qui procédaient par des séries d'enquêtes et de prises en charge technique et sociale de l'enfant afin d'équilibrer le taux de mortalité entre ville et campagne. Nonobstant cela, la situation socio-économique et environnementale devient préoccupante et le taux de mortalité infantile en milieu rural dépassait celui de la ville.

Consécutivement, pour atténuer très rapidement la morbidité et la mortalité infantiles par la médecine préventive, le centre rural de Pikine fut créé en 1968. L'amélioration des conditions de l'enfant dans cette localité est la résultante du travail mené à bien par ce centre à travers lequel des causeries sur la nutrition, la distribution des plats traditionnels cuisinés sur place et des séances d'éducation sanitaire sur les vaccinations et autres avaient été initiées. Les résultats obtenus furent positifs.

Des enquêtes nutritionnelles et alimentaires opérées par l'ORANA à travers le pays, de 1960 à la fin des années 1980, montrèrent que le besoin calorique moyen était dans l'ensemble satisfait et que l'état nutritionnel et sanitaire de l'enfant, même s'il reste encore à peaufiner, s'améliore progressivement. Dans cette même perspective de gestion de la malnutrition, la disponibilité alimentaire et la valorisation des produits locaux dont la richesse en protéines est attestée revient au premier plan.

En définitive, la mise en place des instituts gouvernementaux, des Centres de Nutrition, par le concours de l'ORANA, dans le « Sénégal utile », c'est-à-dire l'espace mis en valeur afin d'améliorer l'état sanitaire de la femme et de l'enfant, réduit le taux de morbidité et de mortalité. Ces réformes s'inscrivent à contretemps de l'histoire car initiées au crépuscule d'un système vivement secoué par des questions alimentaires et d'ajustements structurels. La gestion de la santé de l'enfant et de la mère devint donc un instrument du changement désiré par l'ORANA et l'Etat sénégalais. Ce travail, loin de clore le débat sur les pathologies émergentes, ouvre des pistes à la recherche et au questionnement historique.

## Sources et références bibliographiques

### 1- SOURCES D'ARCHIVES (Archives Nationales de la République du Sénégal)

- a- Fonds AOF : Série H (Santé) ;
- b) Fonds Sénégal Colonial : Série H Santé (Sénégal)

## 2- RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Autret Marcel .1964. « L'alimentation de l'enfant d'âge préscolaire » *Courier du centre international de l'enfance*, 14, n° 2, Paris : 65-76.
- Azoulay Gérard, Dillon Jean-Claude .1993. : *La sécurité alimentaire en Afrique, manuel d'analyse et d'élaboration des stratégies*, Paris, éditions Kharthala
- Barré Louise .2018. « Des femmes « évoluées » pour une nouvelle Nation (Côte d'Ivoire, 1964) », *Cahiers d'études africaines* : 373-398
- Bonnecase Vincent. 2015. « Généalogie d'une évidence statistique : de la « réussite économique » du colonialisme tardif à la « faillite » des États africains (v.1930-v.1980) » *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, (n° 62-4) : 33 – 63.
- Cantrelle Pierre, Leridon Henri & Livenais Patrick .1980. « Fécondité ; allaitement et mortalité infantile : différences inter-éthniques dans une même région : Saloum (Sénégal) », In *Population*, n° 3, Mai-juin :623-647.
- Cantrelle Pierre .1969. *Mortalité de l'enfant dans la région de khombole-Thiénaba (Sénégal) 1964-1968*.Dakar : Orestom.
- Cantrelle Pierre. 1971. « Mortalité du jeune enfant en Afrique intertropicale », in *Les Carnets de l'Enfance*, Vol N°15 : 91-112.
- Dupin Henri .1969. *Les enquêtes nutritionnelles*, Paris, édi. Centre national de la recherche scientifique (ORANA).
- Foucault Michel .1963. *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, PUF,
- Hugon Anne .2004. *Histoire des femmes en situation coloniale : Afrique et Asie, XXe siècle*, Paris, Karthala.
- Ly Abdoulaye. 1967. Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales du Sénégal, allocution lors du colloque Conditions de vie de l'enfant en milieu rural en Afrique, CIE, Réunions et Conférences XIV, IPS, Dakar, février : 1- 11.
- Ndao Mor .2015. *L'alimentation et la Santé des enfants dans le Sénégal colonial ,1905- c.a. 1960*, Sénégal, l'harmattan.
- Ndao Mor .2005. « La malnutrition infantile en AOF : Le cas du Sénégal, 1930 – 1960. », *Annales de la Faculté des Lettres et Sciences Humaines*, N ° 34, Dakar 2005 :110-125
- Ndiaye Amadou Makhtar .1986. *Effets de la sécheresse sur la situation alimentaire au*

*Sénégal*, ORANA, E 111.

- Ndiaye Alfred Inis .2010. *Comprendre les facteurs politiques et institutionnels conduisant au changement des politiques de nutrition : Le cas du Sénégal*. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, Dakar.
- Ndiaye Amadou Makhtar, Diao Seckou. 1995. « Enquête de consommation alimentaire dans les projets bénéficiaires de l'assistance du Christian Children'sFund », brochure, ORANA, E 138 .
- Raimbault Anne- Marie .1974. « Évolution de l'allaitement maternelle : la situation actuelle » in *L'Enfant en milieu tropicale revue mensuelle, IPS de l'UCAD et le CIE de Paris*, n° 96 : 17-29 .
- Satgé Pierre, Bouthreuril Emil., & al. .1968. « Un centre d'étude et d'application des méthodes de santé publique et de protection de l'enfance en milieu urbain : Pikine (Sénégal) » in *L'enfant en milieu Tropical, revue mensuelle*, 64, ORANA,IPS-UCAD :3-36.
- Sankalé Marc, Satgé Pierre, & al. .1974. *Alimentation et pathologie nutritionnelle en Afrique noire*, Paris,éd. Maloine S.A.
- Sankalé Marc, Pen Pierre .1960. *Médecine sociale au Sénégal*.Afrique Document.
- Sarraut Albert .1923. *La mise en valeur des colonies françaises*, Payot, Paris.
- Trémolieres Jean .1954. « Problèmes alimentaires à l'époque contemporaine » in *Manuel élémentaire d'alimentation humaine : bases biochimiques, physiologiques et psychologiques de l'alimentation*, T.1, sous la direction de TrémolieresJ., Serville Y., Jacquot R., éd. Sociales françaises : 39-47.
- Watier Bernadette .1981. *Un équilibre alimentaire en Afrique. Pourquoi ?*, hoffmann-La roche & cie.