

ANNEXE N° 1

PLAN D'ENQUETE SANITAIRE
EN MILIEU COUTUMIER RURAL

I - ENQUETE DE SANTE PROPREMENT DITE.

Cette enquête de santé est généralement conçue pour être articulée sur une autre enquête systématique essentiellement démographique. Elle peut être soit réalisée par du personnel médical ou para-médical, soit réalisée par du personnel n'ayant pas nécessairement reçu de formation médicale ou para-médicale.

1 - Enquête avec du personnel ayant une formation médicale.

Le type de ce genre d'enquêtes est l'enquête sanitaire générale intégrée en Inde telle qu'elle a été décrite par la communication présentée au comité O.M.S. d'experts des statistiques sanitaires du 5 au 10 décembre 1960 P.S.C. SEAL. Cette enquête intégrée a été lancée par l'All India Institute of Hygiene and Public Health créé en 1934. Cette enquête avait les buts suivants :

"1) déterminer les avantages qu'il y aurait à faire de la conduite d'enquêtes périodiques une des tâches normales du Centre de Santé.

2) Mettre au point des méthodes d'enquête systématique sur la santé, afin d'avoir une base pour organiser une enquête de portée nationale qui puisse effectivement rendre compte de l'état de santé de la population et des facteurs qui le conditionnent.

3) définir l'importance relative des principaux problèmes de santé de façon à pouvoir formuler une politique médico-sanitaire progressive et bien équilibrée pour l'ensemble du pays.

4) dégager, pour les besoins de l'enseignement, la nature exacte des problèmes de santé qui se posent à une collectivité".

PLAN DE L'ENQUETE

"Le schéma général d'enquête comprenait les opérations suivantes :

1) obtenir un échantillon statistiquement représentatif de la population en prenant la famille pour unité de base.

2) Examiner tous les individus compris dans l'échantillon sous le rapport des caractères biologiques, sociaux et anthropométriques, de l'état de santé et des infirmités au moment de l'enquête et dans les douze mois précédents, et compléter ces investigations par des examens cliniques et des contrôles de laboratoire rapides visant en particulier à déterminer l'état de nutrition.

3) En plus de ces examens individuels généraux, soumettre à un examen spécial les femmes mariées, les nourrissons, les enfants d'âge préscolaire, les enfants fréquentant l'école et les femmes enceintes.

4) Procéder à un examen plus approfondi des malades aux fins de diagnostic et faire une enquête spéciale sur les circonstances particulières à chaque cas de maladie soumise à déclaration obligatoire.

5) Déterminer les caractères socio-économiques et biologiques des familles, notamment quant à la fécondité des femmes.

6) Déterminer l'état sanitaire des habitations.

7) Etudier et décrire le cadre villageois-communications ; milieu ; vie agricole, artisanale et industrielle ; échanges ; institutions spéciales - en insistant sur les écoles, les hôpitaux et autres équipements collectifs.

8) Effectuer des enquêtes diététiques et paludologiques.

Méthodes et organisation.

Les familles, choisies par échantillonnage selon la méthode exposée ci-après, ont été interrogées par des équipes dont chacune comprenait un médecin, un inspecteur sanitaire ou une visiteuse d'hygiène et un assistant, et qui ont fait de leur mieux pour entrer en contact avec chaque individu, exception faite de ceux qui restèrent absents de chez eux pendant toute la durée de l'enquête.

Le travail des enquêteurs consistait à noter les antécédents de chaque personne interrogée et de la soumettre à un bref examen physique, d'établir sur son état de nutrition une fiche spéciale et d'opérer certains prélèvements pour envoi au laboratoire. Pour certaines catégories - femmes mariées, femmes enceintes, nourrissons, enfants d'âge préscolaire, écoliers et malades - un complément d'information était consigné sur des imprimés distincts. En outre, les familles des contagieux faisaient l'objet d'enquêtes spéciales à domicile. Enfin, une "feuille de famille" permettait de réunir d'autres renseignements concernant l'ensemble du groupe familial. C'est ainsi qu'ont pu être étudiés le niveau culturel, la situation économique et le régime alimentaire d'un sous-échantillon de familles choisies à cet effet.

Pour déterminer l'état sanitaire des habitations et des alentours immédiats et, en particulier, la situation des gîtes larvaires et des abris de moustiques les enquêteurs devaient essayer de faire des estimations quantitatives. Ils devaient en outre remplir pour l'ensemble de chaque village une feuille de renseignements sur

le milieu et les conditions socio-économiques et, pour permettre une évaluation générale du niveau médico-sanitaire des écoles, procéder à une inspection des locaux et à un examen des enfants.

Au total, cette enquête a comporté l'utilisation de seize feuilles, dans l'ordre ci-après :

1. Feuille individuelle (générale)
- 2.9. Additifs pour les renseignements concernant l'état de nutrition, les personnes absentes (ou décédées), les femmes mariées, les femmes enceintes, les nourrissons, les enfants d'âge préscolaire, les enfants fréquentant l'école et les malades.
10. Questionnaire pour les visites à domicile en cas de maladie contagieuse.
11. Feuille de famille
12. Feuille économique
13. Feuille alimentaire
14. Feuille sanitaire (habitations)
15. Feuille d'hygiène et de santé scolaires
16. Feuille de village

Portée de l'enquête.

Une rapide analyse des principales rubriques de ces feuilles permettra de juger de la portée de l'enquête.

Feuille individuelle - Nom, âge, sexe, résidence, profession, situation matrimoniale, usage des drogues et de l'alcool, nature du travail ou de l'emploi, instruction, condition physique, état de santé au moment de l'enquête et maladies dans les douze derniers mois, durée de ces maladies, contacts subis, vaccinations, infirmités, taille et poids, résultats de l'examen physique, notamment en ce qui concerne l'état de nutrition, examens de laboratoire du sang et des selles.

Les renseignements sur la résidence nous ont permis de ventiler plus rationnellement que nous l'aurions pu faire autrement les chiffres des naissances, des décès et des cas de maladie et d'évaluer l'influence exacte des facteurs locaux sur les fréquences constatées. L'âge était indiqué en années complètes (en mois pour les nourrissons). Sous la rubrique "soutiens de famille" il était prévu que les enquêteurs devaient établir pourquoi les "soutiens de famille possibles" se trouvaient sans emploi.

En ce qui concerne la maladie, la situation a été saisie sous deux aspects :

1) Aperçu (coupe transversale) de la morbidité au moment de l'enquête (fréquence globale instantanée) ; le diagnostic était facilité par la présence d'un médecin

à la tête du groupe d'enquêteurs, qui disposait en outre d'un laboratoire mobile. Sur la fiche individuelle, un espace était réservé pour le contrôle des diagnostics posés hâtivement par les enquêteurs. Une liste de maladies, établie par ordre alphabétique et basée sur les listes internationales de causes de décès, était prévue pour les besoins du codage, avec mention spéciale des états morbides qui seraient le plus probablement rencontrés.

2) Evolution de la morbidité pendant les douze mois précédents. De toute évidence, il fallait s'attendre là à une sous-estimation, sauf pour ce qui est des grandes maladies qui immobilisaient les individus depuis un certain temps. Afin de faciliter l'anamnèse ou d'aider les parents à se remémorer les faits concernant leurs enfants, les enquêteurs essayaient d'établir des rapprochements entre les dates des épisodes morbides et celles de diverses fêtes traditionnelles ou religieuses auxquelles les villageois participent régulièrement, ce qui les aidait à préciser le moment d'apparition et la durée des maladies. Au cours de l'analyse de ces données sur la morbidité, il a été possible de les étudier en corrélation avec les circonstances de toutes sortes sur lesquelles on était renseigné par la "feuille individuelle générale" et ses additifs. Par ce moyen, on a pu établir, chaque fois que les données recueillies étaient suffisantes, l'importance relative des nombreux facteurs - sociaux et biologiques - qui sont censés jouer un rôle significatif dans l'évolution de la santé et de la morbidité.

Les additifs prévoyaient aussi la réunion de données pour l'étude des problèmes que posent les soins aux nourrissons, la santé des jeunes enfants et des mères et l'hygiène scolaire. Les renseignements consignés sur la feuille relative aux femmes mariées ont permis d'étudier les taux de fécondité ainsi que les taux de reproduction bruts et nets, qui sont si importants pour les projections démographiques, la planification de la famille et l'organisation de la protection maternelle et infantile. Une enquête sur le régime alimentaire de sous-échantillons de la population étudiée a permis d'établir en outre des corrélations entre l'état de nutrition et les habitudes alimentaires. Cette étude a fait ressortir en particulier les carences alimentaires et les manifestations cliniques des troubles de la nutrition et elle a montré combien il importait d'étudier les variations saisonnières du régime. Dans l'additif concernant les enfants scolarisés, on a noté non seulement les anomalies et les mesures à prendre pour y remédier, mais aussi l'état des connaissances et des pratiques de chaque écolier en matière d'hygiène et de santé.

Une étude de la situation de chaque district du point de vue des infirmités et des vaccinations a mis en lumière les insuffisances des services de prévention dans la collectivité.

Etant donné que la famille était l'unité d'étude pour certains sujets, les faits d'état-civil ont été consignés aussi sur la feuille de famille à des fins de contrôle. Cette feuille a servi également à recueillir des renseignements sur le niveau culturel de la famille et sur ses notions concernant les causes et la prophylaxie des maladies. Les feuilles relatives au régime alimentaire et à la situation économique se rattachaient, en fait, à la feuille de famille.

La feuille économique était conçue pour obtenir des renseignements sur des points directement ou indirectement en rapport avec l'état de santé des membres de la famille ; comme cet état est en relation étroite avec les dépenses plutôt qu'avec le revenu, les renseignements demandés visaient particulièrement les dépenses et comprenaient deux rubriques : 1) consommation ; 2) production. La première de ces rubriques était elle-même subdivisée en "dépenses pour l'alimentation" et "autres dépenses de consommation" (chauffage, loyer, habillement, articles de toilette, mobilier, instruction, frais médicaux, voyages, cérémonies, paiement des dettes, etc...). Les données sur le revenu permettaient alors de calculer un indice de prospérité. De cette manière, on a pu évaluer le revenu et les dépenses par tête et la différence entre les dépenses annuelles et le revenu annuel total. Cette méthode, qui n'a pu être appliquée que dans les régions rurales, a permis de classer chaque collectivité d'après son indice de prospérité et de la comparer aux autres".

D'autres enquêtes ont été réalisées aux Indes à la suite de cette première enquête intégrée et en particulier :

- l'enquête rapide sur certaines maladies et sur la santé en général dans l'état de Sikkim
- l'enquête rapide sur la santé et la salubrité dans le quartier de Chetla à Calcutta
- la nouvelle enquête sur la région desservie par le Centre de santé de Singur
- l'enquête de morbidité parmi le personnel de l'administration centrale à Delhi et New Delhi.

On peut noter que pour la première enquête le coût a été de 5 000 dollars, il aurait été de 7 000 dollars si l'on n'avait pas bénéficié de certains avantages matériels fournis par l'administration, ce qui revient à 15 cents par tête.

2) Enquête avec du personnel n'ayant pas reçu une formation médicale.

Nous allons prendre comme exemple de ce genre d'enquêtes, l'enquête réalisée à Obokoue avec le concours des élèves du centre international de formation statistique ; enquête destinée essentiellement à entraîner les élèves statisticiens à ce genre d'enquêtes sanitaires.

Cette enquête de santé est conçue pour être articulée sur une autre enquête systématique (démographique essentiellement et réalisée par un personnel n'ayant pas nécessairement reçu de formation médicale ou para-médicale.

Le but de cette partie de l'étude est de rassembler, au même titre que les éléments de statistiques (naissances et décès - natalité et mortalité) les éléments complémentaires de santé publique.

- 1) Causes de décès pour les décès observés au cours des 12 derniers mois (s'il s'agit d'une enquête comportant un seul passage de l'enquêteur dans chaque famille).
- 2) Maladies ou accidents observés au cours des douze derniers mois, donnant une idée de l'incidence de la maladie ou des accidents dans la famille ou dans la concession.
- 3) Maladies actuellement en cours d'évolution pendant le passage de l'enquêteur dans la famille ou dans la concession.
- 4) Invalidités diverses frappant les individus recensés dans la famille ou dans la concession.
- 5) Pour chaque évènement vital (naissance ou décès) ou sanitaire (maladie, accident, invalidité), mesure dans laquelle l'évènement a pu être totalement ou partiellement pris en charge par un organisme privé ou officiel chargé de procurer une aide sociale ou des soins.

EN PRATIQUE :

Pour chaque évènement vital (naissance ou décès) survenu dans la famille au cours des 12 derniers mois, l'enquêteur doit par conséquent remplir une fiche sanitaire complémentaire.

Pour chaque individu recensé, il doit :

- 1°) s'assurer qu'il n'est pas porteur d'une forme apparente d'invalidité ou de maladie actuellement en cours.

2°) demander s'il n'a pas été victime d'accident ou de maladie au cours des 12 derniers mois.

Si la réponse est positive en 1) ou en 2), il doit remplir une fiche correspondante.

Les différents questionnaires utilisés étaient les suivants :

- un questionnaire S2 "circonstances de la naissance" (pour tout enfant de moins de 5 ans) ;
- un questionnaire S3 "conditions de sevrage" (pour tout enfant de moins de 5 ans) ;
- un questionnaire S4 "circonstances du décès" (pour tout décès observé dans la famille et mentionné dans la fiche D1) ;
- un questionnaire S5 "maladie-accident" (pour toute personne présentement malade ou souffrant présentement des suites immédiates d'un accident) ;
- un questionnaire S6 "invalidité" (pour toute personne présentant une forme sévère ou légère d'invalidité) ;
- un questionnaire "logement" dont le verso était destiné à recevoir des observations qualitatives concernant l'alimentation en eau de boisson, le rejet des naissances, la tenue de la concession et la présence de tombes dans la concession.

ENQUETE SANTE

QUESTIONNAIRE S3

SEVRAGE

(pour tout enfant vivant de moins de 5 ans)

Date :

Enfant : Nom :

Référence D1 case : N° :

Sexe :

Date de naissance :

Age :

L'enfant est-il actuellement au sein ?

- Entièrement au sein - nourriture mixte

- Entièrement sevré

S'il reçoit une nourriture mixte ?

- Date de début de l'alimentation autre que le lait naturel :

- Type d'aliments :

S'il est entièrement sevré ?

- Type de sevrage : brutal - progressif

- Date de début de l'alimentation autre que le lait maternel :

- Date de sevrage définitif :

- Durée :

Raison du sevrage :

L'enfant a-t-il été séparé de son père ou de sa mère lors du sevrage ?

Observations :

Déroulement des opérations.

Après une semaine de préparation (préparation des élèves d'une part et préparation du terrain de travail d'autre part) l'enquête a commencé le lundi 6 juin 1966 à Obokoué, village de la Commune de Djoungolo Sud à 43 km. du sud de Yaoundé.

- lundi 6 juin : numérotation des constructions - numérotation effectuée sur matériel solide et indélébile en prévision d'enquêtes ultérieures ; plan du village.
- mardi 7 juin : début de l'enquête démographique dans la partie principale du village.
- jeudi 9 juin : début de l'enquête démographique dans les parties excentriques du village.
- vendredi 10 juin : début de l'enquête sanitaire dans la partie principale du village ; visite du représentant de l'OMS : cette visite est extrêmement fructueuse et permet d'entreprendre dès les premiers résultats de l'enquête sanitaire, une modification du questionnaire "acculturation sanitaire" en fonction des premières difficultés rencontrées.
- mercredi 15 juin : début de l'enquête sanitaire dans les parties excentriques du village.
- jeudi 16 juin : réalisation de l'enquête démographique et sanitaire dans une partie du village relativement inaccessible.

Cette partie du village avait été systématiquement laissée de côté lors de la première enquête démographique parce qu'il avait été jugé inopportun d'emmener des élèves dans cette partie du terrain en raison de l'éloignement et surtout des difficultés d'accès.

Cependant au cours de la deuxième partie de l'enquête, les élèves étant moins nombreux, mieux habitués au terrain, il a été jugé possible d'entreprendre la couverture de cette zone difficile.

Pour réaliser ce travail, deux volontaires avaient été demandés ; il est particulièrement encourageant de noter que les six élèves des statistiques sanitaires se sont spontanément proposés pour ce complément d'enquête qui comportait cependant des perspectives de fatigues supplémentaires dans un terrain inhospitalier.

- vendredi 17 juin et samedi 18 juin : vérifications de "complétude", rattrapage des cas difficiles, fin de l'enquête acculturation sanitaire.
- dimanche 19 juin : retour définitif des élèves.

Difficultés rencontrées au cours de cette enquête.

Un certain nombre de difficultés ou d'inattendus doivent être rapportés.

La parenté.

Un questionnaire S1 concernant la parenté des époux avant le mariage dans le cadre de la "famille d'orientation" avait été projeté avant le début de l'enquête pour tenir compte d'observations très nombreuses effectuées en particulier dans l'Ouest africain sur le taux élevé de consanguinité. Mais ce questionnaire n'a pas été utilisé, l'élève-enquêteur devait se contenter de noter la relation de parenté en marge de la feuille démographique.

Très vite, il est apparu que les habitants de ce village respectent encore de façon presque absolue les coutumes d'exogamie ; la notation de la parenté devenait donc inutile, dans la mesure où les deux seuls cas de parenté entre époux existant dans le village étaient parfaitement connus de tout le monde.

Il a fallu remplacer cette question de "parenté" devenue presque sans objet par une question concernant le clan de chaque individu, chose que négligeait complètement le questionnaire, uniquement préoccupé de groupe ethnique.

Il était trop tard, alors, pour effectuer une étude plus complète des règles de la parenté et de la structure de la parenté dans ce village. Une telle étude ne pourrait être entreprise qu'en effectuant une importante recherche bibliographique, et devait être prévue dans l'enquête de l'année prochaine.

L'incidence de la maladie.

Pour mesurer l'incidence globale de la maladie, il faudrait connaître le nombre de cas nouveaux de maladie survenus dans la collectivité au cours des 12 derniers mois (incidence-maladie et incidence-personne éventuellement).

Il était prévu de poser cette question pour chaque individu enregistré dans la feuille démographique, mais en fait ces instructions n'ont pas été suivies par les élèves enquêteurs. Ils ont dû se contenter de remplir une fiche S5 "maladie-accident" pour chacune des personnes malades au moment de la visite de l'enquêteur.

Est-ce une faute méthodologique ?

Certainement non ; les élèves enquêteurs ont fait observer que si l'on s'intéressait aux cas nouveaux de maladie au cours des 12 derniers mois, les difficultés d'interrogatoire seraient telles qu'il serait à peu près impossible de s'y retrouver dans les explications des enquêtés sur une maladie survenue dans les 12 derniers mois, mais déjà guérie.

Mieux valait se contenter de remplir une fiche S5 pour les personnes présentement malades ; mieux valait peu d'information et une information plus concrète et plus facile à recueillir.

Ainsi l'enquête peut donner une base d'appréciation de la prévalence de la maladie, mais non pas de l'incidence. L'incidence, cependant, pourrait être évaluée indirectement en supposant qu'en moyenne chaque cas de maladie a été vu au milieu de sa durée probable et en utilisant, un peu arbitrairement, la formule "incidence-durée", mais il ne pourrait s'agir alors que d'une évaluation très grossière de l'incident.

L'emploi de la liste "NM".

Non seulement des instructions très précises devaient être distribuées aux élèves concernant l'emploi de la liste "NM" pour remplir la fiche "décès" S4, mais aussi une modification de cette liste "NM" avait été prévue pour remplir la fiche "maladie-accident" S5 et la fiche "invalidité" S6.

En fait, une fois sur le terrain, les élèves ont négligé l'utilisation de la liste "NM" et ont préféré utiliser les déclarations directes de l'enquêté, c'est-à-dire :

- soit le diagnostic de l'hôpital ou du dispensaire ;
- soit le diagnostic coutumier en langue locale.

Une liste des principales maladies avait été établie dans ce but, en langue Ewondo. Il semble que ce procédé soit plus commode, s'il est moins justifié sur le plan méthodologique.

II - ENQUETE DITE D'ACCULTURATION SANITAIRE.

L'enquête dite d'acculturation sanitaire sociale détermine dans quelle mesure les membres d'une collectivité ont une connaissance et adoptent un comportement liés aux formes modernes et occidentales de santé publique ou au contraire aux formes coutumières et locales.

Une telle enquête est assez difficile à réaliser, le programme, contenu dans le guide servant de référence, était assez vaste et conduisait à une enquête trop lourde.

Diverses suggestions ont été proposées tant à l'école de Santé Publique de Rennes qu'au Bureau Régional de l'OMS de Brazzaville, mais pour des raisons techniques assez variées, ces diverses suggestions n'ont pas pu être entièrement retenues.

Enfin, avec l'aide du Docteur RALINORO, directeur zonal de l'OMS, un questionnaire a pu être établi qui tient compte des différentes contraintes de temps et de fatigue liées à cette enquête.

Ce questionnaire improvisé en cours d'enquête n'est pas sans défaut, mais il révèle un certain nombre d'orientations et des problèmes courants de santé publique dans le milieu étudié.

Ce questionnaire comporte tout d'abord des questions générales qui permettent de reporter l'enquête au recensement démographique effectué au début du travail. Il comporte tout d'abord des questions générales concernant le comportement des individus dans des situations fréquentes dans ces régions, par exemple : quand l'eau du puits n'est pas bonne, quand on est malade, quand on est victime d'un accident.

Puis il comporte un certain nombre de questions spécifiques concernant les maladies les plus fréquentes dans la région, ou en tout cas celles qui sont bien identifiées dans la langue locale. Ces questions spécifiques sont de deux sortes pour chaque maladie :

- a) A quoi est dû la maladie ?
- b) Si vous aviez cette maladie que feriez-vous ?

ENQUETE DE SANTE

QUESTIONNAIRE

"ACCULTURATION ET SANTE"

Enquête :

Enquêteur :

Village :

Référence famille (D1) N°.....

Nom :

Age :

Individu N°.....

1. QUESTIONS GENERALES.

- Si l'eau que vous avez à boire soit au puits, soit au marigot, ne vous paraît pas bonne, que faites-vous ?

- Pensez-vous que l'eau mauvaise puisse donner les maladies ? Lesquelles ?

.....

- Quand vous vous êtes coupé, que faites-vous ?

- Si vous aviez une fracture (MBOUGUI), que feriez-vous ?

2. QUESTIONS SPECIFIQUES. : deux questions par maladie.

a) A quoi est dû le

b) Si vous aviez le Que feriez-vous ?

Paludisme. (TSIT MIKI)

a)

b)

Jaunisse (ZONG) a) b)

Dysenterie (NTUI-MEKI) a)..... b)

Rhumatisme (AKAN) a)..... b)

Varicelle (MINTSANG-MIOGUE) a)..... b)

Diarrhée (NTUI) a) b)

Tétanos (MINKADA) a) b)

Hernie (OYON) a) b)

Colique (BILOK) a) b)

Toux (EKOUE) a) b)

Rhume(MBOMBE) a) b)

Blennorrhagie chronique (MENYOLOK) a) b)

<u>Pian</u> (MEBADA)	a)	b)
<u>Abcès</u> (EKEL)	a)	b)
<u>Le "foie" gros</u> (ESEK)	a)	b)
<u>Rougeole</u> (OLADA)	a)	b)
<u>Rate grosse</u> (EBEMKOE)	a)	b)
<u>Epilepsie</u> (KANDA)	a)	b)
(FOULLOU)	a)	b)

III - ENQUETE DE SANTE COUTUMIERE.

La société coutumière que nous sommes en train d'étudier a survécu à toutes les formes d'agression qu'elle a rencontrées au cours des siècles : famines, épidémies, guerres, fléaux météorologiques, etc...

On peut donc chercher à analyser dans quelle mesure une telle collectivité est organisée pour survivre. Jusqu'à ces dernières années on pensait tout simplement que la façon la plus courante de balancer une forte mortalité permanente et des excès transitoires surajoutés, c'est d'opposer à cette mortalité la natalité la plus forte possible. Une telle façon de penser n'est légitime que dans une certaine mesure et une opinion plus nuancée pourrait se dégager à la lumière d'études qualitatives mieux conduites. En prenant pour thème le maintien du potentiel de la population étudiée, on peut proposer le plan suivant :

- I. Méthodes et suggestions.
- II. Environnement social et familial.
- III. Problèmes liés à la reproduction et à l'intégration de nouveaux individus dans la collectivité.
- IV. Problèmes liés à la conservation des individus
- V. Problèmes liés à la récupération des individus victimes d'une incapacité temporaire (maladie ou blessure).
- VI. Les infirmes ou les irrécupérables.
- VII. Promotion de la santé mentale.

I. Méthodes et suggestions.

Pour chaque problème abordé, un plan d'observation doit être suivi. L'enquêteur doit rester très terre à terre dans sa façon d'approcher le milieu et d'exprimer les résultats.

Les amateurs qui n'ont pas reçu d'éducation particulière en anthropologie culturelle ont au moins l'avantage de ne pas être le produit d'une école ayant ses méthodes et ses déformations particulières ; ils n'en sont pas moins, cependant, détournés par leur culture d'origine et risquent de manquer d'objectivité dans l'appréciation des faits observés. Le conseil le plus simple : il faut éviter les jugements de valeur et se contenter de donner des descriptions de faits observés, dans le style neutre du rapport d'activité.

1°) Dénomination coutumière.

Pour chaque fait observé, pour chaque objet recueilli, la dénomination dans la langue locale doit être notée, comportant, dans la mesure du possible :

- une transcription des mots utilisés ;
- si possible, une description des situations dans lesquelles ce mot est utilisé (phrases, plaisanteries, histoires, conversations) ;
- éventuellement une description des situations dans lesquelles le mot ne devrait pas être utilisé (en particulier en vue d'éviter de froisser des gens au cours d'une enquête ultérieure) ;
- établir la distinction entre les mots empruntés à une autre culture et ceux appartenant à la langue locale (ainsi peuvent être séparés des faits typiques de la culture locale de faits importés de l'extérieur ; cette partie de l'enquête permet de juger en particulier la pénétration des formes modernes de santé publique dans la population enquêtée).

Pour être satisfaisante, une enquête linguistique nécessite un spécialiste et beaucoup de temps passé ; il ne s'agit pas ici d'effectuer une enquête linguistique, mais de noter ce qui se présente de la façon la moins imprécise possible.

Il ne faut pas oublier que bien des termes utilisés dans la langue locale ne comportent qu'une traduction très imparfaite dans une langue européenne.

2°) Technologie.

L'étude des techniques est l'élément essentiel de ce genre d'enquête parce qu'elle repose en général sur la description d'objets ou de gestes sous une forme objective, sans essai d'interprétation de la part de l'observateur.

On peut diviser cette étude en trois parties :

- L'instrument ;
- La technique ;
- Le technicien.

a) L'instrument.

Tout d'abord il faut, quand c'est possible, rassembler les objets utilisés par les responsables coutumiers de santé publique (matrones, sorciers, prêtres, guérisseurs) dans l'exercice de leur art.

Chaque objet doit être numéroté par le moyen d'une étiquette. A chaque numéro doit correspondre une fiche signalétique qui peut être soit une page de cahier pour

les collections individuelles, soit, mieux, une fiche cartonnée conservée dans une boîte. Parfois l'étiquette elle-même constituera la fiche.

La fiche doit comporter le maximum de notations dont les suivantes sont les principales :

- Numéro de l'objet ;
- Nom du collecteur ;
- Date de ramassage ;
- Lieu de ramassage : république ; district ; village ; hameau ; famille ;
- Nom de l'objet en langue locale ;
- Usages :
 - usage principal ;
 - usages accidentels ;
- Description de l'objet :
 - un dessin de face, de profil ; éventuellement une coupe avec quelques mots de description ;
 - matière (cuir, poterie, bronze, bois, corne) ;
 - forme ;
- Origine de l'objet :
 - acheté à l'extérieur ? fait localement ?
 - transformé localement ?
 - fabriqué par ... (nom ; âge ; sexe ; race ; religion ; statut dans la collectivité) ;
 - mode de fabrication ;
- Statut de l'objet :
 - a-t-il un statut magique ?
 - qui n'a pas le droit de s'en servir et dans quelles circonstances ?

Un cas particulier d'instrument est le remède, le poison, la drogue, utilisé dans la pratique sanitaire. Il est bon de prélever un échantillon de la drogue utilisé. Si ce produit est à l'état liquide ou à l'état de poudre, il faut le placer dans un flacon en verre bouché et il serait souhaitable d'en obtenir une analyse chimique.

Faute d'analyse par un laboratoire, on peut en tout cas tenter de rassembler les indications suivantes :

- Nom de la drogue en langue locale ; ce nom a-t-il une signification particulière dans la langue locale ?

- Usages :

- usages principaux ;

- usages accidentels.

- Description : état (liquide, solide, poudreux, sirupeux, pâtes, etc...), odeur, transparence, couleur ;

- Origine de la drogue.

- Liste des éléments entrant dans la composition de la drogue :

- d'origine minérale ;

- d'origine végétale ;

- d'origine animale ;

- Mode d'acquisition de chacun de ces éléments :

- par achat :

- lieu de l'achat ;

- modalité de paiement : troc, monnaie ;

- par collecte locale :

- si ramassage : circonstances du ramassage, temps et lieu ;

- si cueillette :

- nom et description de la plante, époque de la cueillette, lieu de la cueillette, mode de cueillette, par qui ?

- y a-t-il un rituel magique ou religieux de la cueillette ?

- si prélèvement sur un animal :

- est-ce un animal spécialement élevé ou chassé à cet effet ?

- quel organe est prélevé ? rôle présumé de cet organe ? circonstances et rituel accompagnant le prélèvement ;

- Transformation de ces éléments :

- concassage, broyage, pulvérisation ; méthode utilisée ; outil ;

- solution ; décoction ; infusion ;

- éventuellement : ébullition ; cuisson ;

- fermentation ; distillation.

b) Technique.

Si la description des objets est importante, plus importante encore, mais beaucoup plus délicate, est la description des techniques.

Nous ne reviendrons pas ici sur les techniques d'acquisition, de transformation et même de consommation qui trouvent leur place dans le chapitre précédent pour chaque objet décrit ou pour chaque drogue.

Un chapitre spécial devrait être consacré aux techniques de soins. Tout d'abord, il ne faut pas oublier que l'aspect rituel de chaque technique ne doit pas être séparé de la description de la technique elle-même. L'observateur ne doit pas escamoter cette partie de la description, même si cet aspect rituel ne lui paraît pas, selon une forme de pensée moderne, réellement utile en santé publique.

Ensuite les circonstances de temps et de lieu doivent être notées de façon très précises : y a-t-il des lieux spécialement réservés à l'application de certaines pratiques de santé publique coutumière comme nous avons nos dispensaires ? Y a-t-il des heures favorables, des jours favorables et comment sont-ils déterminés ?

Si la description des objets peut se faire sous forme de fiches comportant éventuellement un dessin d'objet, pour la description de la technique, la photographie pourra être employée. Il ne faut pas oublier de noter, pour chaque photographie, des circonstances de temps (heure, jour, mois, année), le lieu (case, carré, hameau, village, région), les participants et la technique reproduite. Photographier les techniques suppose quelques précautions qu'il n'est pas inutile de rappeler : le technicien ne devra pas regarder l'appareil de photo, mais sa tâche ; on devra prendre le même travail sous plusieurs angles différents ; plusieurs photos successives du même travail en montreront les étapes ; une photo de loin pourra utilement être complétée par une photo de près centrée sur la manipulation ou le geste importants.

c) Le technicien.

Celui qui a une responsabilité coutumière de santé publique jouit en général d'un statut particulier et un certain nombre de points peuvent être notés à son sujet :

Caractéristiques civiques : âge, sexe, groupe ethnique, clan, caste, profession usuelle, niveau d'instruction.

Mode de sélection : appartient-il à une famille où ce genre d'activité est usuellement pratiqué ? Dans le cadre de cette famille est-ce que tous les membres ont le droit d'exercer ou seulement certains d'entre eux ? Pourquoi ? Si le recrutement n'est pas familial, comment s'opère-t-il ?

Mode d'apprentissage ou d'initiation : famille, société secrète, école coutumière. Quels sont les rites d'initiation ?

Distinctions particulières concernant le technicien de santé publique coutumière :

- tatouage et décoration cutanés ;
- soins particuliers des cheveux, du système pileux en général, des ongles, des dents (incrustation) ;
- éventuellement déformations (crâne, nez, oreilles, lèvres, joues, langue) ;
- amputation : doigts, orteils ;
- habits ;
- lieu de résidence (dans le village ou hors du village) ;
- type d'habitation ;
- type particulier d'alimentation ; jeûne périodique ; aliments interdits.

Avantages qu'il tire de son art : prestige, argent, nourriture, autres rémunérations.

Code de déontologie, morale professionnelle.

2. Environnement social et familial.

Il serait souhaitable d'entreprendre des études approfondies de l'environnement social et familial de toute collectivité faisant l'objet d'une enquête sanitaire. Cependant il sort du cadre de ce bref mémorandum d'insister sur ce chapitre.

Quelques points sont indiqués ici pour rappeler à l'enquêteur ce qui doit apparaître dans son compte-rendu :

1°) Organisation sociale.

La stratification sociale : division de la population en caste, clans et autres systèmes de différenciation de statuts sociaux.

Division de la population en différentes classes d'âge, permettant, entre autres, de créer des grilles pour déterminer l'âge au cours des enquêtes.

2°) Mariages.

Règles de résidence des époux après mariage (viri local si la femme va résider dans la famille du mari, uxori local si l'homme va résider dans la famille de la femme).

3°) Polygamie.

Cette question doit être étudiée quantitativement, sous forme de recensement. Cependant il ne faut pas oublier d'en faire mention dans une étude qualitative, en notant la forme de polygamie la plus répandue.

4°) Relations sexuelles.

Noter les faits concernant :

- la stimulation sexuelle : jeux, danse, littérature orame, drogues ;
- les interdits sexuels ;
- le rôle de la parenté dans les interdits sexuels ;
- les rapports sexuels préconjugaux ;
- l'homosexualité.

En fait l'attention sera surtout attirée sur le rôle de la parenté et les règles des interdits sexuels ; en effet, dans les milieux coutumiers, la consanguinité est, en général, assez importante ; cette consanguinité présente un intérêt primordial en santé publique ; une bonne étude qualitative des règles de parenté et des limitations ou interdits qui en découlent constitue un élément de base de l'enquête qualitative

Comment entreprendre cette étude ?

Il n'est pas nécessaire, quoique cela reste souhaitable, d'entreprendre une étude comme les sociologues l'entendent en notant les règles de la parenté, les mots locaux désignant la parenté, la notion de parenté classificatoire d'agrats de cognats, etc...

On pourra se contenter, du moins dans les cas les plus faciles, de noter les interdits de relation sexuelle et de mariage entre parents selon les termes européens. On devra recenser et énumérer un certain nombre de familles en notant pour chaque mariage la nature de la parenté, entre mari et femme, pré-existant au mariage. Dans ces cas un schéma est souvent plus commode qu'un texte.

3. Problèmes liés à la reproduction et à l'intégration de nouveaux individus dans la collectivité.

Les usages adoptés par la collectivité en matière de politique familiale traditionnelle peuvent varier sensiblement.

Les groupes humains actuellement existants sont ceux qui ont réussi à survivre à travers des conditions d'existence parfois mauvaises. Dans ces groupes, les effets d'une mortalité sévère ont pu être contrebalancés par une forte fécondité et une forte natalité.

Mais cependant, cette loi générale présente différents types d'exceptions : d'une part, dans certaines îles, dans le Pacifique par exemple, on rencontre des populations coutumières dont l'organisation sociale ne permet pas une très forte fécondité des femmes et une très forte natalité. Si ces groupes ont pu survivre jusqu'à

nos jours, ils le doivent au fait que, vivant dans des îles, ils sont protégés à la fois des grandes épidémies meurtrières qui ont décimé les populations continentales et des convoitises intertribales.

En Afrique, des groupes ayant une organisation sociale analogue ont pu également survivre dans la mesure où ils étaient isolés, protégés de leurs voisins par des barrières naturelles, marigots, forêts, zones désertiques, etc...

D'autre part, si une forte fécondité est un trait général caractérisant la plupart des groupes coutumiers vivant en Afrique, certaines modalités de cette forte fécondité échappent encore à l'analyse. Ainsi, il semble que, un peu arbitrairement, on puisse diviser ces populations fécondes en deux catégories : celles où la forte mortalité est contrebalancée par la fécondité la plus forte possible, et celles où la forte mortalité est contrebalancée par la fécondité la plus forte qui soit compatible avec la sécurité des jeunes enfants.

Dans une certaine mesure, sécurité des très jeunes enfants et forte natalité sont en opposition, en milieu coutumier : des grossesses trop rapprochées peuvent mettre en danger les enfants très jeunes privés trop tôt du sein et de l'optimum de soins maternels.

Il serait intéressant de comparer différents groupes pour évaluer dans quelle mesure leur organisation sociale semble plus orientée vers une forte fécondité pure et simple, ou plus orientée vers la protection des très jeunes enfants.

D'un côté, la gloriole de la grossesse, de la naissance, du mariage jeune, le discrédit concernant l'avortement ou la stérilité sont en faveur de la fécondité maximum ; mais d'un autre côté, certaines limitations, certains interdits concernant les relations sexuelles dans le mariage, le discrédit porté sur les naissances illégitimes, la prolongation de l'allaitement au sein, certaines pratiques de polygamie, l'usage éventuel de contraceptifs, d'abortifs sont en faveur de la sécurité des jeunes enfants à travers une politique plus ou moins indirectement efficace de contrôle des naissances ; la justification de certains cas d'infanticide peut être rapprochée de ce dernier groupe de faits.

Dans cet esprit il serait utile d'examiner minutieusement dans chaque groupe vivant selon un mode coutumier les points suivants :

1°) L'entrée de l'enfant dans le groupe social.

a) La préparation de la mère :

- coutumes au moment de la première menstruation.
- méthode de contrôle des naissances chez les jeunes filles : interdit pur et simple des relations sexuelles ; contraception par obstacle mécanique ; contraception par drogues locales ; avortement ;
- méthodes psychologiques de contrôle des naissances : inculcation d'un idéal de pureté au cours de cérémonies rituelles, dans les associations, dans la famille.
- dépréciation de la fiancée en cas de non-virginité.

b) Position de la société vis-à-vis de la stérilité :

- la stérilité du couple est-elle mise systématiquement sur le compte de la femme ?
 - quels remèdes sont apportés à la stérilité du couple : consultation d'un prêtre, d'un guérisseur, d'une matrone, changement du partenaire avec l'accord du conjoint, rites propitiatoires ?
 - quel statut a la femme stérile : déchéance de ses droits, moqueries ?
- Croyances liées à la stérilité chez la femme.

- la procréation est-elle nécessaire pour que le mariage soit considéré comme scellé ?

c) La gestation :

- changement d'attitude vis-à-vis de la mère au début de la première gestation ; obligations nouvelles du mari vis-à-vis de la femme ; de la belle famille vis-à-vis de la femme.
- croyances concernant le développement de l'embryon et les stades de développement ; rites correspondant à ces divers stades.
- Attitudes et restrictions sexuelles pendant la gestation.
- Interdits concernant la nourriture de la mère ; raison de ces interdits ; rôle supposé des aliments défendus.
- Autres interdits.

d) L'accouchement.

e) Problèmes concernant l'enfant illégitime.

f) Cas d'infanticides : raisons invoquées ; naissance illégitime, malformation congénitale, gémellité, albinisme.

2°) Soins et éducation de l'enfant.

a) Soins après l'accouchement.

Première ablution de l'enfant ; différences de traitement selon le sexe ; rites destinés à protéger l'enfant.

b) L'allaitement.

Quelles méthodes sont employées pour hâter la montée du lait ? Nouveaux devoirs de la famille vis-à-vis de la jeune mère ? Quelles nourritures sont dites favorables ? Quelles nourritures sont interdites ? Cérémonies prenant place dans les premiers jours.

c) Le sevrage.

C'est un point important à étudier dans la mesure où les conditions du sevrage semblent jouer particulièrement en Afrique, un rôle considérable, non seulement sur le plan purement physique, de la croissance, de l'absence de la maladie, mais également sur le plan du développement psychologique et la structuration de la personnalité.

Les questions qui devraient être posées sont les suivantes :

Date de sevrage ; étapes de sevrage ; modalité de sevrage ; le sevrage est-il progressif ou brutal ? S'il est brutal, l'enfant est-il gardé en contact avec sa mère ou éloigné de la mère et envoyé à ses grands-parents ou à d'autres membres de sa famille ?

Est-il différent pour les garçons ou pour les filles ?

Allaitement d'un enfant dont la mère est décédée.

S'il y a sevrage progressif, décrire l'alimentation mixte : quels sont les premiers aliments donnés en plus du sein ; sous quelle forme ; Combien de fois par jour ?

d) L'enfant et les repas.

Personnes mangeant autour de la mêmealebasse en même temps que l'enfant. Avec qui mange l'enfant ? Avec qui l'enfant ne mange-t-il jamais ? Avec qui ne doit-il pas manger ? Qui a la priorité du plat ? Qui a **droit à** la dernière bouchée ? Qui a la plus grosse part ? Quelles sont les punitions pendant le repas ? Y a-t-il des privations de nourriture ?

e) Les associations d'enfants.

Dans beaucoup de collectivités coutumières, les enfants, les moins de 15 ans, représentent 40 % à 45 % du total de la population. Les parents peuvent être trop occupés par ailleurs, surtout pendant certains travaux saisonniers, pour s'occuper de tous

ces enfants. Dans certaines collectivités, une grande part du travail coutumier d'éducation revient aux associations d'enfants.

Combien de temps les enfants passent-ils dans ces associations en comparaison du temps passé avec leurs parents ? Age d'admission ? Mode de sélection des chefs ? Types d'activité ?

Est-ce que ces associations semblent jouer un rôle :

- en nutrition (les enfants apprennent-ils à se procurer de la nourriture ? Quel type de nourriture ?)

- pour contrôler certaines anxiétés ; récupérer ou tenter de réadapter certains émotifs ?

4. Problèmes liés à la conservation des individus.

Dans le jeu des activités coutumières d'une collectivité en vue de la conservation des individus, la nutrition joue le rôle capital ; cependant d'autres activités doivent être examinées ; les principales têtes de chapitre sont les suivantes :

1°) Nutrition.

a) Déprédation : pour la cueillette, le ramassage, la chasse et la pêche dresser une liste des produits recherchés en indiquant pour chacun d'eux : la période de l'année où l'activité se place ; l'importance jouée par les produits dans la nutrition (nécessaires ou accessoires) ; qui est chargé d'effectuer le travail ; y a-t-il certains interdits ?

b) L'agriculture.

c) L'élevage.

d) L'art culinaire local.

e) Les principes de gastronomie locale.

f) Les breuvages locaux.

2°) Protection.

Protection physique :

habits, maisons ; propriété et hygiène ; élimination des nuisances.

Protection morale :

rites, mutilation, scarifications, tatouages, ornements.

3°) Relaxation - Récréation.

Deux chapitres pourraient être abordés : sommeil, distractions.

5. Problèmes liés au traitement des victimes d'accident ou de maladie temporaire.

1°) Description des maladies.

Un certain nombre de syndromes ou de maladies sont identifiés par la collectivité, recevant un nom, et décrits par l'énumération d'un certain nombre de caractéristiques extérieures, de signes révélateurs.

Il est très important d'établir une liste de ces diverses maladies, avec leur nom en langue locale, leur fréquence, leur répartition selon l'âge, etc...

2°) Accidents.

De même une liste des types d'accidents ou de blessures les plus fréquents doit être dressée avec la répartition des cas les plus usuels par âge, sexe, profession.

3°) Théorie de la maladie.

A partir de cette base, il n'est pas impossible de diriger l'enquête sur certains aspects des croyances : quelles explications sont données coutumièrement concernant l'origine des maladies et des accidents ?

Les trois points essentiels à faire ressortir sont les suivants, pour chaque groupe d'affection ou d'accident :

Est-ce la conséquence d'une mauvaise action de la part du malade, de sa famille, de son clan ? S'agit-il d'un mauvais sort dirigé contre ce malade par une autre personne ? S'agit-il de l'influence d'un esprit surnaturel ?

4°) Les remèdes et traitements.

Constituer une liste des remèdes et des traitements utilisés en s'inspirant du chapitre méthodologique ci-dessus.

5°) Les responsables de l'hygiène.

Constituer une liste de ceux qui semblent jouer un rôle dans le maintien de règle d'hygiène ; ou dans le traitement des malades, dans la collectivité, suivant le plan indiqué dans le chapitre méthodologique.

6. Problèmes concernant ceux qui souffrent d'infirmités définitives.

Deux catégories doivent être considérées : les infirmes et les vieillards.

1°) Les infirmes.

Il faut tout d'abord, dresser une liste des principales infirmités existant dans la région (malformations congénitales graves, lèpre, perte de la vue, surdité, paralysie, désordres mentaux) puis, à l'aide de quelques exemples, apporter pour chaque affection le maximum de notations concernant les points suivants :

- a) Description de l'infirmité ; type :
- totale ; partielle ; date de début ; maladie ou accident initiateurs ; évolution.
- b) Cause, selon l'interprétation coutumière :
- d'après l'infirmes lui-même ;
 - d'après sa famille ;
 - d'après d'autres membres de son entourage (magie, rupture d'interdit, décision de Dieu).
- c) Statut économique actuel de l'infirmes :
- état alimentaire, vestimentaire ; aide reçue de l'extérieur, type d'habitation ;
 - l'infirmes est-il un fardeau pour son entourage ou participe-t-il à la vie familiale en aidant ou en gagnant sa vie ?
- d) Statut familial :
- Vis-à-vis de sa famille : est-il accepté ou rejeté ? Dans quelle mesure ?
 - A-t-il le droit ou la possibilité de se marier ? S'il était marié avant de devenir infirmes, est-ce que son infirmité a été une raison suffisante de divorce ?
- e) Statut social :

L'infirmes a-t-il droit à certains égards ? A-t-il un pouvoir magique ?
Y a-t-il des mesures d'exclusions ? mesures partielles ; exclusion de la famille ;
exclusion du village ? Pratique-t-on l'euthanasie sur les infirmes ?

2°) Les vieillards.

- a) Définition : quelle est la définition locale d'un homme vieux ? Quels sont les stades successifs ? Les vieux ont-ils un statut particulier ?
- b) Les vieux jouent-ils un rôle dans la conservation ou la transmission de certaines connaissances ou techniques de santé publique ou d'hygiène coutumières ?
- c) Les vieux jouent-ils un rôle particulier en santé publique :
- comme techniciens ;
 - dans les périodes de difficultés ;
 - pour remplacer la mère pendant le sevrage ?
 - pour contrevalancer l'excès d'autorité des parents sur les jeunes enfants ?
 - pour diminuer les craintes, les peurs occasionnées par l'apparition de certains phénomènes naturels (orages...) ?

d) Les exigences des vieux :

- Sont-ils un poids économique ?
 - Sont-ils abandonnés, négligés, tués ?
 - Au contraire, ont-ils le monopole des terres et des richesses ?
- Ont-ils la capacité d'effectuer certains travaux leur donnant un droit à participer au partage des biens de consommation ?
- Ont-ils gardé un rôle d'autorité ?
- Que veulent-ils pour eux ?
 - Recherchent-ils des remèdes de jeunesse ?
 - Acceptent-ils le vieillissement ?
 - Accepteraient-ils ou non l'euthanasie ?

7. Promotion de la santé mentale.

La réussite ou l'échec en matière de production vivrière, de construction de maisons, de fabrication d'habits dépendent essentiellement, d'une part, du type d'environnement et des ressources naturelles de la région où vit la collectivité coutumière, d'autre part du degré d'évolution technique de cette collectivité quelle qu'en soit l'organisation sociale.

Par contre il y a deux aspects de la santé publique qui dépendent moins des ressources naturelles et du degré d'évolution technique de la collectivité coutumière et plus du type d'organisation sociale. Ce sont :

- d'une part, l'aptitude à obtenir la plus forte fécondité compatible avec la sécurité de l'enfant jeune, mentionné précédemment ;
- d'autre part, la promotion de la santé mentale.

Le sujet sera divisé en deux parties :

- la santé mentale individuelle ;
- la santé mentale collective.

1°) La santé mentale individuelle.

Définition courante : la santé mentale individuelle a été définie comme l'aptitude à faire face aux problèmes quotidiens, à s'accorder avec autrui et à adapter son comportement dans le cadre de l'environnement social.

Dans les cultures occidentales, les caractéristiques permettant de reconnaître la santé mentale sont les suivantes :

- relations de sentiments avec autrui adaptées ;
- aptitude à travailler de façon productive ;
- perception non faussée de la réalité ;
- adaptation à l'environnement, s'il est conforme aux normes de la sécurité et aptitude à changer cet environnement dans les cas où il comporte des éléments d'insécurité.

a) Description des désordres mentaux en termes de culture coutumière.

Définition d'un désordre mental : les critères généralement utilisés comme définition coutumière des désordres mentaux sont : un comportement extérieurement et usuellement dévié de ce qui est attendu de l'individu en accord avec les moeurs locales, les circonstances particulières dans lesquelles se trouve l'individu et le rôle joué par cet individu dans ces circonstances particulières.

Par exemple, dans les collectivités urbaines, le comportement individuel est différent selon que l'on est à une soirée ou à un enterrement, et, au cours de la soirée, le comportement de l'individu est différent selon qu'il s'y trouve comme invité ou comme domestique.

b) Description des comportements anormaux :

Choisir dans la collectivité un certain nombre d'individus (il y en a toujours au moins un par village) dont le comportement est jugé anormal par les membres de la collectivité et, à propos de chaque cas, recueillir les données suivantes :

- Etat-civil : âge, sexe, groupe ethnique, clan, caste, religion, secte, profession.
- Description du comportement anormal :
 - quelle attitude amène l'entourage à estimer que l'individu considéré est anormal ? pourquoi ?
 - quelle est la cause supposée de ces désordres ?
 - quelles sont les mesures prises :
 - pour guérir l'individu considéré comme anormal (prières, exorcisme, traitements divers...) ?
 - pour protéger les autres individus contre les effets fâcheux de ces actes anormaux (tolérance, emprisonnement, exclusion de la collectivité...) ?
 - pour protéger les autres individus contre une contamination possible

c) Causes réelles possibles : outre les diverses causes médicales qui sortent du domaine de cette enquête, un certain nombre de situations psycho-sociales peuvent être considérées comme des causes prédisposantes possibles.

Voici quelques exemples :

- Mariage : adaptation de la nouvelle mariée à sa belle famille dans le cas de résidence viri-locale ;
- Ménopause et stérilité ;
- Sevrage et séparation de la mère ;
- Tension nerveuse pendant l'initiation ;
- Tension survenant à cause de la cohabitation dans le cas des familles polygames ;
- Tensions liées à des pratiques magiques des ruptures d'interdits, etc... ;
- Toxicomanie ;
- Acculturation.

d) Désordres mentaux selon la culture.

Certains comportements seraient considérés comme anormaux dans une collectivité de type occidental mais sont considérés comme acceptables dans le cas d'une collectivité à structure coutumière et parfois même entrent dans le mécanisme fonctionnel de cette collectivité.

Si des faits de ce genre existent il faut les noter soigneusement.

2°) Promotion de la santé mentale collective.

a) Enumérer un certain nombre d'échecs individuels dans la collectivité au cours des "n" dernières années : suicides, crimes, divers, etc...

b) Décrire les circonstances dans lesquelles la collectivité coutumière semble exagérer l'importance :

- de règles morales non motivées ;
- de craintes et d'angoisses sans fondement naturel ;
- de hiérarchies non fonctionnelles.

Questions à examiner à ce propos :

En quelles circonstances les craintes, les tensions, les inadaptations tendent-elles à apparaître ?

Dans quelle mesure les concepts locaux, les croyances religieuses, les valeurs morales sont-ils un facteur d'équilibre mental ?

Quels sont les divertissements qui semblent avoir un rôle d'apaisement vis-à-vis des tensions ou des craintes ?

Les associations jouent-elles un rôle pour réadapter ceux qui sont passagèrement ou définitivement anormaux ?

Les griots, conteurs, chanteurs, prêtres, sorciers, vieillards, etc... jouent-ils un rôle dans la promotion de la santé mentale, en aidant la collectivité à diminuer les craintes, les tensions, les comportements anormaux ? ou est-ce le contraire ?

Dans quelle mesure la structure sociale, la hiérarchie, etc... tendent-elles à encourager un sentiment d'inadaptation, des complexes d'infériorité, une perte de confiance en soi ou d'amour-propre, la toxicomanie, le crime, la délinquance, le suicide, etc... ?

Le type d'habitat est-il tel qu'il semble jouer un rôle dans le développement de tensions intrafamiliales ?