

RAPPORT PRELIMINAIRE

LES SOINS MATERNELS ET INFANTILES TRADITIONNELS

ET LES PROBLEMES CONNEXES

AU SAHEL

UNE ETUDE BIBLIOGRAPHIQUE

par

M. Fikry (Ph.D.)

22 mars 1977

Le présent rapport a été préparé à la demande du Projet de développement du Sahel - secteur de la santé, U.S.A.I.D. Toutes les opinions qu'il contient engagent uniquement la responsabilité de son auteur. Les recherches ont été effectuées dans le cadre du contrat AID/afr-C-1199 passé avec le BLK Group, Inc.

ERRATA SHEET

The following corrections should be made in the Preliminary Report, Traditional and Child Health Care and Related Problems in the Sahel - A Bibliographic Study, by M. Fikry, Ph.D., submitted March 22, 1977.

<u>Page</u>	<u>Error</u>	<u>Should Read</u>
Page 7, paragraph 3, line 2	Coppens	Copans
Page 7, paragraph 3, line 7	Green	Greene
Page 16, paragraph 2, line 13	it	if
Page 22, paragraph 2, line 12	weaning. (Lactose	weaning (lactose
Page 26, paragraph 2, line 4-5	<u>Carnets de la l'Enfance</u>	<u>Carnets de l'Enfan</u>
Page 26, paragraph 2, line 6	Lome	Lomé
Page 31, paragraph 2, line 5	drama!	drama.
Page 31, paragraph 2, line 7	Afr. doc.	<u>Afr. doc.</u>
Page 31, paragraph 2, line 7	59)	59
Page 31, paragraph 2, line 8	("Sterility	"Sterility
Page 31, paragraph 2, line 9	collected.")	collected").
Page 44, paragraph 2, line 8	Sankale	Sankalé
Page 45, last line	toward	and
Page 61, 4th reference, 1st line	Dupin, M.	Dupin, H.
Page 61, 5th reference, 1st line	Dupin, M.	Dupin, H.
Page 67, last reference, 1st line	at la	à la
Page 83, 2d reference, 1st line	anemies	anémies
Page 83, 3d reference, last line	undefined.	undefined."
Page 117	Berenberg	Berenberg and Mass
Page 119	Coppens	Copans
Page 120	Kerhard	Kerharo
Page 118 - page number	118	120
Page 119 - page number	119	118
Page 120 - page number	120	110

b

"Science sans conscience ne fait que ruine de l'âme"

Rabelais

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
I. CHANGEMENTS SOCIO-ECONOMIQUES ET SANTE	6
A. La sécheresse : problème fondamental	6
B. "Stabilité" rurale ou "tension" urbaine	7
C. Implications politiques de l'amélioration de la santé	10
II. LA SANTE RURALE TRADITIONNELLE PROPRE AUX FEMMES ET AUX ENFANTS	12
A. Maladies qui touchent surtout les femmes et les enfants	12
1. Malnutrition et marasme	12
a) Causes de la malnutrition et du marasme	13
b) Conséquences de la malnutrition et du marasme	17
2. Maladies dues à la malnutrition - Quelques exemples	18
B. Pour une meilleure nutrition rurale	20
III. LES SOINS TRADITIONNELS ET L'ENFANTEMMENT DANS LE SAHEL.	26
A. Grossesse et accouchement	27
1. Stérilité	27
2. Traditions liées à la grossesse et à l'accouchement	29
a) Grossesse	29
b) Accouchement	32
c) Le cordon ombilical et le placenta	35
B. La "matrone" ou sage-femme traditionnelle	39
C. Allaitement au sein et espacement des naissances	41
IV. CONCLUSIONS - Résumé des questions soulevées dans le présent rapport	45
V. BIBLIOGRAPHIE	52

## BIBLIOGRAPHIE

ORGANISATION DE LA BIBLIOGRAPHIE	52
I. NUTRITION ET MALNUTRITION	55
II. PROBLEMES GENERAUX CONCERNANT LA MERE ET L'ENFANT	62
III. GROSSESSE, ACCOUCHEMENT ET MATRONES	65
IV. ALLAITEMENT AU SEIN ET SEVRAGE	72
V. ESPACEMENT DES NAISSANCES	75
VI. FECONDITE, STERILITE ET AVORTEMENT	78
VII. AFFECTIONS ET MALADIES (Concernant essentiellement les femmes et les enfants)	81
VIII. MEDECINE TRADITIONNELLE ET ETHNOBOTANIQUE	85
IX. ETUDES DE SANTE INTERESSANT LA MERE ET L'ENFANT	93
X. PROPOSITIONS, EXPERIENCES ET STRATEGIES SANITAIRES	97
XI. RENSEIGNEMENT D'ORDRE GENERAL : QUELQUES ETUDES SUR L'ETHNOLOGIE ET LA SECHERESSE	105
XII. BIBLIOGRAPHIES	108
XIII. OUVRAGES D'INTERET NON CONSULTES	109
INDICE DES REFERENCES	116

## INTRODUCTION

Un consultant étranger dans un pays du Sahel signalait, il y a plusieurs années, qu'un des responsables de ce pays avait entamé ses entretiens par un monologue démoralisé de cinq minutes sur le thème : "Encore des rapports ! Mon pays n'en a certainement plus besoin". Un coup d'oeil rapide sur la bibliographie qui figure à la fin du présent rapport ne peut que confirmer l'opinion de ce fonctionnaire. Il convient de noter qu'une des sections les plus importantes de ce rapport traite des stratégies et recommandations relatives à la santé alors que celle consacrée aux études des solutions les plus fondamentales aux problèmes de santé et de nutrition du Sahel est beaucoup plus courte et ne revêt pas la même importance.

Par ailleurs, les statistiques disponibles sur la plupart des pays du tiers-monde commencent à acquérir une certaine importance, en raison justement des nombreuses enquêtes menées sur ces pays ainsi que des rapports et des recommandations qui s'y rapportent. En fait, ce sont les statistiques qui mettent le mieux en lumière les problèmes du tiers-monde. Celles qui ont trait aux pays du Sahel sont encore limitées et passent souvent d'un rapport à un autre. C'est pourquoi il semble à certains égards inutile d'en reprendre certaines dans le présent rapport. Et pourtant, c'est en rappelant avec insistance ces statistiques qu'on pourra mieux sentir et percevoir le drame des populations rurales du Sahel, leur courage et leurs incroyables sacrifices, les souffrances des femmes et l'agonie de leurs enfants.

Ce rapport préliminaire n'a pas pour but de susciter des émotions mais plutôt de mettre en évidence, dès le début, les grandes bases des problèmes de santé au Sahel :

1) Les recherches médicales doivent être axées sur les solutions médicales les plus immédiates et les plus simples;

2) Le développement rural doit être exécuté plus simplement et plus efficacement, en tenant compte davantage des besoins immédiats de la population et des répercussions du changement sur sa vie sociale et émotive;

3) Les problèmes médicaux et nutritionnels des populations rurales (et dans certains cas, des populations urbaines) sont connus depuis longtemps. Est-il donc nécessaire d'attendre que soient présentées des propositions complexes, onéreuses et répétitives pour confirmer des faits déjà connus ? Les données qui suivent n'en sont que de brefs exemples :

Un enfant sur deux au Niger meurt avant l'âge de cinq ans. 1/

Pour ce qui est de la population adulte dans le Sahel, les enfants de 0 à 19 ans se répartissent comme suit :

52 % au Tchad  
56 % au Niger  
58 % au Mali  
50 % en Mauritanie 2/

Quatre des sept pays du Sahel (Haute-Volta, Mali, Niger et Tchad) 3/ figurent sur la liste des pays les moins développés du monde (ONU).

---

1/ Belloncle et Fournier, 1975, p. 65

2/ FISE, Enfance, jeunesse, femmes et plans de développement, etc., 1972, p. 10

3/ Office de l'information publique des Nations Unies, 19 juin 1974

En Mauritanie, le PNB était de 300 dollars en 1976 et ce pays avait :

1 médecin pour 100.000 habitants  
1 sage-femme pour 150.000 habitants  
1 infirmière pour 50.000 habitants  
1 hôpital national  
4 hôpitaux secondaires  
20 centres PMI  
50 dispensaires  
18 équipes mobiles 4/

Au Tchad, le personnel de santé s'élèverait à 52 personnes en total pour une population de 4.000.000 d'habitants (recensement de 1975). 5/

En 1971, le Tchad avait un centre PMI à Chagoua (banlieue de N'Djamena). Ce centre a été créé en 1969 avec l'aide de l'OMS et du FISE. 6/

En 1971, la Mauritanie avait 40 médecins (quatre d'entre eux étaient Mauritanien) et dix sages-femmes (dont deux étaient Mauritanien). 7/

En 1973, le Niger avait :

98 médecins (dont 16 étaient Nigériens et 50 résidaient à Niamey !)  
44 sages-femmes (dont 21 résidaient à Niamey)  
7 hôpitaux avec 1.310 lits (dont 90 % à Niamey et à Zinder)  
110 centres de santé dans la "savane", c'est-à-dire, un centre pour 40.000 habitants. 8/

Sur la base des rapports existants, on a essayé de dresser une première liste des maladies qui touchent les femmes et surtout les enfants.

---

4/ OMS, Conférence-atelier sur les soins de santé primaire, Niamey, janvier 1977.

5/ Ibid.

6/ FISE - République du Tchad, Enfance, jeunesse et plan de développement, Fort Lamy, 1971, p. 26

7/ FISE, Mauritanie - Groupe de travail, p. 25, 1971. Toutefois, ce rapport fait remarquer que 33 des médecins étaient Chinois et que pendant cette époque, l'équipe chinoise s'est occupée de la totalité des accouchements à Guidimaka, record incroyable !

8/ Belloncle et Fournier, 1975, p. 27

Chacune de ces maladies doit être considérée d'une grande importance. Ce sont la rougeole, la variole, la varicelle, la fièvre jaune, le tétanos, la trypanosomiase, la tréponématose, la gonorrhée, le kwashiokor, le marasme, l'onchocercose, la bilharziose, la méningite cérébro-spinale, le paludisme, l'hépatite virale, la tuberculose, le trachome, la lèpre, la dystocie, la néphropathie et la parasitose intestinale.

A la conférence sur la médecine et la pharmacopée traditionnelles en Afrique qui s'est tenue à Lomé en 1974, le professeur Ki-Zerbo a cité le proverbe Bambara suivant : "Djoujou tè mogo la, bana kélen ko", c'est-à-dire "L'homme n'a d'autres ennemis que la maladie". 9/ Depuis la nuit des temps, l'homme lutte contre cet ennemi mortel non seulement par la recherche scientifique et une accumulation d'expériences locales et internationales, mais aussi en expliquant la maladie à travers des rités mystiques et surnaturels. Bien qu'en règle générale, la maladie physique puisse être diagnostiquée sur place, les comportements à l'égard de la maladie et de la santé sont beaucoup plus complexes. C'est précisément la raison pour laquelle de nombreux programmes de santé et d'hygiène ont échoué. D'une part, l'urgence et l'ampleur d'une thérapie ou d'un traitement immédiat ont pris aux médecins ou aux infirmières une grande partie de leur temps. D'autre part, un manque de patience de la part du personnel de santé pour expliquer à l'autochtone ou au profane les causes du mal ou prêter l'oreille aux remèdes traditionnels est malheureusement monnaie courante. C'est une doléance que l'on entend souvent aussi dans les pays de l'Occident.

---

9/ Colloque du CAMES sur la médecine traditionnelle, etc. Lomé, 1974, p. 11

La situation actuelle est pour partie imputable non seulement aux médecins occidentaux et occidentalisés, au personnel de santé et aux chercheurs médicaux formés dans les pays développés mais encore aux ethnologues. Les uns et les autres se sont négligés et ignorés pour diverses raisons : la recherche médicale en Afrique a été axée sur les revues occidentales ainsi que sur les centres urbains; les ethnologues ont témoigné d'un manque d'intérêt pour les problèmes médicaux en raison de leur règle d'or de la recherche, à savoir, le relativisme et la participation objective. En règle générale, la littérature ethnologique abonde en détails sur les rites de la naissance sans jamais indiquer ou évaluer les répercussions sanitaires de certains gestes ou traditions. D'autre part, la littérature médicale analyse les faits cliniques sans expliquer (sauf rares cas) les avantages ou les inconvénients de certaines coutumes traditionnelles. La bibliographie qui suit est un exemple de ces lacunes de la recherche ethnologique et médicale.

Toutefois, compte tenu des énormes besoins des services sanitaires au Sahel, on ne peut en aucun cas amoindrir la valeur des récentes (et moins récentes) recherches médicales et ethnologiques qui ont trait au Sahel et à l'Afrique en général. Bien qu'incomplète, cette bibliographie en est une preuve. La liste de noms qui suit - elle aussi incomplète - le confirme : Adler, Aujoulat, Collomb, Dupin, Fournier, Imperato, Jelliffe, Kerharo, Koumaré, Omolulu, Poix, Retel-Laurentin, Sankalé, Satgé, Touré, Traoré, Zagre, Zempleni.

## I. CHANGEMENTS SOCIO-ECONOMIQUES ET SANTE

Bien que cette étude bibliographique porte essentiellement sur les problèmes ruraux de la prestation des soins de santé traditionnels au Sahel, elle doit être présentée dans le cadre des problèmes que soulèvent les changements socio-économiques et politiques ainsi que dans celui de leur rapport avec les problèmes de la santé.

### A. La sécheresse : problème fondamental

Les effets à long terme de la sécheresse ne peuvent être ignorés. Certes, les problèmes socio-économiques, sanitaires et écologiques - et le rôle joué par l'homme dans la désertification de ses propres terres - existaient tous déjà avant la sécheresse mais il est manifeste que celle-ci les a aggravés. Son incidence sur la santé physique et mentale des enfants doit encore être mesurée.

Des milliers de pages ont été écrites pour appuyer ou critiquer l'aide nationale et internationale en faveur des victimes de la sécheresse (Copans, Sheets et Morris, Fauck). Les bibliographies sur la sécheresse dans le Sahel commencent à abonder. Et pourtant, la bibliographie elle-même de l'OCDE sur cette sécheresse (voir Joyce et Beudot, 1976) ne se réfère pas directement à la santé des femmes et des enfants. Le cas des nomades qui choisissent volontairement de se sédentariser (Povey, 1974; Imperato, 1974; Greene, 1974) a rapidement fait l'objet de publicité. Des séjours de dix semaines ou de 40 jours "en brousse" par des observateurs de la santé ont été organisés pendant la sécheresse (Greene; Epelboin). Cependant, les ouvrages

disponibles ou les documents "à diffusion générale" des organismes internationaux et nationaux ne font pas mention spécifique des effets psychologiques et sanitaires à long terme de la sécheresse sur la population et ne tiennent pas spécifiquement compte de ces aspects dans les plans nationaux et internationaux de développement. Rares sont les précautions médicales et sociales (Greene, 1974; Dussauze-Lugrand in Carnets de l'enfance, No 26, 1974, tous deux pour ce qui est de la Mauritanie). On ne peut que s'associer à Attilio Gaudio (Remarques africaines, 31 juillet 1974, pp. 18-21) pour se rappeler que la sécheresse n'est pas terminée, qu'elle durera en fait pendant 50 ans encore, que le lac Tchad a diminué des deux tiers et que six millions d'Africains ont vécu et vivent encore entre la vie et la mort. De vieilles civilisations sont au bord de l'agonie et la santé des habitants s'effrite chaque jour davantage.

Au risque de nous répéter, on ne saurait trop souligner l'importance pour les organismes nationaux et internationaux d'étudier, d'enquêter et d'inclure dans leur plan de développement les effets à long terme de la sécheresse sur la santé.

B. "Stabilité" rurale ou "tension" urbaine

Il n'est vraiment pas possible d'envisager l'avenir des régions rurales séparément de celui des régions urbaines. Lambo (1975, p. 272) établit le contraste entre l'éducation et l'enfant rural et celle de l'enfant urbain. Il montre comment les structures rurales traditionnelles aident l'enfant à prévenir les troubles émotionnels et à maîtriser ses premières expériences avec les problèmes affectifs courants tout en soulignant le niveau élevé de tension dont sont l'objet les enfants urbains et semi-urbains. Il attribue

cela à l'érosion progressive des traditions et à une accélération de la déculturation. Hughes et Hunter (1970) examinent l'interdépendance étroite entre la maladie, la pauvreté et le développement.

Si le Sahel est considéré à 90 % une région rurale, la sécheresse a provoqué une vague de mouvements migratoires qui, en de nombreux endroits, sont ou seront irréversibles. La Mauritanie et le Mali en sont des exemples types. Des établissements humains se sont implantés dans des cadres peu familiers, et nombreuses ont été les tentatives pour conserver les traditions. Citons à titre d'exemple extrême le cas des Touaregs dans un camp de réfugiés maliens qui ont établi un autre camp à distance de ceux d'autres groupes ethniques en vue de conserver leur propre identité (Imperato, 1974). Des problèmes affectent déjà les rapports entre enfants et parents (Dussauze-Lugrand, ibid).

Ce n'est qu'en préservant les coutumes traditionnelles qu'il est possible de conserver son identité ou l'identité de groupe. L'alimentation, la musique, la langue et la cohésion familiale sont des éléments essentiels aux coutumes traditionnelles. Le lien entre le village et le centre urbain ou l'établissement humain se brise rarement. Les visites et les séjours prolongés des "urbains" ou des "migrants" ont donc une incidence, toute modérée qu'elle soit, sur le village. Les normes de la ville deviennent les critères de l'idéal des villageois, qu'elles aient été choisies ou imposées. 10/

---

10/ Cela vient s'ajouter au fait que tous les projets, programmes, recommandations et fonds viennent de la ville. Voir Janine Blanc (1970, comme le mentionne Belloncle et Fournier, 1975, p. 38) pour ce qui est des différences radicales entre les normes économiques et sociales modernes et traditionnelles en Afrique comme en témoigne spécialement le caractère économique des secteurs de la santé.

L'amélioration de la santé et de l'éducation dans la région rurale crée un cercle vicieux. En raison de leur lien éloigné avec les centres urbains et ceux qui y vivent, l'éducation et une meilleure santé inciteront normalement les jeunes à nourrir de plus grandes aspirations. Leur aliénation avec le village augmente en fonction de leurs espoirs déçus. Et pourtant, la présence de ces jeunes dans les régions rurales est indispensable. Ici, le monde africain se trouve devant un dilemme philosophique et humain : la jeunesse rurale et la jeunesse urbaine ont droit à leurs aspirations qu'elles acquièrent par les voyages, l'éducation et de meilleures installations de santé. Le problème qu'il faut résoudre est celui de savoir comment retenir une partie de ce riche potentiel dans les régions rurales du Sahel malgré les restrictions économiques de plus en plus sévères.

La stabilité idéale de l'éducation rurale ne peut qu'être lentement ébranlée par les contradictions qui émanent d'un changement, ne serait-ce que minimal. La tension fera partie de la vie rurale, et ce non seulement à cause des répercussions de la sécheresse et de la famine. A moins que la jeunesse rurale puisse satisfaire ses aspirations (c'est-à-dire une instruction adaptée à l'environnement; la fourniture d'un meilleur matériel agricole; la prestation de services de santé meilleurs et plus immédiats), la tension que Lambo considère comme une caractéristique de l'éducation des enfants dans les villes fera aussi partie de la vie rurale. Cette tension viendra se greffer sur le secteur déjà perturbé de la santé (voir Idusogie, 1972 et Hughes et Hunter, 1970). De plus, à moins que l'on ne puisse comprendre et résoudre les problèmes et les erreurs qui émanent des agglomérations urbaines, ceux-ci apparaîtront ultérieurement dans la planification rurale.

Il ne fait aucun doute que toute opposition à l'évolution des habitudes agricoles et alimentaires dans les régions rurales, surtout parmi les anciens des villages, est un obstacle majeur aux améliorations de base. Et pourtant, avec patience et persévérance, ce sont les jeunes qui peuvent convaincre les vieilles générations en démontrant l'efficacité de leurs nouvelles méthodes (voir le projet du FISE en Mauritanie, Enfance, jeunesse et plan de développement, 1971, p. 91-92). Cet important document recommande aussi la participation essentielle de la femme à la production agricole et, par conséquent, son inclusion spécifique dans les plans nationaux de développement).

#### C. Implications politiques de l'amélioration de la santé

L'analyse ci-dessus a supposé que la ville a des responsabilités morales et politiques envers le village de par leur interdépendance. Il existe un rapport similaire entre le centre et la périphérie, pour utiliser la terminologie internationale courante et la plus à la mode. Il ne faut pas oublier que les besoins agricoles du centre ont souvent été des facteurs décisifs dans l'évolution du réseau traditionnel de production agricole de la périphérie, provoquant ainsi un accroissement des besoins d'aliments traditionnels. Aussi, dans des pays agricoles comme le Sénégal et la Gambie, les autorités ont fait planter des arachides, des fraises et des salades pour l'exportation, et ce, au détriment de la population. Ces aliments n'ont jamais fait partie de l'alimentation traditionnelle.<sup>11/</sup> Le rapport entre l'utilisation

---

<sup>11/</sup> Par ailleurs, le pain français pourrait être considéré comme faisant partie de l'alimentation de l'Afrique francophone, non seulement dans les zones urbaines mais également dans des régions rurales éloignées (comme au Sénégal). Et pourtant, il faut se poser la question suivante : quelle valeur nutritionnelle le pain français a-t-il ajouté aux régimes alimentaires traditionnels déjà nutritionnellement déséquilibrés au Sahel ?

des terres traditionnelles pour des besoins agricoles différents et l'augmentation de la malnutrition et de régimes alimentaires déséquilibrés a lui aussi été aggravé par la dépendance à l'égard d'une économie monétaire. Les habitants des régions rurales devaient acheter des aliments au lieu de les planter. La marge limitée d'autofinancement dans les régions rurales a conduit à cette incapacité d'acheter des aliments; aussi, le déséquilibre de la nutrition auquel est venu s'ajouter une croissance démographique rapide s'est généralisé (Idusogie, 1972, p. 18).

La dépendance des pays de la périphérie à l'égard des pays du centre en matière de santé risque d'être longue mais la collaboration internationale actuelle est essentielle si l'on veut que la communauté comprenne mieux les problèmes, en soit plus consciente et cherche davantage à les résoudre. Ce changement dans les politiques internationales et africaines (ou dans les rapports du centre et de la périphérie) a été prévu par Sankalé dans un ouvrage intitulé Médecins et action sanitaire en Afrique Noire et paru en 1969, lorsqu'il conclut en disant (pp. 428-429) :

Que sera la situation sanitaire dans l'Afrique de demain ? Nul ne peut le dire. Elle sera fonction de son contexte politique, social et économique. L'hygiène et la santé d'une nation sont de fidèles reflets de son degré de développement. Il semble seulement indiscutable que pendant plusieurs décennies encore, l'Afrique aura besoin, pour se développer, de la participation des autres continents.

Sans doute faudra-t-il, pour maintenir celle-ci, réadapter les procédés d'assistance technique, réviser les méthodes de coopération internationale, prendre en considération la dignité mais aussi la susceptibilité d'autrui, faire fi d'intérêts économiques à court terme pour les uns, de thèses nationalistes étriquées pour les autres et harmoniser les rapports humains...

## II. LA SANTE RURALE TRADITIONNELLE PROPRE AUX FEMMES ET AUX ENFANTS

(Il convient de souligner que cette étude préliminaire se fonde sur quelques-uns des ouvrages disponibles à Washington, D.C., New York, Paris et Genève. Elle ne peut être complète sans un séjour dans chacun des pays du Sahel et sans une visite au Bureau régional de l'OMS à Brazzaville puisque c'est en ces endroits seulement qu'il est possible de consulter les données brutes et détaillées (et donc les données les plus intéressantes). Il faut espérer qu'il nous sera possible de nous entretenir dans un avenir proche avec des fonctionnaires des ministères de la santé, des effectifs des dispensaires ruraux et le personnel de santé traditionnel et non traditionnel à tous les niveaux pour donner à ce travail de caractère préliminaire une signification approfondie).

### A. Maladies qui touchent surtout les femmes et les enfants

Rares sont les cas de malformations pathologiques chez les nourrissons au Sahel. Il n'existe aucun cas médical documenté de cardio-pathologies congénitales et de mongolisme (Arnaldi, 1975, p. 420). Il se peut que ces enfants malformés meurent très rapidement ou qu'on les laisse mourir. En tout état de cause, les ouvrages publiés semblent ne pas en connaître de cas. Et pourtant, cela ne devrait guère nous consoler. Les enfants des régions rurales du Sahel sont frappés par de multiples maladies et la sécheresse est sans aucun doute venue accentuer leur misère.

#### 1. Malnutrition et marasme

A cause de la malnutrition et de la sous-alimentation, de nombreuses autres maladies au Sahel sont devenues endémiques et ont acquis des proportions

épidémiques. Et pourtant, s'il est vrai que la malnutrition infantile et maternelle est un sujet couramment débattu dans les ouvrages médicaux et socio-médicaux, il n'en reste pas moins qu'elle est de toutes les maladies celle qui est le moins correctement et le plus inefficacement diagnostiquée. Cela est particulièrement vrai dans les "dispensaires de brousse" où l'ignorance et les difficultés du diagnostic des maladies nutritionnelles sont fréquentes, non seulement dans la population mais également parmi les infirmiers (voir Belloncle et Fournier, pp. 49-50; Nutrition and Infection, OMS, 1965, p. 22). En effet, Omolulu écrit que "la sous-alimentation maternelle est la règle plutôt que l'exception en Afrique" (1974, p. 331). Une corrélation importante entre la malnutrition et un mauvais état de santé est établie dans la littérature courante (Belloncle et Fournier; Blanc, 1975; Dupin, 1958; Jelliffe; Poix, 1973; Satgé et al, 1969; documents de l'OMS, etc.).

En dehors des difficultés qu'éprouve le personnel de santé rurale à diagnostiquer la malnutrition, la laissant ainsi atteindre indirectement des proportions très sérieuses, les habitudes alimentaires traditionnelles et les coutumes traditionnelles de sevrage sont considérées comme les principales causes de ce mal.

a) Causes de la malnutrition et du marasme

Les habitudes alimentaires traditionnelles sont parmi les questions les plus difficiles et les plus épineuses à traiter. Dans toutes les sociétés, l'alimentation est l'indicateur culturel le plus équilibrant. Il témoigne en effet d'un mode de vie. Les valeurs morales et éthiques, les éléments de prestige, les tabous religieux, les restrictions sexuelles, les pouvoirs surnaturels et les attitudes psychologiques sont tous liés à l'alimentation.

Par exemple, une maîtresse de maison française sera félicitée pour la perfection de son rôti rose et juteux. Une maîtresse de maison arabe qui présente le même rôti verrait sur le visage de ses invités une expression de choc et serait accusée d'être mauvaise cuisinière ! C'est pourquoi il convient d'aborder avec beaucoup de prudence les habitudes alimentaires traditionnelles, spécialement dans les régions rurales, même si l'on sait qu'elles peuvent nuire à l'individu. Comme le notent Burgess et Dean (1962), la transition entre l'aspect magique et scientifique, du tabou à l'admissible, est lente. Nous pourrions même ajouter que la transition entre un goût et un autre peut être plus difficile encore à surmonter.

En règle générale, on fait souvent remarquer que les régimes alimentaires africains traditionnels constituent un régime nutritionnel excellent et bien arrondi (Hughes et Hunter; Menes; FISE - Tchad, 1971, etc.). Toutefois, ce sont les diverses restrictions à base culturelle (qui varient d'un lieu et d'un groupe à l'autre) qui aident à créer un état de malnutrition. Ces restrictions sont complexes et donc mal documentées. Les Kotokos connaissent de nombreuses interdictions alimentaires concernant non seulement le sexe et l'âge, mais aussi les diverses professions (Lebeuf, 1976). Les Dogons ont un régime alimentaire tout aussi complexe qui est lié à la vie sociale et religieuse; les enfants ont leurs propres aliments et tabous et chaque famille, sa série de tabous. Lorsqu'un visiteur vient manger chez eux, on lui demande toujours ce qu'il ne peut pas manger (Dieterlen et Calame-Griaule, 1960). Chez les Badyarankés du Sénégal, les femmes et les garçons non circoncis ne peuvent manger des pigeons car s'ils le font, la femme ne pourra pas allaiter son nourrisson et la cicatrice de circoncision ne guérira pas (Simmons, 1972).

Il n'est pas possible à ce stade de la situation de présenter une synthèse des aspects communs des interdictions alimentaires dans le Sahel et ce, malgré leur importance. Un tabou courant est l'interdiction de manger des oeufs. Les femmes Badyarankés en âge de procréer ne mangent pas d'oeufs car "on n. mange pas les enfants des autres pour alimenter ses propres enfants" (Simmons, p. 410) tandis que les Djerma du Niger croient que les oeufs vous rendent soit idiot soit voleur (Poix, 1973). En fait, une "opération coqs-de-race" a été lancée à Maradi, au Niger, pour encourager notamment les enfants à manger des oeufs durs (voir V. Barrès et al, 1975, document dans lequel sont examinées les raisons de l'échec de l'opération, p. 41 : manque de compréhension des pratiques traditionnelles et insensibilité aux besoins de la population).

Les habitudes de sevrage sont, dit-on, une autre cause de la malnutrition infantile. En fait, le terme médical de cet état nutritionnel est le mot Ga qui est lié au sevrage, kwashiorkor, c'est-à-dire l'enfant délaissé (dont l'allaitement a été négligé en raison d'une autre grossesse).

Les ouvrages médicaux et ethnologiques ne parlent guère de l'allaitement et du sevrage au Sahel ou dans d'autres pays d'Afrique (voir Mondot-Bernard, 1975, p. 24). Et pourtant, il semble qu'ait déjà surgi une controverse sur la manière dont le sevrage a lieu. D'une part, certains prétendent qu'il est abrupt et "traumatique" (FISE-Mauritanie, 1971; Belloncle et Fournier; Poix, par exemple) tandis que d'autres estiment qu'il est progressif (Mondot-Bernard, 1975; Niehoff et Meister, 1972; Thompson et Rahman, 1967, par exemple), avec du porridge et des liquides ou de la viande déjà mâchée par

la mère qui est donnée aux nourrissons. Quoiqu'il en soit, dans chaque cas il est admis que c'est pendant l'époque de sevrage que le marasme ou la malnutrition commence à se développer chez l'enfant, entre l'âge de 6 à 36 mois, selon la région. Il paraît donc plus évident que le problème porte sur ce que l'enfant reçoit comme aliments, c'est-à-dire des aliments adultes difficiles à digérer à son âge, plutôt que sur la manière dont le sevrage a lieu ou l'époque à laquelle il s'effectue.

Un troisième facteur qui provoque ou accentue les problèmes de malnutrition parmi les jeunes des régions rurales n'est guère mentionné dans les ouvrages pertinents, à savoir la négligence de l'alimentation des écoliers dans les écoles rurales. A cet égard, Omolulu fait remarquer (1974, p. 336) :

Une des causes importantes du taux élevé d'abandon et d'échec chez les écoliers est le manque d'attention accordé à la nutrition. Dans les régions rurales, l'enfant doit franchir une distance considérable (4 kilomètres ou souvent plus) pour se rendre à l'école. Pour ce faire, il doit quitter le foyer à 7 heures du matin et marcher pendant une heure. Comme il ne déjeune pas d'ordinaire à la maison, il arrive à l'école affamé. Il doit ensuite suivre des cours jusqu'à 11 heures du matin ou plus, heure à laquelle il a enfin l'occasion d'acheter des aliments !

Non seulement le fardeau économique qui pèse sur la famille est-il plus grand, mais encore le risque d'une mauvaise alimentation menace à nouveau les jeunes qui ont déjà survécu aux années les plus sévères de la malnutrition - entre 1 an et 5 ans.

A ces facteurs socio-économiques et culturels vient s'ajouter une autre cause évidente, le manque général d'aliments aggravé par la sécheresse. La coutume veut qu'aux quatre coins de l'Afrique, la part du lion aille aux hommes qui sont servis avant les femmes et les enfants (Satgé et al, 1969).

Pendant les périodes de pénuries alimentaires, ce sont ces derniers qui d'ordinaire souffrent le plus.

C'est ainsi que Sankalé écrit sans épargner les anciens (1969, p. 107) :

Insister auprès de l'autochtone sur les besoins de la femme et de l'enfant en Afrique n'est pas superflu car il s'agit là d'une notion révolutionnaire. La tradition donnait une telle priorité à l'homme ! L'enfant tient bien une place de choix, il est "gâté", mais cette place est d'ordre sentimental; ses besoins réels sont méconnus... Faire admettre aux adultes et surtout aux vieux du village que la femme et l'enfant ont des priorités sur eux, notamment dans les domaines alimentaires et sanitaires, c'est vraiment renverser un ordre séculairement établi.

b) Conséquences de la malnutrition et du marasme

Les diverses formes de carences protéino-caloriques qui résultent des causes susmentionnées de malnutrition (ignorance de la valeur nutritionnelle des aliments locaux; tabous; habitude diététique de sevrage; écoliers non alimentés; pénurie d'aliments) ont sur l'enfant des effets qui l'affaiblissent. La corrélation entre la mauvaise alimentation et la malnutrition d'une part et l'arriération mentale d'autre part (dans certains cas, les dégâts sont permanents) est médicalement établie (Bailey, 1974; Brock et Autret; Dupin, 1958 et 1973; Dupin et Raimbault, 1972; Mondot-Bernard, 1976, etc.). Les implications socio-économiques et culturelles de cet état de santé permanent et prévalant ne peuvent être mesurées. Un exemple immédiat qui n'a guère été discuté est l'effet sur la famille et, en particulier sur la mère (voir Omolulu; Dupin), d'un enfant qui souffre de kwashiorkor. Le comportement psychique de l'enfant se caractérise par une apathie de plus en plus grande et finalement par une incapacité totale de réagir. Cela crée une forte tension sur la mère qui, malgré ses préoccupations et ses soins,

ne voit chez son enfant aucune réaction et perd progressivement tout intérêt pour lui au fur et à mesure que l'enfant semble perdre tout intérêt dans sa mère. On note que le succès du traitement du kwashiorkor, en dehors des soins médicaux, dépend en grande partie du rétablissement des rapports entre la mère et l'enfant (Omolulu, pp. 334-335). Les conséquences de la malnutrition sur la cohésion familiale, la stabilité psychologique de la mère qui subit de forte tension, et les privations socio-économiques qui en résultent, sont de sérieux obstacles que doit surmonter le développement rural. Sans la cohésion essentielle de groupe et l'intérêt dans la collectivité qui émanent d'un état de bien-être (et donc d'un désir d'amélioration), il ne sera pas possible de s'assurer une participation à la planification rurale.

## 2. Maladies dues à la malnutrition - Quelques exemples.

On estime d'ordinaire qu'en raison d'une mauvaise nutrition, la rougeole - maladie bénigne dans d'autres parties du monde - est devenue une maladie mortelle en Afrique (Blanc, 1975; Caldwell; Imperato, 1975; FISE-Mauritanie, 1971, etc.). L'habitude très fréquente de réduire l'ingestion par l'enfant des aliments pendant cette maladie ne permet pas à celui-ci de résister à la maladie car il ne dispose pas des protéines nécessaires pour le faire. Et pourtant, on pense aussi que les rougeoles d'Afrique sont différentes de celles de l'Occident et qu'elles sont plus mortelles (entrevue avec le Dr S. Kessler). Il ne fait aucun doute que d'autres recherches médicales dans ce domaine sont d'une grande importance.

La malnutrition serait, dit-on, la cause aussi d'une augmentation des cas de méningite (Rey, 1975), maladie qui règne surtout dans les régions

du Sahel et la savane. Quatre-vingt pour cent des cas concernent les enfants de moins de 2 ans, tandis que 10 à 40 % de la population de l'Afrique Noire posséderaient le principal facteur génétique qui est à la base de cette maladie c'est-à-dire la "drépanocytose". Toutefois, il semble que c'est le facteur socio-économique - l'absence d'un régime alimentaire équilibré - qui en est la cause principale.

En dehors des nombreux cas de maladies liées à une carence de vitamines, l'anémie est l'une des maladies les plus sérieuses et les plus prévalentes chez les femmes et les enfants parmi toutes les populations du Sahel. May note (1969, p. 31) que les très jeunes enfants du Sénégal ont des niveaux d'hémoglobine inférieurs de 50 à 60 % au niveau normal. L'effet de l'anémie chez la femme enceinte ainsi que chez la mère qui allaite a des conséquences très sérieuses pour leur santé et celle de l'enfant. Il influera aussi défavorablement sur la grossesse et mettra en péril l'accouchement du fait d'une faiblesse physique accrue (voir Barbotin et al; Bour in Carnets de l'enfance, No 35, 1976; Rapport technique de l'OMS No 580, Control of nutritional anaemia with special reference to iron-deficiency (AIEA/USAID/OMS) 1975).

Il convient de mentionner brièvement qu'une autre raison nutritionnelle à la base de la mortalité infantile est celle qui a trait à la diarrhée. Le traitement traditionnel de la diarrhée semble être le même dans tout le Sahel : la croyance qu'il ne faut en aucun cas donner des liquides au malade (enfant ou adulte), ce qui provoque une sévère déshydratation (Arnaldi, 1975).

B. Pour une meilleure nutrition rurale

Compte tenu des difficultés agricoles présentes et à long terme dans le Sahel - situation qui empêchera une récupération nutritionnelle rapide et indispensable - la première chose qui vient à l'esprit pour remédier immédiatement au problème est la nécessité d'accroître sans tarder le volume des aliments !

La communauté internationale a également appris que les aliments ne réduisent pas tous les besoins des pauvres ou même des affamés. Une bonne compréhension des habitudes et des tabous alimentaires est une condition sine qua non de tout effort de planification internationale et nationale. De plus, l'interdépendance entre l'éducation de la santé et l'agriculture dont les effets auraient une signification durable, devrait être implicitement incluse dans ces plans (Idriss et al, Williams et Jelliffe). Il serait bon de rassembler des données ethnologiques et médicales sur place de sorte que quelques-unes des nombreuses stratégies de santé puissent être appliquées plus efficacement. De surcroît, des données comme celles qui suivent doivent être prises en considération : on note que 70 % des Noirs ne tolèrent pas la lactose et que cette intolérance apparaît quelques mois après le sevrage (l'intolérance à la lactose varie entre 5 et 15 % en Europe, Afrique médicale, 121, 1974, p. 610); le riz usiné que mangent les ouvriers migrants de Basse-Casamance à Dakar a provoqué une forte augmentation des cas de beriberi, maladie à laquelle ces ouvriers étaient antérieurement immuns car ils mangeaient chez eux du riz pilé contenant un niveau de thiamine suffisant pour les protéger contre la maladie (May, 1968, p. 32 citant l'étude de Payet et al in Soc. Méd. d'Afrique Noire de langue française, janvier 1960).

Il existe de nombreuses études et stratégies de réhabilitation nutritionnelle dont certaines portent sur la maladie tandis que d'autres sont de caractère général (voir Bibliographie). Il serait difficile de synthétiser ici les précieuses recommandations qui émanent de tous les documents disponibles. Et pourtant, une idée semble revenir régulièrement : les rares succès et les fréquents échecs de nombreuses stratégies et recommandations, même pour ce qui est de l'expérience de dix ans qu'a eue l'IRAM au Niger. On pourrait conclure comme le fait le rapport du PNUD (DP/88, novembre 1974, par. 103, p. 28) que :

En dernière analyse, il ne faut pas oublier qu'un projet, tout bien planifié qu'il soit d'un point de vue technique et écologique, ne sera couronné de succès que dans la mesure où les gouvernements adoptent sans tarder les mesures de politique intérieure nécessaires même si ces mesures font parfois intervenir des choix difficiles comme la priorité dans l'allocation des ressources.

Et pourtant, est-ce là le seul facteur à prendre en considération ?

Une autre question devrait être posée et mieux documentée : Pourquoi ces échecs excèdent-ils les rares cas de succès des stratégies rurales de santé et de nutrition. On trouvera ci-dessous un essai d'analyse, fondé sur la documentation disponible.

1. Les enfants ne sont pas considérés comme une priorité du développement national et rural même si tout prouve maintenant que le taux le plus élevé de mortalité infantile est dû à la nutrition entre les âges de 1 à 5 ans. En 1969, Satgé et al déclaraient (p. 7) :

Il s'agit là d'un fait fondamental.... L'essentiel des efforts ne doit pas porter comme en Europe sur la première année; toute évolution de l'efficacité de nos thérapeutiques, toute estimation démographique qui ne tiendrait pas compte du cap redoutable de la deuxième année et de la mortalité de 1 à 4 ans de son ensemble entraînerait des conclusions parfaitement fausses.

En 1972, dans un rapport conjoint CIE-OMS, Dupin et Kaimbault ont également souligné l'importance de l'éducation nutritionnelle qui aurait, à titre prioritaire, amélioré l'alimentation des enfants de cinq mois à trois ans (p. 28). De son côté, le FISE (Le jeune enfant, etc., 1974) souligne également l'importance de ce type d'éducation et déplore le manque de services à l'intention des enfants qui sont pourtant les plus importants et les plus sûrs des investissements à réaliser dans le domaine des ressources humaines.

2. Des expériences comme la fameuse "bouillie de sevrage" essayée avec tant de persévérance au Niger (Belloncle et Fournier; IRAM, etc.) ont échoué pour diverses raisons :

a. les ingrédients les plus importants faisaient défaut : PATIENCE et PERSEVERANCE. Il est regrettable que la procédure suggérée par Satgé et al (1969, p. 12) ne revienne pas plus souvent dans les diverses expériences :

De plus, pour être entendue, l'éducation nutritionnelle doit être expliquée patiemment. Pour qu'une nouvelle habitude alimentaire s'installe, il faut aider la mère à préparer le nouveau plat, souvent attendre que l'enfant l'ait absorbé; enfin, revenir plusieurs fois pour constater que le conseil est toujours suivi.

Le manque de personnel de santé dans les régions rurales permet difficilement aux rares personnes qui y travaillent d'exercer le contrôle suggéré ci-dessus. Et pourtant, en concentrant leurs efforts sur deux ou trois cas désespérés de malnutrition, en surveillant de près un nombre limité de mères et leurs familles, il sera possible aux enfants de survivre grâce à une meilleure alimentation qui se fondera sur les aliments locaux. Comme Satgé et al, nous posons la question suivante : Pour l'auxiliaire de santé, n'est-ce-pas là le meilleur succès et la meilleure publicité ? Il convient

de reconnaître que la population ne rejettera guère le changement (voir le cas du changement agricole effectué par la persuasion in FISE-Mauritanie, 1971) si ce changement s'avère efficace et est au bénéfice des enfants, des femmes ou de leurs époux ainsi qu'au bénéfice de la collectivité.

b. Le manque de simplicité est un autre facteur des échecs de nombreux projets nutritionnels. Par exemple, la très petite batterie d'ustensiles de cuisine dans une maison rurale - ce qui rend difficile la préparation d'un repas spécial pour les petits enfants - n'est pas prise en considération. On ne s'attend pas à ce qu'une femme réserve ou achète une casserole supplémentaire, tout bon marché qu'elle soit - pour préparer les aliments spéciaux du nourrisson (ou des nourrissons). Au contraire, il faudrait prévoir que ces expériences puissent inclure la distribution gratuite de petits pots nécessaires à la préparation des aliments de l'enfant ainsi que de bois ! Les travaux de cuisson que réalise la femme sont fatiguants et longs. Non seulement la préparation effective du repas du soir prend de quatre à cinq heures chaque jour (voir par exemple, Riesman, 1974, p. 72) mais encore il incombe à la femme de rassembler le bois nécessaire à la cuisson (voir Carnets de l'enfance, No 36, 1976 sur "Alleviating women's burdens" et FISE, Conférence de Lomé de 1972 sur Les enfants, la jeunesse, etc. au cours de laquelle 8 pays africains dont 4 du Sahel - Mali, Mauritanie, Niger et Tchad - devaient déclarer que dans "la plupart" des régions rurales d'Afrique, "les femmes travaillent outre-mesure"). 12/ Le bois est donc un ingrédient précieux. C'est pourquoi,

---

12/ Les habitants des villes, les visiteurs et en particulier les hommes ne devraient plus se laisser tromper par l'ouverture et l'expression de bonheur avec lesquelles les villageoises accueillent les visiteurs, et conclure que celles-ci bénéficient "d'une aide considérable" et "sont plus heureuses qu'à la ville" (entrevue avec le Dr Ibrahim Sow). A notre époque, que l'on soit homme ou femme, instruit ou non, il est difficile de partager ces opinions. Bien que désuète, cette attitude prévaut malheureusement encore. Comme le signale le FISE dans Le jeune enfant, etc., 1974, par. 56, p. 26 : "Les faits observés viennent à l'encontre de l'image de la 'joyeuse paysanne courageuse'".

en raison de la priorité accordée aux repas de l'homme dans la famille traditionnelle et comme le transport du bois ne fait qu'alourdir les travaux de la femme, le repas du nourrisson ne sera cuit que si la femme dispose de plus de bois et de plus de temps.

c. Les cours sur la valeur nutritionnelle des aliments locaux sont d'ordinaire destinés aux femmes et aux mères (Bailey; Poix, FISE - Tchad). La Conférence de Lomé a déclaré qu'il ne suffit pas d'éduquer la femme mais "qu'il faut une prise de conscience collective". En fait, cela est trop ambitieux. Un objectif plus immédiat est d'atteindre le membre de la famille le plus difficile à convaincre : le mari ! Plusieurs documents corroborent le fait que la femme accepte beaucoup plus facilement les changements que l'homme (documents de l'IRAM et du FISE), et l'expérience de nombreux hommes et femmes des régions rurales et urbaines suffit à confirmer cette réalité sociale..

d. Le goût local dans la préparation des aliments n'est pas pris en considération comme il se doit (entrevue de l'IRAM). Les goûts ne sont pas seulement définis en fonction de la culture. En effet, la première influence sur le goût de l'enfant vient des aliments qu'il reçoit de sa mère. Et une mère ne donnera jamais à son enfant ce qu'elle-même n'acceptera pas, qu'elle soit européenne, africaine ou asiatique.

En dehors des suggestions susmentionnées, seule une suggestion additionnelle peut être faite ici. La Conférence de Lomé a proposé la fabrication locale ou industrielle d'aliments enrichis. Il est proposé que la première étape consiste à encourager l'élaboration d'un aliment enrichi localement qui aurait une incidence immédiate sur la collectivité. En fait, les villageois participeraient à sa fabrication. Il pourrait être un projet

communautaire destiné aux jeunes femmes (15 à 20 ou 25 ans) qui seraient chargées de la cuisson et de la distribution, ce qui ferait donc intervenir des jeunes dans un projet économique et communautaire. S'il existe une école dans le village, cela pourrait être un projet scolaire. De plus, la structure traditionnelle permet aux jeunes d'apprendre à faire la cuisine dès leur plus jeune âge.

L'autre partie de la recommandation de la Conférence de Lomé est que les aliments soient distribués aux enfants malades ou vendus sur le marché à un prix très bas. Aussi, en fonction du niveau économique du village et du nombre d'habitants, cette proposition devrait être incluse dans le projet communautaire et les villageois devraient décider de la meilleure manière de distribuer chaque jour les aliments. Selon les niveaux économiques de la famille, des contributions pourraient être faites, des échanges en nature établis ou les aliments distribués gratuitement à ceux qui sont dans le besoin ainsi qu'aux enfants malades.

En résumé donc, pour assurer une meilleure éducation à la mère et à l'enfant en matière de nutrition rurale : 1) les enfants doivent recevoir la priorité dans la planification nationale; 2) persévérance, patience et simplicité sont essentielles dans la "bouillie de sevrage"; les époux doivent recevoir une instruction de concert avec leur femme; 4) les goûts locaux doivent être considérés dans le cadre d'une enquête préliminaire sur les préférences et les tabous alimentaires; 5) un complément alimentaire fabriqué localement devrait être mis au point tandis que les villageois participeraient à sa préparation, à sa distribution et à la fixation de son prix.

### III. LES SOINS TRADITIONNELS ET L'ENFANTEMENT DANS LE SAHEL

"O mère mienne et qui est celle de tous  
Du nègre qu'on aveugla et qui revoit les fleurs  
Ecoute écoute ta voix  
Elle est ce cri traversé de violence  
Elle est ce chant guidé seul par l'amour"

David Diop ("A ma mère" in Coups de pilon)

L'image de la mère dans la littérature africaine moderne et :  
littérature orale traditionnelle projette souvent affection et considération. La mère est décrite avec amour et gratitude. Cependant, les récits traditionnels la représentent aussi comme une personne "dévorante", vorace et vicieuse (voir l'ouvrage récent de Denise Paulme, La mère dévorante, Anthropos, 1976), surtout dans le rôle de la belle-mère !

Nombreuses sont les contradictions des traditions. Elles sont particulièrement complexes pour ce qui est de la femme, du symbole de fécondité et du motif de stérilité. Les soins traditionnels attribués à la mère témoignent de cette contradiction. Il est admis par tous les membres du village que :

... c'est la mère qui cultive les champs destinés à l'alimentation du ménage tandis que l'époux s'occupe des cultures de rapport... C'est la mère qui cuit les aliments et doit savoir ce qui sera dans l'intérêt de sa famille et ce qui laissera un déficit alimentaire invisible, la faim des tissus. C'est la mère qui à elle seule peut lutter contre les tabous qui privent tant d'enfants de poisson, de volaille ou d'oeufs et c'est elle qui, dans une large mesure, influe sur le taux de natalité (May, 1968, p. xi).

La mère fait tout cela et plus encore. En effet, dans une description de la journée d'une femme Mawri au Niger, Piault écrit (1973, p. 15) :

En Afrique, la femme travaille presque continuellement alternant travaux des champs et travaux ménagers, artisanat et soins aux enfants. Sa vie est complètement incluse dans son travail : c'est en pilant ou en puisant l'eau qu'elle échange quelques commérages avec les autres femmes de la concession. La différence est grande avec les hommes qui travaillent aux champs puis s'asseyent à l'ombre pour parler et se reposer. Cette différence entre le rythme des activités masculines et féminines explique en grande partie qu'il soit difficile de trouver des femmes prêtes à bavarder pendant de longues heures; elles sont toujours actives et en dehors du filage du coton qui les laisse relativement disponibles, leurs autres activités ne permettent guère la flânerie ou la détente physique.

Ainsi, la structure traditionnelle dans la plupart des pays du Sahel (sinon dans tous les pays de l'Afrique du Nord et de l'Afrique subsaharienne) n'a pas donné à la femme et à la mère la part qu'elles méritent dans la reconnaissance totale de leurs efforts. Il n'est pas surprenant pour ceux qui ont vécu en Afrique rurale de constater qu'une femme de 35 ans paraît en avoir 60 ans ou plus. Personne ne peut nier que tous - hommes, femmes et enfants - connaissent leur part de souffrance dans le Sahel. Toutefois, les soins médicaux traditionnels et les conditions existantes n'ont pas pleinement allégé le fardeau de la femme africaine, en particulier pour ce qui est de la grossesse et de l'accouchement.

#### A. Grossesse et accouchement

##### 1. Stérilité

Dans toutes les sociétés traditionnelles (et moins traditionnelles) une femme stérile est profondément affectée par son état physique. Chaque société considère une femme stérile de diverses manières et traite cette "calamité" avec différentes méthodes cathartiques. C'est invariablement un drame personnel et social ! "La stérilité arrache à l'homme d'Afrique les prières probablement les plus poignantes et les plus belles que l'on a recueillies..." (Erny, Afr. doc., 1969, p. 59).

Les effets de la stérilité varie d'une société à l'autre. La condition détermine invariablement très tôt le sort de la femme car elle est censée se marier tôt et procréer peu après. C'est d'ordinaire la femme qui est considérée la source de stérilité encore qu'il y ait des exceptions où l'homme peut en être "accusé" (Erny, Afr. doc., 1969). Dans certaines sociétés, une forme d'adoption traditionnelle au sein de la famille est

autorisée pour la femme stérile qui est donc intégrée dans sa famille et non pas rejetée par elle (les femmes de Dakar par Le Cour Grandmaison, 1972). En revanche, Cartry fait remarquer qu'il a vu de nombreux couples sans enfants parmi les Gourmantchés en Haute-Volta et que la femme n'en est pas répudiée pour autant (Erny, 1969, p. 50). Dans la plupart des autres sociétés, cependant, la stérilité, à l'image de la maladie, est un élément déséquilibrant pour le groupe. Elle est une menace. Les cas de stérilité sont un motif accepté de répudiation, ne font l'objet d'aucune compassion par les hommes et les femmes qui considèrent les femmes stériles comme des sorcières ou qui les méprisent, et sont considérés à l'image de la femme elle-même un problème social en raison de la jalousie qu'éprouve la femme stérile à l'égard du bonheur et de la richesse des autres femmes (voir Erny, Afr. doc., 1969; Diarra, 1971).

Le premier critère de richesse est souvent le nombre d'enfants qu'un homme et une femme ont. C'est pourquoi la vie d'un couple stérile ou, plus précisément d'une femme stérile est marginale et humiliée. Elle a été frustrée dans son orgueil le plus grand : celui de donner la vie. Erny (1969, p. 50) cite un proverbe Mossi tiré de Calame-Griaule : "Une femme stérile n'est pas une femme".

Nicolas (1967) a décrit les rites des Boris, une société religieuse et thérapeutique de femmes. Une des raisons les plus fréquentes pour lesquelles les femmes se joignent au rite est leur stérilité. La femme stérile est rejetée par sa communauté, mais trouve dans sa participation aux rites Bori une acceptation socio-religieuse différente. Rares sont les ouvrages sur les croyances traditionnelles. Les causes suspectes de stérilité sont liées à

l'essence même de la personne, bonne ou mauvaise. Et pourtant, la stérilité est fréquente (Erny, 1969; Luneau; Retel-Laurentin, 1973) dans de nombreuses populations et certains remèdes traditionnels auraient eu des résultats effectifs. Cependant, une fois encore, il semble que ceux-ci tiennent compte uniquement de la femme et non pas de l'homme (Erny, Afr. doc., 1969, p. 60; Traoré).

En dépit des marques sociales bien connues de la stérilité, la recherche médicale en Afrique ne traite guère de ce problème. Un des rares exemples de documentation et de recherche est le travail du Dr Retel-Laurentin au Cameroun et en Haute-Volta (1973-1974) dans lequel un rapport entre une stérilité généralisée et un faible taux de fécondité est lié à trois formes de maladies vénériennes dont la syphilis et la gonorrhée sont les plus sérieuses. La nécessité de poursuivre le traitement de ces maladies est grande non seulement à cause des risques de contamination continue d'autres habitants mais aussi à cause de l'effet qu'elles peuvent avoir sur les nouveau-nés.

## 2. Traditions liées à la grossesse et à l'accouchement

### a) Grossesse

Pour ce qui est du Sahel, rares sont les descriptions détaillées et bien documentées des traditions liées à la grossesse et à l'accouchement de l'enfant (voir Bibliographie, Section III; références à noter : Adler, pour la naissance des jumeaux; d'un intérêt particulier, relevons : Animation féminine, Niamey; Clarkson-Goulet; Erny; Poix; Rouch; Touré; et Zagré; voir aussi Arnaldi, Section V et Luneau, Section II). Incontestablement, il existe dans les centres de santé ruraux et urbains du Sahel une grande quantité de

documents. C'est là que devrait commencer la première phase de l'accumulation systématique de données pour les recherches à entreprendre sur ces traditions pas à pas, qui devrait aussi être évalué. C'est là où la collaboration de l'ethnologue et du médecin prend toute sa valeur. Plus utile encore serait la combinaison des qualités des deux professions en une seule personne : un médecin avec des perspectives ethnologiques. L'objectif est de dresser une liste claire, d'après chaque communauté, des pratiques traditionnelles qui ne sont pas nuisibles et de celles qui le sont. En règle générale, les documents ethnologiques décrivent tout simplement les pratiques et n'en font aucune évaluation, estimant que les traditions d'un peuple ne doivent pas être mises en question. La pratique médicale, par contre, traite le plus souvent de détails en postulant que toutes les traditions liées aux pratiques de santé doivent être mises en question.

A ce stade des études disponibles, il est difficile de généraliser ou d'entrer dans les détails des croyances et traditions qui sont liées à la grossesse et à l'accouchement. Il existe en effet des différences sensibles. La femme Zerma enceinte en Haute-Volta (Zagre, 1977), par exemple, doit être très consciente de l'hygiène de son corps. Elle doit être propre, prendre soin de ses seins, prendre des bains médicinaux pour se sentir légère (encore que les types d'herbes utilisés ne soient pas mentionnés dans le document) et aider son corps à rester souple. Elle doit aussi travailler dur de sorte que l'accouchement soit facile. Pourtant, lorsque l'époque de l'accouchement approche, elle doit se reposer et éviter les travaux fatiguants. Tout ce que la femme enceinte souhaite obtenir lui est donné car ses désirs sont considérés les désirs de son enfant. Cela est regardé comme une manière de garantir

un accouchement facile pour protéger le fœtus contre de trop fortes émotions qui risqueraient d'aboutir à un avortement. Cependant, les tabous alimentaires limitent ces désirs et elle ne doit pas manger de miel, de yaourt, de viande 'koba', etc.

En revanche, à Zinder, Niger (Animation féminine, Niamey) la femme peut manger ce dont elle a envie à l'exception d'aliments amers (feuilles de 'Madokc'; 'filasko', etc.) et de sucreries qui, pense-t-on, risquent de provoquer des complications pendant l'accouchement. Jusqu'à la fin de sa grossesse, elle continue à travailler normalement. Arnaldi note particulièrement que chez les Peuls Wodaabe du Niger, la femme enceinte doit respecter des tabous alimentaires rigoureux qui l'empêchent de manger des aliments essentiels comme du lait, de la viande de chèvre et des sucreries. A leur place, elle reçoit chaque jour un plat de bouillie de tiges de mil (Arnaldi, p. 416) qui cause un taux d'anémie élevé.

Deux tendances se dégagent dans la littérature au sujet des répercussions médicales manifestes qu'ont les habitudes traditionnelles sur la femme pendant sa grossesse. Ce sont : 1) les carences nutritionnelles d'aliments essentiels qui conduisent à la malnutrition; et 2) les travaux physiques ardues qui peuvent causer un accouchement difficile, une position anormale du fœtus (Touré, 1975, p. 35) et une fatigue extrême durant l'accouchement, motif du taux élevé de mortalité chez les femmes (ORT - Niger 1972-74).

Le jeûne de la femme sahélienne enceinte devrait faire l'objet d'études plus approfondies. La plupart des populations sahéliennes sont musulmanes et le jeûne est l'un des rites importants de l'Islam. Toutefois, les véritables recommandations islamiques d'une énorme importance sont le

plus souvent oubliées lorsqu'il s'agit des adaptations culturelles et sociales du Coran. Parmi elles figurent les croyances qu'il faut prendre soin de son corps à tous égards, tant d'un point de vue hygiénique que nutritionnel, qu'une femme enceinte est autorisée à ne pas jeûner, et qu'une personne malade ne doit pas jeûner car cela nuirait à sa santé. Il convient de noter ici que l'état de santé, en particulier de la femme rurale dans le Sahel, n'est pas "normal". Il a été signalé qu'elle souffre d'une anémie et nutrition sévères et qu'elle est autorisée à travailler dur pendant le Ramadan (les travaux de cuisine sont particulièrement exigeants à cette époque). Une femme dont le corps ne se trouve pas dans un état normal (comme pendant la menstruation) n'est pas autorisée à jeûner.

La question qu'il faut donc se poser est la suivante : le jeûne nuit-il à la femme enceinte et à celle qui allaite ou est-ce son état de malnutrition qui est la source du danger ? Cette question doit faire l'objet d'une étude objective, tant du point de vue médical que nutritionnel pour arriver à une évaluation plus concluante de l'effet du jeûne. Tradition commune à la plupart des religions (chez les Navajos comme chez les chrétiens et les juifs), le jeûne revêt une importance morale et religieuse particulière.

#### b) Accouchement

En Afrique, les accouchements difficiles ne sont pas rares. En fait, un coup d'oeil rapide sur les documents disponibles montre que la croyance populaire de l'accouchement facile de la paysanne est une illusion. On se demande même comment a pu jamais naître une telle idée fausse. Toutefois, cela peut s'expliquer par le fait que dans toute l'Afrique, la coutume veut normalement que les douleurs soient contrôlées. Il existe dans toutes les

sociétés des rites d'une difficulté particulière dont l'objet est d'enseigner aux garçons et aux filles à contrôler la douleur. En conséquence, une femme qui accouche "contrôle" ses douleurs dans la mesure où elle le peut. De plus, la plus grande partie des travaux ethnologiques (et les travaux médicaux) ont été faits par des chercheurs occidentaux qui croyaient que l'absence d'une expression perceptible de douleur avait pour signification son inexistence. De surcroît, comme on l'a déjà fait remarquer, les ethnologues ont souvent décrit la tradition mais en ont ignoré les conséquences. Rarement ou même jamais une monographie ethnologique nous parle des douleurs de la circoncision ou des conséquences du tétanos dues à des négligences médicales par exemple.

Traditionnellement, les difficultés de l'accouchement sont souvent liées à un trouble social : un tort a été causé pour déséquilibrer les rapports sociaux et familiaux. Pendant l'accouchement, si celui-ci s'avère difficile, la femme doit avouer qu'elle a soit-disant trompé son mari, qu'elle l'a trahi, qu'elle a causé du mal à une co-épouse, à ses enfants, à une amie, etc. (Voir Retel-Laurentin, 1974, qui présente une vaste documentation sur ces pratiques et tradition en Afrique en général).

En fait, l'accouchement de l'enfant chez les Zermas (Zagré, pp. 28-29) est censé être difficile dans la mesure où la tradition considère la femme en couches comme un être entre la vie et la mort, entre le feu et l'eau. La famille fait des sacrifices aux morts pour empêcher son décès. En fait, elle prépare une tombe pour la femme pendant qu'elle accouche.

Toutefois, des raisons médicales bien précises peuvent expliquer ces accouchements douloureux bien que rares soient les études sur cette

question particulière. Le Dr Hacques, qui en 1968 pratiquait dans la région de Maradi au Niger, a constaté que la dystocie ou la grossesse difficile est très souvent due à une malformation osseuse de la mère qui date de sa jeunesse et de son adolescence. On n'explique pas cependant pourquoi ou comment cette malformation est apparue bien qu'elle se solde par une rupture de l'utérus, des fissures vésico-vaginales et des évacuations tardives de la femme. De plus, la néphropathie (douleur rénale) et le gravidus (conséquences de la grossesse) sont d'autres causes d'un accouchement difficile qui ont des conséquences graves mais desquelles la femme peut récupérer en se reposant et en suivant un meilleur régime alimentaire (in Belloncle et Fournier, pp. 50-51).

D'autre part, Touré (1975) accuse les vieilles matrones d'épuiser davantage encore la femme pendant l'accouchement en l'obligeant à faire des efforts inutiles qui provoquent une "inertie utérine". En la bombardant de questions, elles créent également une nouvelle dimension de son épuisement émotif et physique.

Il est rare que la littérature discute du traitement conféré à la femme dont l'accouchement est difficile. Bien que des remèdes traditionnels semblent parfois employés, leur valeur thérapeutique effective n'est pas claire (Traoré : Animation féminine, Niamey).

De meilleures explications médicales concernant les grossesses et les accouchements difficiles contribueraient à résoudre ce conflit social critique si fréquent aux quatre coins de l'Afrique et permettraient par ailleurs d'étudier de manière plus approfondie, les cures traditionnelles employées pour y remédier. Dans un seul cas seulement de la bibliographie qui suit (Piault, p. 78) est discuté le problème de l'imposition de la méthode

occidentale d'accouchement (la femme est couchée sur le dos). Dans la plupart des pays du Sahel, la méthode traditionnelle est celle de la femme qui se recroqueville ou s'agenouille sur le sol. Une telle transition serait sans aucun doute difficile pour que la femme l'accepte immédiatement. On impose à la femme qui accouche dans un dispensaire rural un lit bruyant, d'ordinaire inconfortable sur lequel elle doit se coucher pour la première fois de sa vie (dans la plupart des cas, ce lit est dans un état hygiénique beaucoup plus mauvais que le sol, lequel est souvent particulièrement bien nettoyé lorsque la femme accouche selon la méthode traditionnelle). En fait, les questions qu'il faut se poser sont les suivantes : a) imposer une telle contrainte est-il nécessaire ? b) cette contrainte ne crée-t-elle pas une crainte initiale chez la femme et sa famille, ce qui les fait hésiter à venir au dispensaire ? c) si, pendant des milliers d'années, les femmes africaines ont accouché de cette manière, ne serait-il pas médicalement possible de leur permettre de poursuivre leur tradition ? C'est là le problème de logistique de l'adaptation de la formation médicale moderne aux méthodes traditionnelles (voir Afr. Med., 144, 1976, p. 657 : sur les raisons pour lesquelles la méthode européenne devrait être appliquée au minimum). Et pourtant, il est tout aussi important de faciliter l'acceptation initiale des dispensaires de maternité dans lesquels il est d'ordinaire "particulièrement difficile de stimuler" un intérêt (ORT, Niger, 72-74; Poix, 1973; Jelliffe et Bennett, p. 42; FISE-Tchad, 1972, p. 42; Afr. Med., 124, 1974, p. 963; et de nombreux autres ouvrages).

c) Le cordon ombilical et le placenta

Erny explique les distinctions scocio-religieuses qui ont été faites

entre le cordon ombilical et le placenta en Afrique : Le placenta, parce qu'il est enterré, appartient à la terre et est féminin; le cordon ombilical, souvent préservé, est céleste et semblable à l'air et il est considéré masculin (Erny, Psychopat. Afr, 1969). C'est là peut-être une généralisation mais malgré tout c'est une expression du système complexe du symbolisme qui existe dans la quasi-totalité des sociétés africaines et qui détermine en fait la manière dont les habitants disposent du cordon ombilical et du placenta.

Chez les Dogons, on dit que le placenta est lié au sang, et par conséquent, à la fécondité. Toutefois, comme il pourrit lui aussi facilement, il est lié à la mort. Les hommes qui redoutent ce pourrissement, ne touchent jamais le placenta. Et pourtant, en raison de son lien avec la fécondité, la femme le place dans une jarre de terre et l'enterre dans l'espoir qu'il refertilisera la terre (Erny, ibid). C'est normalement la sage-femme ou une femme de la famille de la mère qui enterre le placenta peu après la naissance. Cependant, chez les Zermas du Niger (Zagré) et les Bedik du Sénégal (Clarkson-Goulet) c'est le mari ou les hommes de la famille qui l'enterrent. Il est également bon de noter que le placenta n'est pas enterré n'importe où. Chaque société a ses spécifications qui ont un rapport avec un système symbolique de croyances (Clarkson-Goulet : les Bedik enterrent le placenta à droite de la hutte si c'est un garçon et à gauche si c'est une fille). C'est une question de grande importance dont il faut tenir compte dans l'adaptation des dispensaires ruraux aux besoins traditionnels plutôt que le contraire. 13/

---

13/ Jelliffe et Bennett (1972, p. 42) en sont partisans et font remarquer que les hôpitaux et les unités médicales en Afrique rurale ne sont pas adaptés au contexte psychologique et social de leur environnement. Ils ne prennent pas en considération par exemple la nécessité pour la mère d'avoir son enfant avec elle : "La séparation biologiquement irréaliste de la mère et du nouveau-né qui est si caractéristique des hôpitaux occidentaux doit être évitée... à quelques exceptions près, aucun hôpital en Afrique ne prévoit les besoins psychologiques des parents traditionnels... Cet aspect de la rassurance des parents fait partie intégrante de la pratique traditionnelle; il revêt sans aucun doute une grande importance encore qu'il soit beaucoup plus difficile à réaliser dans les rapports transculturels entre le médecin et le patient".

Le sectionnement du cordon ombilical se fait normalement de diverses façons. Les Zermas (Zagré) le coupent avec un rasoir et traitent la blessure ombilicale avec une poudre noire (on ne nous dit pas en quoi elle consiste et quelle est sa valeur thérapeutique) ou avec un morceau de charbon chauffé. Le bébé est ensuite immédiatement lavé dans de l'eau chaude où des plantes avaient trempé (malheureusement, les avantages de ces plantes ne sont pas non plus expliqués). Puis, le nourrisson est frotté avec de la terre. Zagré signale par ailleurs (p. 30) que chez les Samos en Haute-Volta, le nouveau-né est tenu par les jambes, la tête en bas et qu'il est doucement balancé d'arrière en avant. La tête et le nez sont ensuite façonnés pour paraître fins. Ce n'est qu'après tout cela que le nourrisson est lavé dans de l'eau chaude.

Arnaldi (p. 418) raconte qu'au Niger avant que le cordon ombilical ne soit sectionné avec une tige de mil ou une lame de rasoir, le matrone lit des vers du Coran, puis fait le geste initial de sectionner le cordon deux fois si c'est un garçon ou trois fois si c'est une fille. Le cordon ombilical n'est pas lié mais cautérisé avec la lame chaude d'un couteau sur laquelle des cendres sont répandues. Ensuite, la matrone lave l'enfant dans de l'eau où des plantes ont trempé pendant trois jours.

D'autre part, Clarkson-Goulet signale (p. 399) que les femmes du village possédant une expérience en la matière peuvent aider à l'accouchement de l'enfant et qu'elles lient le cordon avant de le couper au moyen d'un couteau.

Ce n'est pas la manière dont le cordon ombilical est coupé qui pose un problème ni l'instrument avec lequel il est coupé, mais plutôt ce qui est placé sur la blessure ombilicale qui est la cause du tétanos, un

des principaux motifs de la mortalité infantile au Sahel et dans l'ensemble des pays du tiers-monde (Bourgeade et Kadio). Le problème est d'une énorme gravité et à cet égard a eu lieu à Dakar en avril 1975 une Conférence internationale sur le tétanos (Rey et collaborateurs, 1975; voir l'étude détaillée sur le tétanos).

Retel-Laurentin (1975) signale que le tétanos est la principale cause de mortalité infantile chez les Bobo-Oulé qui ont la dangereuse coutume de frotter le cordon ombilical avec de la terre. Elle note que la maladie est en fait diagnostiquée correctement par les villageois mais n'indique aucun remède médical traditionnel utilisé pour la traiter. Sanokho et Senghor (1975) attribuent le tétanos du cordon ombilical au manque d'hygiène dans le Sénégal rural : la femme accouchant dans une section de la salle de bain - toilette; la blessure est couverte de sable, de poudre d'un morceau de charbon ou d'un bouchon brûlé ou tout simplement d'une feuille.

Cependant, certaines des choses placées sur le cordon ombilical ne causent pas le tétanos et certaines sociétés ont peut-être même des feuilles thérapeutiques ou possèdent une autre méthode à valeur thérapeutique (voir Delourdes-Verderesse et Turnbull, 1976, p. 217, qui énumèrent les habitudes traditionnelles non nuisibles). Avant d'écarter toutes les méthodes, il convient de les étudier dans le cadre de chaque environnement. Et pourtant, sans aucun doute, en raison du taux élevé de mortalité dû au tétanos, il convient d'accorder à cette maladie la priorité dans l'élaboration de n'importe quelle stratégie rurale de santé.

Le FISE (Le jeune enfant, etc. 1974, p. 19) a souligné l'importance de l'immunisation de toutes les femmes enceintes contre le tétanos pour

protéger le nourrisson à la naissance et il suggère l'organisation d'unités mobiles qui se rendraient régulièrement dans les régions ne disposant pas de dispensaires de santé. C'est en fait une des premières mesures préventives et immédiates à prendre dans tout le Sahel. Un autre problème important est celui de la formation de matrone, problème de longue durée, qui a de nombreuses implications socio-économiques.

B. La "matrone" ou sage-femme traditionnelle

Avant de faire une évaluation critique des techniques chirurgicales utilisées par les sages-femmes et les guérisseurs africains, il importe de signaler qu'une différence doit être faite entre une technique établie fondée sur l'expérience d'une part et le charlatanisme d'autre part. A l'Ouest, cette distinction existe dans les milieux médicaux les plus avancés. En fait, une section toute entière de la pratique juridique s'est enrichie aux Etats-Unis à cause des nombreux cas de négligence médicale. Sur cette base donc, il faut faire remarquer que si le tétanos existe dans des cas de circoncision et d'excision, il est dû essentiellement aux méthodes peu hygiéniques qui sont utilisées plutôt qu'à la tradition elle-même.

Il est intéressant de noter que l'idée de la création de maternités rurales s'est inspirée du succès d'une sage-femme traditionnelle au Sénégal (Fall, p. 20), matrone dont le foyer était devenu similaire à une maternité ! En dépit de la prise de conscience rurale manifeste au Sénégal, il n'existait que 10 maternités rurales dans tout le pays en 1971 (Fall, p. 21) dont 5 seulement en service.

La plupart des matrones en Afrique sont de vieilles femmes qui ont eu leur ménopause, possèdent une certaine expérience en matière d'accouchement et connaissent la condition générale de la grossesse. Leur choix et leur rôle sont soit structurés au sein de la société ou soit ne le sont pas. En d'autres termes, de par leur compétence, la matrone devient le membre le plus populaire de la communauté. L'attitude envers la matrone dans la profession médicale va du respect (Fall) à l'exaspération la plus complète (Touré). Sans idéalisme pour le rôle de la matrone, Sankalé écrit (1969, p. 158) : "Le rôle qu'elles s'attribuent est de discerner les cas où tout se passe bien..." !

Il n'est pas possible qu'une seule stratégie ou suggestion couvre tout le Sahel. Non seulement chaque pays mais encore chaque groupe ethnique dans chaque pays réagira différemment selon son degré de culture, ses habitudes traditionnelles et l'attitude culturelle à l'égard du changement.

De nombreuses études, stratégies et expériences ont été faites sur les problèmes spécifiques de la formation de la matrone (Animation féminine, Niamey, 1975; Belloncle et Fournier, 1975; Fall, Poix; Touré; FISE; OMS...), et aucune ne semble appuyer l'idée de la vieille matrone. Trois tendances paraissent l'emporter : 1) la formation de jeunes filles, à compter de l'âge de 18 ans (Touré); 2) la formation de femmes entre les âges de 35 et 45 ans (Fall); et 3) le recyclage de vieilles femmes tout en leur confiant une auxiliaire plus jeune qu'elles formeraient et qui serait aussi formée séparément (Belloncle et Fournier). Des arguments viennent soutenir ces trois stratégies mais un point est essentiel : l'importance de la formation dans les détails concernant les traditions est indispensable. Belloncle et Fournier ont noté (p. 162-164) que, comme les matrones formées ignoraient les enseignements

relatifs aux actions religieuses liées à l'accouchement, les femmes enceintes des villages arrêtaient tout simplement de se rendre aux dispensaires maternels.

Fall observe aussi (p. 25) que si l'éducation des matrones n'est pas accompagnée simultanément de celle de la communauté, les maternités rurales ne sont absolument pas couronnées de succès. Malgré les résultats "spectaculaires" obtenus à Khombolé (Sénégal), c'est-à-dire une baisse du taux de mortalité infantile de 70 à 35 %, Fall n'est pas optimiste en raison de la nécessité difficile d'exercer un contrôle sur le personnel de santé.

Un autre problème courant que soulève la littérature et qui humilie invariablement les villageois est celui de l'attitude du personnel de santé et de la matrone récemment formée à l'égard de la communauté. La formation du personnel de santé et, en particulier, des matrones qui interviennent si étroitement dans la vie et les pensées des femmes, devrait prendre en considération les répercussions psychologiques de leur présence dans la communauté.

Il est proposé que la décision finale concernant la formation des matrones : 1) soit prise avec la communauté elle-même, 2) que des femmes entre 35 et 45 ans soient formées au sein de la communauté de manière à éviter les problèmes de langue et de tradition; 3) que les excellents documents de l'OMS (Delourdes-Verderesse et Turnbull, The Traditional Birth Attendant, etc., 1975; et The Primary Health Worker, Flahault, coordinateur, 1976) soient étudiés et adaptés pour chaque communauté.

### C. Allaitement au sein et espacement des naissances

L'allaitement est l'une des coutumes traditionnelles africaines les plus précieuses tant pour ce qui a trait à la santé (psychologique et physique) qu'à la nutrition. Et pourtant, c'est la seule coutume (avec la connaissance

traditionnelle de la médecine traditionnelle, voir à la Section VIII de la Bibliographie) qui a été la plus endommagée par l'acculturation, sinon la déculturation. Les campagnes de publicité menées pour les sociétés laitières sont en grande partie responsables de ces dégâts qui ont atteint des proportions alarmantes dans les centres urbains et dont les effets sur la région rurale ne doivent pas être minimisés. En fait, Dupin et Rimbault (1972, p. 26) parlent d'un véritable scandale et estiment que les hôpitaux et les dispensaires de santé doivent assumer leur part de responsabilité aussi pour avoir permis ces campagnes in situ.

En dehors des conséquences psychologiques de l'allaitement au sein sur la mère et sur l'enfant <sup>14/</sup> une habitude que les pays de l'Ouest commentent aujourd'hui à apprécier et qu'ils déplorent avoir perdu), les avantages pour la santé sont incalculables. Parmi les avantages écoulant de l'allaitement au sein figurent : une mesure préventive contre le cancer du sein (Omolulu, 1974, p. 486), une immunisation naturelle pour l'enfant et une protection contre d'autres méthodes non hygiéniques d'alimentation (Berenberg et Masse, 1975), une forme complète de nutrition pour le nourrisson (Hertaing et Courtjoie) et une méthode naturelle d'espacement des enfants. Toutefois, il convient de signaler qu'un allaitement au sein prolongé (de 6 mois à 26 mois ou plus, selon la société) peut provoquer une anémie extrême chez la mère dont la carence initiale en fer est élevée (Omolulu; voir Afr. Méd., 18, 1974, pp. 271-274 sur le traitement).

---

<sup>14/</sup> Sur les aspects psychologiques de l'allaitement au sein, Jelliffe et Bennett (p. 28) écrivent : "Dans des circonstances traditionnelles, une mère africaine ne fait qu'un avec son enfant, sensible à ses signaux et répondant à ses besoins presque avant même qu'il n'en soit conscient... L'enfant n'est jamais isolé du contact humain... c'est la stimulation physique et l'interaction sociale qui sont vraisemblablement responsables en partie du caractère précoce du développement post-natal constaté chez certains nourrissons africains".

Un rapport provisoire est établi entre les femmes qui allaitent et n'ont pas leur menstruation et la contraception "naturelle" (Rasa, 1976; Van Balen et Ntabounwura, 1975). Cependant, les preuves ne sont pas encore concluantes. Rasa constate que 5 % des femmes qui n'ont pas eu leurs règles sont devenues enceintes.

Cependant, l'abstinence sexuelle après l'accouchement et le jeûne jusqu'au sevrage est souvent la méthode traditionnelle la plus fréquente d'espacement des naissances, encore que les coutumes varient d'une société et d'un ménage à l'autre (Retel-Laurentin, 1975). La littérature fait état d'une vague croyance quant aux médicaments traditionnels utilisés à des fins de contraception mais Retel-Laurentin (1975) nie leur efficacité et insiste sur le fait qu'une infécondité temporaire est due davantage à des conditions pathologiques, comme les fausses-couches, les avortements involontaires et la maladie, qu'à d'autres causes.

Dans son étude chez les Zermas du Niger, Diarra (1971, pp. 166-168) note que la femme considère une naissance comme une forme de bonheur et de richesse, mais que 47 % des femmes interrogées estiment que deux années devraient séparer chaque naissance et que 39 % sont en faveur d'un espacement de trois ans.

Les mariages polygames accomplissent un espacement avec plus de succès que les autres en raison de l'utilité d'une abstinence totale... de la part de la femme, bien sûr ! Il est erroné de croire que c'est une forme d'espacement traditionnelle car elle n'espace pas les enfants de l'homme, mais bien ceux de la femme !

Dans une note ironique, Afr. Méd., 124, 1974, p. 975, termine son numéro sur un ton sarcastique :

La moitié des hommes mariés, vivant à Dakar, sont polygames; pour cent hommes mariés il y a cent soixante six épouses... et combien de disputes !

#### IV. CONCLUSIONS

##### Résumé des questions soulevées dans le présent rapport :

1. L'ethnologie et la médecine doivent unir leurs efforts. La recherche, combinée ou séparée, devrait : a) être centrée sur les besoins immédiats du Sahel (dont 90 % des habitants vivent dans les régions rurales); b) aboutir à des solutions simplifiées en matière de médecine préventive avec les moyens disponibles; c) ne jamais perdre de vue les responsabilités et les préoccupations individuelles ainsi que les attributs naturels des deux professions.
2. L'étude socio-économique et médicale des effets à long terme de la sécheresse sur la santé doit recevoir la priorité dans la région et être incluse dans les plans nationaux et internationaux de développement.
3. L'interdépendance entre les régions rurales et les régions urbaines ne peut être omise des résolutions portant sur l'amélioration de la santé dans les régions rurales. A cause de la déculturation de plus en plus grande et de l'existence de systèmes d'éducation mal adaptés, un des problèmes auxquels se heurtent les régions rurales est celui des aspirations frustrées de la jeunesse rurale. Cela peut avoir et a de graves répercussions sur la santé rurale et la stabilité des jeunes. La planification rurale adaptée aux conditions rurales devrait éviter les problèmes créés par la santé urbaine et la planification de l'enseignement. Ce n'est qu'en formant la jeunesse à des fins utiles qu'il sera possible d'atténuer la résistance aux changements dans les régions rurales.
4. Les besoins agricoles du "centre imposés à la "périphérie" ont eu des effets nutritionnels nuisibles sur les populations traditionnelles. La dépendance de la "périphérie" en matière de santé à l'égard du "centre" implique

des responsabilités morales et politiques mutuelles ainsi qu'une collaboration consciencieuse lors de l'établissement des programmes de santé.

5. La malnutrition et le marasme sont, dit-on, les causes de nombreuses maladies dans le Sahel rural même s'il existe au Sahel les ingrédients nécessaires (lait, plantes, viandes, légumes) à un régime alimentaire équilibré.

Les raisons de cette malnutrition sont essentiellement : a) l'ignorance des populations et des infirmiers ruraux qui ne sont pas capables de diagnostiquer la maladie et ne sont pas conscients de la valeur nutritionnelle des aliments locaux; b) les habitudes et les tabous alimentaires; c) les habitudes diététiques de sevrage; d) l'absence d'alimentation pour les écoliers dans les écoles; e) la pénurie générale d'aliments - qui touche de nombreux enfants et de nombreuses femmes. La littérature médicale fait une corrélation entre la mauvaise santé et la malnutrition.

6. Les effets de la malnutrition affaiblissent la croissance mentale et physique de l'enfant. De plus, les effets psychologiques de la malnutrition sur la famille sont très nuisibles et influent donc sur la cohésion des membres de la collectivité dans les projets de développement rural ainsi que sur l'intérêt qu'ils y portent.

7. Les conséquences de la malnutrition, la rougeole et la méningite sont parmi les nombreuses maladies qui causent la mortalité infantile. Cependant, on croit de plus en plus que le type de rougeole en Afrique est plus mortel que dans les pays de l'Ouest. L'anémie que provoque la malnutrition est très courante chez les femmes et les enfants et nuit considérablement aux femmes

enceintes et aux mères qui allaitent. Une conception erronée des besoins nutritionnels en fonction de la diarrhée aboutit aussi à la mortalité infantile.

8. Pour assurer une meilleure nutrition rurale, les éléments suivants sont indispensables : a) le besoin de plus d'aliments immédiatement; b) les habitudes et les tabous alimentaires doivent être pris en considération dans la planification nationale et internationale du développement. Cette planification devrait reconnaître implicitement l'interdépendance entre la santé, l'éducation et l'amélioration agricole; c) des recherches médicales devraient être faites et des données devraient être rassemblées sur la réaction des différentes populations à certains aliments.

9. Malgré les nombreux projets et stratégies de santé et de nutrition, les échecs sont fréquents et leurs causes rarement analysées. Ces causes sont suggérées et devraient être incluses dans les mesures de médecine préventive : a) les enfants ne sont pas considérés comme une première priorité dans le développement national et rural; b) des expériences (comme la fameuse "bouillie de sevrage" du Niger) ont échoué à cause d'un manque de patience et de persévérance et d'un manque de simplicité; c) des cours sur la valeur nutritionnelle des aliments devraient être impartis non seulement aux femmes mais aussi à leurs époux; d) les goûts locaux ne sont pas pris en compte.

10. A l'appui d'une recommandation du FISE (Conférence de Lomé en 1972), avec une modification spécifique, ce qui suit est important : les aliments pour nourrissons devraient être fabriqués localement et inclus dans un projet communautaire ou scolaire pour jeunes filles et femmes (15-20 ou 25 ans). On enseigne très tôt aux petites filles à faire la cuisine et cela ne contredirait pas une coutume traditionnelle.

11. La stérilité est une calamité personnelle et sociale. Les documents disponibles sur la compréhension des croyances traditionnelles sont d'ordinaire de caractère général. Les causes physiques qui existent dans les diverses sociétés ne sont pas bien documentées. Les remèdes préventifs traditionnels contre la stérilité paraissent être appliqués. Les travaux de recherche médicale moderne sur la stérilité ne sont pas non plus documentés encore qu'un taux élevé de stérilité et un faible taux de natalité dans de nombreuses régions soient attribués à diverses formes de maladies vénériennes. D'autres recherches, tant ethnologiques que médicales, devraient être faites pour que des mesures préventives puissent être prises immédiatement.

12. Les traditions liées à la période de grossesse dans le Sahel ne sont pas systématiquement documentées. Bien qu'il existe des similitudes, les différences d'une région à l'autre sont manifestes et risquent d'influencer les détails des stratégies de santé. Deux courants de préoccupations se dégagent dans la littérature : a) les tabous alimentaires imposés à la femme enceinte accentuent son état d'anémie et de malnutrition et b) les travaux ardu qu'elle doit faire peuvent être une cause d'accouchement difficile et de la position anormale du fœtus. Il est recommandé de procéder à des études médico-ethnologiques détaillées, systématiques et objectives dont l'objet serait d'évaluer les répercussions, bonnes et mauvaises, des habitudes traditionnelles pendant la grossesse. Il importerait également de déterminer les différences et les similitudes au sein de divers groupes ethniques.

13. Une question spécifique devrait faire l'objet d'une étude scientifique : le jeûne observé pendant le Ramadan nuit-il vraiment aux femmes enceintes et qui allaitent ? Ou plutôt, aggrave-t-il tout simplement son état de malnutrition

qui est à la base du problème ? Il serait bon de signaler clairement dans tous les projets d'éducation nutritionnelle qu'une des recommandations importantes du Coran est : Prends soin de ton corps

14. Les accouchements difficiles sont courants et traditionnellement attribués aux méfaits d'un des membres de la famille. Normalement, le conflit doit être réglé par l'admission de la culpabilité pendant l'accouchement, le plus souvent par la femme en couches. Il y a cependant des raisons médicales qui expliquent les difficultés. D'autres études médicales devraient être entreprises pour expliquer les raisons de ce problème généralisé. Cela permettrait aussi de résoudre les conflits sociaux dramatiques qui émanent de telles situations.

15. La pratique de la médecine africaine dans le Sahel rural doit tenir compte des avantages qu'il y a de permettre à la femme d'accoucher dans la position traditionnelle, à savoir accroupie ou agenouillée, si aucune complication n'est prévue, plutôt que d'imposer le modèle occidental de l'accouchement horizontal, lequel se fait d'ordinaire sur des lits d'acier peu hygiéniques et inconfortables. Les implications médicales de ce système devraient faire l'objet de recherches plus approfondies.

16. La manière dont le cordon ombilical et le placenta sont utilisés est liée au symbolisme que chaque société leur confère. Les traditions varient mais une tendance commune existe : le taux élevé de mortalité dû au tétanos du cordon ombilical. Deux tendances expliquent les causes du tétanos : a) l'emploi d'instruments peu hygiéniques avec lesquels le cordon est sectionné ou b) ce qui est placé sur le cordon. Il est suggéré non seulement de résoudre les problèmes relatifs à la matrone, mais encore d'accorder la priorité aux campagnes d'immunisation régulière des femmes enceintes comme le recommande le FISE (1974).

17. La négligence médicale existe dans l'Afrique traditionnelle tout comme dans les centres médicaux perfectionnés de l'Ouest. Elle est due à l'insouciance, à une mauvaise formation, au charlatanisme et à l'ignorance.
  
18. La matrone joue un rôle socio-religieux important dans la plupart des sociétés. Pour devenir matrone, il faut avoir eu sa ménopause. La formation de ces femmes soulève autant de problèmes que celle des femmes plus jeunes. Chaque communauté doit trouver sa propre solution. Il est suggéré de former des femmes entre 35 et 45 ans d'abord et que les documents très utiles de l'OMS soient adaptés à chaque environnement.
  
19. L'allaitement au sein a de multiples avantages psychologiques, nutritionnels et sanitaires tant pour l'enfant que pour la mère et il doit être encouragé dans les centres tant ruraux qu'urbains. Un revers cependant est l'anémie de plus en plus grande des mères qui allaitent. L'adoption de mesures préventives est essentielle pour protéger mère et enfant.
  
20. Une corrélation est faite dans la recherche médicale entre un allaitement au sein prolongé et une infécondité temporaire, encore que les données disponibles ne soient pas concluantes. L'abstinence habituelle d'ordinaire d'une longue durée après l'accouchement est la méthode la plus naturelle d'espacement, bien que cette pratique semble se perdre.
  
21. La polygamie ne contribue pas à l'espacement des enfants qui appartiennent à l'homme !

Dans cette analyse, ce qu'il y a peut-être de plus difficile à évaluer est la mesure dans laquelle l'expérience de la Chine s'applique à d'autres pays en développement. On dit souvent que comme les conditions sociales, économiques, politiques et culturelles de la Chine sont très différentes de celles d'autres pays, il n'y a guère de l'expérience chinoise qui puisse être directement transférée. Bien que cela soit peut-être vrai - et les représentants chinois ont eux-mêmes fréquemment déclaré que chaque pays doit trouver une solution à ses problèmes sur la base de ses propres circonstances - il y a des principes de base qui peuvent en fait s'appliquer à d'autres sociétés, et notamment l'importance de l'autonomie locale, d'une brève formation et d'un emploi structuré à temps partiel d'habitants recrutés et formés localement, de la combinaison de la médecine moderne et traditionnelle et de la médecine préventive. Plus importantes encore peut-être - bien que difficiles à appliquer - sont les croyances que les changements fondamentaux apportés à la santé et aux soins médicaux risquent d'exiger un changement fondamental de la structure sociale dans laquelle ils sont incorporés; qu'une distribution équitable des ressources doit être un objectif fondamental de la société et que la possibilité de rendre service doit être une force essentielle de motivation dans le travail de santé ainsi que dans d'autres services à autrui. Et pourtant, la meilleure leçon que d'autres pays en développement peuvent tirer de l'expérience chinoise est que cela peut être fait - qu'une nation peut en une génération se transformer d'une société affamée, ravagée par la maladie, analphabète, élitiste et semi-féodale en une société vigoureuse, saine, productive, très instruite et à participation massive. Si la Chine peut le faire, d'autres nations peuvent le faire aussi.

(V. Djukanovic et E.P. Mach, eds, Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries, Etude conjointe FISE/OMS, Genève, 1975).

51a

**BIBLIOGRAPHIE**

## BIBLIOGRAPHIE ANNOTEE

### Organisation de la bibliographie

1. Sauf lorsqu'elles apparaissent entre crochets et dans de très rares cas, toutes les références citées dans les douze premières sections de la Bibliographie ont été consultées. La Section XIII a été ajoutée bien que les références y figurant n'aient pas été consultées en raison de leur rapport direct et évident avec le présent sujet.
2. Vu l'interdépendance des données présentées, bon nombre des références peuvent s'appliquer à plusieurs catégories. Les aspects jugés les plus importants ont servi de critères à la classification encore que, incontestablement, selon l'intérêt personnel du lecteur, des divergences d'opinions puissent surgir quant à la catégorie la meilleure.
3. Méthode d'annotation : L'auteur s'est efforcé de faire ressortir les points intéressants, particulièrement les problèmes de la mère et de l'enfant plutôt que de résumer le contenu de chaque référence.
4. Il convient de souligner que cela ne peut en aucun cas être considéré une bibliographie concluante et définitive sur la protection maternelle et infantile traditionnelle dans le Sahel. Compte tenu des délais impartis, l'auteur a certainement laissé échapper de nombreux points et il lui reste encore beaucoup à voir et à étudier. De plus, son analyse de la littérature est de caractère unilatéral. Les aspects les plus importants et les plus essentiels de la situation doivent encore faire l'objet de recherches dans les bibliothèques, les documents, les dossiers de santé au Sahel même ainsi que d'enquêtes sur le terrain dans les divers villages de la région.

5. Plus de deux cents références ont certes été citées, mais le sentiment demeure que les problèmes les plus graves de protection maternelle et infantile par rapport à la famille dans son ensemble ont à peine été effleurés. La répétition est fréquente, il existe de nombreuses recommandations, mais il reste encore à trouver une solution immédiate aux problèmes les plus fondamentaux.

6. Cette Bibliographie est principalement axée sur cinq catégories de données i) ethnologie et sociologie; ii) nutrition; iii) santé publique; iv) recherches médicales généralement non techniques; et v) rapports d'organismes gouvernementaux et internationaux.

Les recherches concernant ces données ont été faites dans les bibliothèques énumérées ci-dessous dont le personnel n'a épargné aucun effort pour aider l'auteur et sans lequel il lui aurait été impossible de rassembler la documentation nécessaire durant la période de 45 jours consacrée à cet aspect du rapport. Je tiens à exprimer ma plus profonde gratitude au personnel de toutes les bibliothèques suivantes : 1) la bibliothèque du Congrès, Washington D.C. ; 2) les bureaux SDP-AID; 3) la bibliothèque des Nations-Unies, New York; 4) le Centre d'analyses et de recherches documentaires en Afrique Noire (CARDAN-CNRS), Paris; 5) l'Institut de recherches appliquées et de méthodes de développement (IRAM), Paris; 6) le Centre international de l'Enfance (CIE), Paris; 7) l'OMS, Genève. Je me suis également entretenu souvent très longuement, avec les chercheurs, médecins et fonctionnaires dont le nom apparaît ci-dessous et je tiens à saisir l'occasion qui m'est donnée de les remercier d'avoir bien voulu me rencontrer souvent sans avoir été prévenus fort à l'avance : Dr Pascal Imperato, Commissaire à la Santé de New York, N.Y.;

M. Iskander, FISE, New York. M. Pennachio, PNUD, New York; Dr Baron et Dr Van Wie, Conseil de la population, New York. M. Roy Stacy, OCDE, Paris; Mme J. Mondot, OCDE, Paris; Dr Anne Retel-Laurentin, CNRS, Paris; Prof. Dominique Zahan, Université de Paris V, Paris; Mlle Marie-Jo Doucet, IRAM, Paris; Dr I. Sow, Université de Paris V, Laboratoire de psychologie; M. et Mme Bernus, ORSTOM, Paris; Dr Suzanne Kessler, ORT, Genève, Dr Jamal Harfouche, Ecole de santé publique, A.U., Beyrouth et PMI, OMS, Genève; Dr A. Benyoussef. OMS. Genève.

I. NUTRITION ET MALNUTRITION - PRINCIPALEMENT DE LA MERE ET DE L'ENFANT

Bailey, K.V. "Malnutrition in the African Region", in Chronique de l'OMS, 29, 9, 1975, pp. 354-364.

Cet ouvrage fournit des données statistiques sur les chiffres hospitaliers et traite des principaux problèmes de nutrition. Il examine la carence d'énergie protéique et nutritionnelle des aliments producteurs d'énergie des adultes. A la carence chez les enfants vient s'ajouter l'absence de consommation d'aliments à teneur protéique. Les habitants souffrent d'ordinaire de malnutrition et d'infection. Les anémies, le manque de vitamine A, la carence en riboflavine, le pellagre et le goître endémique sont les principaux troubles nutritionnels. Il n'existe d'ordinaire pas d'étude à l'échelle nationale. L'auteur recommande de procéder sans tarder à l'évaluation des problèmes nutritionnels, de développer l'éducation nutritionnelle et d'adopter d'autres mesures correctives adaptées aux conditions de chaque zone et ce, après la réalisation d'une étude écologique exhaustive.

Bailey, K.V. "Nutrition et santé de la famille", in Afrique médicale, 120, mai 1974, pp. 457-458.

Dans cet article, l'auteur souligne que la malnutrition a non seulement un effet physique direct sur les enfants, mais encore nuit irréversiblement au développement mental des enfants. Il insiste sur l'importance qu'il y a d'informer les parents de la valeur nutritionnelle de ressources souvent inutilisées dans la région.

Blanc, J. Malnutrition et sous-développement. Grenoble, 1975.

Situation de la nutrition en Afrique de l'Ouest. Analyse générale des études faites sur l'Afrique. Lien entre la malnutrition et le niveau du développement et de l'évolution politique. Corrélation entre la malnutrition et le mauvais état de santé qui frappe particulièrement les enfants de moins de cinq ans et se solde par de nombreux syndromes; lien entre la malnutrition et la propagation des maladies endémiques. Les parasites intestinaux sont dus aux conditions sanitaires de l'eau, de l'habitat et des vêtements. Le paludisme frappe en toute saison, plus particulièrement les enfants de deux à trois ans.

Brock, Dr J.F. et Autret, Dr M. Kwashiorkor in Africa, OMS Genève, 1952.

Ouvrage de base sur l'évaluation et le traitement de la malnutrition, principal fléau de l'Afrique.

Dieterlen, G. et Calame-Griaule, C. "L'alimentation dogon", (Mali) in Cahiers d'études africaines, I, 3, 1960, pp. 46-89.

Etude détaillée des habitudes alimentaires des Dogons. Cette étude donne

des renseignements sur les types d'aliments consommés, la préparation des aliments, l'alimentation des nourrissons, les aspects socio-culturels des aliments (minutie extrême avec laquelle les Dogons composent leur régime alimentaire; les aliments et la cuisson sont liés aux femmes et à la fécondité).

Dupin, H. Etudes des carences protidiques observées chez l'enfant en pays tropical (kwashiorkor). Librairie Arnette, Paris, 1958.

Description médicale et détaillée du kwashiorkor et de son traitement; discussion des ouvrages parus à ce jour. Bien que ce livre date de 1958, les informations et les analyses qu'il contient sont encore valides et importantes. L'ouvrage s'accompagne d'une vaste bibliographie. L'auteur traite en particulier du comportement psychologique du nourrisson atteint de kwashiorkor et de son effet sur la mère, ce qui peut avoir d'importantes répercussions sur le traitement : "L'enfant semble ne vouloir qu'une chose : qu'on le laisse mourir en paix" (p. 27) et, citant Clark, Dupin ajoute : "Lorsqu'on peut obtenir un sourire d'un enfant atteint de kwashiorkor, cela signifie qu'il est en voie de rétablissement". Quatre vingt cinq pour cent des cas de kwashiorkor sont dus aux méthodes de sevrage qui frappent les enfants de un à trois ans.

Dupin, H. ed. "Nutrition humaine et développement économique et social" in Tiers-monde, No 63, juillet-septembre 1975, pp. 459-669.

Série d'articles sur les aspects sociaux, économiques, politiques et sanitaires de la nutrition. Ces articles sont de caractère général.

Dupin, H. et M. Nos aliments : Manuel à l'usage des éducateurs de l'Ouest Africain, avec illustrations, ORANA. Les éditions sociales, Paris, 1966.

Ce livre très utile fournit des renseignements importants, présentés simplement (avec dessins) sur les besoins de nutrition, la valeur des denrées alimentaires locales et l'effort requis pour exploiter les ressources nutritionnelles en Afrique de l'Ouest. Ce manuel devrait être utilisé par les écoles, les centres médicaux et les centres agricoles. Il est d'un grand intérêt. Il vise aussi à enseigner aux jeunes comment produire mieux et insiste sur la nécessité d'améliorer trois choses : la santé de la population, la qualité de la vie et l'équilibre économique du pays.

Dupin, H. et Masse, N.P. "Influence de l'alimentation sur le développement de l'enfant pendant les premiers mois de sa vie", in Afrique médicale, 114, novembre 1973, pp. 765-774.

Cet article traite de l'importance d'une nutrition correcte pour le développement mental de l'enfant pendant les premiers jours de sa vie.

Dupin, H. et Raimbault, A.M. Epidémiologie et prévention des troubles nutritionnels chez l'enfant, CIE/OMS, 1972.

Cet ouvrage traite des sujets suivants : la malnutrition protéico-calorique,

les habitudes traditionnelles liées à la consommation alimentaire et à la valeur nutritive (effets particulièrement néfastes pour les enfants et les femmes enceintes); l'anémie nutritionnelle; la prévention de la malnutrition (l'accent est mis sur l'utilisation d'aliments locaux d'une valeur nutritionnelle) et du rachitisme (raisons pour lesquelles ce dernier est rare dans le Sahel); la "publicité scandaleuse" des sociétés industrielles de lait. Les auteurs recommandent d'insister sur l'amélioration de la nutrition infantile (enfants âgés de trois à cinq mois jusqu'à l'âge de trois ans). Il souligne l'importance qu'il y a de former le personnel de santé à comprendre les traditions locales et la valeur de certaines denrées locales.

Epelboin, S. et A. "Quarante jours de médecine nomade chez les Touaregs du cercle de Menaka", (Mali) in Afrique médicale, 139, 1976, pp. 247-252.

Cet article sur une expédition de santé de quarante jours parmi les Touaregs donne un aperçu très superficiel de la situation sanitaire. Il est un exemple typique d'enquêtes rapides souvent faites au Sahel dans des conditions difficiles. Il donne une liste des maladies et des groupes d'âge les plus vulnérables tout en indiquant le traitement local. Il omet cependant des explications spécifiques. Les auteurs ne constatent aucun cas de malnutrition ! Le groupe d'âge révélant le meilleur état de santé est celui de 11 à 20 ans. Aucune femme n'est enceinte et cela est "vraisemblablement dû à la sécheresse" !

FAO. Nutrition et travail, Campagne contre la faim, Etude de base No 5, FAO, Rome, 1962.

Pour ce qui nous concerne, cette étude met l'accent sur le rapport entre la santé mentale et la nutrition.

Hertaing, R. de, et Courtjoie, J. "Proposition pour une éducation nutritionnelle", in Afrique médicale, 144, novembre 1976, pp. 675-676.

Cet article met l'accent sur : 1) un allaitement maternel prolongé; 2) une enquête préliminaire sur l'alimentation de la région; 3) la possibilité d'introduire de nouvelles cultures comme le soja, riches en protéine chaque fois que cela s'avère possible; 4) une méthode d'évaluation de l'état nutritionnel de l'enfant; 5) l'importance d'une campagne d'éducation massive sur les avantages d'une meilleure nutrition pendant la phase initiale.

Holmes, A.C. Les auxiliaires visuels dans l'enseignement de la nutrition. Comment les préparer et les utiliser. FAO, Rome, 1968.

Bien que cette étude ne traite pas directement de l'Afrique, elle présente un intérêt particulier en matière de formation sanitaire : différentes manières d'enseigner une meilleure nutrition par des méthodes visuelles, la narration de contes, le montage de petites pièces théâtrales, l'utilisation de marionnettes et leur fabrication, etc.

Jelliffe, D.B. Infant Nutrition in the Subtropics and Tropics. OMS, Monograph series No 29, 1955 (réimprimé en 1968).

Cet important ouvrage renferme des conseils pratiques et techniques. Il aborde les problèmes dans l'optique des traditions : "Les coutumes qui semblent étranges et peut-être non esthétiques au pédiatre de formation occidentale doivent faire l'objet d'un examen critique et être considérés sans préjugés", (p. 123). L'auteur souligne l'importance qu'il y a de connaître la cuisine locale et de prendre en considération la simplicité des maisons tropicales et de la gamme très limitée des ustensiles de cuisine. La monographie traite aussi des habitudes d'allaitement au sein.

Idusogie, E.O. Rapports entre les problèmes de population et les problèmes de santé nutritionnelle dans les communautés africaines. Accra, Commission régionale mixte FAO/OMS/OUA, 1972.

Ce rapport porte sur les problèmes généraux causés par la malnutrition, une mauvaise planification de l'éducation nationale (il discute du problème de l'instruction impartie aux enfants des régions rurales), sur les facteurs socio-économiques de la démographie et sur les ressources alimentaires.

Idusogie, E.O. Des siècles d'évolution dans les modèles de consommation alimentaire dans les communautés africaines. Publication technique No 8, FAO/OMS/OUA, Accra, 1973

A un moment donné l'auteur réagit violemment contre le mode de vie nomade. Cette publication décrit certains aspects traditionnels des régimes alimentaires qu'il est important de connaître pour étudier la nutrition de différents groupes.

"Influence de la culture traditionnelle dans la promotion alimentaire et nutritionnelle", in Afrique médicale, 130, mars 1975, pp. 469-472.

Bien que cet article tire la plupart des exemples de l'Afrique centrale, la discussion de caractère général revêt un grand intérêt. Elle souligne l'importance qu'il y a de connaître les habitudes alimentaires ainsi que le degré de prestige conféré à différents aliments; de savoir comment les aliments sont préparés; de saisir les idées liées à la maladie et à ses causes; de comprendre les liens avec la religion, le surnaturel ou la magie.

Lefèvre, M.P.C. Alimentation des populations africaines au Sud du Sahara. Centre de documentation économique et sociale africaine (CEDESA), Bruxelles, 1965.

Cet ouvrage pourrait être d'une très grande utilité mais il est mal organisé et difficile à employer pour la recherche.

Malachowski, S. "La promotion humaine et la lutte contre la malnutrition", in L'Enfant en milieu tropical, 90, 1973, pp. 13-21.

Résumé des projets de l'I.R.A.M. au Niger : problèmes et succès de stratégie.

Présentation de la "Fiche technique" (pp. 15-18) sur l'alimentation de l'enfant et les recettes de complément alimentaire (bouillie) à l'aide d'ingrédients locaux (extrait d'un projet de l'IRAM qui peut être trouvé dans de nombreux autres ouvrages et revues). L'article signale les problèmes de la bouillie, le moins réussi des projets, mais insiste sur l'importance qu'il y a d'enseigner aux matrones sa valeur et espère que leur influence (celle des matrones) sera efficace au village !

May, J. The Ecology of Malnutrition in the French-speaking Countries of West Africa and Madagascar. Hafner Publication, New York, Londres, 1968.

De tous les pays du Sahel, le Sénégal est celui qui est le mieux étudié. L'ouvrage signale que les enfants de moins de huit mois ne manifestent aucun signe de déficience; entre l'âge de huit mois et le sevrage, les déficiences commencent à apparaître mais peuvent être traitées si elles sont diagnostiquées en temps voulu. Après le sevrage, la situation s'aggrave et 65 % des enfants révèlent des symptômes évidents de déficience. L'ouvrage donne quelques exemples de bonnes sources alimentaires et de cuisine traditionnelle.

Mondot-Bernard, J. "La malnutrition, fléau de la petite enfance", in Options méditerranéennes, 20, 1976, pp. 75-79.

Cet article traite du tiers-monde en général. Il signale que la malnutrition survient essentiellement pendant le sevrage, ce qui est d'un intérêt particulier pour notre étude et le Sahel. Il dément la croyance populaire que le sevrage a lieu subitement en Afrique; dans la plupart des cas, il est progressif, une forme d'alimentation commençant entre l'âge de quatre et de huit mois. Le problème réside dans les aliments qui sont donnés aux nourrissons. L'auteur souligne que la durée traditionnelle de l'allaitement au sein ne devrait pas être découragée et qu'il serait bon de présenter aux villageois une meilleure méthode de nutrition infantile. A noter la fabrication algérienne d'aliments locaux pour nourrissons à titre de complément de l'allaitement au sein.

Omolulu, A. "Nutritional factors in the vulnerability of the African child", in Yearbook of the International Association for Child Psychiatry and Allied Professions. Wiley & Sons, N.Y. vol. 3, 1974, pp. 331-336.

Article général très intéressant sur les rapports mère-enfant dans les cas du kwashiorkor. L'apathie, comportement typique de l'enfant, apparaît aussi chez la mère qui ne s'intéresse plus à l'enfant. Le traitement de cette maladie est difficile sans le rétablissement d'un rapport entre la mère et l'enfant. L'auteur signale par ailleurs que les écoles rurales, éloignées du foyer des enfants, aggravent généralement les problèmes de nutrition car l'alimentation des enfants est rarement prise en considération dans la plupart des écoles.

OMS. Lutte contre les anémies nutritionnelles en particulier contre la carence en fer. Rapport d'une réunion commune AIEA/USAID/OM, Rapport technique No 580, OMS, Genève, 1975.

OMS. Nutrition and Infection. Rapport technique de l'OMS, série No 314, 1965.

Détails techniques concernant les problèmes généraux de la nutrition. Ce rapport est intéressant car il souligne l'ignorance du lien entre la nutrition et l'infection et le fait que certaines vitamines influent sur les attitudes générales (par exemple, l'antagonisme, dû à une insuffisance de la vitamine B complexe).

Poix, Dr J. "Causes de la malnutrition au Niger", in L'Enfant en milieu tropical, 90, 1973, pp. 4-5.

Les causes de la malnutrition au Niger sont les suivantes : 1) les habitudes et prohibitions alimentaires sont la cause principale; 2) le sevrage n'est pas sûr, d'ordinaire entre le vingt-troisième ou le vingt-quatrième mois et ne tient pas compte de l'état de santé de l'enfant; 3) les infections, la rougeole en particulier, et les prohibitions alimentaires sont liées à diverses maladies; 4) les causes maternelles : le lait de la mère, bien qu'il soit de bonne qualité, ne suffit pas; 5) le manque de ressources et l'ignorance.

Sankalé, M. et al. Alimentation et pathologie nutritionnelle en Afrique Noire, Maloine, Paris, 1974

Cet ouvrage qui traite des perspectives générales de la nutrition et de la santé est très important et très utile. Il contient des discussions intéressantes (par J. Touryon) sur l'emmagasinement des denrées, les méthodes africaines de cuisson (pp. 27-41) et sur les habitudes et les tabous alimentaires (psycho-sociologie de l'alimentation, pp. 69-78). Les auteurs mettent l'accent sur la nécessité d'unifier les techniques d'évaluation en vue d'obtenir plus de précision et d'objectivité; ils suggèrent l'utilisation des rapports techniques de l'OMS pour ces techniques communes, ce qui permet d'éviter l'emploi de qualificatifs tels que bon, mauvais et médiocre (p. 83) Pour ce qui est de l'examen clinique de l'état nutritionnel de l'individu, du kwashiorkor (p. 123), de ses cas et de son traitement, la pathologie nutritionnelle n'est pas facile à définir. Cet ouvrage est intéressant car il donne les résultats du traitement hospitalier de la malnutrition infantile. Les cas suivis ont révélé que 5 % seulement des mères avaient mis en pratique les conseils reçus. Conclusion (p. 139) : Bien que les aspects médicaux et économiques du kwashiorkor soient indéniables, il est indispensable de se rendre compte des dimensions sociologiques du problème. L'ouvrage souligne aussi l'importance qu'il y a de distribuer un supplément de fer aux femmes enceintes.

Satgé, P. et al. "Principaux problèmes posés par la santé de l'enfant en zone tropicale : recherches et solutions", in L'Enfant en milieu tropical, 58, 1969, pp. 3-15.

La mortalité infantile est la plus élevée chez les enfants de un à cinq ans; les efforts des services de santé doivent être axés sur les nourrissons d'un an sinon les résultats seront inutiles. L'ouvrage traite des principaux problèmes pathologiques du nourrisson (malnutrition, manque de vitamine, diarrhée, infections diverses, rougeole, paludisme...) et de leurs raisons. Il déclare que les problèmes ruraux ne seront pas résolus par un accroissement du nombre de médecins, d'infirmiers et de programmes médico-sociaux, mais plutôt 1) par l'emploi des méthodes minimales dont on dispose pour enseigner à la population la valeur d'une meilleure nutrition; 2) par l'amélioration des habitudes de sevrage qui doivent être supervisées avec patience; 3) sur la base de l'expérience même de l'auteur, suggérer de former une équipe itinérante composée d'un infirmier et d'un agent sanitaire qui se rendraient régulièrement dans une série de villages, une fois au moins tous les quinze jours.

Simmons, N.S. "Croyances badyaranké concernant certains animaux" (Sénégal), in Objets et mondes, 12, 4, 1972, pp. 409-410.

Dans cet article, l'auteur parle du pouvoir de certains animaux de rendre les femmes et les enfants malades s'ils en mangent. A cet égard, il explique pourquoi il est interdit aux femmes et aux enfants d'ingérer certains aliments. Les femmes en âge de procréer ne sont pas autorisées à manger des oeufs parce que la croyance veut qu'"on ne peut pas manger les enfants des autres afin de nourrir les siens".

## II. PROBLEMES GENERAUX CONCERNANT LA MERE ET L'ENFANT

Barrès, V. et al. La participation des femmes rurales au développement.  
IRAM, Paris, 1975.

Cet important document sur les expériences de l'IRAM au Niger entre 1966 et 1975, et plus particulièrement sur les femmes, leurs problèmes et leurs succès, fait une analyse détaillée des rapports familiaux qui influencent les attitudes à l'égard du changement. Il étudie diverses expériences et les raisons de leur échec comme la "bouillie de sevrage" et l'"opération coqs de race". Ces échecs sont souvent dus à l'absence de moyens, au manque de compréhension des traditions ainsi qu'au manque de sensibilité pour les besoins réels de la femme.

Bazin-Tardieu, D. Femmes du Mali : Statut-image-réactions au développement,  
Leméac, Montréal, 1975.

Cette étude se fonde sur de nombreuses interviews d'étudiants et d'adultes, principalement en milieu urbain, sur les changements concernant les femmes (fille et mère). Dans les régions rurales, la femme est économiquement plus indépendante et c'est en migrant vers la ville qu'elle devient plus tributaire d'un mari ou d'un parent. De plus, la nature de l'existence polygame change par rapport à la zone rurale où la femme a plus d'espace et plus d'aide alors que dans la zone urbaine, l'espace est plus limité (ce qui restreint donc son intimité). L'intensification des pensions crée chez les co-épouses un désir beaucoup moins grand de s'entraider.

"Colloque de la Société médicale d'Afrique Noire de langue française, séance de lundi 6 mai 1974, in Afrique médicale, 121, juin-juillet 1974, pp. 581-583.

A la page 583 on peut lire : "L'intérêt pratique d'une méthode simplifiée d'identification de l'enfant de faible poids de naissance en milieu africain" par N. Dimbu et Cl. Martin. Cette méthode pourrait très vraisemblablement être d'un certain intérêt pour la formation des infirmiers dans les dispensaires ruraux encore qu'elle paraisse destinée aux hôpitaux.

FISE. Le petit enfant au Niger. Document préparé par le C.I.E. à la demande du FISE, Paris, février 1974.

Ce document porte sur la malnutrition et ses causes, les infections et d'autres maladies ainsi que sur les mauvaises conditions d'hygiène de l'habitat. Il est en grande partie analogue aux documents de l'IRAM, comprend la Fiche technique fréquemment publiée sur la "bouillie de sevrage", mais ne mentionne en rien le caractère très impopulaire de cette dernière. Il considère la tendance à la décentralisation du secteur de la santé comme un élément positif. Il met l'accent sur le milieu affectueux de l'enfant élevé traditionnellement qui, jusqu'à l'âge de six ans, n'est

jamais seul. Il traite de différents types de mariage, de divorce et de la prostitution (dans les quartiers urbains). Il fait état de la nécessité qu'il y a de mieux comprendre les méthodes traditionnelles de contraception (la racine de n'gwane séché, petit arbuste, est bouillie et bue par les femmes et "semble être efficace"). Il formule des recommandations générales sur la santé et l'éducation. Pour ses auteurs, l'un des principaux problèmes est le manque d'eau.

Lambo, T.A. "The vulnerable African child" in Yearbook of the International Association for Child Psychiatry and Allied Professions, vol. III, Wiley & Sons, N.Y. 1974, pp. 259-277

Cet article soulève un point important, à savoir comment la manière traditionnelle d'élever les enfants dans la plupart des pays de l'Afrique contribue à la stabilité psychologique de l'individu au sein du groupe "pour veiller à ce que les premières expériences de l'enfant... soient des expériences bien organisées plutôt que des échecs désorientants" (p. 272), alors que dans les villes et les régions semi-urbaines, l'aliénation des traditions exerce des tensions sur l'enfant et l'adulte.

Luneau, R. Les chemins de la noce : la femme et le mariage dans une société rurale au Mali, 3 vol., Thèse, Université de Paris V, juin 1974.

Le volume II traite de l'importance de l'excision, rite de passage et préparation au mariage; des traditions et des tabous liés au rite et du traitement. Le volume III porte sur le lourd fardeau quotidien de la femme, le bonheur et le malheur conjugal, la stérilité (tragédie conjugale, surtout pour la femme), le traitement de la stérilité, les relations sexuelles pendant la grossesse et les grossesses difficiles. Il déclare qu'aucune stérilité volontaire n'est connue à l'exception des avortements "supposés" de filles non mariées.

Manciaux, Dr M. Maternal and Child Health : Future Problems and Factors Involved in their Solution. Expert Committee on new trends and approaches in the delivery of maternal and child care in health services, OMS, Genève, 7-15 décembre 1975 (MCH/WP/75.6).

De cette brève communication, il convient de retenir le fait que les besoins de santé des mères et des enfants sont très mal compris. Les besoins psychologiques sont ignorés au dépens de la nutrition. Des distorsions en découlent et des conflits surviennent comme la libération de la femme au détriment des besoins essentiels du jeune enfant. Le manque d'informations cohérentes résulte 1) de la réticence des habitants à discuter franchement des problèmes intimes et 2) du manque de confiance dans le personnel de santé.

Oduntan, S.O. "Conditions sociales et santé de l'enfance en Afrique", in Environnement africain, 1, 4, 1975, pp. 70-77.

Discussion générale.

Piault, C. Contribution à l'étude de la vie quotidienne de la femme mawri  
(Niger) CNRS, Etudes nigériennes, No 10, Paris. n.d. (après 1970 et avant  
1976).

Une journée, heure par heure, de l'existence d'une femme Mawri. Celle-ci est en activité constante. L'influence de l'Islam y est plus récente que dans les autres régions du Niger. L'article traite de la grossesse, de l'accouchement, des aliments traditionnels et des soins infantiles. Sur la circoncision, il déclare qu'avec l'influence de l'Islam, l'enfant est circoncis à la naissance et que l'excision ne semble pas pratiquée. L'auteur étudie les différents types de mariage. Il discute enfin des problèmes soulevés par l'accouchement selon le mode occidental, transition difficile entre la position accroupie et la position allongée.

### III. GROSSESSE, ACCOUCHEMENT ET MATRONES

Adler, A. "Les jumeaux sont rois", in L'Homme, vol. 13, Nos 1-2, 1973, pp. 167-192.

Les jumeaux reçoivent le nom de rois car on les craint. Toutefois, cette crainte est due à la difficulté physique et financière de les faire survivre. Des rites spéciaux et des individus particuliers sont liés à leur naissance. Les parents sont l'objet de nombreuses précautions et de maints tabous. Le triple rite qui consiste à ne pas toucher les enfants avant l'arrivée d'un prêtre et de sa femme, à enterrer le placenta sous une fourmilière et à laver les enfants à l'eau froide est une protection contre la mort et l'hostilité. Les parents vivent ensemble au lieu de vivre séparément après cette naissance. Le symbolisme est lié à la naissance de jumeaux.

Animation féminine, Ministère du développement. Rapport d'activités-Animation féminine, ler semestre, 1975, Ministère du développement, Niamey, Niger, 1975.

Ce rapport traite de projets gouvernementaux sanitaires et agricoles entrepris dans plusieurs régions rurales avec des femmes. Les problèmes qui se posent, la participation de la femme, ses critiques et ses suggestions sont d'importants aspects du rapport qui fait une présentation succincte de la formation des matrones. Enfin, le rapport traite des traditions concernant la grossesse, l'accouchement, le sevrage et l'allaitement au sein.

Bitho, S.M. et al. "Les accidents de la circoncision et de l'excision en milieu africain", in Bulletin de la société médicale d'Afrique Noire, Langue française, 20 (30), 1975, pp. 249-255.

Cet article porte sur des accidents qui se sont produits pendant les cérémonies de circoncision (12 garçons) et d'excision (3 filles) effectuées par des praticiens traditionnels ignorants et mal équipés. Après en avoir fait une étude clinique, il note que de tels cas sont loin d'être rares.

Bourgeade, A. et Kadio, A. "Inoculations traditionnelles et inoculation iatrogénique du tétanos en Afrique tropicale", in Afrique médicale, 134, novembre 1975, pp. 809-814.

1. Le tétanos du cordon ombilical est l'une des principales causes de la mortalité infantile dans le tiers-monde, notamment au Sénégal. Ces causes sont : l'absence de dispensaires et de maternités dans les régions rurales; la négligence; et l'emploi d'instruments peu hygiéniques.
2. Le tétanos est parfois dû à une dose trop forte ou à un usage abusif de la quinine sous forme d'injections sur demande.
3. "Des mesures draconiennes" (p. 811) doivent être prises pour mettre fin à ces habitudes.

Clarkson-Goulet, M. "L'enfant né 'coiffé' chez les Bedik" (Sénégal), in Objets et Mondes, 12, 4, 1972, pp. 399-400.

Description de la manière traditionnelle d'accoucher. L'article rattache la signification traditionnelle de l'événement d'un enfant né 'coiffé' et des rites à cette naissance. Il souligne l'importance de réaliser des études plus détaillées sur ces questions qu'abordent très rarement les ouvrages anthropologiques

Crapuchet, S. et Paul-Pont, I. "Enquête sur les conditions de vie de l'enfant en milieu rural au Sénégal et en Gambie", in L'Enfant en milieu tropical, 39, 1967, pp. 3-25.

Cette étude contient des renseignements sur l'alimentation des nourrissons. C'est à Khombolé (Sénégal) et à Iajara (Gambie), qu'elle traite des changements qui ont été salutaires pour les parents et les enfants (nutrition et puits d'eau). Etude statistique fondée sur des interviews, elle décrit les conditions sanitaires, les habitudes concernant les enfants (qui dorment par exemple avec la mère ou un autre adulte jusqu'à l'âge de douze à quinze mois au moins), de la fréquence des consultations aux dispensaires par les femmes (73 %) et de la consommation alimentaire.

Delourdes-Verderesse, M. et Turnbull, R. L'accoucheuse traditionnelle dans la protection maternelle et infantile, OMS, Genève, 1975.

Cet ouvrage porte sur la valeur des accoucheuses traditionnelles qui comprennent les besoins de la mère et de l'enfant; les habitudes bénignes qui devraient être conservées du fait de leurs effets psychologiques (port de talisman; traditions visant le placenta et le cordon ombilical; rites et célébrations liées aux naissances, etc.); les habitudes dangereuses qui devraient être modifiées (régime alimentaire strict de la femme enceinte, pression sur l'utérus pendant les accouchements difficiles, etc.). Ce n'est qu'en tenant compte des traditions que le changement peut s'effectuer. Les auteurs citent des exemples intéressants et énumèrent les objectifs à enseigner. L'ouvrage est un document précieux et indispensable pour la formation des accoucheuses.

Diallo, Dr "Formation des matrones traditionnelles au Mali. Maternités rurales in L'Enfant en milieu tropical, 92, 1974, pp. 24-26.

Cet article se caractérise par une brève esquisse du rôle et du "salaire" des matrones traditionnelles", vieilles femmes qui ne veulent pas quitter leur foyer pour suivre des cours de formation. Le document du FISE (aucune référence sérieuse n'y est faite) n'est pas pratique à mettre en application dans les régions rurales qui disposent d'installations minimales.

Erny, P. Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique Noire. Naissance et première enfance. (Éléments pour une ethnologie de l'éducation). L'Ecole, Paris, 1972.

Etude détaillée et approfondie sur tous les aspects du développement de

l'enfant et de la mère dans l'Afrique Noire, accompagnée de documents anthropologiques à l'appui de la discussion. Cette étude générale revêt un grand intérêt car elle est la synthèse des détails accumulés dans la littérature disponible encore que l'interprétation psycho-sociologique des traditions tend à être considérée sous l'angle occidental (surtout pour ce qui est du sevrage).

Erny, P. "Placenta et cordon ombilical dans la tradition africaine", in Psychopathologie africaine, No 1, 1969, pp. 139-149.

Cet article, sur la différence traditionnelle qui est faite entre le placenta et le cordon ombilical, traite du symbolisme, des traditions en Casamance et chez les Dogons, des mythes liés aux traditions et de la base théorique des différentes manières de disposer du placenta et du cordon.

Fall, I. "Matrones et maternités rurales au Sénégal", in Carnets de l'Enfance, Paris, No 28, octobre-décembre, 1974, pp. 17-28.

L'idée de la création des maternités rurales est venue d'une matrone traditionnelle dont la maison était devenue une grande salle d'accouchement (p. 20). L'auteur souligne l'importance des matrones dans les zones rurales pauvres, mais note que d'après l'expérience, l'éducation des matrones ne suffit pas car elle doit s'accompagner de l'éducation visant la population toute entière. L'article décrit l'expérience des maternités rurales à Khombolé (Sénégal) entreprise avec le concours du FISE, de la FAO et de l'OMS. Le but immédiat était l'éradication du tétanos néo-natal (la mortalité infantile à Khombolé est tombée de 70 à 35 % grâce à la lutte contre cette maladie). Projets et stratégies ne peuvent être couronnés de succès sans la supervision du personnel.

Fall, M. Baldé, I., Diop, A., et Diadhiou, F. "Appendice caudal chez le nouveau-né", in Afrique médicale, 117, février 1974, pp. 127-130.

Le cas d'enfants nés avec un appendice caudal n'est pas inconnu dans ce monde. Cela a toujours eu des conséquences tragiques pour les parents et l'enfant. Cet appendice externe inutile peut faire l'objet d'une opération simple avec succès. En fait, l'appendice est une "tumeur extérieure grossie". Mettre au courant les infirmiers ruraux de ces anomalies fréquentes et des remèdes y afférents peuvent considérablement apaiser les craintes de la famille et du groupe et, partant, prévenir des conséquences tragiques.

Gomis, F. "Croyances et pratiques : maternité au Sénégal (Diakhankes et Coniaquis, et Serer du Sine)", in Afrique médicale, 126, janvier 1975, pp. 77-79.

Dans cet article, l'auteur étudie quelques traditions liées à la conception, à la grossesse et à l'accouchement et parle de l'ensevelissement du placenta et du cordon ombilical. Les femmes Serer, à la différence des femmes des

deux autres groupes, continuent leurs travaux journaliers et se rendent tout simplement derrière la hutte pour donner naissance à l'enfant qui tombe sur le sable. C'est seulement alors qu'une sage-femme vient couper le cordon et laver le nourrisson.

Isaly, Dr "Surveiller la mère et l'enfant", in Afrique médicale, 143, octobre, 1976, pp. 595-596.

L'auteur souligne l'importance pour les infirmiers, spécialisés ou non, d'être conscients des risques que soulève la grossesse : 1) la grossesse extra-utérine et les avortements; 2) l'aggravation d'un mauvais état de santé déjà existant.

Jelliffe, D.B. et Bennett, F.J. "Aspects of child rearing in Africa", in Journal of Tropical Pediatrics and Environmental Child Health, 18, 1, mars 1972, pp. 25-43.

Cette étude générale sur l'éducation des enfants, en particulier en Afrique de l'Est et au Nigeria, se fonde sur des expériences de 1950 mises à jour. Les auteurs discutent des avantages de la polygamie pour l'espacement des naissances, des bienfaits de l'allaitement au sein et du milieu généralement affectueux où les enfants grandissent. Ils examinent le problème des unités médicales modernes qui ne tiennent pas compte du contexte socio-psychologique des besoins de la mère et de l'enfant dans la zone rurale. Enfin, ils abordent le problème de l'acculturation dans les zones urbaines.

Monteil, V. L'Islam Noir. Editions du Seuil, Paris, 1971.

Un des meilleurs ouvrages sur le sujet. Aux fins du présent rapport, il offre un intérêt particulier en ce sens qu'il traite de l'excision et de l'importance de la pharmacopée traditionnelle.

OMS. The Primary Health Worker (PHW), Working Guide. Document de travail de l'OMS, Genève, 1976 (1974).

Ce manuel de formation et d'adaptation met l'accent sur le fait que le matériel doit être adapté à la localité. Il est essentiel pour les techniciens sanitaires dans les régions rurales (et même les régions urbaines), mais exige des connaissances. Il contient des gravures et donne des explications claires et simples sur ce qu'il faut faire et ne pas faire. Le manuel traite des problèmes sanitaires les plus généraux et les plus essentiels dans le cadre de différents chapitres et d'une vaste section sur la PMI (grossesse, travail, accouchement, soins infantiles, etc.). Les explications sont très bonnes, car elles traitent de chaque aspect, étape par étape, sont accompagnées d'illustrations et donnent raisons et solutions.

Poix, Dr J. Dix ans de protection maternelle et infantile au Niger, mémoire, Section médecine, Ecole nationale de la santé publique, Rennes, 1970-1971.

Ce mémoire qui traite de l'expérience en milieu urbain et révèle que les

problèmes de ce milieu sont très semblables à ceux du milieu rural, est un document des plus intéressants car son auteur montre le processus de contact, de rejet et d'acceptation des femmes Djerma urbano-rurales. Il étudie les attitudes psychologiques des patients et du médecin, les désespoirs et les déceptions, les espoirs et les résultats. Pour l'auteur, la clé essentielle du changement est la patience. Elle souligne l'importance de l'éducation des maris qui font obstacle au processus de changement par crainte de changement. Ce document doit être lu car il montre que, quel que soit le bien-fondé d'un projet, son succès ne saurait être possible sans la confiance de la population, sans une attitude d'ouverture et sans l'intérêt des infirmiers qualifiés. De plus, l'auteur estime que non seulement le médecin mais encore les infirmiers qui appartiennent souvent à des groupes ethniques différents doivent parler la langue du patient. Le mémoire renferme une longue section sur les mauvaises habitudes traditionnelles d'hygiène qui ne font qu'aggraver les troubles et les maladies relatives à la mère et l'enfant (pp. 23-31).

Rey, M. Diop, I. et Sow, A. "Le tétanos", in L'Enfant en milieu tropical, 99, 1975, pp. 3-27.

Du 6 au 12 avril 1975 s'est tenue à Dakar la Conférence internationale sur le tétanos. Neuf pays africains y ont participé. Le tétanos est une des principales causes de la mortalité infantile. L'article traite du tétanos, des pratiques traditionnelles et des mesures préventives. Il contient une fiche technique sur le tétanos néonatal et le traitement dans une "unité spécialisée" (pp. 17-20).

Rouch, J. Les Songhay. Presses universitaires de France, Paris, 1954.

L'un des rares ouvrages ethnologiques sur la population sahélienne qui donne des détails sur la grossesse, l'accouchement, la circoncision, l'éducation des enfants (enculturation) et les problèmes d'un sevrage soudain et d'une alimentation forcée. Voir pp. 38-39; 53-56.

Sanchez-Medel, L. "Iron deficiency in pregnancy and infancy", in Comité consultatif de l'OMS-OPS sur la recherche médicale, Iron Metabolism and Anemia: Symposium held during the 8th Meeting of the Advisory Committee on Medical Research, 9 juin 1969, Washington, D.C., OPS-Sc. Publication No 184, pp. 69-71.

Cette communication souligne l'importance qu'il y a de fournir du fer (gratuitement ou à coût minime selon la région) aux femmes enceintes et même dans les zones où la carence en fer n'est pas élevée.

Sanokho, A. et Senghor, G. "Le rôle des sages-femmes et des matrones dans la prévention du tétanos - Expérience sénégalaise", in Afrique médicale, 134, novembre 1975, pp. 873-876.

D'après les auteurs, le taux élevé de mortalité infantile pendant les premiers jours qui suivent la naissance est dû au tétanos ombilical, lui-même le résultat d'un milieu non hygiénique et de la méthode employée pour couper le cordon. Les auteurs recommandent l'adoption de deux mesures : 1) une mesure passive, à savoir l'immunisation de la femme enceinte à titre de prévention du tétanos chez le nouveau-né ou 2) une mesure active par l'éducation de la population aux concepts sanitaires de base. L'accent est mis sur la formation des accoucheuses et sur l'utilisation de femmes de 35 à 45 ans au plus.

Touré, M. "Les hystérotomies de sauvetage et les ruptures utérines - la formation des matrones rurales", in Afrique médicale, 14, 126, 1975, pp. 35-38.

Cet article étudie les fardeaux physiques et psychologiques placés sur les épaules des femmes rurales; l'ignorance des matrones traditionnelles âgées qui prolongent inutilement l'accouchement, et les cas de ruptures utérines et leur traitement. De plus en plus est le besoin de matrones plus jeunes, formées pour faire face à des situations et des besoins ruraux dans leur ensemble (le succès du premier groupe implanté dans la région de Sikasso en 1972 souligne la nécessité d'employer des matrones plus jeunes). Grâce aux soins dispensés par de jeunes matrones dans la région de Bougoumi, le Dr Touré n'a traité que 11 ruptures utérines en 1973 contre 42 en 1971.

Verzin, J.A. "Sequelae of female circumcision", in Tropical Doctor (Londres), vol. 5, No 4, octobre 1975, pp. 163-169.

Liste des différents types de circoncision de la femme par degré de gravité et discussion clinique. Le cas le plus extrême est appelé "circoncision pharaonique" et semble être encore pratiqué au Soudan. Il est intéressant de noter qu'aucun des pays du Sahel n'est mentionné dans la liste. L'auteur indique ouvertement qu'une telle pratique présente des aspects psychologique et religieux trop nombreux pour être éliminée radicalement et que c'est uniquement à travers une éducation et une prise de conscience plus grande des femmes qu'il sera possible de mettre fin du moins aux conséquences les plus nuisibles de cette pratique.

Zagré, A. Approche de l'Enfant en milieu traditionnel voltaïque. Université de Ouagadougou, projet UNESCO, Lycée technique - Ouagadougou, cours universitaire niveau Deug, année 1976-1977.

C'est là un des rares documents qui analysent en détail l'accouchement et les traitements y afférents en Haute-Volta. Il traite de l'enfant dans le contexte traditionnel, de la manière dont il est considéré par ses parents et la société, et de ses rapports avec les ancêtres. Il décrit les soins physiques et mentaux pendant la grossesse, les rites d'accouchement, la

naissance de jumeaux, les croyances liées à la date et à l'endroit où naît l'enfant, et les traditions des noms. Pour ce qui est des soins donnés par la mère à l'enfant et sa nutrition, c'est le seul point au sujet duquel l'auteur parle de carence dans la tradition. Il se penche sur la percée des dents et les types de scarification (sociaux et esthétiques); l'enculturation et l'intégration sociale des groupes d'âge procèdent par des rites divers comme la circoncision et l'excision (il semble que le tétanos se déclare parfois). L'excision comme la circoncision sont liées au processus d'éducation. Le document examine par ailleurs les causes des maladies infantiles, de la malnutrition et des croyances (d'ordinaire surnaturelles). En conclusions, tout en indiquant les avantages de l'éducation traditionnelle qui intègre l'enfant dans la société, l'auteur signale les limitations d'une société fermée qui n'est pas ouverte aux changements extérieurs. Il souligne l'importance d'un nouveau type d'enseignement qui tient compte de l'individu tout entier en fonction de son environnement, de ses besoins, du cadre théorique, de ses liens traditionnels avec Dieu et la nature.

#### IV. ALLAITEMENT AU SEIN ET SEVRAGE

"Alimentation complémentaire, Fiche technique (Niger)", in L'Enfant en milieu tropical, 90, 1973, pp. 15-18.

Fiche technique très souvent publiée de l'alimentation infantile comme complément de l'allaitement au sein pendant le sevrage.

Barbey, G. "Santé, hygiène, éducation nutritionnelle au Niger", in L'Enfant en milieu tropical, 78, 1971, pp. 3-28.

Cet article est similaire à celui de Belloncle et Fournier. Il décrit différentes méthodes d'enseignement de la bouillie de sevrage avec dessins à l'appui pour les villageois.

Berenberg, S. et Masse, N. "Breast-feeding, weaning and child health services", in Modern Problems in Paediatrics, 15, 1975, pp. 169-176.

Bien que cet article traite essentiellement de l'Europe et de l'Amérique du Sud, il revêt un intérêt pour l'Afrique aussi. En effet, il souligne l'importance de l'allaitement au sein pour la nutrition infantile dans les pays sous-développés, protection contre les méthodes peu hygiéniques d'alimentation et immunisation naturelle de l'enfant contre la maladie. Les auteurs estiment que l'allaitement au sein doit être intégré dans tous les programmes de PMI.

Lameroun, M. et Hofvander, Y. Manual on Feeding Infants and Young Children, P.A.G., N.Y., 1971 (ref. du FISE, E/ICEF/2.1303).

(Il s'agit d'un manuel élaboré par un groupe consultatif sur les protéines nécessaires aux nourrissons et aux jeunes enfants et destiné essentiellement à ceux qui sont chargés de tels programmes dans les pays sous-développés).

Melliffe, D.B. et E.P.F. "Le lait pour les enfants", in Lancet, 2, 1975, p. 551. Analysé in Afrique médicale, 144, novembre 1976, p. 649.

Examen d'ouvrages portant sur la composition du lait de la mère dans les sociétés riches et dans les pays en voie de développement.

Sondot-Bernard, J. Relationships between Fertility, Child Mortality and Nutrition in Africa. Centre de développement de l'OCDE, Paris 1975.

Cette étude contient une bonne bibliographie fondée sur une vaste gamme d'ouvrages qui va de 1896 à ce jour. L'auteur s'efforce de faire à partir des documents disponibles une compilation statistique et une synthèse de sujets comme l'allaitement et l'espacement des naissances, la durée de l'allaitement maternel en Afrique de l'Ouest, les habitudes du sevrage, etc. Il procède à une analyse détaillée des recherches faites en France

au début des années 1900 sur les rapports entre l'allaitement et l'aménorrhée. Il met l'accent sur l'encouragement continu de l'allaitement en Afrique, sur la relation importante entre la malnutrition et la mortalité infantile qui sont toutes deux liées à l'arrêt de l'allaitement au sein ainsi que sur la nécessité d'utiliser les recommandations de l'OMS quant aux mesures de santé à prendre en vue d'assurer l'éducation nutritionnelle.

Niehoff, A. et Meister, N. "The cultural characteristics of breast-feeding, a survey", in Journal of Tropical Pediat. Envir. Child Health (Londres), 18, 1, 1972, pp. 16-20.

Des informations sur l'allaitement au sein en Afrique tropicale, en Amérique du Sud et en Asie sont présentées dans cette étude qui indique, contrairement à la plupart des écrits sur le sujet, que le sevrage n'a pas été considéré comme un processus difficile dans de nombreuses cultures mais admet qu'il y a "des méthodes couramment acceptées pour hâter cette transition". L'auteur signale que les cultures islamiques insistent sur un allaitement prolongé du nourrisson.

Omolulu, A. "Importance de l'allaitement maternel", in Afrique médicale, 120, Mali 1974, pp. 485-487.

Pour l'auteur, il est indispensable de mettre un terme à la publicité et à la propagande concernant le lait en boîte et en poudre ainsi que le recours au biberon. Ce sont là, d'après lui, les premiers pas vers la sous-alimentation et l'infection. L'allaitement au sein est important car : 1) il constitue une meilleure nutrition pour le nourrisson; 2) il a des effets psychologiques bénéfiques pour la mère et l'enfant, et 3) il est un moyen de prévenir le cancer du sein.

Rasa, F. "L'allaitement maternel et la contraception", in Afrique médicale, 145, décembre 1976, pp. 737-738.

L'auteur examine les formes sociales et naturelles du contrôle des naissances : 1) Aussi longtemps qu'une mère allaite son nourrisson, elle n'a d'ordinaire pas ses règles, ce qui constitue une forme naturelle de contrôle des naissances; 2) Interdiction sociale du rapport sexuel pendant l'allaitement du nourrisson. L'auteur souligne l'importance de l'allaitement au sein comme supplément de la contraception moderne.

Thompson, B. "The first fourteen days of some West African babies", in Lancet, No 7453, 2 juillet 1966, pp. 40-45 (Gambie).

es enfants sont alimentés immédiatement après leur naissance par d'autres femmes que la mère et ce, pendant les deux ou trois premiers jours. L'enfant est en bonne santé et prend du poids pendant les deux premières semaines. es problèmes surviennent plus tard.

Thompson, B. et Rahman, A.K. "Infant feeding and child care in a West African village", in Journal of Tropical Pediatrics, 13, 3, septembre 1967, pp. 124-138.

Etude réalisée dans une petite localité isolée de la Gambie. Elle montre que les enfants nés pendant la première moitié de l'année, saison sèche, survivent mieux que pendant la saison des pluies lorsque les aliments se font rares et les femmes travaillent au champ. L'étude traite des habitudes d'allaitement au sein et du sevrage abrupt, mais signale également que le traumatisme dépend entièrement du milieu dans lequel l'enfant a vécu pendant le sevrage, à savoir s'il était avec de nombreux enfants, avec des parents affectueux ou non.

Vis, H.L. et Hennart, P. "L'allaitement maternel en Afrique centrale", in Les Carnets de l'Enfance, No 25, 1974, pp. 87-107.

Les auteurs soulignent l'importance accordée à l'encouragement de l'allaitement au sein.

Welbourn, H. A First Book of Child Care for African Parents. Mills et Boon, Londres, 1966.

Ce petit livre très utile répond simplement et clairement à des questions fondamentales concernant la naissance, les soins et la nutrition. Il est destiné aux jeunes mères et à leurs époux, principalement dans les zones urbaines et semi-urbaines. Il suppose naturellement que les intéressés sont instruits. Il encourage l'allaitement au sein et fait ressortir les problèmes que soulève l'emploi du biberon; il encourage les parents à donner aux enfants pendant la période de sevrage des aliments à valeur nutritive et caractère local. Il décrit brièvement les maladies et les troubles courants des enfants ainsi que leur traitement.

Zempleni-Rabain, J. "The weaning of Wolof children, its antecedents and certain implications", in Conditions de vie de l'enfant en milieu rural en Afrique, Dakar, 1967, C.I.E., Paris, 1968, pp. 212-218.

Le sevrage en Afrique est un "rite de passage". Dans la réalité, les femmes Wolof ne maintiennent pas un allaitement au sein prolongé et s'efforcent sciemment de tomber enceintes plus tôt que ne le veut la tradition.

## V. ESPACEMENT DES NAISSANCES

Caldwell, J.C., "Toward a Demographic Transition Theory", in Population and Development Review, II, 3-4, 1976, pp. 321-366.

(L'hypothèse "est avancée que, à l'exclusion de la société de transition, il existe deux sortes de situation : une dans laquelle il est économiquement avantageux d'avoir le plus grand nombre possible d'enfants et l'autre dans laquelle il est économiquement avantageux d'en avoir aussitôt que possible. Affirmant que les structures de procréation dans les types de société se fondent sur des décisions rationnelles, Caldwell conclut qu'au cours du XX<sup>e</sup> siècle, la fécondité tombera presque certainement à de faibles niveaux dans la plupart des sociétés - même là où la croissance économique a été lente et où le revenu par habitant est demeuré faible - en raison des changements sociaux massifs qui ont abouti à la structure familiale en noyau de l'occident". (Tiré de "Abstracts" dans la même Review p. 549)).

Diarra, F.A. Femmes africaines en devenir : les femmes Zarma du Niger. Editions anthropos, Paris 1971.

D'un très grand intérêt, cet ouvrage se fonde sur des interviews approfondies avec des femmes (498) et des hommes (453). L'auteur a obtenu des informations détaillées sur l'éducation sexuelle. Avoir des enfants est une forme de richesse pour les femmes dont 47 et 39 % cependant estiment que deux et trois ans doivent s'écouler entre chaque enfant respectivement. L'espacement traditionnel des naissances est considéré un idéal encore que 47 % des femmes soient désireuses de connaître les méthodes "modernes". L'ouvrage souligne l'importance de la médecine traditionnelle et les listes de médicaments traditionnels avec leur nom scientifique, leur nom local et leur usage.

Lactation, Fertility and Contraception. IPPF Bibliography, Series No. 44, Londres, novembre 1976.

Longue bibliographie générale, à jour et annotée.

Laplante, A. et Soumaoro, B. "Planning traditionnel au Mali", in Education sexuelle en Afrique Noire, CRDI, Ottawa, 1974, pp. 54-60.

Cet article est très intéressant. Le n'gwane aurait un effet contraceptif et fait l'objet d'analyses par le Dr Kumare dans un laboratoire de médecine traditionnelle à Bamako. Tous les hommes et toutes les femmes interviewés dans les régions rurales et urbaines connaissaient deux méthodes (traditionnelles) au moins de contraception.

Manuel de régulation des naissances en Afrique. Ecole nationale de la santé publique, Section santé et protection de la famille, 2e édition, Rennes, 1976.

Il est intéressant de noter que le département de la santé et protection

de la famille à l'Ecole nationale de la santé publique de Rennes, France, a formé, entre 1974 et 1977, 70 stagiaires africains aux aspects de l'espacement des naissances. Cette formation sera arrêtée en 1977 faute de fonds. Destiné particulièrement au personnel des hôpitaux et des centres de PMI, le manuel traite de tous les aspects des méthodes modernes de contraception, de leurs avantages et de leurs inconvénients. Il décrit brièvement les méthodes traditionnelles en Afrique (pp. 51-52) et les causes de stérilité. Il comprend une annexe en neuf parties avec bibliographie des articles et ouvrages en langue française sur les méthodes de contraception. Il fait une remarque de caractère général : la solution des problèmes ne semble pas pratique pour les conditions rurales existant au Sahel.

Okediji, F.O. "Family Planning in Africa : Overcoming social and cultural resistance", in Revue internationale de l'éducation de la santé (Genève), 15, 3, 1972, pp. 199-206.

Okediji décrit le cadre théorique de la classification des résistances à la régulation des naissances selon qu'elle soit à caractère social, culturel ou psychologique et d'après leur rapport avec la santé. Il analyse les raisons pour lesquelles les méthodes de contraception sont rejetées par les pays d'Afrique. Il suggère une stratégie propre à surmonter la résistance : 1) employer l'argument traditionnel, à savoir que le planning familial est la continuation de l'espacement traditionnel des naissances (Okediji propose de remplacer l'expression PF par "vie familiale" ou "prévoyance familiale"; 2) surmonter la crainte que les techniques de PF mènent la femme à l'infidélité; 3) disposer d'un réseau de communication bien organisé pour promouvoir le programme par les moyens traditionnels et modernes d'information de masse.

Quist, Ch. K. et Coles, D. "Planification familiale pour l'Afrique", in Afrique médicale, 140, mai 1976, pp. 335-346.

Les auteurs proposent une politique de planning familial à diviser en trois points : 1) l'espacement des naissances, 2) la limitation du nombre des enfants; 3) la réduction de la fécondité aux deux extrêmes de l'âge des femmes (avant 17 ans et après 35 ans).

Richier, Cl. "Le Centre de planning familial de Bamako", in Afrique médicale, 115, décembre 1973, p. 895.

Dans cet article, l'auteur souligne que 64 % des personnes qui viennent au Centre sont inscrites et possèdent en moyenne cinq enfants. Au Centre lui-même, un diagramme explique quelques-uns des médicaments traditionnels inefficaces et néfastes liés à la fécondité, à la contraception ou à l'avortement.

"Les sages-femmes et le planning familial", in Afrique médicale, 122, août-septembre 1974, p. 719.

Le planning familial est inefficace s'il n'est pas intégré dans un système

de santé approprié qui comprend la nutrition, la vaccination, la santé infantile, l'amélioration de l'approvisionnement en eau et l'éducation générale des villageois. Une telle interprétation exige la création d'équipes multidisciplinaires et surtout d'infirmiers polyvalents.

Schieffelin, O., edited and compiled by Muslim Attitudes towards Family Planning. The Population Council, New York, 1972.

Extrait d'ouvrages, de discours de Chefs d'Etat et de dirigeants religieux montrant tous que l'Islam ne s'est pas opposé à l'espacement des enfants pour protéger la santé et la prospérité de la famille. Bien que la plupart des extraits et des commentaires portent sur des pays arabes et asiatiques, une grande partie concerne aussi l'Afrique, en tant qu'instrument d'une plus grande prise de conscience de l'acceptation, sinon de l'encouragement de l'espacement des naissances par le Coran.

Van Balen, H. et Ntabomvura, V. "Méthodes d'espacement des naissances authentiques pour l'Afrique : l'allaitement naturel et l'abstinence post-partum", in Afrique médicale, vol. 14, No 126, janvier 1975, pp. 41-45.

Cet article traite de l'hypothèse possible d'une corrélation entre l'allaitement maternel prolongé et la contraception "naturelle". Il étudie les avantages psychologiques et physiques de l'allaitement au sein et des façons d'aborder l'espacement des enfants d'après les traditions et avec l'aide de mesures modernes de contraception. Les auteurs recommandent d'éviter l'utilisation non naturelle de gravures anatomiques pour l'éducation sanitaire et l'usage des livres sur la manière d'élever les enfants par les mères africaines dont la manière d'élever leurs propres enfants s'est avérée la plus efficace et la plus naturelle. L'éducation devrait se faire par la mise en valeur des traditions.

Wolf, B. Anti-conception laws in sub-saharan francophone Africa and ramifications. Law and Population Monograph series No 15, The Fletcher School of Law and Diplomacy, Medford, Mass., 1973.

Le titre s'explique de lui-même.

## VI. FECONDITE, STERILITE ET AVORTEMENT

Capron, J. Communautés villageoises bwa - Mali et Haute-Volta, Institut d'ethnologie, Paris, 1973.

Cette étude ethnographique exhaustive présente pour notre étude un point intéressant, à savoir que la stérilité et la fécondité limitée des femmes menacent l'existence du groupe pour des raisons apparemment inconnues. L'auteur ne semble pas avoir lu Retel-Laurentin. Toutefois, la promiscuité sexuelle sans restriction est répandue. L'ouvrage mentionne l'abandon du comportement et de la morale traditionnels : pas d'abstinence pendant les règles ni pendant une période de "deux mois" après l'accouchement.

Defontaine, C. et Keita, B. "Le couple stérile (étude étiologique)", in Afrique médicale, 144, 1976, pp. 615-622.

Dans cet article, les auteurs font une étude de 248 cas de couples appartenant à différents groupes ethniques au Mali. Ils procèdent ensuite à un examen clinique des raisons de la stérilité masculine et féminine.

"Démographie en Afrique", in Afrique médicale, 121, juin-juillet 1974, pp. 567-569.

En ce qui concerne l'avortement, on ne dispose guère de renseignements et on éprouve des difficultés à en recueillir. L'article souligne l'importance des mesures que devraient prendre en commun médecins et spécialistes des sciences sociales pour rassembler de telles données.

Downs, W.G., Sacks, H.S. et Silver, G.A. Assessment of Sahel R and R Health and Nutrition Proposals in Central and West Africa. 2-18 mai 1974, AID.

Cet ouvrage note le refus des médecins et infirmières de formation occidentale à admettre l'existence (et l'efficacité) des guérisseurs traditionnels. Les auteurs analysent l'importance et les problèmes des attitudes à l'égard de la fécondité (les mères ne veulent pas avoir autant d'enfants qu'elles pourraient en procréer, car elles savent que peu d'entre eux survivront).

Erny, P. "Stérilité et rites de fécondité dans la tradition africaine", in Afrique Documents, 101, 1, 1969, pp. 47-61.

La stérilité est un malheur personnel et social dans toutes les sociétés africaines. Elle est d'ordinaire attribuée aux femmes seulement et à trois causes traditionnelles : 1) un défaut anatomique exigeant un traitement; 2) une impureté rituelle ou une violation des interdictions (purification et réparations sont requises); 3) des forces surnaturelles influencent la destinée de l'homme. L'auteur note mais sans preuves à l'appui que les méthodes traditionnelles de traitement de la stérilité sont d'une efficacité

incontestable, notamment en utilisant la pharmacopée et surtout, pour ce qui est des cas psychologiques.

Retel-Laurentin, A. "Fécondité et syphilis dans la région de la Volta Noire", in Population, 1973, Nos 4-5, pp. 793-815 (Haute-Volta).

L'auteur établit un rapport entre le faible taux de fécondité et le taux élevé de syphilis parmi les Bobo-Bwa de la région de Boromo. Des cas de gonorrhée ont été diagnostiqués mais cette maladie est plus difficile à dépister et à traiter. L'auteur donne les raisons de cette maladie et note qu'elle a commencé à se répandre en 1900. Elle recommande de lancer sans tarder une vaste campagne de traitement à la pénicilline pour mettre fin aux risques de contamination dans les groupes voisins et migrants.

Retel-Laurentin, A. "Rickettsioses et avortements", in Gynécologie, XXVII, 1, 1976, pp. 71-74.

Cet article fait une étude comparative des maladies parmi les femmes enceintes au Cameroun et en Haute-Volta où l'auteur a exercé en qualité de gynécologue dans des villages ruraux des deux pays. L'auteur insiste sur le fait que les avortements sont involontaires et liés à une maladie. Elle note que les femmes africaines calculent rigoureusement leur cycle menstruel et sont très conscientes des retards et des premiers symptômes de grossesse. Comme dans les articles précédents, il souligne l'intérêt que porte la population aux traitements médicaux dispensés.

Retel-Laurentin, A. et Benoit, D. "Infant Mortality and Birth Intervals", in Population Studies, 30, 2, 1975, pp. 279-293 (Haute-Volta).

Cet article revêt un très grand intérêt car il discute d'une enquête médicale et des soins dispensés dans trois villages Bobo-Oulé. Il traite du rapport entre la stérilité et les maladies vénériennes, discute des raisons du taux élevé de mortalité infantile et souligne les coutumes traditionnelles malsaines ainsi que la nécessité d'instruire la population. Selon les auteurs, la longueur de l'abstinence sexuelle après la grossesse varie beaucoup et dépend de la décision de sevrer l'enfant. L'article met l'accent sur l'intérêt porté par la population à l'enquête et sur le désir d'apprendre de meilleures méthodes de soins une fois la confiance établie. Une étude statistique vient à l'appui des arguments avancés (voir étude précédente in Population, 1973).

Retel-Laurentin, A. "Rites et mystères de la fécondité en pays primitifs", (Cameroun) in La vie médicale, 44, août 1963.

Cet article soulève des points importants : 1) il n'existe pas de matrones traditionnelles ou formées chez les Nzakara en raison d'une forte réduction du taux de natalité; 2) l'enfant qui sort des entrailles de la mère ne doit pas toucher le sol de peur qu'il ne retourne à la terre. L'enfant qui sort aisément désire vivre et tombe entre les mains de l'accoucheuse.

Reymondon, L. Boudarel, A. et Maistre, B. "Le médecin praticien en milieu africain devant la stérilité conjugale. Réflexions en marge de 587 dossiers", in Afrique médicale, 9, 82, 1970, pp. 599-608.

VII. AFFECTIONS ET MALADIES - CONCERNANT ESSENTIELLEMENT LES FEMMES ET LES ENFANTS

Arnaldi, J.C. "La médecine au Niger en 1975", in Revue de pédiatrie, 11, 8, 1975, pp. 413-420.

La vaccination traditionnelle contre la variole par les Peuls Wodaabes serait encore pratiquée de nos jours. Par contre, par contraste avec ces connaissances, ces Peuls ne se rendent pas compte de l'effet catastrophique qu'il y a de ne pas donner de l'eau au nourrisson qui souffre de diarrhée. L'auteur donne la liste des pratiques traditionnelles qui sont néfastes pendant la grossesse et l'accouchement. Il traite ensuite de la pathologie infantile (point intéressant : les difformités sont rares chez les enfants et ce, peut-être, parce que ceux-ci meurent tôt ou sont tués comme dans le cas des mongoloïdes). Pour l'auteur, l'approvisionnement en aliments est le principal problème de nos jours.

Barbotin, M. Charles, D. et Darracq, R. "Traitement des anémies ferriprivées de la femme africaine et utilisation d'un complexe ferrique injectable" in Afrique médicale, 118, mars 1974, pp. 271-274.

Cet article souligne que le taux d'anémie est élevé parmi les africaines, pratiquement partout en Afrique. Il fait un exposé technique sur la manière de remédier à cette affection.

FISE. Mauritanie - groupe de travail, Projet FISE : Enfance, jeunesse et plan de développement. Etude nationale, Nouakchott, décembre 1971.

Liste des principales maladies du pays : paludisme (7/10ème de la population) bilharziose, maladies respiratoires, rougeole et épidémies selon les régions. Toutes ces maladies sont liées à l'absence d'hygiène et d'installations. L'étude met l'accent sur la médecine préventive et dresse une liste du personnel de santé dans le pays : 40 médecins dont 4 Mauritaniens, 10 sages-femmes dont 2 Mauritaniennes. Les services de santé dans les régions rurales étaient pratiquement inexistantes en 1971. Malgré la concentration des dispensaires de prévoyance maternelle et infantile dans les agglomérations urbaines, une équipe chinoise (le rapport ne donne pas le nombre de ses effectifs) a pu, dans une zone comme celle de Guidimaka, couvrir 100 % de toutes les naissances, pourcentage des plus remarquables. Le sevrage des nourrissons serait particulièrement difficile. La nutrition a été pour la mission du FISE un problème particulièrement grave. Il est à noter l'importance accordée à la distribution gratuite de l'aliment de sevrage à tous ceux qui en ont besoin pour qu'il soit accepté plus aisément. L'étude ne contient aucune donnée directe sur les traditions concernant la santé et fait plutôt un exposé du mauvais état de santé général, en particulier chez les enfants. Elle note que les femmes participent normalement dans une mesure importante à la production agricole et qu'il est donc essentiel de les inclure dans le plan national et d'améliorer leur participation.

FISE. République du Tchad. Enfance, jeunesse et plan de développement -  
Conférence FISE, Fort Lamy, novembre 1971.

Le document examine les causes de mortalité (paludisme, tuberculose, dysenterie, diarrhée, amibiase, maladies contagieuses). En 1971, il n'existait qu'un seul centre de PMI au Tchad. Ce centre avait été créé avec l'aide du FISE en 1965 et de l'OMS à Chagoua. Les femmes ne se rendent aux dispensaires qu'après plusieurs jours de souffrance. La mortalité infantile est due spécialement au tétanos. Les tabous alimentaires et l'ignorance ont conduit à des habitudes mal fondées sur la nutrition. Le document insiste sur la nécessité d'éduquer non seulement les mères mais aussi les pères quant aux besoins essentiels des nourrissons. Il décrit en détail la situation générale du pays et donne une liste des maladies et des régions où elles sont les plus répandues.

Greene, M.H. "Impact of the Sahelian Drought in Mauritania, West Africa", in Lancet, I, 7866, 1er juin 1974, pp. 1093-1097.

Les principales conclusions de cet article se fondent sur une étude de dix semaines menée dans tout le pays sous le patronage de l'USAID et sous contrat avec le Center for Disease Control, Atlanta, Georgie. Ces conclusions sont : 1) il existe une malnutrition aigüe surtout chez les nomades; 2) la malnutrition était du genre marasme; 3) il y avait une sérieuse carence de vitamine dans des zones isolées; 4) la rougeole était d'une ampleur épidémique; 5) la poussée épidémique de choléra a été arrêtée; 6) les taux bruts de mortalité étaient trois fois plus élevés que le taux normal; 7) la majorité des personnes déplacées se refusaient absolument à retourner dans le désert (ce qui implique un énorme changement d'attitude et de mode de vie); 8) "La solution aux problèmes à long terme de survie et de développement dans cette région n'est toujours pas définie".

Imperato, P.J. "Rougeole au Mali : attitudes traditionnelles", in Afrique médicale, 133, octobre 1975, pp. 695-706.

L'auteur qui signale un taux élevé de mortalité infantile dû à la rougeole estime qu'il résulte principalement 1) des concepts traditionnels de réduction de la nutrition de l'enfant pendant la maladie, ce qui aboutit à la malnutrition (ou n'est-ce-pas une sous-alimentation ?) et 2) du recours traditionnel aux guérisseurs. Il admet cependant que les analyses cliniques n'ont pas encore permis de démontrer l'effet néfaste éventuel de ces méthodes.

Jelliffe, D.B. Appréciation de l'état nutritionnel des populations, OMS, Genève 1960

Cette étude très générale traite du danger qu'il y a d'encourager l'alimentation des nourrissons avec le biberon ou d'autres moyens artificiels. L'allaitement au sein dans les pays sous-développés est encore essentiel et assure à l'enfant la nutrition la meilleure. L'auteur fait une description clinique de certaines maladies de l'enfance.

"La variole et la varicelle", in Afrique médicale, 115, décembre 1973, pp. 841-842.

Ce diagramme donne des explications très simples et est destiné aux infirmiers pour les aider à faire la distinction entre la variole et la varicelle. Il est souligné aux infirmiers que la variole est très grave et doit être immédiatement signalée au médecin du chef-lieu.

OMS. Health Progress in Africa 1968-1973, OMS, Brazzaville, 1973

Ce rapport traite des travaux réalisés par l'OMS en Afrique. Il étudie les épidémies et les maladies en Afrique, par pays. Dans bon nombre de cas, il constate une augmentation plutôt qu'une diminution du nombre de cas comme pour la rougeole. Les cas de mortalité au Sahel et en Afrique de l'Ouest en général ont progressé dans chaque pays.

Parry, E.H. et McDavidson, N. "Le pronostic de l'insuffisance cardiaque des femmes enceintes", in Cardiologie tropicale, 1, 3, 1975, pp. 153-159.

Cette étude sur les femmes au Niger a montré que 20 % des décès pendant la grossesse et l'accouchement sont dus à des troubles cardiaques. Cela prouve que ces causes n'ont pas fait l'objet d'une enquête suffisamment approfondie.

Rey, M. "Les méningites purulentes en Afrique", in L'Enfant en milieu tropical, 99, 1975, pp. 28-36.

Avec le tétanos et la rougeole, la méningite est une cause de mortalité infantile. L'auteur traite des zones les plus souvent frappées, le Sahel et la savane, particulièrement durant la période la plus chaude (février-mai). Il examine les facteurs génétiques et le cadre socio-économique. Il indique les mesures préventives à prendre (non pas un isolement mais bien un traitement immédiat) et suggère une stratégie (vaccination de masse).

Sankalé, M. et al. "Place de l'éducation sanitaire des populations dans la lutte contre le paludisme en Afrique Noire", in Médecine d'Afrique Noire, XVI, 2, février 1969, pp. 209-214.

Cet article traite des connaissances traditionnelles sur le paludisme et sur la manière de le guérir et d'enseigner aux populations les méthodes préventives. L'auteur mentionne les remèdes traditionnels mais non leur efficacité.

Sarrat, H. Ridet, J. et Deubel, V. "Résultats d'une enquête étiologique sur les infections génitales féminines en zone rurale sénégalaise", in Bulletin de la Société médicale d'Afrique Noire, 19, 1, 1974, pp. 76-79.

Résultats d'une enquête sur les infections génitales féminines dans des zones rurales du Sénégal : 15,9 % d'infections à trichomonas; 30,7 % d'infections à champignons; 2 % d'infections à gonocoque et 5 % à gonococcie.

Les auteurs notent que ces infections sont moins répandues que dans les zones urbaines mais qu'elles le sont suffisamment pour être considérées avec plus de sérieux qu'elles ne le sont.

Soyaunwo, M.A.O., Ayeni, O. et Lucas, A.O. "Pathologie comparée de l'hypertension : Sexe, parité et hypertension chez le Noir". Référence et compte rendus tirés d'Afrique médicale, 125, décembre 1974, p. 1049, aucune indication de la date ou de la maison d'édition; fait probablement partie du colloque sur l'hypertension tenu à Abidjan en 1974.

(L'hypertension est plus grave chez les femmes que chez les hommes, surtout entre 20 et 49 ans, c'est-à-dire pendant la période durant laquelle elles élèvent les enfants. L'étude a été réalisée dans des régions rurales. Les auteurs concluent que la fréquence de l'hypertension chez les Africaines est vraisemblablement due à des éléments qui existent pendant la grossesse

Willard, H.W. A resume of some human and animal diseases of West and Central Africa, AID, septembre 1973.

Un rapport technique donnant la liste des principales maladies dans la région et de leurs symptômes.

VIII. MEDECINE TRADITIONNELLE ET ETHNOBOTANIQUE

Adler, A. et Zempleni, A. Le bâton de l'aveugle. Divination, maladie et pouvoir chez les Moundang du Tchad. Hermann Paris 1972

Les Moundang du Tchad ont une très bonne connaissance clinique de différentes maladies. Pour eux, il y a un lien entre la maladie, la religion et la magie. Ils établissent des différences entre le rôle des hommes et celui des femmes dans la guérison des maladies. L'ouvrage traite de la possession, de la divination et de la hiérarchie sociale. Il soulève un point crucial, à savoir l'importance qu'il y a de bien comprendre le concept de la maladie dans une société, des rites qui s'y rattachent et du système de diagnostic.

Aujoulat, Dr L.P. Santé et développement en Afrique. Armand Colin, Paris 1969.

L'auteur est un médecin qui a travaillé pendant de nombreuses années en Afrique (surtout en Afrique centrale). Il met l'accent sur la compréhension de l'historique et de l'évaluation objective des pratiques médicales traditionnelles. Il recommande d'améliorer les traditions plutôt que de les éliminer. L'ouvrage signale qu'il existe de nombreuses "concoctions" à valeur curative et que le principal problème est celui de l'ignorance du guérisseur traditionnel des poids et des mesures concernant les quantités à donner au patient.

Barkus, A. Consultant's Report on Chad - Health Services, AID, 15 janvier - 20 mars 1976.

Ce rapport d'un intérêt général sur les stratégies de santé contient une section sur les pratiques médicales traditionnelles qui manquait dans le document consulté.

Bernus, E. "Cueillette et exploitation des ressources spontanées au Sahel nigérien par les Kel Tamacheq", in Cahier ORSTOM, séries Sciences humaines, IV, 1, 1967, pp. 31-52.

L'article porte sur la récolte de graines et de fruits sauvages ainsi que sur le rôle important de la femme dans ce domaine. Son auteur discute brièvement de la pharmacopée : traitement du rhume, de l'indigestion, des maux de tête, de la rougeole (peu efficace dans ce dernier cas); du lavement fait d'un mélange d'urine de vache et de chameau (il ne mentionne pas les risques hygiéniques d'une telle pratique); du traitement efficace des boutons et des abcès.

Bernus, E. Les Illabakan (Niger) : une tribu touareg sahélienne et son aire de nomadisme, ORSTOM, Paris 1974.

Etude socio-économique et géographique accompagnée de quelques renseignements

pertinents sur les aliments et les remèdes traditionnels (pp. 102-104). Elle contient une liste de termes botaniques avec leur équivalent touareg (p. 109). Une bouillie est donnée aux femmes enceintes ou aux femmes qui ont accouché pour faciliter la circulation du sang (p. 104).

Colloque du C.A.M.E.S. Médecine traditionnelle et la pharmacopée africaines, 18-22, novembre 1974, Lomé, Togo.

Recommandations générales et listes de remèdes indigènes du Rwanda et de la Haute-Volta. Les participants ont envisagé la création avec le CAMES d'un institut de médecine traditionnelle et de pharmacopée africaine". On ne sait pas si cet institut a été créé. L'accent est mis sur le secret des connaissances de médecine traditionnelle et des plantes dans la majorité des pays de l'Afrique, secret qui entraîne des problèmes socio-économiques pour ceux qui les divulguent : perte de revenu, perte de pouvoir divin, religieux ou magique et perte de confiance de la population.

"Colloque sur la médecine traditionnelle", in Afrique médicale, 127, février 1975, p. 165-166.

Cet article traite du colloque tenu en juillet 1974 à Yaoundé sur la médecine traditionnelle. Il soulève deux points d'un grand intérêt : 1) la médecine traditionnelle a surtout un effet sur l'état d'esprit du patient traditionnel, 2) il décrit en détail les expériences entreprises au Cameroun: pharmaciens, médecins et guérisseurs traditionnels participent à la collecte d'informations ainsi qu'à l'analyse d'herbes du pays. L'article fait état de résultats spectaculaires, notamment dans la guérison des hémorroïdes, du cancer de la gorge, des tumeurs et de la bilharziose. Quarante mille plantes ont été recueillies et cataloguées.

Il importe de noter le désir des guérisseurs traditionnels de collaborer avec des personnes qui comprennent manifestement leurs techniques.

Eben-Moussi, B. "Les médecines africaines, populaires et autochtones", in Présence africaine, 53, janvier-février, 1965, pp. 194-207.

Une distinction est faite entre les sorciers, les féticheurs et les guérisseurs. L'article traite du concept traditionnel de la maladie et des malades. Il mentionne les procédures de pharmacopée, la chirurgie traditionnelle et l'obstétrique ainsi que les pratiques nuisibles. Selon l'auteur, les aspects scientifiques de la médecine traditionnelle demandent à être mieux compris tandis que l'interpénétration de la médecine occidentale et africaine sera des plus utiles à la recherche psycho-somatique et pharmacodynamique.

Ferry, M.P. et Gessain, M. et R. Ethno-botanique tenda (Sénégal). Musée de l'homme, Centre de recherches anthropologiques, Paris, 1974.

Etude détaillée de 313 plantes, avec leur nom local, le nom botanique occidental et leur emploi thérapeutique. Plusieurs catégories sous chaque description donnent, chaque fois que cela s'avère possible, l'époque et

la méthode de culture, la technologie et la commercialisation, l'emplacement du champ par rapport à l'habitat, l'origine de la plante, les références dans la tradition orale, son importance pour le groupe ethnique, etc. L'ouvrage renferme une liste des aliments typiques et offre un index détaillé qui sert de référence générale. Cet ouvrage est une étude anthropologique-botanique importante.

Gallais, J. et J.M. Pasteurs et paysans du Gourma : la condition sahélienne. C.N.R.S., Paris, 1975 (Mali)

D'un grand intérêt pour notre information générale et d'une importance immédiate pour notre étude, cet ouvrage met l'accent sur l'importance des concepts et des pratiques traditionnels en tant qu'instrument du développement économique moderne. L'attitude pro-fécondité des Dogons est handicapée par la maladie. Les Dogons, connus pour leur réputation de guérisseurs, administrent un vaccin traditionnel contre la variole. Les auteurs citent une quarantaine de types d'herbes et de légumes employés contre différentes maladies.

Gillet, H. "Feuilles de Miltou, Dagela, Koumra, Moussafoya", in Journal d'agriculture tropicale et de botanique appliquée, 10 (1 à 4) 1963, pp. 86-91; 108-110. 128-130; 146-148 (Tchad).

Cette étude ethnobotanique réalisée dans différentes régions du Tchad fait une description des plantes et des arbres sauvages et de leur utilisation. Elle traite aussi de l'utilisation médicale des plantes.

Harrison, I.E. "The Traditional Healer : a neglected source of health manpower" in Rural Africana, No 26, pp. 5-16.

Le Nigeria est pris comme exemple, mais le sujet aurait présenté un plus grand intérêt si les recommandations avaient été plus originales. L'auteur recommande la stratégie à suivre pour accroître le personnel des services de santé en utilisant le potentiel traditionnel.

Imperato, P.J. "Traditional medical practitioners among the Bambara of Mali and their role in the modern health-care delivery system", in Rural Africana, No 26, pp. 41-54.

L'article énumère les croyances qu'ont les Bambara au sujet des causes des maladies. Il souligne la prise de conscience parmi les habitants de l'inefficacité et de la formation insuffisante de leurs propres guérisseurs traditionnels qui sont souvent des charlatans plutôt que de véritables guérisseurs. L'auteur met l'accent sur la nécessité impérieuse d'améliorer les services de santé dans les régions rurales, ce qui encourage les villageois à rendre des visites plus fréquentes de sorte que "les services de santé médiocres (des guérisseurs traditionnels) seront progressivement éliminés par le rejet des guérisseurs et de leurs services par les consommateurs" (p. 52).

Keita, S. "Tisane aux cinq plantes", in Afrique médicale, 130, mai 1975, pp. 423-426 (Mali).

Cet article traite de la préparation d'une tisane locale qui est faite de cinq plantes et sert à soigner l'hépatite. Elle est également utilisée comme purgatif et laxatif.

Kerharo, J. "Les drogues remarquables de la pharmacopée sénégalaise : sur deux menispermacées", in Médecine d'Afrique Noire, 16 (8-9), août-septembre 1969, pp. 665-668.

Explication de l'usage traditionnel et de la composition chimique de deux plantes utilisées par les guérisseurs traditionnels : l'une a des propriétés diurétiques et l'autre est employée pour certaines maladies connexes de l'hépatite mais guérit également les cas aigus de paludisme et de bilharzios.

Kerharo, J. "Esquisse d'un programme d'étude et d'exploitation des ressources de l'Afrique Noire en plantes médicinales", in Médecine d'Afrique Noire, 12 (12), décembre 1965, pp. 467-472.

L'auteur suggère que l'étude des plantes médicinales en Afrique soit entreprise scientifiquement : 1) études botaniques et ethno-botaniques (création d'un centre de documentation); ces études devraient être faites localement; 2) recherche clinique et pharmacodynamique dans des centres européens; 3) prospection des ressources. La recherche devrait être menée avec le concours de plusieurs Etats sous une direction centralisée et dans le cadre de plusieurs disciplines. L'accent est mis sur l'utilisation du potentiel existant au plan local.

Kerharo, J. et Thomas, L.V. "La médecine traditionnelle des Diola de Basse Casamance", in Afrique Documents, No 70-71, 1963, pp. 167-179 (Sénégal).

Bien que la thérapeutique des Diolas comporte certains aspects psychomatiques intéressants, elle laisse beaucoup à désirer car l'accroissement du nombre de charlatans a compromis l'efficacité des remèdes traditionnels. Un secret excessif rend la recherche difficile et empêche la diffusion des remèdes. Réputés pour leurs connaissances et leur penchant à l'égard des traditions, les deux auteurs notent néanmoins que les aspects généraux de l'hygiène des Diolas laissent beaucoup à désirer.

Kerharo, J. La pharmacopée sénégalaise traditionnelle : plantes médicinales et toxiques. Vigot, Paris, 1974

Cet ouvrage très intéressant est une étude scientifique exhaustive et très détaillée (1011 pages) de nombreuses plantes, avec leurs usages traditionnels, leur composition chimique et leur habitat. Il devrait présenter un grand intérêt pour les botanistes du Sahel et d'Afrique de l'Ouest en général qui cherchent à savoir si les plantes existent ailleurs et comment elles sont utilisées. L'ouvrage donne le nom et la composition des plantes (pp. 109-799).

Kerharo, J. "Pharmacopées traditionnelles en environnement", in Environnement africain, 1975, I, 4, pp. 32-42 (Sénégal).

Dans cet article, l'auteur donne une liste des médicaments traditionnels de trois régions différentes : Sahel, Soudan et Guinée.

Kerharo, J. "Les plantes magiques dans la pharmacopée sénégalaise traditionnelle", in Ethnoatria, II, 1 janvier-juin 1968, pp. 3-6.

(Description des rites de certaines guérisons magico-médicales utilisant des plantes de la pharmacopée traditionnelle sénégalaise : remède Fulani contre l'impuissance; remède Serer contre la stérilité féminine; remède Wolof contre la stérilité et les maladies mentales; remède Soce contre la lèpre. (Le résumé de l'article est tiré d'une fiche de la bibliothèque du CARDAN).

Kerharo, J. "Que sait-on des espèces médicinales vendues par les herboristes sur les marchés sénégalais ?" in Médecine d'Afrique Noire, XXIII, 11, novembre 1976, pp. 665-678.

Cet article présente une méthode importante qui fait la distinction entre les informations recueillies auprès des guérisseurs professionnels qui défendent (et sont capables d'analyser) la médecine et la pharmacopée traditionnelles et auprès de ceux qui vendent des herbes sur le marché (c'est-à-dire la différence entre la médecine traditionnelle et la médecine populaire). Il donne la liste de 78 plantes, leurs noms populaire et scientifique ainsi que les remèdes proposés par les vendeurs. Le but de l'étude est de fournir des listes qui doivent être utilisées essentiellement par les médecins et les infirmiers dont les patients ont précédemment utilisé des plantes achetées sur le marché. L'auteur souligne la nécessité d'une plus grande connaissance et d'une attitude plus positive vis-à-vis de la pharmacopée traditionnelle.

Koumaré, M. "Médecine traditionnelle", in Famille et développement, 8, octobre 1976, pp. 19-24.

Etant donné la difficulté qu'il y a à assurer des services médicaux modernes dans la région rurale, la médecine traditionnelle devrait être revalorisée. Koumaré discute des attitudes condescendantes à l'égard des méthodes traditionnelles, attitudes qui ne sont plus valides. L'un des principaux problèmes consiste à régler les doses des médicaments traditionnels. Les exemples de collaboration entre les systèmes de santé traditionnels et modernes semblent donner de bons résultats au Ghana et au Mali. Ce type de collaboration devrait être étendu aux autres pays de l'Afrique. L'auteur note une résistance continue à employer les méthodes traditionnelles, non seulement à cause de l'éducation moderne, mais aussi de croyances religieuses mal fondées (Islam et chrétienté). Enquêtes et recherches sont essentielles.

Laplantine, F. Maladies mentales et thérapies traditionnelles en Afrique Noire, J.-P. Delarge, Paris, 1976.

Le titre de l'ouvrage est plus intéressant que son contenu.

Lebeuf, J.-P. Etudes Kotoko. Cahiers de l'Homme, Mouton, Paris, La Haye, 1976 (Tchad).

Cette étude de caractère général est importante. Elle soulève trois points d'intérêt pour notre rapport : 1) la culture et la consommation des oignons sont pour les Kotobo (voir p. 100) d'une grande importance religieuse mais aussi d'une valeur curative pour traiter les névralgies en inhalant et en plaçant un oignon coupé en deux sur les yeux. Cette technique est aussi employée pour soigner les morsures de scorpion et de serpent. L'auteur fait remarquer qu'il existe trois types d'oignon : a) le type curatif ou tada, c'est-à-dire de très jeunes oignons sauvages, b) le type comestible ou albasar, vient du mot arabe albasal et c) le type vénéneux, mani;

2) A Mandara, dans la région de Mémé et Dulo, il y a encore d'importantes écoles de médecine qui sont très fréquentées. Elles datent très vraisemblablement d'avant le 17<sup>e</sup> siècle (voir p. 12); 3) Une taxonomie très complexe d'animaux, d'oiseaux et de poissons existe parmi les Kotodo et réglemente les interdictions alimentaires. Pour bien comprendre les habitudes traditionnelles de la nutrition (voir p. 40), il convient absolument de les connaître.

Logmo, Dr B. Médecine traditionnelle chez les Basa du Cameroun. Approche anthropologique et perspectives éducatives. Thèse en médecine, Bordeaux, No 206, 1975. (Voir critique in Afrique médicale, décembre 1976, p. 709).

Bien que cette étude porte sur le Cameroun, elle présente un intérêt général car ce pays intègre actuellement les médecins traditionnels au système médical moderne.

Monfouga-Nicolas, J. Ambivalence et culte de possession du Bori hausa, Contribution à l'étude. Editions Anthropos, Paris, 1972 (Tchad).

Cet ouvrage n'est pas d'une utilisation immédiate mais il est important pour comprendre la relation entre la santé et la religion; la maladie en tant que punition; les interdictions alimentaires; les herbes thérapeutiques et la divulgation psychologique des remèdes. Le culte est lié à la grossesse, à la stérilité et aux maux de tête.

Nicolas, J. 'Les juments des Dieux', rites de possession et condition féminine en pays hausa, vallée de Maradi, Niger, IFAN, Collections des études nigériennes, No 21, Niamey, 1967.

Cette étude porte sur les raisons pour lesquelles les femmes se joignent au culte Bori. L'auteur souligne que ces raisons sont essentiellement thérapeutiques, mais qu'il convient de se rendre compte que les facteurs religieux et magiques de maladie sont considérés plus dangereux que les facteurs physiologiques. Une femme stérile est rejetée sur le plan social. En adoptant le rite Bori, les membres, autrefois rejetés, deviennent des éléments positifs de la société. L'auteur discute de la vie personnelle des femmes Bori. Il souligne l'indépendance économique des femmes Hausa dans les mariages polygames

OMS. African Traditional Medicine. Afro Technical Report Series, No 1, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville, 1976.

Le Comité régional d'experts sur la médecine traditionnelle en Afrique s'est réuni à Brazzaville du 9 au 13 février 1976. Il a décrit les cinq mesures à prendre en matière de recherche pour assurer une collaboration plus étroite entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne. Par ailleurs, il a traité des aspects positifs de la médecine traditionnelle (particulièrement importants dans les régions rurales où la couverture de santé est très limitée) et des aspects négatifs (imprécision, manque de contrôle et de rigueur, abus, charlatanisme et sorcellerie). Les limitations de la pratique traditionnelle doivent être comprises, notamment par les guérisseurs traditionnels, ce qui les convaincra de la nécessité de coopérer avec le secteur médical moderne. Une méthode d'intégration n'est possible que si les réticences psychologiques sont surmontées de part et d'autre. Le travail d'équipe est essentiel; la terminologie est définie. La commercialisation des plantes doit être limitée. Le rapport se termine par une recommandation en douze points.

Poulet, J. "Singularités des médecines africaines traditionnelles", in La semaine des hôpitaux de Paris, 47. 52, 1971, pp. 3005-3015.

Poulet souligne l'importance qu'il y a de comprendre le contexte socio-culturel de la médecine traditionnelle en Afrique et ses facteurs mystico-magiques qui pénètrent tous les aspects de la vie de l'individu et de la collectivité.

Retel-Laurentin, Dr A. Sorcellerie et ordalies. Editions Anthropos, Paris, 1974.

Cette étude comporte une bibliographie exhaustive et brièvement annotée (837 points) sur les rituels de l'administration du poison En Afrique Noire. Elle présente une synthèse de livres de voyage, d'ethnographies, de documents administratifs et missionnaires en anglais, en français, en allemand, en italien, en portugais et en espagnol. L'auteur étudie tous les aspects des raisons pour lesquelles un poison est administré à "l'accusé", comment il est préparé et les résultats obtenus. Cet ouvrage est d'un très grand intérêt pour comprendre les raisons socio-culturelles de ces vieilles coutumes qui sont néanmoins changées ou adaptées selon les circonstances, mais dont l'importance est encore vitale dans le concept de la réhabilitation sociale.

Traditional healers : use and non-use in health care delivery. Rural Africana, No 26, Michigan State University, 1974-75.

Série d'articles sur l'utilisation des guérisseurs traditionnels dans la stratégie de santé. Voir Imperato, Dunlop, Harrison.

Traoré, D. Comment le Noir se soigne-t-il ou médecine et magie africaine. Présence africaine, Paris, 1965.

Cet ouvrage décrit toutes les infections et maladies connues en Afrique de

l'Ouest et leurs cures locales (pp. 9-518). L'auteur met l'accent sur la compréhension de l'homme dans son environnement physique et mental. Les traitements vont de cures locales pour les boutons au zazabi, ou fièvre résultant de problèmes d'obstétrique à l'excision. Il est indispensable d'expérimenter toutes ces traditions médicales locales dont bon nombre mais pas toutes ont une valeur. La plupart des traitements semblent être ceux des Bambara et des Hausa. Les plantes sont également identifiées par leur nom scientifique occidental.

UNESCO. Medicinal Plants of the Arid Zones. UNESCO, Arid Zone Research No 3, Paris 1960.

Cet inventaire détaillé des plantes médicinales et de leurs possibilités pharmacologiques, thérapeutiques et commerciales n'a pas d'index facilitant la référence. L'index se présente par ordre alphabétique des noms occidentaux des plantes.

IX. ETUDES DE SANTE INTERESSANT LA MERE ET L'ENFANT

Afrique médicale, No 125, décembre 1974.

Ce numéro traite de l'hypertension, problème courant non seulement dans les centres urbains, mais encore dans les zones rurales, des forêts aux déserts. Un colloque a eu lieu en 1974 à Abidjan sur cette question.

Buck, A.A. et al. Health and disease in Chad. Baltimore, 1970.

Maladies et infections au Tchad - étude sur l'écologie de la maladie.

Burgess, A. et Dean, R.F.A. eds. Malnutrition and Food Habits. Tavistock Publication, New York, 1962.

Cet ouvrage est d'un intérêt général. Une conférence a eu lieu en 1960 au Mexique à laquelle ont participé plusieurs ethnologues. Le chapitre 6 sur "La psychologie sociale des habitudes alimentaires" revêt un intérêt particulier pour notre étude. La corrélation entre le mode de vie et le degré de difficulté à changer les habitudes alimentaires (insouciance, nature affectueuse, tolérance, plus grande résistance au changement) semble très improbable et subjective. Les habitudes alimentaires sont liées à l'image de soi, à une forme d'auto-expression (p. 80). Le maintien des habitudes alimentaires, des types d'aliments sont importants pour le maintien du niveau de stabilité intérieure, de liaison avec le monde extérieur. Les auteurs examinent les concepts d'éthiques et d'alimentation : la transition entre le magique et le "scientifique", du "tabou" à l'acceptable est lente.

Cole, D. Joseph, St. et Vanderschmidt, H. Consultants' Technical Report : Mali Rural Health Project, AID, janvier 1976.

Ce rapport qui contient des propositions d'ordre général sur les mécanismes d'organisation et de prestation des services de santé formule des recommandations sur les moyens d'obtenir et de tenir à jour les dossiers de traitement. Voir la page 23 pour une série de cinq questions essentielles à la compréhension des problèmes concernant le choix du personnel de santé, les méthodes de formation, la rémunération des auxiliaires paramédicaux, les réactions traditionnelles et l'adaptation des services de santé aux différents groupes ethniques.

Collomb, H. et Valantin, S. "The Black African Family", in The Child in His Family, ed. E.J. Anthony et C. Koupernik. The International Yearbook for Child Psychiatry and Allied Disciplines, vol. I, John Wiley & Sons, N.Y., 1970, pp. 359-388.

Cet article est particulièrement intéressant pour comprendre le concept de la famille en Afrique (le Sénégal est pris comme exemple) et les relations au sein de la famille.

Hughes, Ch. et Hunter, J.M. "Disease and 'Development' in Africa", in Social Science and Medicine, 1970, vol. 3, pp. 443-493.

Cet article d'un caractère général traite des problèmes de santé en Afrique et de l'interdépendance entre la maladie et la pauvreté; du développement et de la "déculturation" accrue. Les points ci-après présentent un intérêt pour notre étude : les régimes alimentaires africains traditionnels fournissaient un "régime alimentaire excellent et bien équilibré", mais la pression démographique, les cultures de rapport et les tabous alimentaires ont provoqué le déséquilibre de ce régime. Le rapport entre la mère et l'enfant a changé non seulement dans les zones urbaines mais aussi dans les zones rurales.

Imperato, P.J. Health and Nutrition Services of the Sahel R and R Program in Mali, AID, mai 1976.

Imperato, P.J. "Nomads of the West African Sahel and the Delivery of Health Services to Them", in Social Science and Medicine, vol. 8, 1974, pp. 443-457.

Imperato, P.J. A Wind in Africa. Warren H. Green, Inc., St. Louis, 1975

Les trois références ci-dessus sont d'un grand intérêt. Elles traitent de la prise de conscience et de la compréhension des cultures. Elles ne mentionnent rien des problèmes de santé maternelle et infantile.

Jansen, G. The doctor-patient relationship in an African tribal society. Van Gorcum and Co., Assen, 1973.

L'ouvrage commence par une citation de Brockington (1967) : "La santé ne peut être imposée à un peuple; elle doit être réalisée en partenariat". Cette étude a été réalisée au Bomvanaland, Transkei du Sud, mais présente un certain intérêt car elle permet de comprendre de manière générale les problèmes d'adaptation des concepts de santé occidentaux aux besoins locaux. L'auteur examine la combinaison de méthodes préventives et curatives ainsi que leur intégration dans les stratégies de santé.

Labusquière Dr R. Santé rurale et médecine préventive en Afrique. Imprimerie Saint-Paul, Bar-le-Duc, 1974.

Cette étude est fondée sur l'expérience de l'auteur au Cameroun, mais elle présente un intérêt général pour la zone sahélienne car de nombreux problèmes sont similaires. L'auteur traite de la stratégie de santé publique dans les régions rurales, étudie les principales infections et maladies, la manière de les traiter et de les diagnostiquer. Il met l'accent sur la médecine préventive, les problèmes communs à la grossesse et les risques pendant le sevrage. L'ouvrage contient une section sur le kwashiorkor et le marasme ainsi que sur l'alimentation du jeune enfant. Enfin, il analyse l'emploi des insecticides.

Lambrecht, F.L. Development and Health in the Tropics : I, West Africa.  
University of Arizona, College of Medicine, (1976?).

Cet ouvrage est d'un intérêt général et renferme aussi des recommandations de caractère général.

"Le personnel de première ligne : Les infirmiers", in Afrique médicale, 125, décembre 1974, pp. 1075-1076.

Cet article porte sur l'importance qu'attache l'OMS à la formation d'infirmiers qui jouent le double rôle d'agents du développement du système de santé et de promoteurs de changement dans les collectivités. Moins de 20 % de la population en Afrique disposent de services de santé.

Menes, R.J. Syncrisis : The Dynamics of Health - XIX : Senegal. An analytic series on the interactions of health and socioeconomic development, US Department of H.E.W., juin 1976.

Après avoir fait l'historique du Sénégal et du Sahel, l'auteur donne une liste des maladies courantes et des habitudes alimentaires. Il mentionne comme problème de santé l'obésité des femmes qui est un symbole de prestige mais oublie de signaler les effets évidents de la sécheresse sur une telle coutume en 1976. Il étudie les installations de santé rurale au Sénégal (Fatick, Pikine, Kombole où des efforts considérables ont été faits pour s'occuper des femmes enceintes et des mères). L'ouvrage se termine par une description générale de l'aide accordée par diverses organisations.

OMS. Conference on Health Coordination and Cooperation in Africa

Rapport de la première réunion, Yaoundé, 25-26 septembre 1975. OMS, Brazzaville, 8 janvier 1976.

Recommandations générales. Ce rapport est très semblable au rapport sur la santé présenté au Congrès par l'AID (octobre 1976)

Sankalé. Dr M. Médecins et action sanitaire en Afrique Noire. Présence africaine, 1969

La santé et la maladie sont liées au surnaturel, à la vie mystique en Afrique traditionnelle et l'homme doit donc vivre en harmonie avec son univers. Toute déviation aboutira à la maladie. L'auteur, actuellement doyen de la faculté de médecine à Dakar, souligne l'importance qu'il y a de comprendre les problèmes psycho-sociaux avant d'appliquer une stratégie de santé et il signale l'urgence pour les médecins ruraux à devenir polyvalents. Deux priorités immédiates se dégagent dans le secteur de la santé : les femmes et les enfants. Il préconise l'utilisation des matrones traditionnelles mais insiste sur une compréhension réaliste de leurs limitations. Cet ouvrage est particulièrement important pour bien comprendre les problèmes, les attitudes et la nécessité (et les moyens) de changer la situation. "Que sera la situation sanitaire dans l'Afrique de demain ?

Nul ne peut le dire. Elle sera fonction de ce contexte politique, social et économique. L'hygiène et la santé d'une nation sont de fidèle reflets de son degré de développement" (p. 428).

Veylon, R. "Les premiers jours de la vie après la naissance : Importance des relations mère-enfant aux premières heures et aux premiers mois de la vie", in Sage-femme africaine et malgache, No 39, janvier 1975, pp. 7-17.

Cette étude qui a été publiée dans une revue destinée aux sages-femmes africaines est une analyse comparative du comportement de l'enfant et de la mère dans un hôpital de Cleveland, Ohio, E.U.A. et dans un hôpital Ougandais.

## X. PROPOSITIONS, EXPERIENCES ET STRATEGIES SANITAIRES

AID. Niger : Improving Rural Health. PRP No 683-0208, AID, 11/241/1976.

Ce rapport formule des recommandations de caractère général sans explications. Il mentionne que le Niger est "très en avance" sur plusieurs pays africains et asiatiques en matière d'organisation de la santé mais ne fait absolument aucun état des raisons de cette "avance", de nombreux projets réalisés antérieurement au Niger ni des expériences entreprises par l'IRAM et d'autres organismes en collaboration avec le gouvernement. Point intéressant, il mentionne l'acceptation par les villageois de nouvelles techniques dès que ces dernières se sont avérées efficaces.

AID. Siné Saloum Regional Health Project, pp. 685-0210, 1977.

Recommandations générales. Le rapport note que le rôle de la femme est important et que les réactions ont été positives. "Le projet a été conçu d'après les traditions culturelles et conformément aux désirs exprimés par la population" (p. 25).

Baylet, A. et Benyoussef, A. "Priorités, planification et indicateurs sanitaires", IV<sup>e</sup> Conférence internationale des sciences sociales et médecine, Elsenaur, Danemark, 12-18 août, 1974, OMS, Genève, 1974, 7 pages

Une haute priorité doit être accordée à la planification nationale de la santé qui doit constituer une partie importante et intégrante du développement global du pays. Elle ne peut être dissociée d'autres domaines du développement comme l'agriculture et l'éducation.

Belloncle, G. et Fournier, G. Santé et développement en milieu rural africain, Eds. Economie et humanisme, Les éditions ouvrières, Paris, 1975 (Niger).

C'est vraisemblablement un des ouvrages les plus intéressants sur les expériences en matière de stratégie sanitaire au Sahel. Le succès (limité il est vrai) est en grande partie attribuable au dévouement et à la persévérance de trois médecins dans trois régions du Niger : Maradi, Zinder et Matameye. Les auteurs mettent l'accent sur l'approche globale des activités de santé et d'hygiène et sur la participation de la population à sa propre protection. Au coeur du problème soulevé se trouve le problème des normes économiques et sociales, du choix à faire entre l'époque moderne et les traditions, des attitudes à l'égard de la médecine curative et de la médecine préventive. L'ouvrage contient des renseignements très précieux sur les individus, les habitudes traditionnelles, les traitements traditionnels, le tout sur des fiches centralisées à Niamey et à Zinder. Il renferme une abondance de données qui devraient être organisées et utilisées. Les auteurs décrivent les maladies infantiles à Maradi, les raisons de grossesses difficiles et leurs conséquences. Il discute et critique

la formation des secouristes et des matrones (pp. 66-70 et pp. 101-103; p. 79); le problème de l'âge avancé des matrones; les femmes qui considèrent d'ordinaire la formation comme un autre des "rites de passage" et encourage l'idée de la formation progressive de femmes plus jeunes. L'opération "bouillie" a été une expérience importante (pp. 82-85; pp. 185-188) malgré ses problèmes; elle s'efforce d'enseigner aux femmes comment mieux alimenter les enfants et les sevrer progressivement; l'usage du porridge traditionnel et le mélange d'aliments locaux au porridge de l'enfant. Les expériences de Zinder (Chapitre IV) sont intéressantes, car elles visent à inclure dans les expériences la médecine traditionnelle et le guérisseur traditionnel. L'ouvrage donne une liste des maladies infantiles et adultes, des symptômes et des cures traditionnelles. L'essence même de l'argument est le suivant : Enquête-participation. Les auteurs proposent une stratégie sanitaire en cinq étapes dont le canevas apparaît aux pages 189 à 199 : 1) création de centres de diagnostic au niveau de chaque unité territoriale; 2) analyse par la population de sa propre situation (sanitaire); 3) établissement d'unités sanitaires dans les villages; 4) évaluation permanente et amélioration constante; 5) mise sur pied d'une vaste campagne sanitaire.

Benyoussef, A. et al. "Services de santé : couverture, facteurs et indices d'utilisation", in Bulletin de l'OMS, vol. 51, No 2, 1974, pp. 111-132.

Dans cet article, l'auteur mentionne le manque de recherches faites sur la couverture de santé dans les pays sous-développés et la nécessité d'appliquer une méthode multidisciplinaire qui à elle seule permet d'identifier les facteurs médicaux, démographiques, écologiques et socio-économiques ainsi que les facteurs d'organisation et de gestion. L'auteur décrit une méthode techniquement simple pour l'analyse statistique, méthode importante en matière de planification.

Birdsall, A. "Health planning and population policy in Africa", in African Studies Review, vol. xix, No 2, septembre 1976, pp. 19-33.

L'article porte sur la politique démographique. Les points ci-après revêtent un intérêt pour notre étude. La plupart des gouvernements d'Afrique suivent une politique d'encouragement d'une croissance rapide de la population; "de nombreuses formes de contraceptifs peuvent être administrées par des personnes dotées d'une formation médicale minimum" (p. 28).

Dunlop, D.W. "Alternatives to 'Modern' Health-delivery Systems in Africa", in Rural Africana, 26, 197, pp. 131-140.

L'auteur qui encourage une coopération étroite entre les secteurs traditionnel et moderne examine les aspects positifs du modèle chinois de santé rural.

FISE. Enfance, jeunesse, femmes et plans de développement en Afrique de l'Ouest et du Centre. Rapport de la Conférence des Ministères qui s'est tenue à Lomé en mai 1972, FISE, Abidjan, 1972.

Des études ont été faites sur huit pays : le Gabon, le Cameroun, la Côte

d'Ivoire, le Togo, le Tchad, le Niger, le Mali et la Mauritanie. Ce rapport contient des résumés des études nationales effectuées avec recommandations à tous les niveaux de la vie de la femme, de l'enfant et de la jeunesse. Il souligne l'importance de l'environnement dans l'amélioration des conditions de vie de base : adduction d'eau, dispersion des établissements humains, etc.; interdépendance des problèmes; intégration de la jeunesse dans les programmes nationaux; éducation des femmes mais aussi des hommes et des jeunes pour ce qui est d'une meilleure nutrition. Le rapport note que les femmes étaient mieux disposées que les hommes à accepter les techniques modernes de l'espacement des naissances. Dans une recommandation générale sur l'amélioration de la santé et de la nutrition de la mère et de l'enfant, le rapport suggère que des aliments produits localement soient distribués gratuitement aux enfants ou vendus à très bas prix sur les marchés locaux.

FISE. Le Jeune enfant : Perspectives d'action dans les pays en voie de développement - Projet de rapport et recommandations du Directeur général. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, FISE, Conseil d'administration, Session 1974 (27 mars 1974), E/ICEF/L.1303.

Cet important document porte sur les problèmes de stratégie concernant la santé et l'éducation des enfants ainsi que leurs besoins immédiats. Il formule des recommandations sur la manière d'implanter une pharmacie de village; sur l'usage du moulin à mil et sur le traitement de la malnutrition. C'est un document précieux qui contient de nombreuses références.

FISE. "Problèmes de santé publique" in Carnets de l'enfance, 23 juillet-septembre 1973, pp. 19-34.

Divers articles sur la nécessité d'appliquer de meilleures stratégies de santé dans le tiers-monde.

FISE. A Strategy for Basic Services. FISE, N.Y., 1976.

Ce rapport traite de la manière dont les travailleurs communautaires sont choisis par la collectivité qui prend part à tous les aspects des programmes conçus à son attention. Il cite des exemples de cette stratégie de continuation dans les pays du Sahel (Mali, Niger). La brochure est accompagnée d'une bibliographie utile dans l'élaboration des grandes lignes de la stratégie.

Fournier, G. et Djermakoye, I.A. "Village health teams in Niger (Maradi)," in Health by the People. OMS, Genève, 1975, pp. 128-144.

Les auteurs mentionnent les difficultés des services de santé rurale qui couvrent moins de 15 % des patients. Ils font état du succès remporté dans l'utilisation d'auxiliaires paramédicaux villageois et de la "pharmacie de village". Ils soulignent la nécessité de s'attacher les services d'assistants médicaux compétents ayant reçu une formation en médecine

préventive et comprenant les conditions locales. Ils signalent les limitations des matrones traditionnelles âgées. Cet article est intéressant en ce sens qu'il fait ressortir l'enthousiasme des villageois, leur acceptation des changements et leur participation spontanée, à la différence du manque de continuité et d'intérêt des autorités locales.

Gosselin, G. Développement et tradition dans les sociétés rurales africaines B.I.T., Genève, 1970.

Bien que cet ouvrage traite du développement agricole, les trois étapes de développement proposées pourraient présenter un intérêt pour les stratégies sanitaires ainsi que l'intégration et le rôle des femmes et des enfants dans celles-ci. L'auteur se fonde sur un argument, à savoir l'utilisation des aspects de la tradition qui prédisposent à la réforme et mettent l'accent sur la responsabilité personnelle de chaque individu.

Idriss, A.A. et al. "The primary health care programme in Sudan", in WHO Chronicle, 30, 1976, pp. 370-374.

L'article traite de l'aide de l'OMS dans le domaine de la planification sanitaire. Son auteur affirme que la participation de la collectivité est indispensable au succès de tout programme de santé primaire. L'effort personnel et l'entraide sont inhérents à la société du Soudan. Il met l'accent sur l'interaction du secteur de la santé et du plan de développement socio-économique. Le but est de couvrir 80 % de la zone rurale et d'établir des unités sanitaires qui desserviraient une population de 4.000 habitants. Les auxiliaires para-médicaux sont choisis par la collectivité elle-même. La stratégie est simple et idéale et vise à donner à la collectivité la responsabilité de son unité sanitaire. Cette stratégie est intéressante si elle est étudiée et adaptée à la situation des pays du Sahel.

Logno, Dr B. "Prolégomènes à la méthodologie d'intégration des médecins en Afrique", in Afrique médicale, 145, 1976, pp. 709-712.

Historique et stratégie d'intégration de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne.

Mali Rural Health Services Development, PP, AID, 1976.

Etude générale avec recommandations générales, questions et suggestions; pas de solutions. L'accent est mis sur la nécessité de recourir aux guérisseurs, aux sages-femmes et aux médicaments traditionnels.

Ministère du développement, Niger. Rapport d'activités - Animation féminine. Animation féminine, Ministère de développement, Niamey, 1975.

Ce rapport traite de projets gouvernementaux d'agriculture et de santé entrepris dans plusieurs régions rurales pour ce qui est des femmes. Il parle de la stratégie sanitaire dans le secteur rural, des problèmes qui se posent, de la participation de la femme aux projets, de ses critiques et de ses suggestions. Il fait une description succincte de la formation

des matrones. Enfin, il mentionne les traditions liées à la grossesse, à la naissance, au sevrage et à l'allaitement au sein.

N'daw, A. "L'école des sages-femmes de Dakar", in Afrique médicale, 120, mai 1974, pp. 493-496.

Cet article présente un grand intérêt car il met en lumière les principaux points faibles de l'école des sages-femmes (bien que cela ne soit pas l'intention de l'auteur) et la nécessité de procéder à des changements. L'école qui est urbaine jouit d'un très grand prestige; elle offre un programme de trois ans avec examen d'entrée difficile (600 candidates, 30 admises !). En 1954, elle comptait quatre étudiants; en 1973, 98. Néanmoins, une telle situation est inadmissible compte tenu des immenses besoins du continent.

OMS. Conférence Atelier sur les soins de santé primaires. Janvier 13-22, 1977, Niamey, Niger.

Ce document intéressant de l'OMS présente les données les plus récentes sur les pays du Sahel pour ce qui est de la population et des installations sanitaires, de divers besoins de santé ainsi que la justification du plan d'action suggéré en matière de santé primaire. Les trois dernières pages sont consacrées aux problèmes qu'affronte chaque pays pour ce qui est des plans ainsi que de leurs points faibles et de leurs points forts. Une évaluation réaliste en est faite (Le Sénégal semble avoir beaucoup plus de difficulté à exécuter le plan. Le document discute en détail la région nomade de Tchén Tabaraden au Niger). Les problèmes communs à tous les pays sont les suivants : un personnel de santé peu fiable; des programmes non réalistes; une absence de communication; un manque d'information; un manque de fonds et la négligence des régions rurales.

OMS. National Health Planning : its value and methods of preparation. Afrique-OMS, Technical Paper, No 57, Brazzaville, 1974

OMS. Trends in the Development of Primary Care. Report on a Working Group, Moscow, 10-14 juillet, 1973, OMS Copenhague, 1973.

Bien que ce rapport ne traite pas directement de l'Afrique, il est important car il met l'accent sur les équipes multidisciplinaires de santé primaire, leur composition et leurs fonctions.

O.R.T. Maternal and Child Health-Child Spacing Project - Republic of Niger. Final Report 1972-1974, ORT, N.Y., 1974.

Ce rapport est très général en dépit d'une expérience de deux ans dans l'arrondissement de Say. La méthode de planification familiale n'est pas accueillie avec satisfaction par le gouvernement et la population. Il existe une corrélation entre le taux élevé de mortalité infantile et le bref espacement des naissances (moins de deux ans). Le rapport fait état

des difficultés et des contraintes. Point intéressant : un film produit par le Niger et diffusé dans tout le pays ("Il faut qu'on se décide") sur l'espacement des naissances; à l'Annexe J figurent les projets de recherche future : une étude à faire sur les méthodes sanitaires les plus efficaces; les recherches à entreprendre sur les attitudes et les pratiques traditionnelles des populations.

O.R.T. Proposal for Maternal and Child Health - Extension Project in Niger, Cameroun, Tchad. ORT Genève, 1971.

Proposition.

Prost, A. Services de santé en pays africain : leur place dans des structures socio-économiques en voie de développement. Masson, Paris, 1970.

Cette bonne bibliographie traite dans leurs grandes lignes de la santé, du développement et de la collectivité. Elle donne une liste de priorités (p. 96) tirée de Sankalé (1969, p. 407) et quasiment identique à celle de Belloncle et Fournier (1975, p. 26) : 1) médecine préventive; 2) protection des catégories vulnérables d'abord (les enfants et les mères); 3) réorganisation administrative; 4) formation d'un personnel national qualifié.

Public Health Problems in 14 French-speaking Countries in Africa and Madagascar. A survey of resources and needs, vol. II, AID, 1966.

Etude générale sur chaque pays : démographie, problèmes socio-économiques, système de santé et problèmes sanitaires, maladies, prestataires de l'aide, son emplacement et son volume. Cette étude note que le Sénégal est le pays le plus avancé en matière d'administration de la santé publique.

Raimbault, A.M. "Evaluation permanente des programmes de nutrition intéressant les mères et les enfants dans les pays du Sahel", in Courrier-CIE, XXVI, 1976, pp. 7-11.

Raimbault souligne l'importance d'une évaluation continue des programmes de santé publique mais indique qu'il semble exister une certaine opposition (à l'échelle nationale et professionnelle). L'évaluation comporte trois aspects: 1) la surveillance épidémiologique de l'état de santé et de nutrition de la population; 2) l'étude du changement des habitudes nutritionnelles 3) les études de nutrition. L'article met l'accent sur le changement des habitudes alimentaires de la mère et de l'enfant par l'éducation.

Raimbault, A.M. C.I.E. Organisation pratique d'un enseignement de perfectionnement pour le personnel paramédical dans une république africaine, le Niger, C.I.E., Paris, 1972.

Cet article sur la philosophie et les activités du Centre international de l'enfance discute de la stratégie de santé rurale au Niger et de l'aide qu'apporte le C.I.E. à sa mise en oeuvre.

Raimbault, A.M. "Orientations de l'enseignement pour la promotion familiale dans les pays du Sahel", in Courrier-C.I.E., XXIV, 1, janvier-février, 1974, pp. 13-14.

L'auteur souligne l'importance d'un personnel polyvalent dans les zones rurales capable de faire face à différentes situations d'urgence.

Satgé, P. et al. "Essai de mise en place d'une protection infantile efficace pour la tranche d'âge 0-4 ans dans un faubourg de Dakar (Pikine)", in Courrier-C.I.E., 20, 1, 1970, pp. 1-13.

Cet article décrit une stratégie qui se fonde principalement sur les animateurs et les équipes mobiles. Il souligne l'importance qu'il y a à donner aux enfants de 0 à 5 ans des pilules de nivaquine pour les protéger contre le paludisme. Les autres médicaments ne devraient être donnés qu'avec l'approbation d'un médecin ou d'une infirmière.

Swett, R.B., Herring, S.J. et Gastovitch, M.J. Some health service needs of the Republic of Niger. Rapport élaboré pour APHA/CHAPS et USAID par une mission de la Kaiser Foundation International, 23 juillet 1971.

Recommandations générales, claires et concises.

Van Balen, H. "Une base intégrée pour la protection infantile dans les pays en voie de développement", in Courrier-C.I.E., XXIV, 3, mai-juin, 1974, pp. 233-238.

L'auteur examine les raisons de la mortalité infantile, souligne l'importance qu'il y a d'éduquer les parents, et non pas seulement la mère, en ce qui concerne la nutrition et l'espacement des naissances. Il définit en six points la stratégie générale de la santé de la mère et de l'enfant (nutrition équilibrée pour les femmes enceintes et les mères qui allaitent; allaitement au sein prolongé et espacement des naissances; bouillie de sevrage équilibrée - après que les parents se sont familiarisés avec les problèmes; emploi d'ustensiles alimentaires simples et hygiéniques pour le nourrisson; vaccination et traitement des maladies graves). Un diagramme d'une page élaboré sur la base d'un bilan débit-crédit, fait ressortir l'état de santé d'un enfant.

Williams, C.D. et Jelliffe D.B. Mother and Child Health : Delivering the Services, Oxford University Press, Londres, 1972.

Cet ouvrage est important pour la planification de n'importe quelle stratégie sanitaire. Il définit ce que doit être le travail de protection maternelle et infantile et décrit les attitudes que le personnel devrait avoir (l'accent est mis en particulier sur l'acceptation de la culture et les traditions d'autrui tout en se préoccupant de traditions nuisibles). Les auteurs expliquent comment approcher le planning familial et discute

des problèmes communs aux enfants ainsi que les mesures préventives à prendre. L'ouvrage est d'un très grand intérêt pour toutes les stratégies de santé dans le monde en voie de développement et il est destiné aux spécialistes de la santé qui se rendent dans ces régions, et donc aux étrangers. Il ne s'agit pas d'un manuel mais bien d'un ouvrage de référence. Toutefois, il semble supposer l'existence d'un type de réseau sanitaire et la spécialisation du personnel. Il met l'accent sur le caractère multidisciplinaire et l'interdépendance de la santé, de l'éducation et de l'agriculture. Il insiste aussi sur l'adaptation aux conditions locales et l'utilisation du potentiel local comme les sages-femmes analphabètes au Soudan depuis les années trente.

XI. RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GENERAL : QUELQUES ETUDES SUR L'ETHNOLOGIE ET LA SECHERESSE

Abela-de la Rivière, M.-Th. Dioliba, village modèle. Un essai d'amélioration de l'habitat rural au Mali. Impr. St. Paul, Fribourg, 1973 (extrait de Anthropos, vol. 68, 1973, pp. 192-234).

Cet article n'offre pas un intérêt direct pour notre rapport mais il est un excellent exemple de malentendus entre techniciens étrangers et villageois d'un "nouveau" village construit avec l'aide de l'USAID, qui envoyaient des architectes et des techniciens. Les architectes acceptèrent le désir des villageois de posséder du "moderne" (par exemple, des toits de tôle convenant mal aux conditions climatiques) mais s'entêtèrent à construire des huttes sans vraiment comprendre les conditions socio-économiques présentes et changeantes des villageois qui durent construire des annexes aux huttes.

A retenir : la structure des huttes a changé les méthodes de nettoyage des femmes; la bonne foi des techniciens étrangers n'a pas suffi; il est nécessaire d'assurer une meilleure communication avec la population et de chercher à mieux comprendre les habitudes locales.

Bellin, P. Jeux d'enfants dyoula à Bobo-Dioulasso (Haute-Volta). Impr. Cartésienne, Le Cateau, 1974.

Cet ouvrage pourrait être très utile à la création de méthodes d'enseignement de l'hygiène aux enfants par le biais de jeux qu'ils comprennent. L'auteur décrit des jeux sur la manière de contrôler le sens; des jeux d'habileté; des jeux de construction pour enfant; des jeux avec des ficelles; des jeux s'inspirant de la vie moderne (comme le train); des jeux d'imitation, de chasse, etc.

Belloncle, G. "Ecole et développement rural en Afrique Noire", in Recherche, pédagogie et culture, No 15, 3, 1975, pp. 14-19.

L'article insiste sur l'importance pour les écoles rurales de comprendre leur milieu de manière à l'améliorer davantage : "Ce n'est qu'à condition de devenir cette école ouverte que l'école pourra devenir effectivement l'école du développement" (p. 19).

Coblentz, A. Goranes et Toubous des confins nord du Tchad, étude anthropologique et biologique. Paris, 1961.

Etude purement anthropométrique.

FISE. "Enfants et environnement africain", issue of Les carnets de l'enfance, No 26, 1974.

Ce numéro contient un article particulièrement intéressant, celui de E. Dussauze Lugrant intitulé "Une capitale de la sécheresse investie par les

bidonvilles" pp. 73-89. Bien qu'il n'ait guère traité directement aux traditions, cet article sur les établissements dans les environs de Nouakchott pendant la sécheresse est particulièrement approprié car il soulève un problème important à ne pas oublier : l'influence profonde de la sécheresse sur un groupe ethnique tout entier et la transition difficile pour les femmes et les enfants. L'effet psychologique de cette sédentarisation brutale sur la mère et l'enfant est immense et accroît donc les besoins de nutrition et d'hygiène (problème de l'eau et de l'espace dans les unités de logement). L'adaptation à cette nouvelle vie doit être enseignée dans les écoles coraniques.

Lebeuf, A. M.-D Les Populations du Tchad. Presses universitaires de France, Paris, 1974.

Renseignements de caractère général sur divers groupes ethniques du Tchad. L'ouvrage renferme des données ethnologiques importantes mais ne se réfère pas aux pratiques médicales, aux maladies ou aux affections.

Le Rouvreur, A. Sahariens et Sahéliens du Tchad. L'Homme d'outre-mer, Eds. Berger Levrault, Paris, 1962.

Etude ethnographique générale d'un grand intérêt sur 50 groupes ethniques différents du nord du Tchad.

Newman, J., ed. Drought, Famine and Population Movements in Africa. Syracuse, N.Y., 1975.

Colloque. Divers articles de caractère général sur toute l'Afrique. L'auteur traite de la sécheresse, de la situation économique et des mouvements migratoires intérieurs au Sahel.

Norris, H. The Tuaregs : Their Islamic Legacy and Its Diffusion in the Sahel. Aris et Phillips, Warminster, 1975.

Article très intéressant sur l'historique culturel des Touaregs et l'influence de leurs sages. L'auteur dresse un tableau de l'évolution sociale.

Povey, G. Mali and the West African Drought. International Services Division, AFSO, 1974.

Ce rapport traite d'une étude de réimplantation de 100 familles nomades au Mali. Il soulève quelques questions pertinentes (pp. 6-7) portant sur un changement profond pour les nomades. A retenir : "Toutefois, on présume généralement que le nomadisme a vécu et qu'une sédentarisation est inévitable" (p. 9). L'auteur ne nous dit cependant pas qui fait une telle hypothèse. Il ne mentionne ni les problèmes de nutrition ni ceux de santé.

Rupp, M. Anthropology of the Maures, Peul, Guera, Bambara and Soninke in the Naro-Niono Plain (Mali). UNDP Project, Mali J23, 1975.

Cette étude générale de la situation socio-économique ne souffle mot de la situation sanitaire avant ou après la sécheresse ni sur les femmes et les enfants.

Sheets, H. et Morris, R. Disaster in the Desert : Failures of International Relief in the West African Drought. Special Report, Humanitarian Policy Studies, the Carnegie Endowment for International Peace, Washington, D.C., 1974.

Cet ouvrage s'explique de par son titre. Voir la similitude des commentaires dans Copans, J. Sécheresses et famines au Sahel, Maspero, Paris, 1975.

## XII. BIBLIOGRAPHIES

Barrès, J.-F. Bibliographie analytique sur le Sahel. FAO, Rome, 1974.

D'un intérêt très général, cet ouvrage ne s'étend guère sur les traditions et les problèmes intéressant la mère et le nourrisson.

Bibliographie de l'alimentation des populations africaines au sud du Sahara. CEDESA, Bruxelles, 1965.

Cette bibliographie qui est présentée dans l'ordre alphabétique par auteur exige un gros effort de recherche pour certaines références d'intérêt.

Brasseur, P. Bibliographie générale du Mali, 1961-1970. IFAN, Dakar, 1976.

Cet ouvrage contient peu de références sur la PMI et les traditions en matière de santé.

Gontard, J.P. et Wadlow, R.V.L. "Bibliographies : Research Priorities for Medium and Long-term Development in the Sahel. A Bibliographic Essay", in Genève-Afrique, vol. 16, No 1, 1975; vol. 16, No 2, 1975; vol. 15, No 1, 1976.

La première partie est un recueil de documents d'institutions de l'ONU; la deuxième partie examine des questions d'une importance évidente tandis que la troisième partie traite de la connaissance et de l'utilisation des ressources hydrauliques.

Hartog, A.P. den. A Selected Bibliography on Food Habits : Socio-Economic Aspects of Food and Nutrition. Part I, Tropical Africa, FAO Library, Occasional Bibliographies, No 10, septembre 1974.

Cette bibliographie très intéressante sur tous les aspects de l'alimentation contient des références relatives à l'alimentation et au sevrage du nourrisson.

Joyce, St. J. et Beudot, Fr. Elements de bibliographie sur la sécheresse au Sahel. OCDE, Paris, 1976.

Bibliographie utile sur la sécheresse mais ne traitant en rien directement de la santé des femmes et des enfants.

Oxby, C. Pastoral Nomads and Development : a select annotated bibliography with specific reference to the Sahel. Institut international africain, Londres, 1975.

Cette bibliographie d'ouvrages existant à Londres seulement ne mentionne rien d'un intérêt immédiat pour la protection maternelle et infantile.

XIII. OUVRAGES D'INTERET NON CONSULTES

- Adler, A. "L'Ethnologie et les fétiches", *Nouv. Rev. Psych.*, 2, 1970, pp. 149-158.
- Adler, A., et Cartry, M. "La transgression et sa dérision", in L'Homme, XI, 3, 1973, pp. 5-63 (R.C.P. 112).
- Adrian, J. "Teneur en tryptophane et en vitamine PP des produits végétaux alimentaires de l'Afrique intertropicale", in Annales de la nutrition et de l'alimentation, Paris, 1969, 23, 4, pp. 233-252.
- Amina. Le Magazine de la femme sénégalaise.
- Amorin, J.K.E. "La notion de prévention de la maladie dans la pensée traditionnelle africaine", in Bull. de l'Union internationale contre la tuberculose, Paris, août, 1969, pp. 187-195.
- Approches concrètes du développement rural en Afrique et à Madagascar. I. Paris: ORSTOM, 1976. (Cahiers ORSTOM, série Sciences humaines, vol. 13, No 1).
- Arditi, C. "Troubles mentaux et rites de possession au Tchad", in Coopération et développement, No 38, novembre-décembre, 1971, pp. 34-38.
- (Fréquence des rites de possession, causes de maladie, méthodes thérapeutiques).
- Assael, M.I. et al. "Psychiatric disturbances during pregnancy in a rural group of African women", in Social Science and Medicine, vol. 6, No 3, juin, 1972, pp. 387-395.
- Baroin, C. "Notes sur les Daza de l'Ayer (Niger)", in Africa (Ital.), 1975, 30, No 2, pp. 260-268.
- (Population de la région, clans, etc.; religion, médecine, mariage...)
- Baumer, M. Noms vernaculaires soudanais utiles à l'écologiste. Editions de C.N.R.S., Paris, 1975
- Bergués, H. "La prévention des naissances dans la famille. Ses origines dans les temps modernes", in Cahiers de l'INED, No 35, P.U.F., Paris, 1960.
- (Etude des attitudes et anciennes techniques de contraception).
- Blanc J. La planification sanitaire en Afrique. Bilan de trois expériences de planification (Mali, Niger, Gabon). Ronéo, 32 p. 1970, Mission effectuée pour l'OMS.
- (Il n'a pas été possible de consulter ces trois documents au siège de l'OMS à Genève car ils faisaient l'objet d'une diffusion restreinte).

Bonte, P. Conditions et effets de l'implantation d'industries minières en milieu pastoral : transformations de la société maure de l'Adrar mauritanie. Communication du 13e Séminaire, Institut international africain, Niamey, 13 p. Ronéo.

Boukdiba, A. Islam et sexualité. Université de Lille III, Service de reproduction des Thèses, 1973, Thèse de l'Université de Paris V, 1972.

Busson, F. Plantes alimentaires de l'Ouest Africain, étude botanique, biologique et chimique. Impr. Leconte, Marseille, 1965.

(Quelques renseignements sur l'utilisation de plantes comme aliments en Afrique de l'Ouest).

Camara, S. "L'univers dramatique et imaginaire des relations familiales chez les Malinke", in Psychopathologie africaine, 1973, 9, No 2, pp. 187-222.

Caldwell, John C. La sécheresse dans le Sahel : ses conséquences démographiques Overseas Liaison Committee, American Council of Education, OLC, Paper No 8, Washington, décembre 1975.

Caudille. "Aperçu sur la médecine indigène au Ouaddai (Tchad)", in Revue militaire A.E.F., No 14, 1938, pp. 31-44.

Champault, D. "Notes sur quelques rites relatifs à l'enfance au Sahara Nord Occidental", in L'Ethnographie, No 64, 1970, pp. 87-98.

(Rites de la naissance (conservation du cordon ombilical, venue de l'enfant premier jour); rites de la percée des dents; sevrage et circoncision).

Chignara, P. Problèmes nutritionnels au Sénégal. Laboratoire d'hygiène, Fac. de med. (1962-1963).

Conco, W.Z. "Problems of communication and traditional practice of medicine in Africa", in Développement et civilisation, No 45-46, septembre-décembre 1971, pp. 151-165.

Copans, Jr. (ed.) Sécheresses et famines au Sahel. Maspéro, Paris, 1975.

Coulibaly, M. Socio-sanitary repercussions of the drought - The Gao district. Thèse de doctorat, 26 novembre 1974, Ecole de médecine et de pharmacie du Mali.

Crouy-Chanel, M. de. Problèmes pédiatriques au Niger. Thèse No 148, Fac. de médecine Pitié-Salpêtrière, Paris, 1974.

Doquier, J. "Deux ans de pathologie obstétricale à l'hôpital de Niamey (Niger)", in Annales de la société belge de médecine tropicale, Anvers, 52, 6, 1972, pp. 549-550.

- Dupire, M. Organisation sociale des Peuls. Etude d'ethnographie comparée. Plon, Paris, 1970.
- Erny, P. "L'Enfant dans la tradition africaine - 6 - Rôles éducatifs des pères, oncles et vieillards", in L'Enfant en milieu tropical, No 48, 1968, pp. 32-36.
- Ezeilo, G.C. "Extracellular and intracellular distributor of sodium and potassium in healthy African adults, pregnant women and neonates", in Tropical and Geographical Medicine, Haarlem, 24, 1, janvier 1972, pp. 81-85.
- Fauck, R. "Un aspect trop peu connu de la lutte contre la sécheresse au Sahel : l'action de l'ORSTOM", in Marchés tropicaux et méditerranéens, No 1504, 6 septembre 1974, 2523-24.
- FISE. "Alleviating women's burdens", Les Carnets de l'enfance, No 36, 1976.
- FISE. "Les conditions du jeune enfant", Les Carnets de l'enfance, No 28, 1974.
- Fritsch, J. L'économie familiale en Afrique du Sud du Sahara : pays d'expression française. FISE, Paris 1976.
- Foley, H. Moeurs et médecine des Touaregs de l'Amaggar. Edition Lerous, Paris, 1930.
- Foster, G. Traditional Societies and Technical Change. Harper and Row, New York, 1973.
- Fournier, Dr G. Santé publique et développement communautaire rural dans les pays du tiers-monde - réflexions sur quelques réalisations nigériennes. Ecole nationale de la santé publique, Ronéo, 75 p. 1968-1969.
- Funel, J.-M. Le développement régional et sa problématique étudiés à travers l'expérience de Tahoua (Niger). Ministère de la Coopération, Paris, 1976.
- Garine, I. de. "Aspects socio-culturels des comportements alimentaires. Essai de classification des interdits alimentaires", in Maroc médical, 528, décembre 1967, pp. 764-773 (R.C.P. 112).
- Garine, I. de. "Socio-cultural aspects of food behaviour - an essay on classification prohibitions, food and nutrition in Africa", The Food and Nutrition Bulletin of the Joint FAO/WHO Food and Nutrition Commission for Africa, OAU/STRC, 7, juillet 1963, pp. 3-20 (R.C.P. 117).
- Garine, I. de. "The Social and Cultural Background of Food Habits", FAO Nutrition Newsletter, janvier-mars, 1970, pp. 9-22 (R.C.P. 117).
- Garine, I. de. "L'alimentation humaine dans ses rapports avec les facteurs culturels", in The Ecology of Food and Nutrition - An International Journal, 1, 2, mars 1972, pp. 143-163.

(Bibliographie).

- Gaston, A. et Fotius, G. Lexique de noms vernaculaires de plantes du Tchad. Ford Lamy, Laboratoire de Farcha et Centre ORSTOM, 2 vols. 1971.
- Hamer, John Hayward. The Cultural Aspects of Infant Mortality in Sub-Saharan Africa. Thèse de doctorat, Northwestern University, 1961-1962, 166 pp.
- Harel-Biraud, H. "Le groupe familial africain ou regard sur des différences", in Groupe familial, 62, 1974, pp. 6-13.
- (Le groupe familial joue un rôle important dans l'éducation de l'enfant africain et participe au façonnement même de sa personnalité. L'enfant apprend à donner, à vivre avec ses aînés, à partager et à accepter l'autorité. (Tiré du fichier C.I.E.)).
- Harley, G.W. Native African Medicine. Thèse de doctorat, Hartford, 1938.
- Harrington, J.A. A Comparative Study of Infant and Childhood Survivorship in West Africa. Thèse de doctorat, Cornell University, 1971-1972 (263 pp.).
- Himes, N.E. Medical History of Contraception. Wilkin Co., Baltimore, 1936 (et réimpression par Gamut Press, N.Y., 1963).
- (Tiré de Retel-Laurentin, 1974 : Description de méthodes de contraception et d'avortement dans plusieurs sociétés africaines, pp. 5-10. 17-32).
- Johnson, D.L. The Response of Pastoral Nomads to Drought in the Absence of Outside Intervention. Bureau sahélien de l'ONU, 19 décembre 1973.
- Kerharo, J. et Bouget, A. Sorciers, féticheurs et guérisseurs de la Côte d'Ivoire et Haute-Volta. Les hommes, les croyances, les pratiques. Pharmacopée et thérapeutique. Vigot frères, Paris, 1950.
- Konczaki, Z.A. "Infant malnutrition in sub-saharan Africa : A problem in socio-economic development", in Canadian Journal of African Studies, 6, 3, 1972, pp. 433-449.
- (Exposé général sur les facteurs socio-économiques responsables de la malnutrition infantile).
- Kourouma, B. "Activité d'un Institut national de puériculture", Cours de santé publique appliqué aux problèmes de l'enfance, Bamako, janvier 1964 (C.I.E.).
- Lacombe, B. "La fécondité des familles du village de Diahonor (Sénégal)", in Cahiers ORSTOM, Sér. Sci. Hum., 1973, 10, No 4, pp. 344-345.
- (But : définir l'espacement des naissances et l'existence des enfants).

- Lebeuf, P. Application de l'ethnologie à l'assistance sanitaire. Etudes coloniales, Solvay, 1956.
- Lebeuf, A.M.D. "Note sur l'éducation des enfants (Tchad)", in Notes africaine No 28, octobre 1945, p. 15.
- Lebeuf, A.M.D. Les principautés Kotobo - Essai sur le caractère sacré de l'autorité. Ed. CNRS, Paris, 1969.
- (Se réfère (p. 254) à l'utilisation de l'oignon pour protéger l'habitant contre les morsures de scorpion et de serpent).
- Lebeuf, J.P. "La circoncision chez les Kotoko dans l'ancien pays Sao", in Journal de la société des africanistes, VIII, 1938, pp. 103-122.
- Le Coeur, M. et Baroin, C. "Rites de la naissance et de l'imposition du nom chez les Azza du Manga (Niger)", in Africa (Intern.), 44, No 4, 1974, pp.361-20.
- (Description des rites de naissance chez les Teda-Daza (Toubou). Une distinction est faite entre les rites pré-islamiques chez les femmes et les rites islamiques pour les hommes).
- Lestevan, A. Cours de nutrition. Ministère de l'enseignement technique et de la formation professionnelle, Formation professionnelle rurale, Projet B.I.T.-FAO, Sénégal, 1971. .
- Mauries, M. Bibliographies ethnobotaniques et ethnozoologie. Laboratoire d'ethnobotanique, Musée national d'histoire naturelle (Suppl. No 6 au Bull. d'info. de la Soc. d'ethnozoologie et d'ethnobotanie) Paris, 1973.
- Meillassoux, Cl. Femmes, greniers et capitaux. Maspéro, Paris, 1975.
- Mitrofanoff, P. et Juskiewenski, S. "Les tumeurs primitives du foie chez l'enfant", in Rev. Pratic. 24, 33, 1974, pp. 3039-3046.
- Morley, D. Pediatric Priorities in the Developing World (West Africa).
- OMS. New trends and approaches in the delivery of Maternal and Child Care in Health Services, sixième rapport du Comité d'experts de l'OMS sur la protection maternelle et infantile, Série de rapports techniques 600, OMS, Genève, 1976.
- OMS. Community Health Nursing. Rapport du Comité d'experts de l'OMS, Série de rapports techniques 558, PMS, Genève, 1974.
- Pigault, G. et Rwegua, P. Mariages en Afrique Sub-saharienne. Bibliographie internationale, 1945-1975, établie par ordinateur, Strasbourg, CERDIC, 1975.

- Pool, J.E. "A cross-comparative study of aspects of conjugal behavior among women of three West African countries", in Canadian Journal of African Studies, 6, 2, 1972, pp. 233-259.
- (Ghana, Haute-Volta et Niger : âge du mariage; type de mariage; divorce; polygamie; naissance et contraception).
- Pool, D.I. Enquête sur la fécondité et la famille au Niger. Niamey, 1970.
- Pradervand, P. "Les pays nantis et la limitation des naissances dans le tiers-monde", in Développement et civilisation, 39-40, 1970, pp. 4-40.
- (Analyse du problème. Responsabilité des pays occidentaux dans le sous développement du tiers-monde. Quelques options à la politique néo-malthousienne inspirée par l'Occident).
- Raimbault, A.M. "Le personnel fondamental et son perfectionnement. Expérience nigérienne", in Courrier-C.I.E., 23, 4 juillet-août, 1973, pp. 361-366.
- Retel-Laurentin, Dr A. La fécondité en Afrique Noire : Maladies et conséquence sociales. Masson & Fils, 1974 (avec concours du CNRS).
- Retel-Laurentin, Dr A. Coutumes de naissances et l'allaitement au Sénégal. Enquête hygiène-santé dans le cadre socio-économique du Sénégal, pour la préparation du 1er Plan, 1959 (Manuscrit de 60 pages).
- Satgé, P. et al. "Une expérience de santé publique appliquée à l'enfance en milieu rural (Khombole, Sénégal), Techniques et résultats", in Carnets de l'enfance, 12, juin, 1970, pp. 31-44.
- Roberts, G.O. Cultural and Social Differentials in Acceptance of Health and Sanitation Practices in Bo, Sierra Leone. Thèse de doctorat, Catholic University, Washington, D.C., 1962 (204 pp.).
- Sénécal, J., Chapuis, Y. et Besnard, J. "Notions sur le coût de formation d'un être humain", in Enfant en milieu tropical, 26, 1965, pp. 3-10.
- Stevenson, D. "Medical Ideas in Africa", in Studies on Modern Asia and Africa (Gr. Br.), No 10, 1975, pp. 402-407.
- Synder, F.G. Bibliographie sur les Diola de la Casamance. Bull. IFAN, sér. B, Sc. hum., Sénégal, 1972.
- Tavares, F. "La pharmacopée", in Education et gestion, 40, 1974, pp. 70-71.
- (Remèdes et doses des guérisseurs africains).
- Tubiana, M.J. Survivances préislamiques en pays zaghawa (Tchad), Institut d'ethnologie, Paris, 1964.

Valantin, S. "Remarques sur les actions en faveur de l'enfant de 3 à 6 ans. L'exemple au Sénégal", in FISE - Carnets de l'enfance, No 21, 1973, janvier-mars, pp. 51-62.

Wafi, Ali A.W. Le jeûne et le sacrifice dans l'Islam et les religions antérieures à l'Islam. Le Caire, 1966.

Zempleni-Rabain, J. "L'enfant Wolof de 2 à 5 ans. Echanges corporels et échanges médiatisés par les objets", in Thérapie psychomotrice, 23, 1974, pp. 27-44.

(Observation prolongée de 24 enfants de trois ans dans un village Wolof. Etude des types traditionnels des rapports entre l'enfant, sa mère et le groupe familial en vue d'expliquer les coutumes particulières de la culture Wolof ainsi que la valeur qu'elle confère à ces rapports. Deux types de rapport sont examinés et comparés : les rapports par contact physique et corps à corps et les rapports indiqués dans les objets. Pendant les premières années ainsi que plus tard, les objets sont rarement utilisés comme médiateurs dans les rapports entre l'enfant, sa mère et son environnement. Le contact, la proximité du corps, la voix et le regard sont les principaux modes d'échange).

INDICE DES REFERENCES

<u>Nom de l'auteur</u>	<u>Date de publication</u>	<u>Section où la publication est</u>
Abela-de la Rivière	1973	XI
Adler	1970	XIII
Adler	1973	III
Adler et Cartry	1973	XIII
Adler et Zempleni	1972	VIII
Adrian	1969	XIII
AID-Mali	1976	X
AID-Niger	1976	X
AID-Public Health	1966	X
AID-Sine Saloum	1977	X
Amorin	1969	XII
Arditi	1971	XIII
Arnaldi	1975	VII
Assael, et al.	1972	XIII
Aujoulat	1969	VIII
Bailey	1974	I
Bailey	1975	I
Barbey	1971	IV
Barbotin, et al.	1974	VII
Barkhuus	1976	VIII
Baroin	1975	XIII
Barrès, J.F.	1974	XII
Barrès, V. et al.	1975	II
Baumer	1975	XIII
Baylet	1974	X
Bazin-Tardieu	1975	II
Bellin	1974	XI
Belloncle	1975	XI
Belloncle et Fournie	1975	X
Benyoussef	1974	X
Berenberg	1975	IV
Bergues	1960	XIII
Bernus	1967	VIII
Bernus	1974	VIII
Birdsall	1976	X
Bitho, et al.	1975	III
Blanc	1970	XIII
Blanc	1975	I
Bonte	n.d.	XIII
Bouhdiba	1973	XIII
Bourgeade et Kadio	1975	III
Brasseur	1976	XII

<u>Auteur</u>	<u>Date</u>	<u>Section</u>
Brock	1952	I
Buck	1970	IX
Burgess et Dean	1962	IX
Busson	1965	XIII
Caldwell	1975	XIII
Caldwell	1976	V
Camara	1973	XIII
Cameron et Hofvander	1971	IV
Capron	1973	VI
Caudille	1938	XIII
CEDESA	1965	XII
Champault	1970	XIII
Chignara	1962	XIII
Clarkson-Goulet	1972	III
Coblentz	1961	XI
Cole et Vanderschmidt	1976	IX
Collomb et Valantin	1970	IX
Conco	1971	XIII
Capans	1975	XIII
Coulibaly	1974	XIII
Crapuchet et Paul-Pont	1967	III
Crouy-Chanel	1974	XIII
Doquier	1972	XIII
Defontaine	1976	VI
Delourdes-Verderesse et Turnbull	1975	III
Diallo	1974	III
Diarra	1971	V
Dieterlen et Calame-Griaule	1960	I
Downs, et al.	1974	VI
Dunlop	1974	X
Dupin	1958	I
Dupin	1975	I
Dupin, H. et M.	1966	I
Dupin et Masse	1973	I
Dupin et Raimbault	1972	I
Dupire	1970	XIII
Eben-Moussi	1965	VIII
Epelboin	1976	I
Erny	1968	XIII
Erny ( <u>Psychopat. Afr.</u> )	1969	III
Erny ( <u>Afr. doc.</u> )	1969	VI
Erny	1972	III
Ezeilo	1972	XIII
Fall	1974	III
Fall. et al.	1974	III

<u>Auteur</u>	<u>Date</u>	<u>Section</u>
FAO	1962	I
Fauck	1974	XIII
Ferry et Gessain	1974	VIII
FISE	1973	X
FISE ( <u>Les Carnets...</u> No 2)	1974	XI
FISE ( <u>Les Carnets...</u> No 2)	1974	XIII
FISE ( <u>Le jeune enfant...</u> )	1974	X
FISE	1974	II
FISE	1976	XIII
FISE ( <u>A Strategy...</u> )	1976	X
FISE-Lomé	1972	X
FISE-Mauritanie	1971	VII
FISE-Tchad	1971	VII
Foley	1930	XIII
Foster	1973	XIII
Fournier	1968-1969	XIII
Fournier et Djermaakoye	1975	X
Fritsch	1976	XIII
Funel	1976	XIII
Gallais, J. et J.M.	1975	VIII
Garine	1967	XIII
Garine	1970	XIII
Gaston	1971	XIII
Gillet	1963	VIII
Gomis	1973	III
Gontard et Wadlow	1975-1976	XII
Gosselin	1970	X
Greene	1974	VII
Hamer	1961-1962	XIII
Harel-Biraud	1974	XIII
Harley	1938	XIII
Harrington	1971-1972	XIII
Harrison	1975	VIII
Hartog	1974	XII
Hertaing et Courtjoie	1976	I
Himes	1936 (1963)	XIII
Holmes	1968	I
Hughes et Hunder	1970	IX
Idriss, et al.	1976	X
Idusogie	1972	I
Idusogie	1973	I
Imperato	1974	IX
Imperato	1974-1975	VII
Imperato	1975	VII
Isaly	1976	III
Jansen	1973	IX
Jelliffe	1955 (1968)	I

<u>Auteur</u>	<u>Date</u>	<u>Section</u>
Jelliffe	1969	VII
Jelliffe et Bennett	1972	III
Jelliffe, D.B. et E.P.F.	1975	IV
Johnson	1973	XIII
Joyce et Beudot	1976	XII
Keita	1975	VIII
Kerharo	1950	XIII
Kerharo	1965	VIII
Kerharo	1968	VIII
Kerharo	1969	VIII
Herharo	1974	VIII
Kerharo	1975	VIII
Kerharo	1976	VIII
Kerharo et Thomas	1963	VIII
Konczaki	1972	XIII
Koumaré	1976	VIII
Kourouma	1964	XIII
Labusquière	1974	IX
Lacombe	1973	XIII
Lambo	1974	II
Lambrecht	1974	IX
Laplante et Soumaoro	1974	V
Laplantine	1976	VIII
Lebeuf, A.M.D.	1945	XIII
Lebeuf, A.M.D.	1959	XI
Lebeuf, A.M.D.	1969	XIII
Lebeuf, J.P.	1938	XIII
Lebeuf, J.P.	1956	XIII
Lebeuf, J.P.	1976	VIII
Le Coeur et Baroin	1974	XIII
Lefèvre	1965	I
Lestevan	1971	XIII
Le Rouvreur	1962	XI
Logno	1975	VIII
Logno	1976	X
Luneau	1974	II
Malachowski	1973	I
Manciaux	1975	II
Mauries	1973	XIII
May	1968	I
Menes	1976	IX
Meillassoux	1975	XIII
Mitrofanoff et Juskiewenski	1974	XIII
Mondot-Bernard	1975	IV
Mondot-Bernard	1976	I
Monfouga-Nicolas	1972	VIII
Monteil	1971	III

<u>Auteur</u>	<u>Date</u>	<u>Section</u>
Morley	n.d.	XIII
N'daw	1974	X
Newman	1975	XI
Nicolas	1967	VIII
Niehoff	1972	IV
Norris	1975	XI
Oduntan	1975	II
Okediji	1972	V
Omolulu	1974	I
Omolulu ( <u>Afr. Méd.</u> )	1974	IV
OMS (Afro Technical Report No 1)	1976	VIII
OMS-Brazzaville	1973	VII
OMS	1974	XIII
OMS (Conférence-atelier...)	1977	X
OMS (Conférence...Yaoundé)	1976	IX
OMS (Technical Report No 57)	1974	X
OMS (Technical Report No 580)	1975	I
OMS (Technical Report No 600)	1976	XIII
OMS (Technical Report No 314)	1965	I
OMS (PHW)	1976	III
ORSTOM	1976	XIII
ORT	1971	X
ORT-Niger	1974	X
Oxby	1975	XII
Parry et McDavidson	1975	VII
Piault	n.d.	II
Pigault et Rwegua	1975	XIII
Poix	1970-1971	III
Poix	1973	I
Pool	1970	XIII
Pool, J.E.	1972	XIII
Poulet	1971	VIII
Povey	1974	XI
Pradervand	1970	XIII
Prost	1970	X
Quist et Coles	1976	V
Raimbault	1972	X
Raimbault	1973	XIII
Raimbault	1974	X
Raimbault	1976	X
Rasa	1976	IV
Retel-Laurenti	1959	XIII
Retel-Laurenti..	1963	VI
Retel-Laurentin	1973	VI
Retel-Laurentin ( <u>Infécondité...</u> )	1974	XIII
Retel-Laurentin	1974	VIII

<u>Auteur</u>	<u>Date</u>	<u>Section</u>
Retel-Laurentin (in <u>L'Enfant...</u> )	1975	VII
Retel-Laurentin (Pop. St.)	1975	VI
Retel-Laurentin	1976	VI
Retel-Laurentin et Benoit	1975	VI
Rey, et al.	1975	III
Reymondon, et al.	1970	VI
Richier	1973	V
Roberts	1962	XIII
Rouch	1954	III
Rupp	1975	XI
Sanokho et Senghor	1975	III
Sarrat, et al.	1974	VIII
Satge, et al.	1969	I
Satge, et al.	1970	X
Satge, et al. (in <u>Carnets...</u> )	1970	XIII
Sanchez-Medal	1969	III
Sankalé	1969	IX
Sankalé, et a'	1969	VII
Sankalé, et a	1974	I
Schieffelin	1972	V
Sénécal, et a	1965	XIII
Sheets et Mor	1974	XI
Simmons	1972	I
Soyaunwo	1974	VII
Stevenson	1975	XIII
Swett	1971	X
Synder	1972	XIII
Tavares	1974	XIII
Thompson	1966	IV
Thompson et Rahman	1967	IV
Touré	1975	III
Traoré	1965	VIII
Tubiana	1964	XIII
UNESCO	1960	VIII
Valentin	1973	XIII
Van Balen	1974	X
Van Balen et Ntabomvura	1975	V
Verzin	1975	III
Veylon	1975	IX
Vis et Hennar	1974	IV
Wafi	1966	XIII
Welbourn	1966	IV
Willard	1973	VII
Williams	1972	X
Wolf	1973	V
Zagre	1976-1977	III
Zempleni-Raba:	1968	IV
Zempleni-Raba:	1974	XIII

<u>Référence anonyme</u>	<u>Date</u>	<u>Section</u>
<u>Afrique médicale</u> , No 125	1974	IX
"Alimentation complémentaire..."	1973	IV
Animation féminine-Niger	1975	III
Colloque du C.A.M.E.S.	1974	VIII
"Colloque Soc. Méd. Afr. N."	1974	II
"Colloque Méd. africaine"	1975	VIII
"Démographie en Afrique"	1974	VI
"Influence de la culture trad. dans la promotion alimentaire et nutri- tionnelle"	1975	I
<u>Lactation, Fertility and Fertility</u>	1976	V
"La variole et la varicelle"	1973	VII
"Le personnel de première ligne"	1974	IX
"Les Sages-femmes et le planning familial"	1974	V
<u>Manuel de régulation des naissances en Afrique</u>	1976	V
<u>Rural Africana</u> , No 26	1974-1975	diverses