

# LA POLITIQUE DE PROTECTION DE L'ENFANCE AU TOGO DE 1923 à 1960

**Benjamin Kokou ALONOU**

Département d'Histoire et d'Archéologie  
Université de Lomé (Togo)  
E-mail : alonou2007@yahoo.fr

---

## **Résumé :**

Une amélioration de la santé des populations pour une meilleure colonisation, tel était l'objectif de la politique sanitaire de la France dans ses colonies. Dans cette optique, la nécessité d'une action prophylactique contre les maladies dites de l'enfance : le paludisme, les gastro-entérites, la variole, etc., s'explique par l'importance des ravages que ces maladies exerçaient sur la mortinatalité et la mortalité infantile. La lutte contre ces endémies se traduit essentiellement par un ensemble de mesures ayant pour objet la diminution des taux de mortinatalité et de mortalité infantile et par ricochet, l'augmentation de la population. Les autorités sanitaires imposèrent alors aux femmes enceintes et à leurs nourrissons des mesures d'hygiène alimentaire et corporelle et des actions sanitaires pour éviter les décès des mères et des nourrissons. Cette œuvre d'une grande importance a porté ses fruits à partir de 1946 avec une augmentation de plus en plus sensible de la population togolaise.

La présente étude vise à explorer les causes de la mortalité et à mettre en exergue les phases de la lutte contre la mortalité infantile et les résultats de la protection maternelle et infantile au Togo de 1923 à 1960.

**Mots clés :** Population, santé, colonisation, mortalité, maladies.

## **Abstract:**

An improvement in populations' health system for a better colonization, this was the objective of the health policy of France in its colonies. From this perspective, the need of prophylactic action against diseases, the so called the children's diseases such as malaria, gastro-enteritis, smallpox etc. can be explained by the large extent of ravages of these diseases on the rate of stillbirths and the infant mortality. The fight against these endemics is basically translated in measures intended to reduce the rates of stillbirths and infant mortality and on the rebound the rise in population. Health authorities imposed

then food and corporal health measures on pregnant wives and their babies in order to avoid that mothers and babies die. Such an important work beard fruits from 1946 resulting in a constant rise in Togolese population.

Our study aims at exploring causes for mortality, highlighting stages of the fight against infant mortality and results of infant and maternal protection in Togo from 1923 to 1960.

**Key words:** population, health, colonization, mortality, diseases

## **Introduction**

L'analyse historique des pratiques de la médecine coloniale indique la mise en place, à partir des années trente, d'une médecine de masse intégrant progressivement la population infantile dans les priorités médicales. Quelles furent donc à cette époque les principales causes de la mortinatalité et de la mortalité infantile et quelle fut la place accordée à la santé de la mère et de l'enfant dans le discours général de santé ? Pourquoi la médecine coloniale s'intéressa-t-elle à la santé des enfants et de leurs mères et quel fut l'impact de la politique de protection maternelle et infantile sur l'évolution démographique du Togo ?

Notre article met en exergue les mesures prises par l'administration coloniale française pour lutter contre la mortinatalité et la mortalité infantile. Pour la réaliser, nous avons consulté, aux archives nationales du Togo à Lomé, des documents de la série H relatifs à la santé et d'autres ouvrages abordant directement ou non la thématique. Cet article examine les causes de la mortinatalité et de la mortalité infantile durant l'époque coloniale française au Togo et analyse les mesures prises par l'administration coloniale pour lutter contre la mortalité infantile. La présente réflexion tente de présenter les résultats de l'action sanitaire, c'est-à-dire son impact sur l'évolution démographique du Togo.

### **1. Les débuts de la protection maternelle et infantile : 1923-1945**

De 1884 à 1914, un programme de couverture sanitaire du territoire avait été mis en place par l'administration coloniale allemande. Il portait essentiellement sur la lutte contre les grandes endémies telles que la variole et la maladie du sommeil. Cette assistance médicale a été perpétuée dès 1923 par le corps de santé colonial français. Il s'agissait pour l'administration coloniale de la France de lutter contre les causes de la mortinatalité et la mortalité infantile, en vue de l'augmentation de la population à long terme.

### **1.1. Les causes de la mortinatalité et de la mortalité infantile durant la période coloniale française**

Pour avoir une idée de l'évolution de la population du Togo sous mandat de la France, une circulaire du Commissaire de la République, en date du 25 septembre 1925, prescrit des sondages démographiques. L'analyse de leurs données de 1925 et 1932 nous permet d'avoir une idée sur les causes de la mortinatalité et de la mortalité infantile.

Le sondage de 1925 a été fait dans le cercle d'Atakpamé<sup>1</sup> tandis que celui de 1932 eut lieu dans la subdivision de Kara. Ils donnent des renseignements sur le nombre des accouchements, des enfants morts-nés, des morts et des enfants-vivants de chaque femme.

En 1925, sur 72 000 habitants du cercle d'Atakpamé, il y eut 2 604 naissances et 1 804 décès. Les taux de natalité et de mortalité y étaient respectivement de 361, 6 pour mille et 250, 5 pour mille. Les excédents des naissances étaient de 111, 1 pour mille (Mercier 1926 :21 ). L'auteur note que 79, 2 pour mille des décès ont été enregistrés dans la première année et seulement 20,8 pour mille à partir de la seconde année. Ces résultats montrent que les taux de mortalité infantile étaient très élevés dans le cercle d'Atakpamé.

C'est la même impression qui se dégage de l'analyse du second sondage effectué en 1932 dans le canton de Lama-Tessi (subdivision de Kara). En effet, sur une population estimée à 17 888 habitants en 1929 dans ce canton, 861 décès, soit 459 pour mille en une année ont été signalés en 1932 (De Marqueissac 1932 :988). Sur 13 067 enfants nés vivants en 1932, il y eut 251 morts au-delà de 15 ans, soit 264 pour mille.

En somme, sur 100 accouchements, 44,7 enfants décédèrent dont 30,7 entre 0 et 1 an, soit 55,3% des enfants accouchés survécurent au moment de l'enquête.

Dans la subdivision de Kara, comme dans celle d'Atakpamé, la mortalité « frappait » surtout la première enfance (0 à 1 an). Elle était de trois fois plus élevée que celle de toutes les autres catégories d'âge réunies (De Marqueissac op.cit. 988). Ces taux de mortalité infantile élevés s'expliquait par le manque d'hygiène, les maladies gastro-entériques, les dysenteries, les broncho pneumonies et les coutumes.

La polygamie était un facteur primordial de mortinatalité et de mortalité infantile. Le mari polygame se désintéressait de la femme enceinte.

---

Dans le cercle d'Atakpamé, le sondage a été fait dans les cantons de Kpessi, Adélé, Nuatja (aujourd'hui Notsé), Akposso sud, Akébou, Atakpamé (Mercier 1926 : 22).

« Elle devait continuer à assurer sa part de travaux ménagers. En plus de cela, il fallait continuer ses occupations habituelles, et c'est-à-dire aller au champ, puiser de l'eau, etc. Elle devait manier la daba, râper le gari (farine de manioc), et en ville elle devait continuer à courir les marchés pour exercer son métier de vendeuse. Ce n'était que dans les familles aisées que la femme enceinte pouvait prendre quelque repos grâce à la domesticité dont elle disposait » (Mme Bonnacarrère et Dr Bertrand 1931 : 486).

La liberté habituelle des mœurs agissait également d'une façon indirecte sur la gestation.

« La prostitution clandestine, qui était courante dans tous les centres urbains, contribuait puissamment à la propagation des maladies vénériennes. La fréquence avec laquelle, en l'absence de tous soins, celles-ci déterminaient la stérilité ou des lésions héréditaires faisaient de ces maladies les causes les plus efficaces de mortalité et de mortalité infantile » (Mme Bonnacarrère et le Dr Bertrand 1931 : 487).

Outre les coutumes et les mœurs, il faut signaler que le régime alimentaire intervenait dans la mortalité infantile.

La malnutrition au cours de la période prénatale entraîne une augmentation du nombre des avortements et de celui des mort-nés. Elle induit aussi des conséquences sur les caractéristiques physiques de l'enfant à la naissance : poids faible, petite taille, périmètre crânien réduit (Agbessi et Damon 1987 : 17). Les effets de la malnutrition chez les nourrissons et les jeunes enfants sont multiples : moindre résistance aux infections (paludisme, rougeole, diarrhée etc.), trouble du comportement, apathie, influence sur les facultés mentales à l'âge préscolaire, retard du développement cérébral.

Selon une étude faite en 1931 par le pharmacien Lieutenant-Colonel Cheyssial, dans les cercles de Sokodé et de Mango, les Togolais y mangeaient quantitativement. Mais c'était sur le plan qualitatif que l'alimentation laissait à désirer (Alonou 1994 : 135). Par ailleurs, les maladies épidémiques, causées par les parasites pathogènes, protozoaires et surtout les helminthiases, réduisaient la consommation énergétique des Togolais. Si les dangers étaient grands avant la naissance, ils n'étaient rien par rapport aux menaces suspendues sur la tête du nouveau-né.

Dans la généralité des cas, il était, dès sa naissance, élevé selon des coutumes dont quelques-unes présentaient pour sa vie un danger certain. La plaie ombilicale, par exemple, était la voie d'entrée du bacille de Nicolaïer, c'est-à-dire du bacille tétanique.

« Les cas de tétanos n'étaient pas présentés dans les formations sanitaires. Les premiers jours de la vie, en attendant la montée laiteuse, de l'eau était

donnée aux nourrissons. C'était souvent de l'eau de marigot ou de pluie ayant séjourné parfois plusieurs mois dans des jarres. Parfois, l'enfant était alimenté en bouillie de maïs qui était souvent fermentée, en raison de la température ambiante. Cette bouillie, préparée le plus souvent sans tous les soins de propreté désirables était responsable de gastro-entérites. L'hygiène alimentaire, capitale pour la vie du nourrisson, était négligée. Le manque d'hygiène entraînait l'apparition d'affections gastro-intestinales. Celles-ci constituèrent l'une des principales causes de mortalité infantile. La mauvaise réglementation de l'allaitement était en effet générale. La femme donnait le sein d'une façon très irrégulière, dès que l'enfant criait. De plus, en raison de la pollution fréquente des eaux, le nourrisson était souvent atteint de dysenterie bacillaire ou amibienne et de parasites intestinaux divers » (Mme Bonncarrère et Dr Bertrand 1931 : 490).

Au demeurant, pour les décès de 0 à 1 an, les maladies gastro-intestinales occupèrent une place de choix. Cependant, les nourrissons payèrent un lourd tribut au paludisme. En effet, les populations ne se préoccupèrent guère des moustiques et ne s'en préoccupèrent pas davantage pour leurs enfants. L'usage de la moustiquaire, pourtant indispensable au nouveau-né, ne pénétra que dans une faible mesure les classes aisées des populations des villes. Celles des villages l'ignoraient et leur insouciance allait jusqu'à entretenir des gîtes de larves au pas de leur porte. La quinine leur était donnée comme médicament curatif. Mais son emploi préventif n'était pas encore entré dans les habitudes des gens. Pour se protéger contre le paludisme, ils préféraient s'adresser au guérisseur, seul capable de conjurer le mal (Alonou 1994 : 162).

Telles furent les diverses influences exercées par les coutumes et le milieu économique et social sur la mortalité et la mortalité infantile au Togo. Pour remédier à cet état de choses, il fallait éduquer les populations, c'est-à-dire encourager les gens à se pencher sur leurs problèmes pour arriver à mieux saisir leurs causes. Il s'agissait encore de chercher des mesures de lutte contre la mortalité et la mortalité infantile. Ce fut l'objet des services de protection maternelle et infantile.

## **1.2. Les services d'accouchement et de consultations**

La lutte contre la mortalité intra-utérine et la mortalité infantile se traduisit par la mise en place de services d'accouchement et de services de consultations prénatales, postnatales et de nourrissons. Ces services, gratuits, furent organisés en 1923 dans tous les postes médicaux du territoire. Ils étaient dirigés par les médecins-chefs, non spécialisés, des subdivisions sanitaires.

## La mortalité intra-utérine et la mortalité infantile

« étaient effroyables. Elles empêchaient tout accroissement de la population d'où la nécessité de les combattre. Ici, comme dans le reste de l'Afrique occidentale, la population ne s'accroît guère, à cause des nombreux avortements et de la grande mortalité infantile. Augmenter la natalité, baisser les avortements et la mortalité infantile, voilà le plus grand but que nous poursuivons<sup>1</sup>. »

Dans cette optique, les autorités coloniales manifestèrent le souhait d'intervenir dans le domaine de la protection maternelle et infantile. En 1922, elles déclarèrent vouloir développer l'hygiène infantile<sup>2</sup>. Elles s'engagèrent à prendre des mesures, l'année suivante, « pour soigner l'enfant »<sup>3</sup>. Outre le problème de l'enfant, il fut question aussi de préserver la santé de la femme. En 1926, le Dr Jambon insista sur cette nécessité :

« C'est la femme enceinte, et la jeune mère qui doivent être l'objet de notre sollicitude. Diminuer les avortements en traitant les causes, intervenir au moment de l'accouchement pour éviter les accidents soit immédiat soit à venir »<sup>4</sup>.

### 1.2.1. Le service d'accouchement

Afin de préserver la vie de la mère et de l'enfant, souvent mise en danger, au moment de l'accouchement, soit à cause des manœuvres des accoucheuses traditionnelles soit pour des raisons médicales, un service d'accouchement fut créé. Les femmes pouvaient aller dans les maternités. La première fut ouverte à Lomé en 1924.

Ainsi, grâce à ce service, les parturientes accouchaient dans de bonnes conditions d'hygiène et d'asepsie sous la surveillance d'un personnel médical qualifié : sages-femmes ou infirmières qui devaient faire appel au médecin en cas de complications (Morin 2001 : 23).

Après l'accouchement, des soins étaient donnés à la mère et au nouveau-né (soins au cordon ombilical) jusqu'au 8<sup>e</sup> jour en moyenne après la délivrance. Pour les femmes ayant accouché à domicile, des visites quotidiennes étaient effectuées par le personnel médical.

En fait, amener les femmes vers le service d'accouchement présentait une difficulté. Elles devaient pour cela, abandonner les rites et coutumes qui entouraient la naissance et ne plus recourir aux

---

<sup>1</sup> ANT/ Lomé, 3H3, étude présentée à l'office international de l'hygiène publique par l'inspecteur Général Gouzier, 1922.

<sup>2</sup> Rapport annuel à la SDN, 1922 p.12.

<sup>3</sup> Idem.

<sup>4</sup> ANT/Lomé 1 H, dossier 30 Conférence faite à Lomé le 21 avril 1926 par M. le médecin major Jambon,

accoucheuses traditionnelles, qui exerçaient en outre une grande influence sur elles. Il fallait donc acquérir leur confiance et les persuader de l'utilité de ce service. Pour cela, l'administration coloniale dut autoriser les accouchements à domicile et en maternité. L'accouchement à domicile fut encouragé pour promouvoir les méthodes de l'assistance médicale au sein des familles. Il fut rapidement limité. Par un arrêté du 31 décembre 1932<sup>1</sup>, il devint payant car il présentait plusieurs inconvénients. Les accouchements étaient faits dans de moins bonnes conditions d'hygiène et de sécurité qu'à la maternité. Ensuite, le nombre de femmes faisant appel à ce service était en constante augmentation. Les sages-femmes s'abstenaient de plus en plus souvent de la maternité, où leur présence était nécessaire, et le matériel médical de l'hôpital, utilisé pour l'occasion, s'usait rapidement. Il fallut convaincre les femmes de venir accoucher en maternité. Pour ce faire, les services de santé créèrent quelquefois un environnement favorable et familial. Des maternités furent aménagées en fonction de leurs habitudes de vie. En 1925, dans celle de Lomé, pour faciliter la venue des familles, une cuisine fut installée et mise à leur disposition.<sup>2</sup> De même, en 1937, à Palimé, le médecin chef, responsable de la maternité, laissa les femmes se coucher sur des nattes, par terre, conformément à leurs habitudes. Son choix fut justifié dans une lettre adressée au commandant du cercle d'Atakpamé :

« Jusqu'ici les médecins qui se sont succédé à Palimé se sont efforcés et ont réussi à faire de la formation sanitaire de Palimé, de la maternité en particulier une institution fréquentée avec confiance par le maximum possible de femmes enceintes. Pour ce faire, ils ont dû sacrifier des idées et des méthodes d'Europe et s'accommoder des habitudes chères familières à nos administrés. Ainsi, en est-il de la question des lits. Puisque les femmes préfèrent coucher sur des nattes, ils les ont laissées suivre leurs habitudes plutôt que de leur imposer des contraintes jugées par elles désagréables ».<sup>3</sup>

Ces concessions au mode de vie local avaient des conséquences positives sur l'augmentation des accouchements dans les maternités. Cependant, les autorités n'appréciaient pas toujours ce type d'initiatives qui n'allaient pas, selon eux, dans le sens « du progrès et de l'hygiène ». Les médecins devaient faire preuve d'autorité pour

---

<sup>1</sup> ANT/Lomé, dossier 1 H75, Arrêté No 669 autorisant l'intervention des sages-femmes à domicile.

<sup>2</sup> ANT/Lomé, dossier 1H17, Rapport mensuel sur le fonctionnement du service de santé au Togo, août 1925.

<sup>3</sup> ANT/Lomé, dossier 1 H125, Rapport sur l'état sanitaire de l'Hôpital de Palimé.

imposer leur vue. A propos des lits de Palimé, le commandant de cercle du Centre somma le médecin d'utiliser des matelas :

« J'émetts donc l'avis que les lits, actuellement en service, ou d'autres, d'un modèle plus perfectionné, dotés d'une natte épaisse dite « tchatcha », ou d'un matelas, soient utilisés à la maternité de Palimé. Le respect des habitudes et coutumes indigènes ne doit pas, à mon sens, nous faire perdre de vue les nécessités du progrès et de l'hygiène »<sup>1</sup>.

Parallèlement au service d'accouchement des consultations prénatales furent organisées.

Régulières, une à plusieurs fois par semaine, elles se déroulaient dans tous les centres médicaux, à Lomé comme dans les formations sanitaires de l'intérieur. Reçues par une sage-femme ou par une infirmière, les femmes étaient interrogées sur leurs antécédents obstétricaux, dont les avortements, puis soumises à un examen obstétrique (mesure de la hauteur utérine, écoute du cœur du bébé) avec analyse d'urine et examens de laboratoire.

Grâce à cet échange et à cet examen, les causes de dystocies possibles, d'avortement et d'accouchements prématurés, syphilis, blennorragie, albuminurie, anémie graves ( l'ankylostomiase ), pouvaient être dépistées.

Ces consultations permettaient donc le suivi médical de la femme enceinte et incitaient aux accouchements surveillés en familiarisant les femmes avec le service de santé et ses méthodes. Convaincues, ces dernières trouvaient alors plus naturel d'accoucher en maternité. Les buts des consultations étaient aussi de préserver la santé du nourrisson, particulièrement vulnérable aux maladies. Les nourrissons, suivis par une sage-femme, étaient systématiquement pesés. Le poids fournissait des renseignements sur leur santé. Toute modification de la courbe de poids était signe de maladies chroniques ou d'un mauvais état nutritionnel. Ainsi, s'il paraissait malade ou si son poids fléchissait de manière inquiétante, l'enfant était adressé au médecin. La lutte contre la mortalité infantile et la mortinatalité amorcée en 1923, connut un essor à partir de 1946.

## **2. L'Essor de la protection maternelle et infantile 1946-1960**

Il s'explique par le nouveau contexte politique et social, la place de la protection maternelle et infantile dans le discours général de santé publique et le programme de la protection maternelle et infantile.

---

<sup>1</sup> ANT/Lomé, dossier 1H25, Rapport sur l'état sanitaire de l'hôpital de Palimé.

## **2.1. Le nouveau contexte politique et social d'après-guerre**

La période d'après la Deuxième Guerre mondiale fut caractérisée par un important changement, dans le domaine politique, économique et social. Ce fut aussi une période marquée par la montée en force des mouvements d'émancipation qui menèrent le pays vers l'indépendance.

A l'issue de la guerre, les contextes coloniaux et internationaux, de plus en plus défavorables à la colonisation, amenèrent la France à modifier ses rapports avec les colonies et à adopter une série de réformes. C'est ainsi que la France créa en octobre 1946 l'Union française, dans laquelle le Togo avait le statut de territoire associé, et avec le vote de la loi cadre en 1956, qui permit au Togo d'accéder à l'autonomie. D'abord République autonome en août 1956, le Togo devint indépendant en 1960.

Par ailleurs, pour permettre le développement économique des colonies, et pour assurer une vie meilleure aux colonisés, la France créa le Fonds d'investissement de développement économique et social (FIDES) en avril 1946, qui devait permettre de financer deux plans de modernisation et d'équipement des colonies (1946-1953 / 1953-1957). Cette politique d'investissements publics de la France, dans les domaines économique et social, mettait fin au principe d'autosuffisance financière des colonies et laissait la place au concept d'aide au développement.

Ainsi, ces fonds servirent notamment à financer le programme de santé dont l'objectif principal était d'améliorer l'état de santé de la population, ce qui constituait un tournant majeur par rapport à la période d'entre-deux-guerres (Morin 2001 : 64). Quelle fut la place accordée à la santé de la mère et de l'enfant après la Seconde guerre mondiale ?

## **2.2. La place de la protection maternelle dans le discours général de santé publique**

La population avait augmenté passant de 700 000 en 1921 à 918 000 en 1946, mais le territoire était toujours considéré comme sous-peuplé. L'accroissement démographique restait au cœur des préoccupations car, il était une des conditions préalables au développement économique du pays. Pour accroître la population, il fallait notamment améliorer la santé des habitants. Ainsi, la politique de santé s'orienta vers l'hygiène, la médecine préventive, la lutte contre les grandes endémies et à la mortalité infantile. Dans ce discours général, réduire la mortalité infantile apparaissait donc comme l'une des principales préoccupations des services de santé.

Toutefois, ce discours n'était pas nouveau et restait inchangé depuis 20 ans. De plus, l'intérêt pour la santé de l'enfant, en tant que telle, n'existait toujours pas et l'enfant avait toujours valeur de capital humain qu'il fallait protéger. Ainsi, le Directeur de la santé publique du Togo, dans une instruction générale d'octobre 1946, adressée aux médecins, insiste pour voir les services de protection maternelle et infantile (consultations prénatales, maternités, consultations de nourrissons) prendre sans tarder une place prépondérante dans l'assistance médicale. Pour la première fois, les autorités affirmaient une volonté ferme d'intervenir de manière importante dans le domaine de la protection maternelle et infantile qui était, jusque-là, principalement le fait de l'œuvre du Berceau.

Ainsi, le programme de la protection maternelle et infantile consistait à donner une nouvelle impulsion aux consultations de nourrissons. En effet, les consultations de nourrissons, étaient considérées comme le meilleur moyen pour lutter contre la mortalité infantile, mais elles étaient inefficaces. Elles étaient négligées par les médecins et les enfants étaient vus de manière trop occasionnelle et irrégulière faute de personnel et de matériel.

A partir de ces constats, le chef du service de santé donna une instruction générale, en octobre 1946<sup>1</sup>, visant à développer les services de protection maternelle et infantile et à mobiliser les médecins autour de ce problème. Il demandait, d'abord, la pratique d'exams réguliers : une fois par mois pour les nourrissons âgés de moins d'un an, et une fois tous les deux ou trois mois pour les femmes enceintes. Pour développer les services de protection maternelle et infantile, l'organisation des consultations pré et postnatales connut d'importants changements. A partir de 1947, s'ajoutèrent aux consultations urbaines, données à la maternité de chef-lieu, des consultations mobiles. En d'autres termes, dans les centres urbains, les consultations pré et postnatales étaient assurées par le personnel de l'assistance médicale. Dans les villages, elles étaient données au cours des tournées médicales du service d'hygiène mobile et de prophylaxie avec la collaboration des chefs qui étaient considérés comme des auxiliaires. Les distributions de lait, de vêtements aux nourrissons ont eu un succès. C'était une mesure importante, puisqu'elle tendait à protéger les enfants. L'application de ces mesures avaient entraîné une évolution des accouchements.

---

<sup>1</sup> Instruction générale no 814 SS/DSP du 10 octobre 1946 adressée aux médecins au sujet de la réorganisation des services de protection de l'enfance.

En effet, les accouchements surveillés progressèrent régulièrement entre 1946 et 1951, selon le taux d'accroissement moyen de 12% par an, passant ainsi de 4026 en 1947 à 7 236 en 1951. Cette augmentation est due au nombre accru des maternités et aux actions des « matrones » qui effectuaient un nombre non négligeable d'accouchements en 1950- 1951, soit près de 35% des accouchements. Le nombre d'accouchements passa de 7 646 en 1953 à 8 414 en 1958, soit une hausse de 10 % (Morin 2001 : 90).

Au total, l'hygiène maternelle et infantile fut au premier plan des soucis du service de santé du Togo. Les bases de ce service furent constituées par la mise en œuvre, depuis 1923 d'une politique de protection maternelle et infantile qui a consisté à développer les consultations de nourrissons et des femmes enceintes dans les maternités et par les équipes du service d'hygiène mobile et de prophylaxie . Ces mesures ont-elles permis à l'administration coloniale d'atteindre le but escompté ?

### **2.3. Impact de la protection maternelle et infantile sur l'évolution démographique**

Au Togo, il est impossible de savoir quelle a été l'évolution réelle de la population, parce qu'au lieu de véritables recensements effectués par des démographes et des agents recenseurs, les opérations de dénombrement étaient menées par des médecins militaires lors des tournées de vaccination ou par des agents de l'administration en tournée. Ces comptages se faisaient cercle par cercle. Ainsi, malgré les améliorations constatées à l'époque française, ce n'est qu'en 1931 que les dénombrements de population, commencés en 1922, peuvent être considérés par l'administration comme complets (Nyassogbo 2002 : 2).

Le rapport de 1924 révèle certaines de ces difficultés :

« Le contrôle nominatif de population sera sans doute achevé en 1926 dans les cercles de Lomé, Atakpamé et Sansanné-Mango, mais pas avant trois ou quatre années à Sokodé. Dans les conditions où elles s'effectuent, ces opérations exigent beaucoup de patience. Les indigènes répugnent en effet d'une façon générale à fournir les déclarations sur la composition exacte de leur famille soit par insouciance naturelle, soit par calcul, pour éviter le paiement de la taxe personnelle ».<sup>1</sup>

Les populations étaient donc nettement sous-évaluées, malgré la politique populationniste affichée par l'administration dans ses rapports annuels à la Société des Nations. Les mouvements

---

<sup>1</sup> Rapport du Togo à la SDN, 1924, p. 101.

migratoires constituent une autre source de sous-évaluation et d'incertitude sur les données démographiques. Toutefois, les chiffres officiels glanés dans les rapports donnent des informations sur l'évolution de la population togolaise durant la période coloniale.

**Tableau I : Evolution de la population togolaise de 1922 à 1957**

Années	Effectifs	%
1922	727 741	-
1923	762 208	4,7
1924	747 139	-1,2
1925	744 285	-0,4
1926	742 428	-0,2
1927	747 146	0,6
1928	747 146	0,0
1929	730 575	-2,2
1930	725 580	-0,7
1931	749 419	3,3
1932	750 995	0,2
1933	753 300	0,3
1934	762 156	1,2
1935	762 947	0,1
1936	735 606	-3,6
1937	763 360	3,8
1938	780 170	2,2
1939	-	-
1940	818 375	-
1941	850 219	3,9
1942	864 697	1,7
1943	893 440	3,3
1944	899 614	0,7
1945	912 425	1,4
1946	918 644	0,7
1947	921 884	0,4
1948	944 446	2,4
1949	971 824	2,9
1950	992 263	2,1
1951	998 660	0,6
1952	1 014 669	1,6
1953	1 029 946	1,5
1954	1 052 318	2,2
1955	1 069 584	1,6
1956	1 084 032	1,6
1957	1 092 889	0,8

Source : Recensements administratifs et estimations des rapports à la SDN (cité par Locoh : 1982).

Ces chiffres montrent une évolution très lente de la population à l'époque du Mandat (1922-1946), avec un début de croissance de plus

en plus ferme dans les années 1940-1946. Cette tendance s'accroît par la suite. C'est vraisemblablement là, l'effet d'une amélioration progressive de la situation sanitaire et de l'encadrement médical.

L'essor actuel de la population africaine trouve son origine en partie<sup>1</sup> dans les progrès médicaux comme l'utilisation des antibiotiques et de la vaccination qui, vers la fin de la période coloniale, ont permis de réduire de façon considérable la mortalité.

### **Conclusion**

Dans l'optique de la politique de mise en valeur de territoires coloniaux du Ministre des colonies alors, Albert Sarraut, son successeur Daladier institua en 1924, une politique populationniste consistant à faire fructifier le capital humain pour faire développer le capital économique. Ainsi, l'assistance médicale évolua dans le sens beaucoup plus utilitaire de la médecine préventive et de l'hygiène, seules capables d'assurer la protection et le développement des populations sous-alimentées et menacées par les endémo-épidémies.

Au Togo, pour empêcher les enfants et surtout de nourrissons de mourir, les autorités coloniales attachèrent un grand prix à la lutte contre la mortalité infantile et intra-utérine dans le but de résoudre le problème démographique, lié à la question de la sauvegarde de la main d'œuvre. Le bilan s'avéra cependant médiocre. Les accouchements avaient certes augmenté mais la mortalité restait considérable. Les autorités furent impuissantes contre les maladies de la mère et de l'enfant. L'augmentation de la population fut lente. Les guerres mondiales (1914-1918 et 1939-1945), les travaux forcés, et l'influence des sages-femmes traditionnelles sur les mères, contribuaient à réduire une partie de cette population. En fait, durant la période coloniale, les progrès médicaux dans la protection maternelle et infantile et la lutte contre les grandes endémies n'avaient pas encore porté leurs fruits. La période post-coloniale marque le départ des interrogations sur les problèmes de population. On constate que la croissance de la population, notamment du fait des actions engagées pendant la colonisation en matière de santé, devient de plus en plus rapide.

---

Pour des raisons de puissance, le colonisateur souhaitait une expansion des populations dominées ; mais l'obligation pour les colonisés de participer à des travaux forcés dans des conditions sanitaires déplorables d'être enrôlés dans l'armée, contribuait à décimer la population

## Sources et références biographiques

### 1. Sources

#### 1.1. Sources d'archives : ANT/ Lomé

##### 1.1.1. Série 1 H

Dossier 1 H75, Arrêté 669 *autorisant l'intervention des sages-femmes à domicile.*

Dossier 1 H17, *Rapport mensuel sur le fonctionnement du service de santé du Togo, 1925.*

Dossier 1 H 125, *Rapport sur l'état sanitaire de l'hôpital de Palimé.*

##### 1.1.2. Série 3H

Série 3 H3, dossier 30 *Lettre du secrétaire général du gouvernement à propos des articles sur la mutualité maternelle 1926 p. 32.*

3H3, *dossier étude présentée à l'Office international de l'hygiène publique par l'inspecteur Général Gouzier, 1922 p. 25.*

3H2 dossier 15, *Conférence faite par le médecin major Jambon le 21 avril 1929 p. 28.*

*Instruction générale au sujet des consultations de nourrissons no 814 SS/ DSP du 10 octobre 1946.*

Mme Bonnacarrere et Dr Bertrand 1931 : «La mortalité et la mortalité infantile au Togo au point de vue économique et social, » in *Annales de Médecine et Pharmacie coloniales* pp. 940-960.

Instruction générale no 814 SS/DSP du 10 octobre 1946 adressée aux médecins au sujet de la réorganisation des services de protection de l'enfance.

Rapport annuel à la SDN 1922, 1924, 1946.

Marqueissac (de), H. 1932 : « Enquête et sondages démographiques en pays kabré (Nord-Togo) », in *Annales de Médecine et de Pharmacie coloniales*, pp. 986-992.

SARRAUT, A 1923 : *La mise en valeur des colonies françaises*, Paris, Payot, 656 p.

### 2. Bibliographie

Agbessi D et Damon H ; 1987 : *Manuel de nutrition africaine*, T I, Edition Karthala, Paris, 311 p.

Alonou K; 1994: *La politique sanitaire de la France au Togo à l'époque coloniale 1919-1960*, Thèse de doctorat Régime unique, Université de Poitiers, France, 395 p.

- Alonou K; 2003 : « Impact de l'œuvre sanitaire coloniale sur l'évolution démographique au Togo », in *Annales de l'Université de Lomé*, Série Lettres. Tome XXIII, pp. 31-42.
- Audoynaud A; 2010 : *Eloge de la médecine coloniale, regard sur la santé en Afrique Essai*. L'Harmattan, Paris, 244 p.
- Assogba L; et al. 1992 : *Population togolaise état et perspectives*, Les dossiers de l'URD Lomé- Togo, 208 p.
- Lapeyssonnie L; 1988 : *La médecine coloniale mythes et réalités*, Seghers Paris, 310 p.
- Morin F; 2001 : *La protection maternelle et infantile au Togo de 1920 à 1960*. Mémoire de maîtrise, Université de Paris I, Panthéon Sorbonne, 144 p.
- Nyassogbo G ; 2002 : *La population, son évolution et le processus d'urbanisation*, Inédit. 34 p.