

Les Études du Ceped n° 9

Alexandra OLIVEIRA DE SOUSA

en collaboration avec

Dominique WALTISPERGER

LA MATERNITÉ CHEZ LES BIJAGO DE GUINÉE-BISSAU

Une analyse épidémiologique et son contexte ethnologique



Centre Français sur la Population et le
Développement

1995

LA MATERNITÉ CHEZ LES BIJAGO DE GUINÉE-BISSAU

Une analyse épidémiologique et son contexte ethnologique

Déjà parus dans la collection "Les Études du Ceped" :

n°1 : *De l'homme au chiffre, réflexions sur l'observation démographique en Afrique*, par Louis LOHLÉ-TART et Rémy CLAIRIN (1988).

n°2 : *MORTAL*, logiciel d'analyse de la mortalité, par Jean-Michel COSTES et Dominique WALTISPERGER (1988).

n°3 : *Mobilité spatiale et mobilité professionnelle dans la région Nord-Andine de l'Équateur*, par Jean PAPAIL (1991).

n°4 : *Un siècle de démographie Tamoule. L'évolution de la population Tamil Nadu de 1871 à 1981*, par Christophe GUILMOTO (1992).

n°5 : *Croissance urbaine, migrations et population au Bénin*, par Kossi Julien GUINGNIDO GAYE (1992).

n°6 : *La traite des esclaves au Gabon du XVII^e au XIX^e siècle. Essai de quantification pour le XVIII^e siècle*, par Nathalie PICARD-TORTORICI et Michel FRANÇOIS (1993).

n°7 : *L'entrée en vie féconde. Expression démographique des mutations socio-économiques d'un milieu rural sénégalais*, par Valérie DELAUNAY (1994).

n°8 : *La crise de l'asile politique en France*, par Luc LEGOUX (1995).

Éléments de catalogage :

La maternité chez les Bijago de Guinée Bissau. Une analyse épidémiologique et son contexte ethnologique, Alexandra De Sousa et Dominique Waltisperger (collab.). – Paris, Centre Français sur la Population et le Développement, 1995, 114 p. ; 24 cm. (Les Études du CEPED, n° 9).

LES ÉTUDES DU CEPED N° 9

Alexandra OLIVEIRA DE SOUSA

avec la collaboration de

Dominique WALTISPERGER

LA MATERNITÉ CHEZ LES BIJAGO DE GUINÉE-BISSAU

Une analyse épidémiologique et son contexte ethnologique

Préface de Thérèse Locoh

Centre Français sur la Population et le Développement
Septembre 1995

Comité éditorial :

Jacques Vallin
Thérèse Locoh
Philippe Antoine

Jean Coussy
Maria Cosio
André Quesnel

Responsable scientifique : Thérèse Locoh

Directeur de la publication : Jacques Vallin

Réalisation technique : Valérie Guérin

Couverture : Bogolan du Mali.

Illustrations de fin de chapitre : Dessins muraux (Bernatzik, 1944).

Photographies : Catherine de Clippel

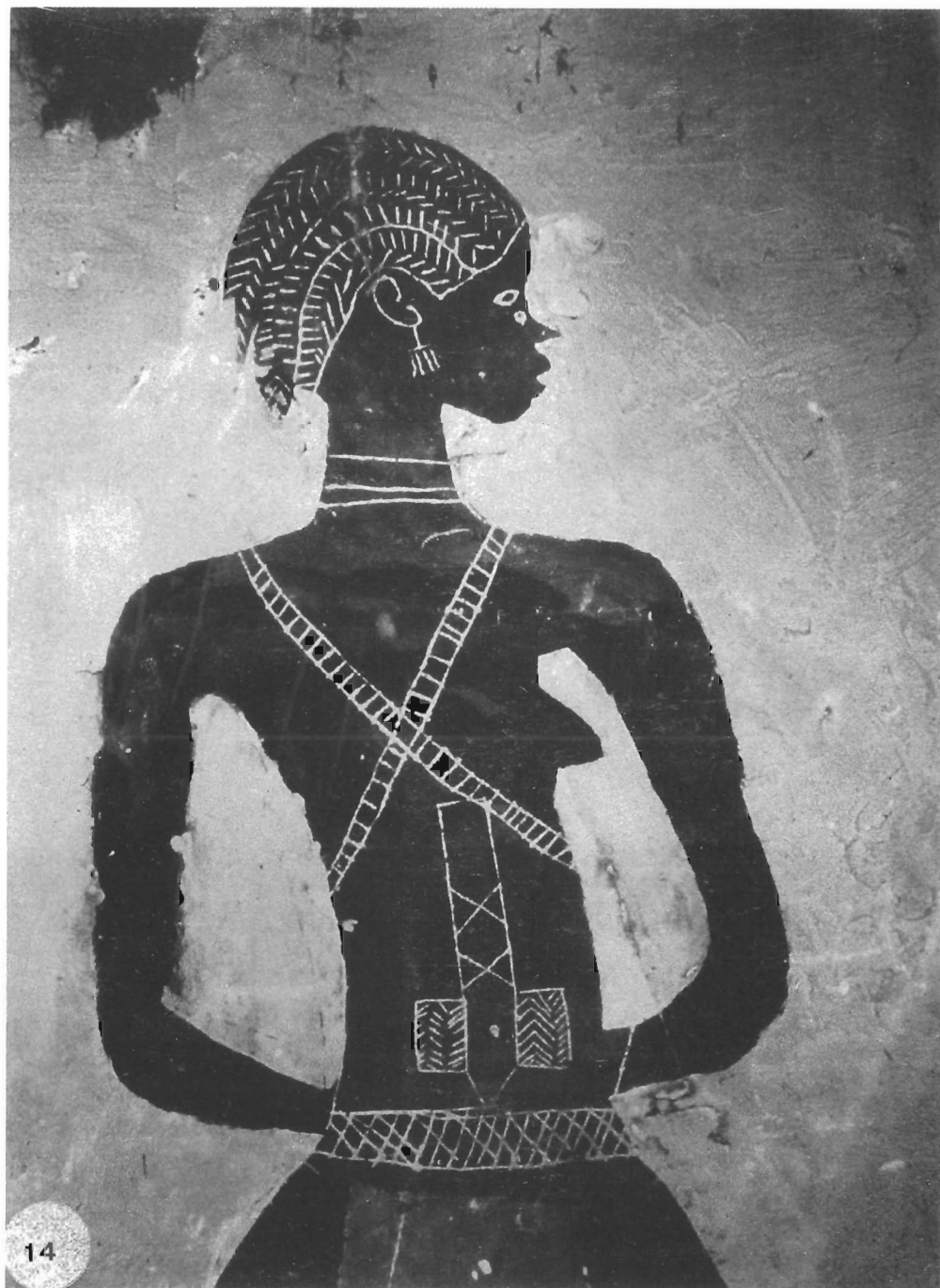
1995

ISBN : 2-87762-075-1 ISSN : 0993-6157

Centre Français sur la Population et le Développement

15, rue de l'école de médecine - 75270 PARIS Cedex 06 - FRANCE

Téléphone : (33) (1) 46 33 99 41 - Télécopie : (33) (1) 43 25 45 78



Peinture murale à l'intérieur d'un temple de défunts, représentant une jeune fille ornée de scarifications, village de Bijante, île de Bubaque (D. Gallois-Duquette, 1966)

Le CEPED, *Centre français sur la population et le développement*, est un « Groupement d'intérêt scientifique » (GIS) créé en 1988 par l'INED, l'INSEE, l'ORSTOM, l'université de Pierre et Marie Curie et l'École des hautes études en sciences sociales, pour conjuguer leurs efforts en matière de recherche, de formation et de coopération avec les pays du Sud dans le domaine de la population et de ses relations avec le développement. Ses activités de recherche portent essentiellement sur les facteurs de la dynamique des populations (santé, famille, fécondité, migrations), leurs relations avec les divers aspects du développement économique et social (éducation, emploi, activité économique, structures sociales, ...) ainsi que les méthodes d'observation et d'analyse appropriées. Ses travaux sont définis et conduits en étroite relation avec les organismes partenaires du tiers monde (offices statistiques, centres de recherche, universités). Le CEPED accueille régulièrement à Paris des chercheurs de ces pays, et met à la disposition du public un important centre de documentation sur les thèmes de sa compétence. Pour toutes ces tâches, le CEPED reçoit un large concours du ministère de la Coopération et du Développement.

SOMMAIRE

Remerciements	ix
Préface	xi
Résumé	xiii
Summary	xiii
Introduction	1
Thématique et problématique	3
Chapitre 1. – Les îles Bijago	7
I. – L'archipel et son histoire	7
II. – Les soins de santé modernes	13
1. Le contexte général	13
2. Le contexte obstétrical	14
III. – L'île de Bubaque et ses habitants	17
Chapitre 2. – Fécondité, santé et mortalité	21
I. – Méthodes	21
1. La population de l'enquête	21
2. L'élaboration du questionnaire et les tests	22
3. Les questions	23
4. Les enquêteurs et l'enquête	26
II. – Description de la population étudiée	28
III. – Fécondité et natalité	33
IV. – Mortalité infanto-juvénile	41
V. – Autres indicateurs de santé	46
1. Les partenaires	46
2. La grossesse	47

3. L'accouchement	48
4. Couverture sanitaire de la maternité	52
5. Le nouveau-né et le sevrage	53
6. Plus d'enfants ?	57
7. Pour conclure	58
 Chapitre 3. – Le monde de la maternité	61
I. – La méthode utilisée	61
II. – Les cadres sociaux de la maternité	65
1. Grossesse, accouchement et nouveau-né	65
2. Initiation, mariage et résidence.....	68
3. Possession et maternité.....	73
 Chapitre 4. – Conclusions.....	77
I. – La maternité	77
II. – La descendance.....	82
III. – Couverture sanitaire de la maternité.....	84
IV. – Structures modernes en milieu traditionnel.....	85
 Annexes	89
Annexe 1. – Quelques détails sur la technique proposée par Basia Zaba.....	91
Annexe 2. – Le questionnaire d'enquête	95
 Liste des tableaux	101
Liste des figures	103
Références bibliographiques	105
Les publications du Ceped	111

*À mon père et à ma mère,
que je garderai toujours vivants.*

REMERCIEMENTS

Ce travail a pu être réalisé grâce au soutien de la Coopération Bilatérale Portugaise, qui a financé l'achat du matériel, les déplacements et les moyens logistiques sur place, et au soutien du Banco Comercial Português puis de la Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica (JNICT), qui ont financé mes recherches théoriques et sur le terrain. Je leur suis très redevable pour la confiance qu'ils m'ont faite. Dans sa conception, le projet a bénéficié de l'enthousiasme de Mário Ruivo et de l'appui de l'UNESCO, ainsi que de l'intérêt des autorités guinéennes, avec qui le projet a été discuté. Sur place, l'attention bienveillante du médecin de l'hôpital et de l'équipe d'enquêteurs ni l'accueil très chaleureux de la population n'ont jamais manqué. Une pensée spéciale va à Domingos Ompané qui m'a guidé et beaucoup appris sur son pays. J'ai également reçu un formidable soutien en coulisses de l'attaché pour la Coopération Portugaise, le Dr. Almeida Machado, et de l'attaché culturel de l'Ambassade du Portugal, le Dr. Matos e Lemos. L'analyse des résultats a bénéficié de l'incalculable collaboration de Dominique Waltisperger qui, sans ménager ni son temps ni sa peine, a su résoudre les problèmes les plus difficiles. Il est devenu à ce titre coauteur de cette "Étude" que le CEPED publie aujourd'hui. De même, l'apport intellectuel et le dynamisme de Marc Augé et de Pierre Cantrelle ont stimulé cette recherche dès son début. Finalement, c'est à Claude Meillassoux, à Thérèse Locoh et à Jacques Vallin que je dois la mise en valeur de ce travail par leurs précieux conseils et leurs soins lors de la publication. Les photos sont dues au talent de Catherine de Clippel.

À tous, je suis très reconnaissante.

Alexandra DE SOUSA

PRÉFACE

Les îles, lieux privilégiés d'observation des interactions entre la dynamique d'une population et son territoire ont souvent inspiré les démographes. Pourtant les îles Bijago, au large des côtes de Guinée, abritant environ vingt-mille habitants, n'avaient pas jusqu'ici suscité leur curiosité. L'enquête consacrée par Alexandra Oliveira de Sousa au contexte épidémiologique et sociologique de la maternité présente l'une des premières analyses de la dynamique démographique de l'île de Bubaque, la plus peuplée de l'archipel. Mais l'ambition de l'étude présentée ici dépasse largement la présentation de données nouvelles sur cette population.

Se référant explicitement à l'anthropologie de la santé, l'auteur a conduit son investigation à la fois en démographe, en épidémiologue et en ethnologue. L'interprétation qu'elle nous propose des problèmes de santé liés à la maternité renvoie constamment "aux relations invisibles entre culture et santé", à la cosmogonie Bijago, aux liens que celle-ci définit entre le monde des morts et celui des vivants.

L'enquête épidémiologique sur la fécondité des habitants de Bubaque a d'abord révélé que si la fécondité, comme dans les autres pays côtiers ouest-africains, était élevée (7 enfants par femme), elle présentait des caractéristiques spécifiques : premières naissances un peu plus tardives qu'ailleurs, taux de mortalité particulièrement élevés à 15-19 ans, mortalité des enfants de moins d'un an plus élevée que celle des enfants de 1 à 4 ans, à l'inverse d'autres pays du sous-continent.

L'auteur s'est alors intéressée aux aspects de la culture Bijago susceptibles d'expliquer les particularités de la vie maternelle, notamment aux spécificités de l'initiation à l'âge adulte qui, pour les hommes, définit le moment où ils pourront fonder une maisonnée et, pour les femmes, interfère très directement sur les étapes de leur vie féconde. Dans la culture Bijago, les femmes sont indispensables à l'accomplissement de l'initiation inachevée des hommes morts prématurément. Si elles jouent, pendant les phases de possession des rôles d'hommes, c'est pour mieux s'accomplir en tant que femmes puisque pour devenir adultes elles doivent obligatoirement vivre ces périodes de possession. Le biologique et le social alternent pour définir les statuts d'homme et de femme. La possession accorde aux femmes un rôle qui dépasse largement leurs fonctions reproductives et économiques.

En effet toutes les femmes bijago passent par des périodes de possession au cours desquelles elles sont censées aider les âmes des hommes décédés avant d'être initiés à atteindre le "siège des âmes", faute de quoi ils errent sans repos. Au cours de ces périodes de possession les femmes s'identifient à l'homme décédé avant d'avoir accompli son cycle initiatique qu'elles "remplacent". Elles ne doivent donc pas être enceintes ni allaiter à ce moment. Alexandra de Sousa suggère là une des explications possibles du taux élevé des avortements (spontanés ou provoqués) chez les jeunes femmes.

On voit toute l'importance que revêt l'observation ethnologique dans une telle société pour la compréhension des problèmes de santé maternelle et la mise au point de programmes adaptés. Importance pour les Bijago eux-mêmes mais aussi pour les autres sociétés car l'auteur nous donne ici une illustration de l'apport réciproque de la statistique et de l'anthropologie à la connaissance des liens entre culture et santé. De ce qu'elle a patiemment mis en œuvre sur le terrain, elle tire avec réalisme les leçons méthodologiques et ses recommandations viennent à point nommé alors que les approches qualitatives rencontrent un intérêt renouvelé auprès des démographes et épidémiologistes, tant dans l'interprétation des données quantitatives classiques que dans la conception même des hypothèses de recherche et des protocoles d'enquête. Cet ouvrage, illustration réussie d'une telle démarche, incitera d'autres chercheurs et praticiens, nous l'espérons, à emprunter les chemins de l'interdisciplinarité.

Thérèse LOCOH

Directeur de recherche à l'INED,

Chercheur au CEPED.

RÉSUMÉ

Cette étude vise à montrer en quoi la culture infléchit la santé des femmes et des enfants et de quelle façon il serait possible d'améliorer la santé sans pour cela l'opposer à la culture. En raison du manque d'information sanitaire, il a fallu mener une enquête épidémiologique sur la fécondité, la mortalité infanto-juvénile et d'autres indicateurs de santé, chez les Bijago de Guinée-Bissau. Dans l'analyse épidémiologique, ont été utilisés comme variables indépendantes le lieu de résidence et l'appartenance ethnique. En parallèle, une étude ethnologique de la société bijago, portant notamment sur les questions qui concernent la maternité a été conduite. Cette étude soulève des questions d'ordre méthodologique sur la pertinence de l'apport de l'ethnographie lors de l'interprétation de résultats statistiques et sur l'importance d'une recherche ethnologique préalable à l'élaboration d'un questionnaire épidémiologique.

Mots clés : Avortement, Bijago, Épidémiologie, Ethnologie, Fécondité, Femmes, Guinée-Bissau, Mortalité infanto-juvénile, Santé maternelle, Santé publique, Soins modernes.

SUMMARY

This study has tried to show to what extent culture influences women and child's health and how it would be possible to improve health without contradicting local culture. An epidemiological survey on fertility, child mortality rate and other health markers studied the Bijago islanders of Guinea Bissau. The analysis uses as independant variables, the place of residence as well as the ethnic origin. At the same time an ethnological study with a special focus on maternity has been carried out. It was demonstrated the importance of ethnographic data in interpretation of statistical results and on the pertinence of carring out ethnological research before drying up an epidemiological questionnaire.

Key words : Abortion, Anthropology, Bijago, Epidemiology, Fertility, Women, Guinea Bissau, Infant and child mortality, Maternal health, Public health, Modern treatments.

INTRODUCTION

Entre janvier et juin 1991, je me suis installée dans l'île de Bubaque, l'île principale de l'archipel des Bijago, en Guinée Bissau. Ayant une formation en médecine tropicale et en anthropologie, je m'intéressais doublement à ces populations. Situé au large de la côte atlantique de l'Afrique, à une trentaine de kilomètres de Bissau, l'archipel est composé de 88 îles et îlots éparpillées sur quelques dizaines de kilomètres. La distance entre deux îles dépasse rarement les limites de la visibilité, bien que quelques-unes ne soient abordables de Bubaque qu'après une longue journée de bateau. Les Bijago n'habitent que 22 des îles de l'archipel ; les autres îles réservées à la culture de riz pluviale ou aux cérémonies d'initiation, sont frappées d'un interdit de résidence. Géographiquement très isolés du continent, les quelques 20 000 insulaires ont maintenu jusqu'à nos jours un étonnant mode d'organisation sociale et un système symbolique¹ des plus originaux. Fondé sur un principe matrilineaire, le système bijago attribue aux femmes un rôle incontournable dans le monde religieux, leur conférant le pouvoir de contrôler largement la vie sociale.

J'avais auparavant connu l'archipel et sa population, pendant un séjour de trois mois. À l'époque, mon intention de mieux pénétrer les arcanes de la médecine traditionnelle s'était rapidement muée en exercice de mon métier de médecin à plein temps. De retour de ce premier séjour sans les résultats attendus, je m'étais décidée à revenir dans les îles Bijago afin d'y travailler davantage aux relations "invisibles" entre culture et santé. Le sujet choisi pour cette recherche n'était pas le fruit du hasard. Je m'étais évidemment intéressée à l'étude de l'interprétation de la maladie chez les Bijago, parallèlement à l'assistance sanitaire donnée à l'hôpital. Cela m'a conduit à l'étude de la conception de la mort et, dans son prolongement, à celle de la

¹ La notion de symbolique culturelle a été très largement travaillé par Claude Lévi-Strauss et l'anthropologie française en générale. Dans son introduction à l'œuvre de Marcel Mauss, Claude Lévi-Strauss (1950) écrit : "Toute culture peut être considérée comme un ensemble de systèmes symboliques au premier rang desquels se placent le langage, les règles matrimoniales, les rapports économiques, l'art, la science, la religion. Tous ces systèmes visent à exprimer certains aspects de la réalité physique et de la réalité sociale, et plus encore, les relations que ces deux types de réalité entretiennent entre eux et que les systèmes symboliques eux-mêmes entretiennent les uns avec les autres."

notion de personne² (De Sousa, 1991). Finalement, j'essayai d'aborder le vaste thème du cycle de vie. Pour mieux cerner les questions relatives à la naissance j'ai alors entamé une étude épidémiologique rétrospective sur la maternité des femmes de Bubaque.

Cherchant des publications sur les questions de natalité, de fécondité et de maternité en Guinée Bissau, j'ai été frappée par le manque d'informations épidémiologiques, si l'on compare avec la quantité et la qualité des travaux réalisés dans les pays voisins³.

L'excentricité géographique de l'archipel et ses carences en structures logistiques expliquent sans doute ce panorama presque vierge de données épidémiologiques⁴. Souvent les résultats obtenus dans les enquêtes réalisées sur le continent étaient rapportés à l'ensemble du pays, ce qui ne permet pas de mettre en évidence les spécificités des insulaires. D'autre part, les situations rencontrées par les agents de santé dans l'exercice de leur profession manquaient de réelle traduction statistique. Or des impressions non quantifiées pouvaient difficilement justifier des propositions d'intervention sanitaire et rendaient impossible leur évaluation rétrospective. Pour réfléchir à la maternité chez les Bijago, il s'avérait donc urgent de pouvoir disposer de données chiffrées.

La nécessité de réaliser en parallèle une étude interdisciplinaire était née de la complexité du terrain. D'après mes lectures, qu'il s'agisse de développement, de médecine ou d'anthropologie, l'autonomie des différentes approches pour traiter de santé publique dans des sociétés de ce type me paraissait bien discutable. Trop souvent, en partant de la logique d'une seule discipline, les outils conceptuels pour expliquer tel comportement ou tel résultat faisaient défaut. Il me semblait difficile de prétendre étudier la maternité dans cette société si ancrée dans sa vie

² À travers une analyse sociologique, Marcel Mauss (1950) insiste sur l'importance de l'organisation sociale dans l'élaboration de la notion de personne, la reconnaissance et l'identité de l'individu. Après lui un grand nombre d'auteurs se sont intéressés à la notion de personne. Parmi les contemporains, J. Clifford considère la notion de personne comme le résultat d'un compromis entre une conception sociale et symbolique (J. Clifford, 1982).

³ Tout en reconnaissant l'effort particulier de l'UNICEF qui publie chaque année des indicateurs détaillés pour la Guinée-Bissau, la plupart des organisations déplorent le manque d'informations sur cette région. Ainsi, dans les rapports de la Banque Mondiale, la Guinée-Bissau est groupée avec les pays ayant moins d'un million d'habitants, qui ne figurent pas dans les tableaux généraux et pour lesquels on ne trouve que quelques indicateurs de base "soit parce qu'ils sont trop petits, soit parce qu'ils ne sont pas déclarants, soit parce que leurs antécédents sont insuffisants". La Guinée-Bissau et les autres petites entités économiques "sont incluses dans les agrégats de groupe, même si les tableaux ne présentent pas de données propres à ces pays". (*Rapport sur le développement dans le monde en 1990*, 1990, p. 195-196).

⁴ Le dernier rapport national qui tient compte de la situation socio-économique de la Guinée-Bissau présente les données relatives à l'archipel des Bijago dans l'ensemble de la région Bolama/Bijago. Or, tant par leur localisation géographique et leur développement économique que par leur spécificité culturelle, l'île de Bolama et l'archipel des Bijago présentent des situations bien distinctes. Les quelques données présentées séparément - comme les résultats de la couverture vaccinale - témoignent de la différence (UNICEF, 1991).

traditionnelle, sans l'appui réciproque de la médecine et de l'anthropologie. De nombreuses questions posées par la santé publique trouvent leur réponse dans des raisons d'ordre culturel, alors que des problèmes d'intérêt purement anthropologique se clarifient grâce aux données biologiques et statistiques⁵. Dans notre cas, cette nécessaire complémentarité s'est imposée dès le début de la recherche, dans la formulation même du questionnaire. De même, tout au long de ce séjour, les solutions aux différents problèmes qui survenaient tant à l'hôpital que dans les enquêtes en brousse, ont exigé le concours de l'anthropologie.

Thématique et Problématique

L'intention première de cette étude fut d'une part, d'apporter une description épidémiologique de la santé maternelle, de façon à mieux cerner la nature des besoins en structures de soins. Connaître, entre autres, les taux de fécondité et de mortalité infanto-juvénile, dans une région ignorée par l'épidémiologie, était prioritaire. D'autre part elle fut de comprendre les conceptions liées à la naissance et les fondements culturels du comportement des femmes bijago face à la maternité, en somme le système de reproduction biologique et social des Bijago, ce qui impliquait nécessairement une enquête ethnographique. Toutefois, l'objectif ultime devint d'étudier l'influence de la culture sur la santé et de savoir s'il fallait ou non en tenir compte dans la mise au point des stratégies de santé. La société bijago, par son originalité culturelle et sociale, offrait un terrain riche pour l'analyse que je me proposais de faire. En même temps, ce type d'approche posait nécessairement d'intéressantes questions d'ordre méthodologique.

Un des objectifs de cette recherche étant de déterminer quel serait l'apport de l'anthropologie au domaine de la santé, la question se posait de savoir de quoi parle cette anthropologie dite 'de la maladie', quel est son objet et quels sont ses moyens ? Enfin, fallait-il entreprendre les enquêtes ethnographiques avant, pendant ou après l'acquisition d'une connaissance épidémiologique du sujet ?

Pour mieux centrer notre sujet et pouvoir répondre à la première de ces questions il nous faudra aborder quelques-unes des problématiques soulevées par les travaux consacrés à la santé maternelle. Depuis que la réduction de la mortalité maternelle figure comme priorité en matière de développement et de santé

⁵ Bien que l'anthropologie se veuille une science totalisante qui utilise les méthodes des autres sciences sociales (statistique, démographie, géographie, économie, psychologie, etc.) rares sont, dans l'anthropologie française, les chercheurs qui ont recours aux méthodes statistiques. Deux exceptions majeures : l'étude de Françoise Héritier (1974, 1975) sur la parenté des Samo du Burkina-Faso et les travaux de R. Gessain sur les rapports entre l'anthropologie et la démographie.

(Conférence de Nairobi, 1987⁶), l'attention s'est portée sur le besoin de paramètres fiables, et en conséquence sur la recherche d'outils et de déterminants valables pour les atteindre. Plusieurs obstacles sont apparus à l'énoncé de cette ligne de conduite, tant pour mesurer la mortalité maternelle que pour la réduire. Le recours au taux de mortalité maternelle comme seul instrument de mesure de la santé des femmes a été dénoncé maintes fois⁷, comme une réduction de la condition de la femme à son seul rôle de mère. D'autres affections, comme les pathologies oncologiques et les maladies infectieuses sont des causes de décès beaucoup plus fréquentes que les accidents liés à la maternité. D'autre part, même si le taux de mortalité maternelle reste un indicateur précieux pour évaluer le niveau de santé des femmes, il n'est pas suffisamment élevé pour qu'à des échelles d'effectifs plus réduits, on puisse en tirer des données statistiquement significatives. C'est pourquoi aujourd'hui, les travaux sur la maternité ne se restreignent pas aux décès survenant au cours ou à l'issue d'un accouchement, mais se donnent des horizons plus vastes.

Finalement, on a cessé de considérer ces paramètres comme étant uniquement d'ordre biologique pour reconnaître également leur dimension sociale⁸, mais on bute encore trop souvent sur la question de savoir comment définir les déterminants culturels et quels outils employer pour les reconnaître comme pertinents et les intégrer dans les politiques sanitaires. On *"se fonde souvent sur une connaissance qui ressortit à la sociologie ou à l'anthropologie spontanées, c'est-à-dire à une sorte de bon sens"* (Fassin et Défossez, 1992). Ces résultats servent dans nombre de cas à opérer des raccourcis simplificateurs en invoquant des moeurs "exotiques" pour expliquer les difficultés rencontrées par les programmes sanitaires. Très souvent, on accuse la culture, qualifiée un peu péjorativement de "coutume", d'être le véritable obstacle à la réussite d'un projet de développement sanitaire. Or, l'opposition entre l'efficacité de la bio-médecine et le comportement obscurantiste "traditionnel" n'est pas une vérité absolue sur le terrain. La médecine moderne est loin d'être toujours efficace, souvent faute de moyens et malheureusement aussi de préparation des agents de santé. D'autre part, la tradition n'est obscure que pour ceux qui ne connaissent que leur propre culture.

Les maladies sont universelles, mais les malades non. Ce qui est considéré comme pathologique chez les uns, peut être vu comme normal chez les autres. Une même bactérie et une même maladie suscitent dans des cultures différentes, des expressions variables qui traduisent la façon dont chacune appréhende la maladie, le mal ou le malheur. Il est bien évident pour tout le monde, qu'il soit anthropologue,

⁶ Conférence de Nairobi, organisée par la Banque Mondiale, l'Organisation Mondiale de la Santé et le Fonds des Nations Unies pour la Population. Voir à ce sujet B. Herz et A. Measham, 1987.

⁷ Dans un article récent, médecins, anthropologues et sociologues soulèvent des questions d'ordre méthodologique, politique et idéologique que pose l'étude de la mortalité maternelle les "conduisant à mettre en cause le quasi-monopole de cet indicateur dans le discours officiel sur la santé des femmes". Voir Fassin et Défossez, 1992.

⁸ Suite aux difficultés rencontrées (tant pour mesurer que pour réduire les taux de mortalité maternelle) l'Organisation Mondiale de la Santé propose la participation des sciences sociales à un programme intitulé "Maternité sans risque". Voir à ce sujet Royston et Armstrong, 1988.

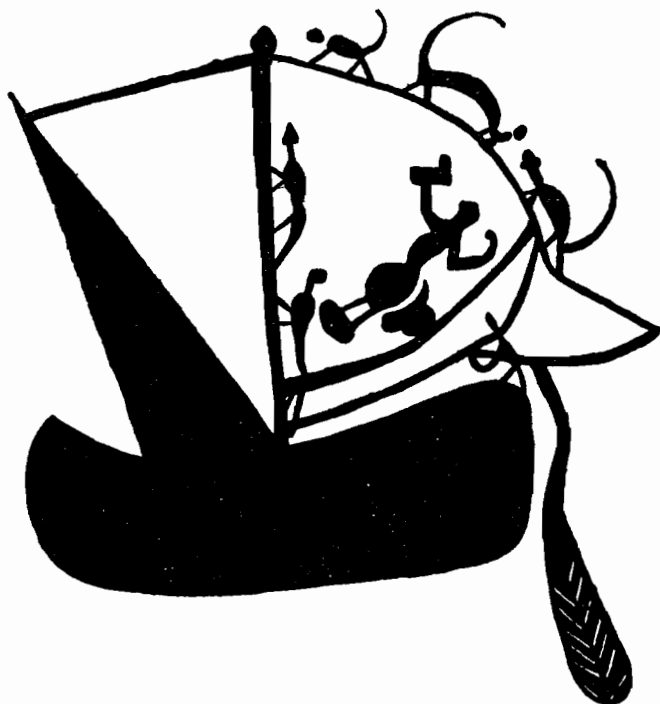
médecin, blanc, noir, ou malade, qu'en Afrique, comme partout ailleurs, la souffrance individuelle, la maladie biologique, constitue une réalité plus vaste dont l'explication, au-delà du corps physique, doit être recherchée dans la société et l'ordre du monde. Ce sont les explications que chacun se donne au "pourquoi moi ? et comment ?" qui ont fait pendant longtemps l'objet de l'anthropologie médicale.

Ne faut-il pas se demander pourquoi les sociétés africaines en contact de longue date avec un savoir médical moderne, qui se dit objectivement efficace, rationnel et immédiat dans l'élimination du mal, n'abandonnent pas leurs stratégies propres en faveur de celui-ci ? Pourquoi continuer à attribuer la maladie aux attaques des sorciers et des génies de brousse ? Comment comprendre l'apparente duplicité des explications biologiques et culturelles données à un même phénomène ? Chez les Bijago, tout le monde est d'accord avec les agents de santé pour attribuer la malaria à une piqûre de moustique infecté, ce qui n'empêche nullement les gens d'incriminer le sorcier qui leur a envoyé ce moustique. Le fait même que les pratiques modernes ne soient en rien repoussées mais plutôt ajoutées aux stratégies et pratiques locales, donne la preuve qu'au-delà du savoir médical, réside un autre besoin, celui du sens, qui peut être *"un degré d'abstraction supplémentaire pour rendre compte de réalités trop complexes"*, comme le suggère Robin Horton (1967). La réflexion théorique proposée par l'anthropologie de la maladie donne des solutions à cette problématique. Elle montre entre autres que la *"coupure rationnelle/symbolique naît de l'observation scientifique occidentale mais n'est pas le fait des cultures païennes"* (Augé, 1986) et que *"l'ambiguïté tient à l'emploi incertain du terme magie"*.

La recherche de ce *"sens du mal"*⁹, initialement objet d'étude anthropologique, s'est progressivement révélée comme un excellent moyen d'étude des sociétés. En admettant que c'est sa dimension sociale, et non plus magique, qui reste le caractère universel et fondamental de la maladie dans toutes les sociétés, c'est leur sens qui doit donc être soumis à comparaison. En effet, l'intérêt que lui porte aujourd'hui l'anthropologie vient du fait qu'étant *"la plus individuelle et la plus sociale des choses"*, la maladie permet *"dans sa réalité intime et individuelle et dans sa dimension sociale, d'établir la liaison intellectuelle entre perception individuelle et symbolique sociale"* (Augé, 1984). C'est dans ce contexte que se justifie la proposition de Marc Augé de considérer la maladie comme une *"forme élémentaire de l'événement"*, au même titre que la naissance et que la mort, *"tous des événements biologiques individuels dont l'interprétation, imposée par le modèle culturel, est immédiatement sociale"*. La maladie, parce qu'elle menace de mort et parce que sa guérison fait revivre, télescope ces deux autres moments essentiels que constituent la naissance et le décès, elle révèle l'identité, met en question la notion de personne, détermine sa place dans le social et ordonne le monde.

⁹ L'expression est apparue comme titre d'un livre où cette problématique est largement traitée (Augé et Herzlich, 1984).

La médecine moderne peut-elle encore faire face à la maladie en milieu traditionnel sans connaître le contexte du malade ni comprendre son discours ? Médecins, anthropologues, gestionnaires de santé et responsables politiques, tous se posent aujourd'hui cette même question. Mais peu nombreux sont ceux qui risquent de s'aventurer en dehors de leur champ d'action propre. Le médecin s'occupe de la maladie, l'ethnologue de la culture, le gestionnaire du budget et le dirigeant de la politique. Il est désormais trop tard pour remettre en cause la nécessité de l'intervention moderne de la médecine dans les sociétés indigènes. Aujourd'hui la grande majorité des sociétés connaissent les apports et les contraintes de la modernité et en dépendent. D'autre part, l'invasion de la modernité en milieu traditionnel a également infléchi l'art de guérir de ces sociétés. Guérisseurs, devins, chamans et malades se posent eux aussi des questions sur notre pensée et notre système médical. Mais ce n'est pas tant l'efficacité biologique attribuée aux "modernes" qui intrigue. Les questions portent sur le discours, la méthode, le statut même du médecin, le traitement, le coût de l'acte médical et, en somme, sur l'intransigeance et l'exclusivité de ce système "*étranger*" (Perrin, 1980). Dans la plupart des cas, symbolisme et positivisme se déconcertent mutuellement. Cependant, la volonté de rencontre entre médecine et anthropologie, entre "*microbes et esprits*" (Bunnelli, 1987) existe par nécessité. Elle naît des exigences qu'imposent les réalités du terrain. L'intégration des connaissances des sciences sociales et des sciences médicales s'avère nécessaire à la santé publique, mais comment est-elle réalisable ? Par où faut-il commencer ?



CHAPITRE 1

LES ÎLES BIJAGO

I. L'ARCHIPEL ET SON HISTOIRE

À une trentaine de kilomètres au large de la côte atlantique de l'Afrique et au nord du 11° parallèle, se situe l'archipel des Bijago composé de 88 îles et îlots, dont seulement 22 sont habitées en permanence (figures 1 et 2). Parmi les îles restantes, certaines sont habitées, saisonnièrement, pendant les travaux agricoles ; alternativement tous les deux ans, d'autres sont frappées d'un interdit total. Ces îles plates, de petites dimensions (25 km de large pour la plus grande), sont recouvertes d'une abondante végétation entre la forêt tropicale et la savane boisée avec leurs côtes bordées par une dense ceinture de mangrove palétuvier, interrompue par quelques plages blanches de sable fin. Les eaux de l'archipel, difficilement navigables en raison de l'abondance des dunes, des récifs et de forts courants, sont très riches en poissons et en animaux marins rares (lamantins, tortues, hippopotames d'eau salée), ce qui en fait une importante réserve marine. Le climat tropical comprend deux saisons (la saison humide va de mai à novembre avec une pluviosité moyenne de 2 250 mm), une hygrométrie pendant toute l'année supérieure à 50 %, et une température moyenne de 26°C, de faible amplitude. Éparpillées sur quelques dizaines de kilomètres, les petites îles Bijago gardent entre elles d'étroites relations, la distance entre deux îles ne dépasse pas les limites de visibilité, bien que certaines ne soient abordables qu'après une longue journée de bateau. L'île de Bubaque, située au centre de l'archipel, est la seule qui maintient un contact régulier avec le continent. Sa bourgade portuaire constitue le centre urbain et commercial par où passent les quelques rares services et étrangers. C'est dans cet archipel qu'habitent 16 000 à 20 000 Bijago.

L'histoire de l'archipel et de ses habitants est révélatrice d'un passé turbulent fait de luttes, d'alliances et de stratégies pour sauvegarder l'indépendance du

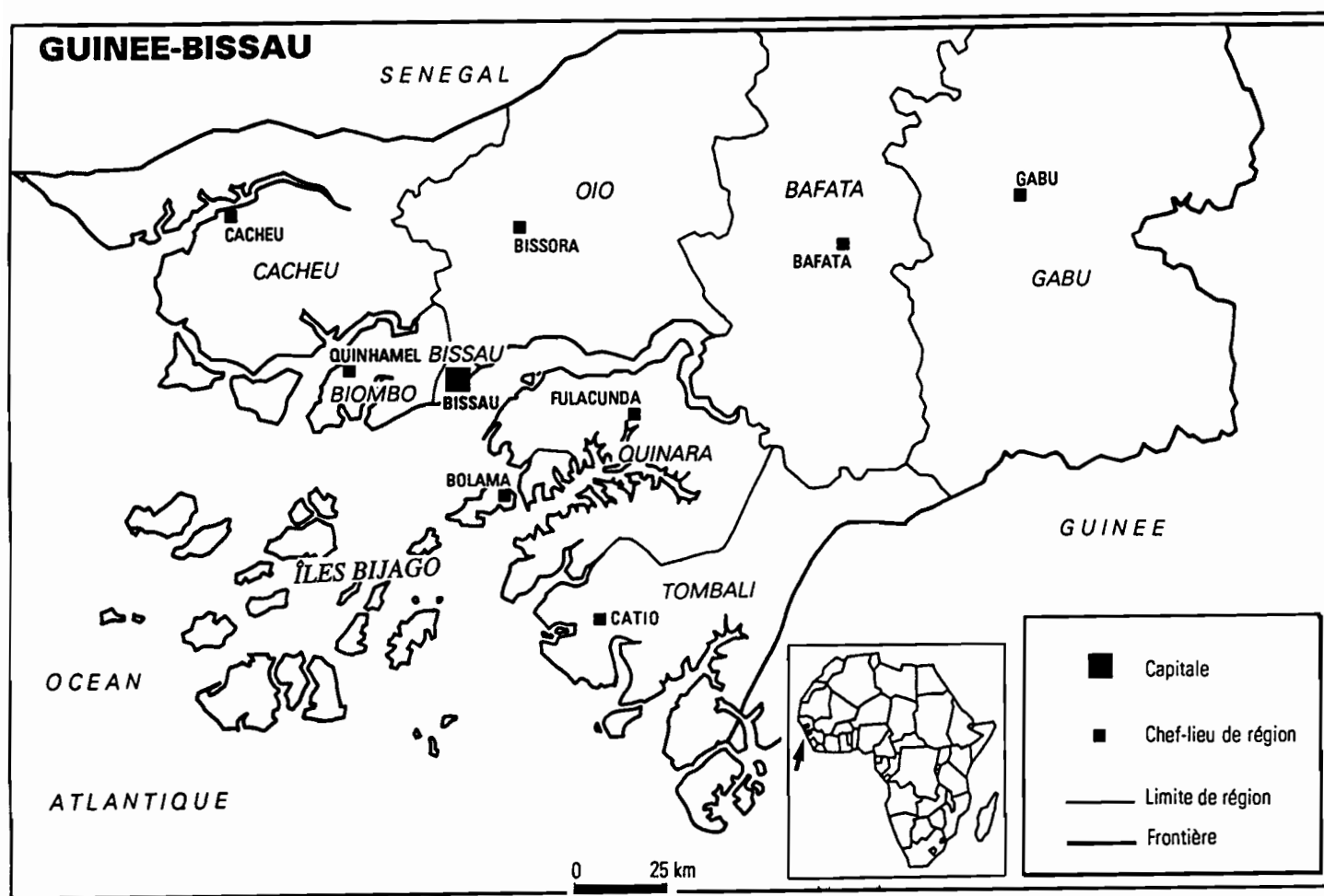


Figure 1. La Guinée-Bissau

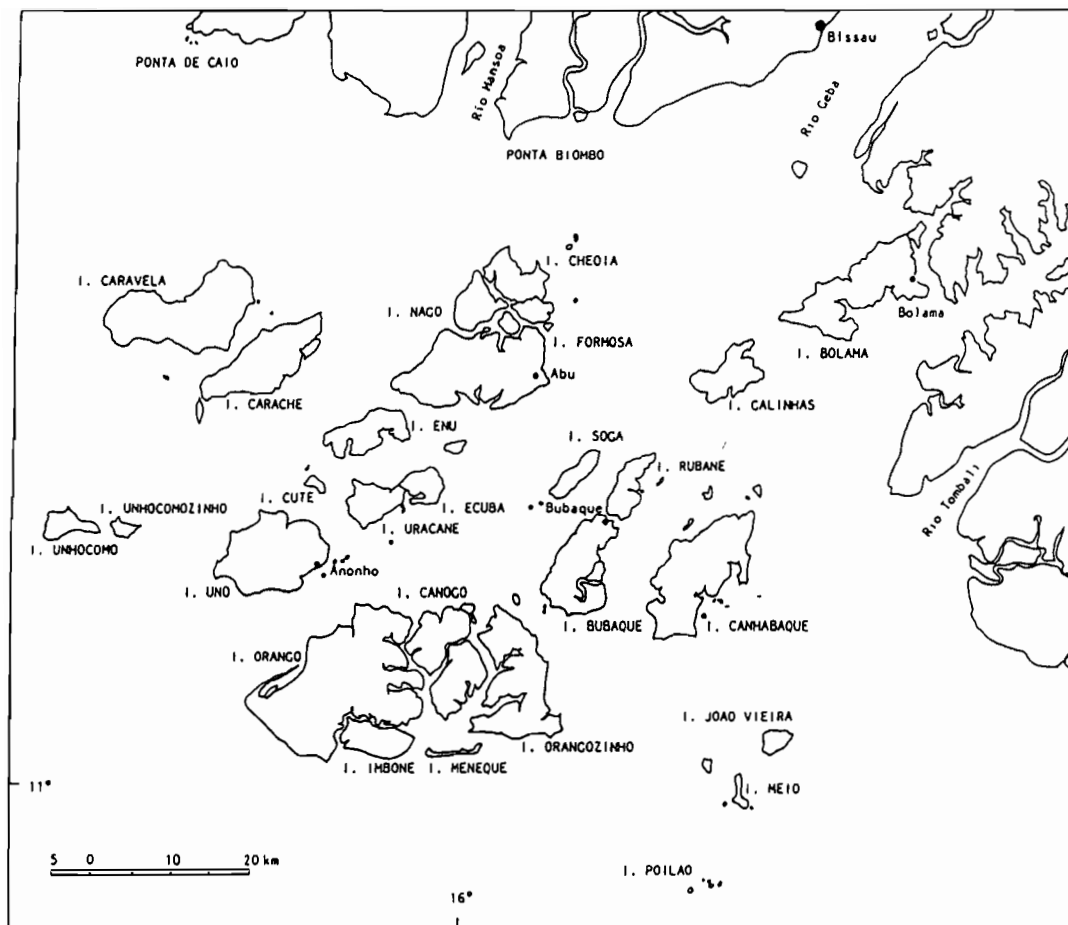


Figure 2. L'archipel des Bijago

territoire. La prise en compte de l'histoire permet de mieux comprendre la singularité actuelle de cette population insulaire. C'est en 1457 que Alvise di Ca'Da Mosto, un jeune vénitien au service de l'Infant Don Henrique, le Navigateur, accosta au large des îles Bijago¹⁰. De lui nous viennent les premières descriptions du contact des Européens avec leurs habitants, dont on a des raisons de penser que ce ne fut pas le premier, car *"...incontinent qu'ils furent auprès de nous, rapporte le voyageur, ils commencèrent à lever un linge blanc attaché à une rame, comme s'ils eussent voulu demander seurté ; à quoi leur feimes réponse par le semblable, ce qui les enhardit de nous aborder"* (Scheffer, 1895). Devenu possession de la couronne portugaise l'archipel adoptera, tout au long des XV^e et XVI^e siècles, différents noms, selon les commerçants qui y parviennent et ses propriétaires successifs (cadeau du roi D. João III à son frère, les îles deviennent "Ilhas do Infante"). On doit encore attendre plus d'un siècle pour qu'en 1594, un commerçant, et grand connaisseur de la région, le cap-verdien Alvares d'Almada, nous parle vraiment de ses habitants, de ce qu'ils font et, à ses yeux, de ce qu'ils sont *"...grands fantassins... les hommes ne font que trois choses : la guerre, construire des bateaux et récolter du vin de palme"* (repris par Brasio, 1964). La guerre, surtout la guerre contre les voisins du continent, les Beafada et les Pepel, mais aussi les guerres entre les îles de l'archipel et plus tard contre les navires européens, ont fait la renommée des Bijago tout au long des cinq siècles suivants. C'est d'abord une guerre pour la défense de leur territoire, car les Bijago auraient été chassés du continent vers les îles par les Beafada, eux-mêmes menacés par l'expansion de l'empire Malinké au XII^e siècle. Plus tard, les tentatives des mêmes Beafada, pour regagner les îles, nouveau domaine des Bijago, en font les pires ennemis et les Bijago passent à l'attaque-défensive, faisant des incursions sur le continent, pillant les villages et prenant en captivité ceux qu'ils appellent leurs "poules"¹¹. Cette dispute pour le territoire qui se prolonge pendant plusieurs siècles, additionne de plus en plus d'acteurs : du XVI^e au XVII^e siècle les négriers qui cherchent des esclaves et, au XIX^e siècle, les Européens qui veulent interdire la traite. Mais rarement a-t-on pu prendre les Bijago en esclavage, d'abord parce qu'eux-mêmes étaient intéressés par le troc de leurs prisonniers Beafada contre des biens matériels (surtout des vaches), et ensuite parce que les esclaves bijago ne survivaient pas longtemps. Lemos Coelhò, un négrier du XVII^e siècle, averti par un mauvais achat, raconte : *"... les nègres de cette île sont bons à vendre mais pas à affranchir parce qu'ils pensent que s'ils meurent loin de leur terre, ils reviennent après la mort et pour cela ils se tuent de leurs propres mains en se pendant, comme me le firent deux d'entre eux si rapidement que l'on aurait dit que le Diable les avait aidés"* (Peres, 1953). La facilité avec laquelle les Bijago se suicident est aussi rapportée plus tard dans les écrits de Marques de Barros (1882) : *"La mort pour un Bijago n'est rien de plus qu'un bref sommeil. À cause de la certitude qu'il a d'être instantanément réincarné en son pays, un Bijago*

¹⁰ Une description détaillée de l'histoire de l'archipel et son analyse a fait l'objet d'une thèse de doctorat en ethnologie et sociologie comparative (Henry, 1991).

¹¹ L'île de Galinhas (l'île des Poules, située près du continent et très longtemps disputée entre Bijago, Beafada et Européens) a gagné son nom parce que les Beafada, prisonniers des Bijago, y habitaient.

se met la corde au cou et se pend avec la même facilité que nous mettons une cravate".

Pendant les XVIII^e et XIX^e siècles, l'archipel est inclus dans la plaque tournante de la traite des esclaves que fut cette partie de la côte africaine. Au XIX^e siècle commence la guerre entre Européens, et des Bijago contre les Européens. Anglais, Français et Portugais se disputent le territoire et s'ingèrent dans les affaires des insulaires. En 1810, le Portugal signe à Berlin un accord avec les Britanniques interdisant le commerce d'esclaves en Guinée, mais les îles, par leur accès difficile, constituent un abri confortable pour la traite clandestine et l'administration portugaise, affaiblie et appauvrie, se fait sourde aux indignations des Anglais. Les quelques, mais tragiques, expéditions punitives que les Français organisent dans les îles Bijago, pour réprimer la piraterie indigène contre leurs navires, infligent le coup de grâce aux velléités guerrières des marins bijago et démontrent aux Portugais la puissance française dans leurs eaux (Pélissier, 1989). Les insulaires, "*Amis zélés des Portugais, [...] portent une haine sans exemple aux autres nations européennes...*" (Mollien, 1822) qui deviennent, Anglais et Français surtout, leurs ennemis. La situation permet à l'administrateur portugais, préoccupé par l'ingérence dans la zone des autres colonisateurs, d'établir de nouvelles alliances avec les Bijago et de récupérer la prééminence sur l'archipel. Le gouverneur de la Guinée signe un traité de paix avec les rois des îles, mais impose le paiement de l'impôt. Les accords sont maintes fois cassés et renouvelés par les administrateurs successifs de la colonie. Ce que les rois bijago signent avec les dirigeants portugais a peu d'effet et se maintient très peu de temps. De nouvelles expéditions militaires tentent de subjuguer la "rébellion" bijago et ce n'est finalement qu'en 1937 que les guerriers déposent les armes.

La soumission des Bijago est apparente, mais ils maintiennent avec les gouverneurs portugais des relations cordiales et ceux-ci servent occasionnellement d'intermédiaires contre le despotisme sans indulgence des chefs de poste cap-verdiens, leurs nouveaux ennemis. En 1963 commence la guerre d'indépendance à laquelle l'archipel, géographiquement écarté, ne participe que de loin à travers les jeunes qui s'échappent sur le continent pour rejoindre les armées de libération. En 1973, le jeune agronome Almícar Cabral, théoricien et fondateur du parti de libération, le PAIGC¹², est assassiné en Guinée Conakry, ce qui n'empêche pas que l'année suivante, la Guinée-Bissau déclare son indépendance, reconnue par les Nations Unies, et qu'en 1975, le Portugal issu de la Révolution des œillets reconnaisse lui aussi la nouvelle nation. Dans chaque village, est alors élu un comité qui représente le parti et le gouvernement central de Bissau, mais pour traiter les affaires du village, les nouvelles instances collaborent avec le conseil des anciens, ou s'y soumettent. Après les graves difficultés économiques qu'a traversées le pays, les accords d'aide et de coopération internationales amènent à une libéralisation de

¹² Parti Africain pour l'Indépendance de la Guinée et du Cabo Verde.

l'économie, la vie politique suit le mouvement et, en 1991, le multipartisme est proclamé.

Les téméraires habitants des îles Bijago, pirates, rebelles ou insolents, selon le siècle et leurs ennemis, furent depuis toujours un objet de préoccupations pour les uns et de curiosité pour les autres. Leur situation géographique et leur souci d'indépendance les préserva de l'influence islamique (mandingue et fula) qui envahissait le continent comme de celle des Européens venus de la mer. Ils se métamorphosèrent de guerriers de la mer en agriculteurs pacifiques. L'organisation de la société s'en ressentit mais les principes qui la régissent furent largement préservés de l'influence extérieure.



Pirogue bijago d'après Hugo Adolf Bernatzik, 1944

II. LES SOINS DE SANTÉ MODERNES

1. Le contexte général

Du point de vue de l'organisation administrative, l'archipel des Bijago est inséré dans la région Bolama/Bijago. Située à une distance de 20 km de la capitale, Bissau (sur le continent), l'île de Bolama, capitale administrative de la région, laisse une autonomie sociale et sanitaire à l'archipel proprement dit. Celui-ci est à son tour divisé en trois secteurs administratifs (Bubaque, Uno et Caravela) qui gardent une certaine cohérence géographique, sociale et culturelle. Bubaque est l'île principale de l'archipel où se situe l'hôpital "Marcelino de Banca". Avec une capacité de 40 lits, il a été agrandi en 1991. Deux nouveaux immeubles ont été construits, dont l'un est réservé à l'hospitalisation des malades tuberculeux et l'autre, resté vide, dont la destination n'est pas encore décidée. C'est donc dans l'immeuble central, quelque peu délabré puisque plus ancien, que sont logés la majorité des services de soins modernes. Il est divisé en deux axes en croix, l'axe central pour l'hospitalisation des malades et les services administratifs, un axe latéral pour les services de laboratoire, de soins et de consultations externes d'un côté et, de l'autre côté, les services de Maternité. L'hôpital ne dispose pas d'électricité en permanence. Il est alimenté seulement pendant quelques heures le matin et en fin de journée, à partir d'un hôtel voisin. Pendant les derniers travaux de réhabilitation de l'hôpital, il a été question d'installer une nouvelle pompe à eau qui garantisse enfin de l'eau courante et potable, mais les nombreuses fuites dues à la détérioration des canalisations empêchent le projet d'aboutir.

L'hôpital de Bubaque reste, malgré ses difficultés d'autonomie, la structure de référence pour les autres îles habitées de l'archipel. Dans la majorité de celles-ci, il existe une unité de santé où un infirmier et dans quelques cas une sage-femme, couvrent l'assistance primaire de la périphérie. En raison de ce caractère insulaire, les difficultés d'accès et de logistique sont aggravées et l'articulation avec l'hôpital n'est pas toujours réalisable. Quelques îles peuvent communiquer avec Bubaque par radio. Mais à Bubaque la station de radio, qui se trouve à 300 mètres de l'hôpital, doit servir à toutes fins pour toute la communauté. Les agents de soins en exercice dans l'archipel proviennent à une exception près d'autres ethnies du continent. Ils sont affectés pour des périodes variables, qui vont de deux à plusieurs dizaines d'années, selon les possibilités de remplacement et la volonté des agents. Même si leur intégration professionnelle se réalise normalement sans conflits majeurs, l'écart

culturel et les conditions de vie du personnel n'est pas sans créer de grandes difficultés. Les absences, dues aux voyages vers le continent, se prolongent souvent pour de multiples raisons et entraînent parfois la fermeture de l'unité. Mais c'est aussi à l'intérieur de chaque île que l'accès limité aux environs immédiats des unités de santé, dû à l'absence de moyens de transport, ne permet pas d'atteindre une couverture sanitaire satisfaisante.



Village de l'île d'Orango Grande

2. Le contexte obstétrical

La Maternité comprend une salle de consultation, une salle d'accouchement, un sanitaire et deux petites salles d'hospitalisation avec une capacité de 8 lits : une salle pour les cas d'interruption précoce de grossesse et l'autre pour les femmes enceintes à risque et les post-accouchements. Les consultations prénatales, qui sont vivement conseillées dans les messages sanitaires transmis à la population, ont lieu quatre matins par semaine. Le cinquième jour est dédié à la planification familiale. Les accouchements qui ont lieu à l'hôpital sont assistés, à toutes les heures du jour

et de la nuit, par une des deux sages-femmes. Les moyens de diagnostic et de suivi des grossesses se limitent à une balance, quelques stéthoscopes de Pinard et quelques mètres-rubans. Le matériel obstétrical consiste en quelques paires de ciseaux, des pinces, des bistouris, des curettes et un forceps. Il n'existe pas de matériel chirurgical, ce qui entraîne une impossibilité d'effectuer des actes obstétricaux urgents (césariennes, sutures, révisions utérines et même interruptions de grossesse). Les urgences ne peuvent qu'être évacuées vers le continent, le problème s'aggravant en raison de la difficulté de transport. La même situation se répète au niveau des autres îles de l'archipel dont l'accès est encore plus difficile. La plupart des grossesses, vécues sous un régime d'alimentation à base de riz, connaissent des complications gynéco-obstétricales dues à la très grande incidence des MST (chlamydias, gonococcies, syphilis et trichomonases) et aux anémies ferriprives (provoquées par les parasitoses) et hémolytiques (d'origine palustre et drépanocytaire). Les efforts déployés pour améliorer les diagnostics précoces des grossesses à risque ne suffisent pas pour éviter les évacuations dangereuses et trop souvent aléatoires. Le coût économique et humain des évacuations intempestives renforce la conviction des praticiens qu'on devrait pouvoir en réduire le nombre grâce à une amélioration en qualité et quantité des dépistages prénataux. Dans de nombreux cas, des problèmes mineurs devraient pouvoir être résolus localement. Toutefois, dans un hôpital sans électricité et technologiquement démuní, les professionnels de la santé perdent parfois l'espoir d'atteindre des résultats satisfaisants.

Étant donné l'insularité, il serait difficile d'essayer de toucher la totalité de la population sans la coopération des matrones traditionnelles. Le réseau d'assistance pour les femmes enceintes commence par les matrones du village. Toute femme ayant été présente à un ou deux accouchements est considérée comme capable d'aider ou d'assister elle-même un accouchement, devenant par la suite une "mulher que t'a parinte" (femme qui accouche, matrone). Les programmes de soins de santé primaires, jusqu'à présent à charge de deux ONG catholiques italiennes (Manitese et Miserio), assurent depuis quelques années la formation de matrones traditionnelles dans les îles périphériques. Depuis 1987, les sages-femmes s'efforcent de former et de recycler les matrones qui volontairement se déplacent vers l'unité de santé et qui viennent apprendre à se servir d'une paire de ciseaux pour couper le cordon ombilical, afin de remplacer la traditionnelle écaille d'huître, et à appliquer du mercurochrome sur la plaie ombilicale, à la place de l'huile de palme et des cendres de cuisine. Mais les formations en périphérie restent peu opérationnelles car elles se réalisent sur des dessins et des bébés-poupées et à des intervalles d'un an. Les sages-femmes se plaignent d'être obligées de répéter à chaque recyclage les mêmes discours aux mêmes matrones, et de constater toujours les mêmes difficultés pour faire passer leurs messages sanitaires et enseigner l'usage des ustensiles. Dans la grande majorité des cas, ces matrones n'ont jamais participé à un accouchement assisté par une infirmière ou une sage-femme. Organiser des recyclages de formation dans la Maternité elle-même ne pourrait que stimuler ces actions

d'éducation sanitaire et les rendre plus concrètes. La même nécessité de recyclage s'impose d'ailleurs aux sages-femmes en exercice dans les unités de santé.

Les demi-journées consacrées à la planification familiale proposées par les sages-femmes et le médecin responsable de l'hôpital sont réduites aux quelques femmes qui habitent la ville à proximité de l'hôpital. Les interruptions volontaires de grossesse sont très demandées par les adolescentes et les grandes multipares. On préconise l'implantation d'un stérilet suivi de contrôles systématiques, mais ceux-ci ne sont pas effectués régulièrement. C'est surtout le manque d'information mais aussi les difficultés d'accès qui sont le plus souvent à l'origine de ce maigre résultat.

Le seul moyen pour pratiquer une interruption de grossesse à l'hôpital c'est le curetage sans aspiration ce qui entraîne des situations périlleuses, voire des complications mortelles. D'autre part, les jeunes femmes, soucieuses de préserver leur anonymat, préfèrent les procédures traditionnelles, parce que la même intimité ne peut être garantie à l'hôpital où la maternité se trouve dans un espace réduit, au milieu des autres services.



*Jeune mère atteinte de filariose lymphatique
Maternité de l'hôpital de Bubaque*

Finalement, il faut tenir compte des difficultés du laboratoire de l'hôpital à répondre aux demandes de la Maternité. Sans eau courante, sans électricité permanente et surchargés de demandes dues à l'endémicité palustre, aux maladies diarrhéiques, aux dépistages de MST, HIV, tuberculose et aux pathologies tropicales locales, les deux techniciens de laboratoire ne peuvent faire face aux exigences des examens

biologiques minimum requis par la maternité. Ce n'est pas tant le manque de réactifs que le manque d'équipement (centrifugeuse, armoires et tables de travail) et d'électricité qui ralentit les examens de laboratoire (les deux autoclaves récemment acquis par l'hôpital sont sans usage en raison de la pénurie de courant). L'activité et l'enthousiasme des techniciens de laboratoire sont le plus souvent freinés par les impossibilités matérielles.

Une femme bijago présentant une grossesse à risque, qui commence son travail d'accouchement dans une des îles de l'archipel vit dans trop de cas une situation dramatique. Si l'on veut atteindre un niveau de santé acceptable pour la population bijago d'ici l'an 2000, il faudra déployer des mesures d'action particulièrement adaptées au caractère insulaire de la région. L'hôpital de secteur, installé dans l'île principale (Bubaque), ne peut à lui seul suffire pour assurer une couverture de santé minimale dans les 22 îles habitées de l'archipel.

À l'époque, il n'existait pas, à la Maternité de Bubaque, de registre qui aurait enregistré régulièrement les morts maternelles. Pendant mon séjour, qui a duré six mois, j'ai pu noter trois morts maternelles sur l'île de Bubaque (où j'ai réalisé cette enquête). Une des femmes, venue d'une autre île, est décédée lors de son évacuation vers Bissau. Je ne peux cependant pas dire que pendant mon séjour j'ai eu connaissance de toutes les morts maternelles de l'île de Bubaque.

III. L'ÎLE DE BUBAQUE ET SES HABITANTS

L'île de Bubaque s'étend sur une longueur de 25 kilomètres. Dans sa pointe Nord se trouve le petit centre portuaire¹³ où se situent les locaux administratifs ainsi que l'hôpital de secteur, seul service de soins de toute l'île (figure 3). Selon un recensement réalisé en 1990¹⁴, 50,8 % de la population de l'île habite le centre, divisé en quatre quartiers. Le reste de la population (49,2 %) se répartit en 13 villages éparpillés tout au long de la grande route goudronnée qui traverse l'île du Nord au Sud et la divise en deux moitiés presque symétriques. Les distances entre les quatre quartiers de la ville et l'hôpital ne représentent jamais plus que quelques

¹³ Le centre portuaire que parfois nous avons qualifié de ville, correspond plutôt à une petite agglomération comportant une église, l'administration du secteur, la poste, la radio, l'hôpital, un hôtel et le port. Elle ne correspond pas vraiment à l'idée d'urbanisation et pourtant le type de vie socio-économique est, pour 80% de la population, le fonctionnariat ou le commerce, à la différence des villages peuplés à 93% de paysans.

¹⁴ Réalisé par une infirmière de l'hôpital de Bubaque, ce recensement est une des rares sources d'information. Il doit être pris dans son contexte et avec une certaine prudence (Tollenaere-Tihon, 1990).

dizaines de minutes à pied. En revanche, le village le plus éloigné de l'île (Ancadjedje) et l'hôpital sont séparés par 20 kilomètres de route qui nécessitent à pied, sans le moindre abri ombragé, quatre bonnes heures de marche. Parcourir cette distance alors qu'on est enceinte est une aventure à laquelle les femmes ne se risquent que très rarement.

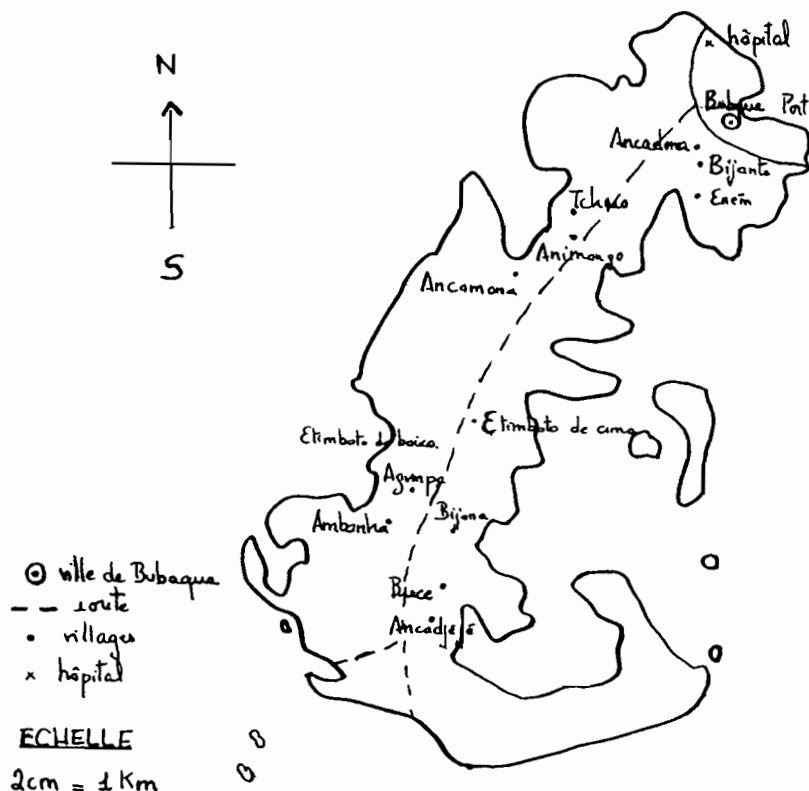


Figure 3. Île de Bubaque

Dans la petite ville portuaire les autochtones ne représentent que 27% de la population. Les autres ethnies sont des allogènes répartis en Balante (19%), Manjaque (16,5%), Mandingue (8%), Pepel (8%) et Fula (5%). Ce sont des groupes installés depuis peu de générations. La plupart, pour des raisons de commerce, mènent une vie très orientée vers Bissau, la capitale créole, mais aussi vers l'intérieur où ils gardent de fortes attaches familiales. Quant aux villages, ils sont peuplés de Bijago à l'exception d'un village à l'extrémité Nord, qui est de

peuplement pepel, et d'un petit village au centre de l'île, habité par des Fula et des Mandingue. Les Bijago représentent ainsi 85 % de la population rurale. Les mariages inter-ethniques entre Bijago et les autres sont rares, à l'exception de quelques cas dans le village pepel. Pour la plupart, les Bijago mènent leur vie sociale, économique et surtout culturelle de manière très indépendante des autres groupes.

Les différences socio-sanitaires entre villageois et habitants du centre portuaire sont importantes. Pour donner quelques chiffres qui mesurent cet écart, on peut se référer à l'étude réalisée en 1990 (Tollenaere et Tihon, 1990), qui estimait à 53,6 % les maisons du port qui possèdent des latrines contre 7 % dans les villages ; 58 % d'enfants scolarisés dans le centre contre 29 % dans les villages ; 4,8 pièces par maison et 1,7 personnes par pièce au centre contre 2,7 pièces par maison et 3,5 personnes par pièce dans les villages. La ville compte trois puits publics et 15 % des maisons ont leur puits privé, tandis que seulement trois des 13 villages s'approvisionnent en eau propre à partir de leurs puits. Dans les villages restants, cinq disposent d'eaux souillées et quatre s'approvisionnent à partir des marigots et des céanes¹⁵.



¹⁵ À la différence des marigots, les céanes sont de simples excavations dans le sol, parfois étayées par quelques poutres pour empêcher qu'elles ne se combrent trop vite par l'éboulement des parois (Handschemacher, 1987).

CHAPITRE 2

FÉCONDITÉ, SANTÉ ET MORTALITÉ

Une approche épidémiologique et démographique

I. MÉTHODES

1. La population de l'enquête

La population considérée dans cette étude représente la totalité des individus du sexe féminin en âge de procréer et habitant Bubaque, l'île principale de l'archipel. Le choix de l'île présentait un double intérêt car Bubaque est la seule île de l'archipel qui pouvait nous permettre de comparer les données obtenues auprès des femmes des villages, population rurale bijago, et auprès des habitantes de la ville, population semi-rurale composée de groupes allogènes. D'autre part, on ne pouvait faire face aux difficultés d'accès aux îles périphériques¹⁶.

Notre objectif était d'enquêter l'ensemble de la population féminine en âge de procréer de l'île de Bubaque. Toutefois, seules les femmes résidentes et présentes au moment de l'enquête devaient être incluses. Or, les flux migratoires de la population de l'archipel sont très intenses. Les villageois s'absentent pour des durées prolongées (de quelques semaines, lors de voyages entre îles, à plusieurs mois, lors de migrations saisonnières). La population allogène, habitant le centre administratif est aussi très mobile, d'abord parce que la principale activité, la pêche et son commerce, trouve ses principaux clients sur le continent, ensuite parce qu'en tant

¹⁶ Les autres îles habitées de l'archipel ont une population presque entièrement bijago, avec des spécificités culturelles et de légères variations linguistiques pour chacune des îles. Dans ces îles, il n'existe aucune installation de type moderne, en dehors de quelques unités de santé.

qu'étrangers, ils se rendent souvent chez eux pour des motifs familiaux et pour remplir leurs obligations sociales. De même, ils reçoivent de nombreux visiteurs. Dans le souci de rester représentatif de la seule réalité locale, nous avons exclu de l'enquête les femmes de passage à Bubaque. À l'intérieur de la population présente, on a donc traité uniquement les femmes résidentes. On prévoit *a priori* une perte d'observation (les résidentes absentes) par rapport à la population résidente totale qui aurait été la cible idéale.

Parmi les femmes présentes et résidant à Bubaque, seules celles dont l'âge était compris entre 15 et 44 ans devaient être prises en compte. Cependant, et bien que la plupart des individus se donnent un âge, fort peu le connaissent. Pour ne pas se contenter de cette incertitude, les enquêteurs devaient juger eux-mêmes de la validité des réponses obtenues, ou bien estimer l'âge par des procédures de comparaison. D'autre part, face à une grossesse évidente chez une femme de moins de 15 ans ou de plus de 45 ans, et compte tenu des écarts entre ce que sont réellement les âges de fécondité et ce qui est théoriquement attendu, les limites prévues dans le questionnaire devaient s'élargir. Les femmes enceintes même "trop jeunes ou trop âgées" ont donc été interrogées.

2. L'élaboration du questionnaire et les tests

Le questionnaire proprement dit a été élaboré sur le terrain même, après une période d'investigation préliminaire, d'ordre culturel, sur la conception de la maternité¹⁷. Un premier schéma, qui répondait aux objectifs que je m'étais fixés, a été proposé. Ensuite il a été longuement discuté avec les enquêteurs, et parmi eux en particulier les trois sages-femmes de l'archipel. De nouvelles propositions ont été adoptées et certaines questions, moins pertinentes ou trop complexes, ont été écartées. En raison des difficultés linguistiques et des écarts culturels entre enquêteurs et enquêtés, il s'avérait nécessaire d'adapter les questions aux spécificités locales, de bien comprendre leur objectif et d'en discuter. Une fois d'accord sur l'esprit du questionnaire et après qu'une première liste de questions ait été établie, on a procédé à un test. Tout d'abord, l'enquêteur commençait par des essais auprès de ses co-habitants et d'amis proches, ce qui lui a permis de se familiariser avec son questionnaire et, d'autre part, de le reformuler plusieurs fois jusqu'à ce que les plus grandes ambiguïtés dans la formulation des questions soient éliminées. Ainsi, par exemple, en raison de la grande difficulté d'obtenir des réponses aux questions sur les méthodes anticonceptionnelles et d'interruption de grossesse, qui initialement figuraient au début du questionnaire, ces questions ont dû être reformulées dans des

¹⁷ Cette prise de contact avait commencé lors d'un premier séjour sur l'archipel et elle s'est ranimée à chaque nouvelle visite. Mais c'est aussi une meilleure connaissance de la littérature ethnologique qui m'a permis d'avoir une vue d'ensemble de la société bijago.

termes indirects (comme "avez-vous entendu parler de..." au lieu de "connaissez-vous..."), posées à la fin du questionnaire et de préférence, uniquement aux femmes pubères en raison des interdits qui les entourent. Grâce à la forme orale du questionnaire, on pouvait facilement s'apercevoir de la sincérité des réponses et parfois aussi des raisons du silence.

La rédaction du questionnaire a été faite en partie en portugais, la langue officielle de la Guinée-Bissau, et une autre partie en langue véhiculaire, le créole portugais. Après plusieurs essais et à la demande même des enquêteurs pour qui, la lecture du portugais s'avérait plus facile que celle d'une langue orale comme le créole, les questions, simplifiées au maximum, ont été rédigées en portugais. Cependant, après plusieurs échecs dans la formulation de certaines questions, où la traduction en créole créait une confusion, quelques mots (comme placenta, plaie et cordon ombilical) ont été conservés dans cette langue. Finalement, même si le texte du questionnaire s'approchait plus du portugais, les questions étaient posées en créole et les réponses écrites également en créole. La grande majorité de la population bijago comprend et parle le créole à l'exception de quelques anciens. De même, le créole est la langue maternelle de la plupart des enquêteurs, même si leurs origines ethniques ne se sont pas effacées.

Le questionnaire était imprimé en papier de couleur rose, car c'est aussi la couleur des cartes de maternité du Ministère de la Santé Publique. Il comprend une feuille recto-verso pour chaque femme interviewée. Chaque enquêteur avait également une feuille d'instructions, de couleur blanche, dans un plastique transparent. Les signes pour noter les réponses y étaient décrits avec des exemples.

3. Les questions

Sur la première page du questionnaire, après avoir noté le lieu et la date de l'enquête, on procédait à l'identification de la femme : nom, clan, lieu de naissance, âge, nombre d'enfants vivants et état actuel (enceinte ou non, de combien de mois).

Ensuite, on enregistrait les informations concernant chacune de ses grossesses, et non pas seulement les accouchements. La première notation, et la plus difficile à obtenir de tout le questionnaire, était la date de la première grossesse. Quand la femme interrogée ne se souvenait pas, ce qui était très souvent le cas, on devait compter à rebours, en lui demandant l'âge des derniers enfants et on remontait jusqu'à la première grossesse. L'objectif était de connaître toutes les grossesses d'une femme et leur déroulement, tant pour celles qui étaient arrivées à terme que pour celles qui avaient été naturellement ou artificiellement interrompues.

Pour chaque grossesse, on posait une série de questions qui portaient sur le géniteur, le type d'accouchement, le lieu de l'accouchement, l'assistance reçue, les complications de l'accouchement, le décès de l'enfant, la durée de l'allaitement, et l'intervalle entre le sevrage et la grossesse suivante. Dans cette première page, la notation des réponses était faite en signes, établis après une première appréciation des réponses obtenues lors des essais préliminaires, grâce à une brève enquête ethnographique et à la connaissance de la matière par mes collaborateurs. Quelques unes des questions avaient des particularités, tant dans leur pertinence que dans leurs objectifs, qu'il me faut expliquer.

- *Sous la rubrique "Homem" (homme)*, on notait le nom du géniteur, son clan d'appartenance ou bien son origine ethnique, et son lieu de naissance. Une femme, bien que monogame, peut avoir plusieurs partenaires durant sa vie. La règle veut que les femmes bijago choisissent leur époux à l'intérieur de leur village mais en dehors de leur clan. On a voulu savoir si aujourd'hui les alliances confirment la théorie.

- *Sous "Parto" (accouchement)* on demandait s'il s'était déroulé normalement (N), si c'était un prématuré (P), un mort-né (NM), un avortement spontané (Ae) ou provoqué (Ap), et dans ce cas, à combien de mois.

- *Sous la rubrique "Lugar" (endroit)* il s'agissait de savoir où l'accouchement s'était passé : dans la maison (C) et de qui... ?, dans le temple (B), dans la forêt (M), sur la plage (P), ou à l'hôpital (H).

- *L'accouchement* était-il assisté "Assistido" par : une matrone ("une femme qui fait des accouchements") qui peut être sa mère (mãe), une tante (tia), une soeur (irmã), ou une autre femme ; une matrone formée (M) ; un guérisseur (D, djambacose) ; une infirmière (E) ; une sage-femme (P, parteira) ; le médecin (médico) ou toute seule (sozinha) ? Selon nos premières impressions chez les Bijago, il n'y avait pas à proprement parler de matrones traditionnelles qui se chargeaient de couvrir les accouchements du village mais plutôt des mères ou tantes qui après quelques expériences assistaient leur familles. Parmi ces femmes, quelques-unes avaient suivi une formation "moderne" en ville. Dans combien de cas remplaçaient-elles maintenant les mères accoucheuses ?

- *S'il y avait eu des complications*, "Complicações", pendant l'accouchement ou une fausse-couche, du type : hémorragie (H), fièvre (F), rétention du placenta (I), ou autres (par extension) et si, dans ce cas, la femme avait eu recours à l'hôpital (H).

- *Si l'enfant était décédé*, "Morreu", l'âge était noté de la manière suivante : en jours pour les décès de moins d'un mois, en mois pour les décès de moins de deux ans et en années pour les décès de deux ans ou plus.

- Sous la rubrique "*Desmame*" (*sevrage*) on notait le nombre de mois pendant lesquels l'enfant avait été allaité, même si cette période d'allaitement avait pris fin par son décès. On était prévenu que très souvent et surtout chez les multipares, les réponses correspondaient à un idéal (de 2 ans d'allaitement) qui se répétait pour toutes les grossesses de la femme. Dans ce cas, l'enquêteur avait pour consigne d'insister pour que la femme donne plus de précision, en utilisant autant que possible des points de repère dans le temps et des comparaisons avec les autres périodes d'allaitement.

- La rubrique "*Descanso*" (*repos*) notait le temps qui s'est passé entre la fin du sevrage et la grossesse suivante, ce qui était généralement mesuré en nombre de menstruations que la femme avait eues pendant cet intervalle. Connaître cet intervalle était très utile pour mieux préciser la date des grossesses.

Dans la deuxième page, le questionnaire portait uniquement sur la dernière grossesse, pour laquelle on approfondissait quelques points. On l'a divisé en quatre groupes de questions : le premier portant sur la grossesse et son déroulement ; le deuxième sur l'accouchement et la période de post-accouchement ; le troisième sur l'enfant et le quatrième sur les méthodes anticonceptionnelles et d'interruption de grossesse.

Le premier groupe comportait des questions sur le travail réalisé par la femme à la veille de l'accouchement ; l'existence ou pas de maladies pendant la grossesse et, dans ce cas, à quoi la femme les attribuait, par qui avait-elle été traitée et comment ? L'enquêteur était prévenu de ce que la question de l'attribution de la maladie ne devait pas se confondre avec une demande de précision étiologique du symptôme indiqué, à laquelle seulement quelques femmes plus instruites pourraient répondre. Cela ne devait pourtant pas l'empêcher d'admettre les explications d'ordre médical, comme par exemple l'attribution de la fatigue au "manque de fer", car même si les réponses n'étaient pas toujours médicalement correctes, elles nous donnaient une indication sur le niveau de connaissance en matière de santé. Il s'agissait aussi de connaître ce qui, pour les femmes, était considéré comme normal lors d'une grossesse et ce qui était considéré comme maladie. Pour cela quelques symptômes (la fatigue, la fièvre, les céphalées, les douleurs au bas-ventre et les pertes de sang) étaient demandées spécifiquement. Finalement, pour avoir une idée de l'itinéraire thérapeutique des femmes enceintes, une des recommandations était de chercher à savoir à qui les parturientes malades avaient eu recours et surtout à connaître les différentes aides reçues, de préférence par ordre chronologique.

Le deuxième groupe de questions traitait de l'accouchement et des semaines qui le suivaient. Par qui avait été fait le choix du lieu d'accouchement ? Comment avait été coupé le cordon ombilical ? Avec quoi avait été traitée la plaie ? Où avait été déposé le placenta ? On avait jugé de grande importance pour les programmes sanitaires relatifs à la maternité de mieux comprendre à qui appartenait le choix du

lieu de l'accouchement. Aurait-il un rapport avec l'âge de la femme, sa culture, les conditions sociales ou d'autres variables ? D'après l'enquête préliminaire, on avait trouvé des variantes importantes dans quelques actes réalisés lors de l'accouchement. On a voulu savoir si ces différences étaient seulement d'ordre ethnique ou bien s'il y avait un rapport avec le mode de vie ou la proximité de la modernité. Pour ce qui est du post-accouchement, on demandait combien de jours les femmes s'étaient reposées et ensuite on a procédé comme pour la grossesse, c'est-à-dire : y a-t-il eu des complications (voire maladies) ? à quoi les attribuer ? et, dans ce cas, comment (et par qui) ont-elles été traitées ? Nos objectifs étaient les mêmes que pour les maladies de la grossesse.

Le troisième groupe de questions était dirigé vers la santé de l'enfant. Était-il né en bonne santé ou non ? Pour le cas des nouveau-nés malades, on demandait de spécifier le problème et on suivait le même raisonnement qu'antérieurement, à savoir, à quoi l'attribuez-vous ? et comment le problème a-t-il été résolu ? Il s'agissait également de connaître le sexe de l'enfant et s'il était mort ou vivant. Dans le premier cas, l'âge au décès était précisé et dans le deuxième, l'âge au sevrage.

Finalement, le quatrième et dernier groupe de questions portait sur la volonté ou non d'avoir plus d'enfants et ensuite sur les méthodes anticonceptionnelles et d'interruption de grossesse connues de la femme interrogée. On s'était aperçu, grâce aux essais préliminaires, de la grande difficulté à faire avouer par les villageoises leurs connaissances en la matière. C'est pour cela que les questions ont été posées en termes de connaissances transmises par autrui et non d'expérience personnelle.

Les femmes nulligestes, jugées avoir 15 ans ou plus mais qui n'avaient jamais été enceintes ne répondaient qu'aux questions portant sur leur identification, pour la première page, et sur les méthodes anticonceptionnelles et d'interruption de grossesse, dans la deuxième page. Celles qui étaient enceintes pour la première fois au moment de l'enquête, les primigestes, mais qui n'avaient pas encore accouché, répondaient aux mêmes questions que les précédentes et à celles concernant l'identité du géniteur et le déroulement de la grossesse.

4. Les enquêteurs et l'enquête

La participation à la réalisation de l'enquête a été proposée aux infirmiers de l'hôpital de Bubaque. Six fonctionnaires se sont portés volontaires, dont finalement quatre (deux infirmiers et deux sages-femmes) ont réellement participé à l'étude. Les enquêteurs recevaient 1000 pesos guinéens pour chaque questionnaire correctement rempli. Les questionnaires incomplets ou mal remplis étaient refaits ou rémunérés à 50 %. Avant de commencer l'enquête, la stratégie de travail a été

élaborée en groupe et les enquêteurs ont reçu des instructions précises sur la façon de remplir le questionnaire. Dès que l'entraînement des enquêteurs a été jugé suffisant, on a effectué les formalités nécessaires auprès des autorités administratives de l'île. Finalement, dans une réunion qui convoquait les chefs de comité des quartiers de la ville et des villages, on a exposé nos objectifs, demandé la collaboration des responsables et répondu aux questions.

Ce n'est qu'un mois après mon arrivée sur l'île de Bubaque que l'enquête a vraiment commencé. La responsabilité de la couverture des villages, et plus tard des quartiers de la ville, a été répartie entre les quatre enquêteurs de façon à répondre à leur disponibilité et à leur volonté de travail. Le premier jour, l'enquêteur et moi-même, devons organiser une grande réunion au village, avec les autorités traditionnelles afin d'élaborer une stratégie et un agenda qui soient compatibles avec les activités locales. On a essayé d'impliquer le plus de femmes possible pour mieux faire comprendre la nécessité de leur collaboration. Ces réunions au village se sont souvent répétées plusieurs jours de suite avant l'enquête, puis pendant le déroulement de l'enquête. Le fait que cette étude ne débouchait pas sur une action immédiate qui apporterait des bénéfices rapides et visibles pour la population en matière de santé et notre impossibilité de résoudre *in situ* les problèmes de morbidité infantile, d'infécondité féminine et autres, déroutait nos collaborateurs. Parce que très souvent des situations inattendues et des réponses imprévisibles surgissaient dès l'abord du questionnaire, les trois ou quatre premières journées d'enquête furent toujours réalisées à deux, l'infirmier et moi-même, afin de contrôler les improvisations aléatoires. Il fallait faire admettre la nécessité de systématiser et d'uniformiser la notation des réponses, inculquer le sens de la responsabilité et le souci d'exigence dans la relation enquêteur/enquêté. Pendant cette période, un rythme de travail, une discipline et un esprit commun par rapport aux buts poursuivis se sont mis en place.

Les entretiens se sont déroulés entre les mois de mars et juin. Toujours à l'abri des témoins, en tête-à-tête avec l'infirmier-enquêteur, chaque séance pouvait prendre entre 20 et 30 minutes. La durée de l'entretien représentait une difficulté car dans la plupart des cas les femmes devaient interrompre une de leurs multiples tâches ménagères. Afin de réduire le nombre des absentes, les femmes avaient d'abord été convoquées par maisonnée, mais cela avait le contre-effet négatif de paralyser le cours des activités ménagères et d'impatienter le reste de la famille. Dans certains cas et pour de multiples raisons, le même entretien se déroulait en plusieurs jours. Les réponses contradictoires étaient le plus souvent à l'origine de cette prolongation. Une autre difficulté très souvent rencontrée était liée à la recherche des réponses exactes de la part des enquêtées sur des sujets qui se sont avérés secrets, comme les pratiques anticonceptionnelles, les interruptions de grossesse, ou même sur des tabous comme, pour une mère, la mention de ses enfants décédés.

La différence des langues parlées par les infirmiers et par les villageoises posait aussi quelques problèmes. Il n'était pas toujours possible de réaliser l'enquête quand les femmes, surtout les plus âgées, ne parlaient pas le créole portugais. Dans notre équipe il n'y avait malheureusement pas de personnel bilingue pouvant communiquer en langue bijago, et malgré l'appui de quelques villageoises, qui de temps à autre nous aidaient à surmonter quelques difficultés de questionnement, le problème demeurait. Il n'était pas possible de les mobiliser en permanence, et de toutes façons, cela n'aurait pas été convenable en raison de la discrétion et du professionnalisme requis lors des entretiens.

Mais on peut dire que la plus grande difficulté rencontrée au cours de ces quatre mois d'entretiens provenait de l'absence de véhicule pour le transport des infirmiers dans les villages. Parfois les enquêteurs parcouraient des dizaines de kilomètres à pied, d'autres fois, et autant que possible, je les transportais en motocyclette. Le manque de moyens de transport révèle un grave problème d'accessibilité. Car si les infirmiers rencontrent des difficultés pour se rendre dans les villages, les malades éprouvent encore bien plus de problèmes pour accéder à l'hôpital.

II. DESCRIPTION DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

L'enquête a porté sur 639 femmes en âge de procréer (15-44 ans) ou enceintes, bien que certaines d'entre elles aient déclaré des âges exclus de cet intervalle.

À partir d'un modèle de population stable, correspondant à une population à forte natalité et forte mortalité (Preston *et al.*, 1980), on estime le nombre de femmes en âge de procréation à environ 20 % du total de la population. Si officiellement¹⁸, on évalue à 4 000 le nombre total d'habitants de l'île de Bubaque, notre échantillon de 16 % reste plausible, compte-tenu des femmes.

Au cours du premier trimestre 1990, une infirmière en poste sur l'île de Bubaque avait effectué un recensement de ses habitants (Tollenaere-Tihon, 1990). Elle avait alors dénombré 4 653 personnes réparties en 531 maisons. Les femmes de 15-44 ans représentaient 23 % de l'ensemble, soit 1080 femmes, soit encore un effectif largement supérieur à celui qui a été saisi par cette enquête (639 femmes). Nos valeurs diffèrent de manière significative, surtout en ce qui concerne le nombre de femmes habitant la ville. Cependant, le rapport du recensement ne précise pas

¹⁸ Données fournies par l'administration du secteur de Bubaque, janvier 1991.

quel type de population a été dénombré¹⁹. Il est peu vraisemblable que près de 40 % de la population féminine en âge de procréer ait été omise lors de notre enquête. La différence rencontrée entre les deux sources est attribuable au fait que notre enquête a porté sur la seule population résidente et présente. La plus grande réduction des effectifs du centre vient de ce que cette partie de l'île a été visitée en dernier lieu, pendant les mois de juin et juillet, quand la saison des pluies avait déjà commencé. En cette période, les villageois vont cultiver le riz dans des îles réservées à cet effet et de nombreux habitants du centre se rendent sur le continent. L'arrivée des pluies modifie la vie sociale et surtout économique. Ainsi, la pêche artisanale, en petites pirogues, devient dangereuse et elle est moins pratiquée. Le commerce avec le continent est réduit. Les habitants du centre portuaire en profitent alors pour se rendre dans leurs familles et régler leurs affaires sur le continent.

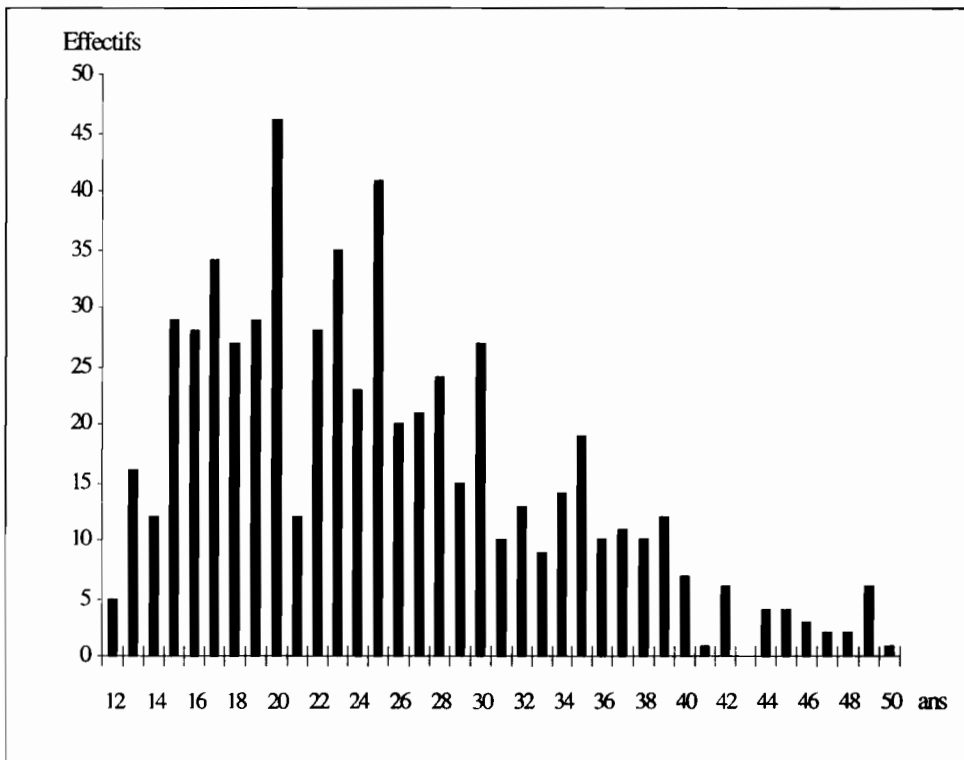


Figure 4. Distribution des femmes enquêtées selon l'âge

¹⁹ Comme nous l'avons déjà mentionné, dans ce recensement, il n'était pas spécifié si ces effectifs correspondaient à une population de fait ou de droit.

Tableau 1. Répartition par âge de la population enquêtée

Âge	Effectif	Répartition (%)
12	5	0,8
13	16	2,6
14	12	1,9
15	29	4,7
16	28	4,5
17	34	5,5
18	27	4,3
19	29	4,7
20	46	7,4
21	12	2,4
22	28	4,5
23	35	5,6
24	23	3,7
25	41	6,9
26	20	3,2
27	21	3,4
28	24	3,9
29	15	2,4
30	27	4,3
31	10	1,6
32	13	2,1
33	9	1,4
34	14	2,3
35	19	3,1
36	10	1,6
37	11	1,8
38	10	1,6
39	12	1,9
40	7	1,1
41	1	0,2
42	6	1,0
43	-	0,0
44	4	0,6
45	4	0,6
46	3	0,5
47	2	0,3
48	2	0,3
49	6	1,0
50	1	0,2
Indéterminé	18	-
Ensemble	639	100

Sur les 639 femmes interrogées, 18 n'ont pas été en mesure de déclarer leur âge. La répartition des 621 autres femmes (tableau 1 et figure 4) adopte une forme de loi log-normale, malgré des irrégularités sensibles dues à la fois à la petite taille de la population et à l'imprécision des âges. Pour un âge moyen de 24,9 ans et un âge médian de 23,3 ans, le mode se situe à 20 ans. On note une attraction sensible pour les âges ronds et semi-ronds, en particulier à 20 et 25 ans. On remarque en outre que les femmes de 20-24 ans sont aussi nombreuses que celles de 15-19 ans, ce qui laisse penser que les enquêteurs n'ont guère interrogé, parmi les très jeunes femmes, que celles qui étaient enceintes ou avaient déjà eu au moins une naissance.

Les femmes enquêtées se répartissent selon le lieu de résidence (tableau 2), en 388 villageoises (61 %) et 251 habitantes du port (39 %). En raison de la grande différence de distance entre les 13 villages de l'île et le centre, on a divisé la population des villages en deux sous-groupes, à savoir : 7 villages éloignés de 11 à 20 kilomètres de l'hôpital et 6 villages proches (entre 2 et 10 kilomètres de l'hôpital).

Tableau 2. Répartition des femmes enquêtées selon le lieu de résidence

Villages éloignés	Villages proches	Ville	Ensemble
181 (28,3 %)	207 (32,4 %)	251 (39,0 %)	639 (100 %)

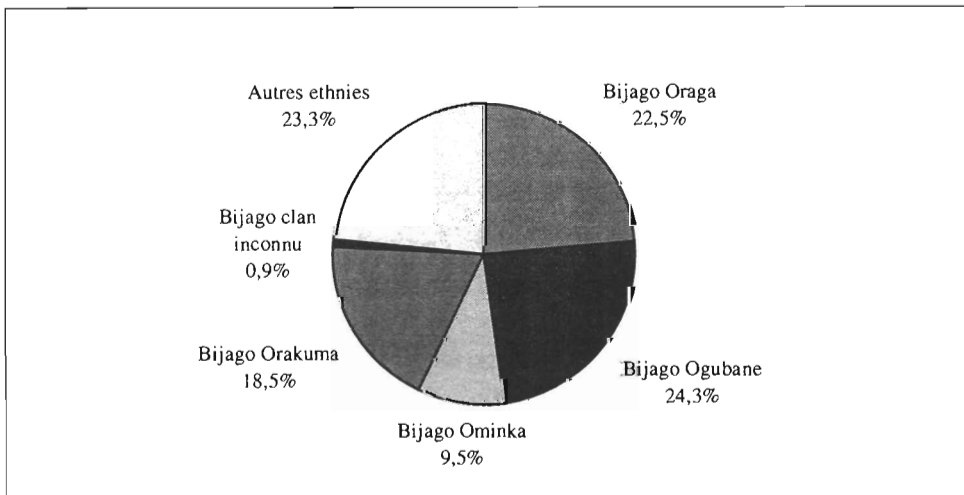


Figure 5. Répartition des femmes enquêtées selon l'ethnie

Les trois quarts de la population (77 %) sont d'origine bijago. Les quatre clans bijago sont représentés dans l'île de Bubaque, avec une prédominance des clans Oraga et Ogubane²⁰. Les autres ethnies forment 23 % de la population. Les allogènes sont principalement des Balante (20 %), des Manjac (18 %), des Fula (14 %) et des Pepel (12 %) (tableau 3 et figure 5).

Tableau 3. Répartition des femmes enquêtées selon le lieu de résidence et l'ethnie

Lieu de résidence	Ethnie			Total
	Bijago	Allogènes	Indéterminé	
Village	359 (73 %)	28 (19 %)	1 (100 %)	388 (61 %)
Ville	131 (27 %)	120 (81 %)	-	251 (39 %)
Ensemble	490 (100 %)	148 (100 %)	1 (100 %)	639 (100 %)

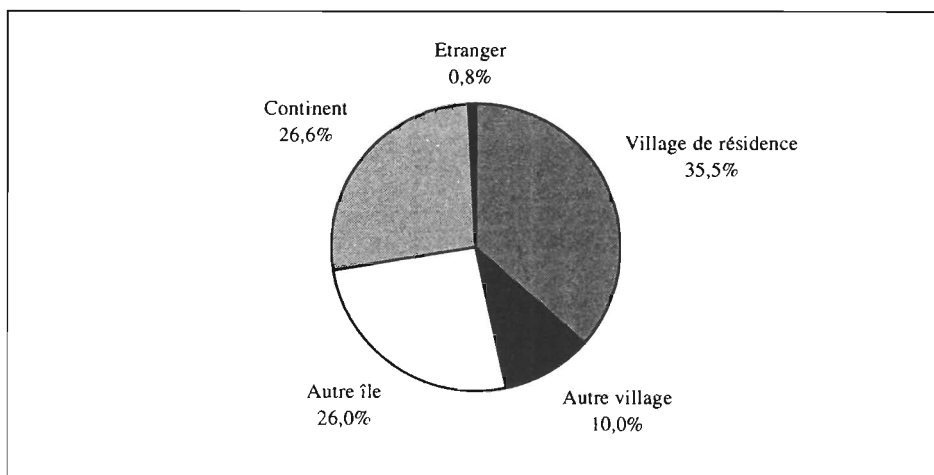


Figure 6. Répartition des femmes enquêtées selon le lieu de naissance

La répartition selon le lieu de résidence varie fortement avec le groupe ethnique. Les Bijago habitent pour la plupart dans les villages (73 %), avec un petit groupe (27 %) d'immigrés dans la ville. Au contraire, la population allogène, majoritairement semi-rurale, habite le port (81 %), à l'exception d'un village pepel

²⁰ Chez les Bijago, il y a quatre clans correspondant aux quatre ancêtres Oraga, Orakuma, Ogubane et Ominka. Tous les clans sont généralement représentés dans chaque île, mais celle-ci appartient à un seul clan. L'île de Bubaque appartient au clan Oraga.

et d'un village musulman de Mandingue et de Fula. Ceci revient à dire que 93 % des villageois sont d'origine Bijago et que 47 % des citadins sont des allogènes.

La majorité des femmes enquêtées (72 %) est née sur l'archipel, soit sur le lieu actuel de résidence (36 %), soit dans un autre village de la même île (10 %), soit enfin dans une autre île de l'archipel (26 %). Seulement 27 % des femmes sont nées ailleurs ; pour la plupart sur le continent (tableau 4 et figure 6).

De l'ensemble des femmes nées sur l'archipel, 88 % sont bijago. À l'inverse, la majorité des femmes allogènes sont immigrées du continent (80 %).

Tableau 4. Répartition des femmes enquêtées selon le groupe ethnique et le lieu de naissance

Lieu de naissance	Ethnie			Ensemble
	Bijago	Allogènes	Indéterminé	
Archipel	433	29	-	462
Continent et étranger	57	119	-	176
Ensemble	490	148	1	639

III. FÉCONDITÉ ET NATALITÉ

Au moment de l'enquête, la répartition des femmes selon leur expérience de la grossesse était la suivante : 124 (19 %) nulligestes, 15 (2,3 %) primigestes et 500 (78 %) multigestes (tableau 5). Les primigestes sont toutes des femmes jeunes (moins de 23 ans et 80 % ont moins de 20 ans). Il en va de même pour les nulligestes qui ont toutes 25 ans ou moins. Ceci est surprenant et laisse à première vue supposer que la stérilité primaire est inexistante chez les femmes de Bubaque, à moins que les enquêteurs aient eu tendance à éliminer du champ d'investigation les femmes sans descendance ou à les placer systématiquement dans la classe d'âge "jeune". Pour compléter cette remarque, notons que les femmes nulligestes sont peu nombreuses parmi les résidentes de la ville (42 contre 82 villageoises).

Tableau 5. Répartition des femmes enquêtées selon leur expérience de la grossesse et le lieu de résidence

Lieu de résidence	Nulligestes	Primigestes	Multigestes	Ensemble
Village	82 (21 %)	9 (2 %)	297 (77 %)	388 (100 %)
Ville	42 (17 %)	6 (2 %)	203 (81 %)	251 (100 %)
Ensemble	124 (19 %)	15 (2 %)	500 (78 %)	639 (100 %)

Les femmes interrogées ont été soumises à un questionnaire rétrospectif sur leur vie féconde, ce qui a permis de calculer leur parité (ou nombre moyen d'enfants nés vivants par femme).

Tableau 6. Parité des femmes enquêtées selon le groupe d'âges

Groupe d'âges	Nombre de femmes interrogées	Nombre de naissances vivantes	Parité
Moins de 15 ans	34	2	0,06
15-19 ans	151	67	0,44
20-24 ans	151	284	1,88
25-29 ans	126	409	3,23
30-34 ans	75	395	5,27
35-39 ans	64	376	5,91
40-44 ans	18	127	6,86
45 ans et plus	20	129	6,60
Ensemble	639 ²¹	1790	

Les femmes de Bubaque ont une forte fécondité (tableau 6). Les parités observées par âge indiquent une descendance finale proche de 7 enfants par femme. On notera que la parité est plus faible à 45 ans et plus qu'à 40-44 ans. C'est la conséquence d'omissions, plus fréquentes avec l'âge, d'enfants partis vivre ailleurs ou décédés.

Ces parités varient sensiblement selon l'appartenance ethnique et le milieu de résidence (tableau 7). Elles sont plus élevées chez les Bijago que chez les allogènes et dans les villages que dans les villes. Il est vrai que ces deux variables se recoupent très étroitement et que l'effet "ethnie" se confond sans doute avec l'effet "résidence".

²¹ Les 17 femmes d'âge indéterminé ont été réparties proportionnellement.

Tableau 7. Parité par groupe d'âges des femmes enquêtées selon l'ethnie et le lieu de résidence

Groupe d'âges	Ethnie		Lieu de résidence	
	Bijago	Allogènes	Villages	Ville
Moins de 15 ans	0,04	0,11	0,07	0,00
15-19 ans	0,46	0,38	0,47	0,40
20-24 ans	1,91	1,78	1,99	1,74
25-29 ans	3,28	3,09	3,26	3,19
30-34 ans	5,38	4,79	5,40	5,04
35-39 ans	5,83	6,19	5,95	5,83
40-44 ans	6,99	6,53	7,19	5,79
45 ans et plus	7,07	5,30	7,02	5,90

Les parités, calculées par groupe d'âge, s'apparentent à la descendance atteinte à une réserve près : elles sont obtenues uniquement à partir des femmes survivantes à l'enquête (par là même on suppose que la fécondité des femmes décédées a été la même que celle des survivantes, faute de quoi, notre population ne serait pas représentative).

Ces parités s'éloignent encore plus, dans leur principe, de ce que serait l'indicateur conjoncturel de fécondité : elles se rapportent en effet à des femmes de générations différentes. La descendance finale est un indicateur de génération alors que l'indice conjoncturel de fécondité est un indicateur du moment. Ces deux indicateurs peuvent cependant être très proches l'un de l'autre dans les faits, si la fécondité par âge est restée constante pendant plusieurs décennies.

Si l'on peut supposer que ni des différences de mortalité, ni l'évolution de la fécondité ne viennent fausser la comparaison entre ces indices, encore faut-il "recentrer" les parités afin qu'elles correspondent à un anniversaire. Pour cela, nous avons eu recours à la technique de Basia Zaba (1981), prolongement des travaux de William Brass (1978) sur l'utilisation d'une fonction de Gompertz pour ajuster la fécondité.

Cette fonction est une double exponentielle qui permet de comparer une fécondité observée à une fécondité-type²² (ou standard) par la relation :

$$F_x / F_t = \exp[-\exp(-(a+b.Y_{sx}))]$$

où : F_x est la descendance observée à l'âge x

²² La fécondité-type ou standard est un modèle de fécondité par année d'âge servant de base d'estimation ou de correction des structures observées.

F_t la descendance finale observée

F_{sx} la descendance à l'âge x de la fécondité-type, pour une descendance finale de 1.

$$Y_{sx} = -\text{Log}[-\text{Log}(F_{sx})]$$

En procédant à une double transformation logarithmique, on obtient une relation linéaire dont il est aisé de déduire les paramètres a et b :

$$-\text{Log} [-\text{Log} (F_x/F_t)] = a + b. Y_{sx}$$

Dans notre cas, ne disposant pas des descendances aux âges exacts F_x , ni de la descendance finale F_t mais seulement des parités par groupes d'âges révolus P_r , nous nous sommes servis de la technique de Basia Zaba (détaillée en annexe), qui permet de déduire les paramètres de la relation linéaire précédente à partir des parités P_r , puis d'estimer la descendance finale. Ces calculs ont été effectués sur la population totale et pour chacun des quatre sous-groupes (tableau 8).

Les parités observées correspondraient ainsi à un indice conjoncturel de fécondité proche de 7 enfants par femme, pour l'ensemble de la population enquêtée (tableau 8), soit une valeur largement supérieure à celle de Guinée Conakry (5,7 enfants selon l'enquête démographique et de santé, 1990-92). L'âge moyen des mères à la naissance est plutôt élevé (28,7 ans), pour un âge médian de 25,6 ans. Sur la base d'un rapport de masculinité à la naissance de 1,05, le taux brut de reproduction (TBR) serait donc de 3,4 filles²³.

Tableau 8. Taux de fécondité par groupe d'âges selon l'ethnie et le lieu de résidence estimés par la méthode de Basia Zaba

Groupe d'âges	Ethnie		Lieu de résidence		Ensemble
	Bijago	Allogènes	Villages	Ville	
Moins de 15 ans	0,004	0,003	0,004	0,003	0,004
15-19 ans	0,178	0,160	0,184	0,157	0,173
20-24 ans	0,331	0,297	0,342	0,292	0,323
25-29 ans	0,328	0,295	0,340	0,289	0,322
30-34 ans	0,275	0,248	0,285	0,243	0,269
35-39 ans	0,204	0,184	0,212	0,180	0,199
40-44 ans	0,099	0,089	0,102	0,087	0,096
45 ans et plus	0,014	0,013	0,014	0,012	0,014
ICF*	7,16	6,44	7,42	6,32	6,99

* Indicateur conjoncturel de fécondité

²³ TBR=ICF.(100/205).

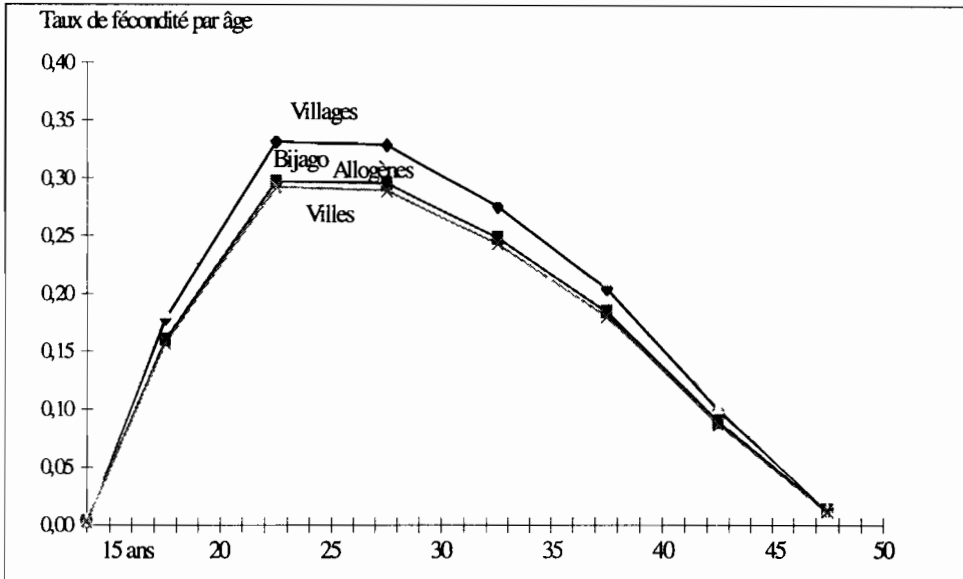


Figure 7. Taux de fécondité par groupe d'âges des femmes enquêtées, selon l'ethnie et le lieu de naissance

La fécondité des femmes bijago (7,2 enfants) est sensiblement supérieure à celle des allogènes (6,4 enfants). La variable ethnique semble donc discriminante par rapport à cet indicateur. Elle l'est cependant moins que celle du lieu de résidence (figure 7). On observe en effet une très forte fécondité en milieu rural (7,4 enfants) par rapport à la ville (6,3 enfants). Il convient toutefois de préciser que les femmes bijago vivent en milieu rural dans 73 % des cas et qu'au contraire, les allogènes sont citadines dans une proportion de 81 %. Il faut donc scinder la population à la fois selon l'origine ethnique et le lieu de résidence.

Afin de tenter une estimation de la fécondité de chacun des sous-groupes, répartis simultanément selon l'ethnie et le lieu de résidence, tout en évitant de se heurter au problème de taille des effectifs, nous avons procédé comme suit : on a appliqué la méthode de Zaba aux femmes bijago résidant dans les villages (*a*), soit 359 femmes, ce qui nous a conduit à un indice conjoncturel de fécondité de 7,47 enfants par femme. Les trois autres indices (*b*, *c*, *d*) ont été obtenus en résolvant un système de 3 équations à 3 inconnues :

$$131.b + 359.a = 490 \cdot 7,16$$

$$131.b + 120.c = 251 \cdot 6,32$$

$$120.c + 28.d = 148 \cdot 6,44$$

Tableau 9. Estimation de l'indicateur conjoncturel de fécondité selon l'ethnie et le lieu de résidence croisés

	Bijago		Allogènes	
	Village (a)	Ville (b)	Village (c)	Ville (d)
Effectif	359	131	28	120
ICF	7,47	6,32	6,83	6,34

Au vu de ces résultats (tableau 9), qu'il convient d'utiliser avec prudence, il semblerait que la fécondité des Bijago soit sensiblement plus forte que celle des allogènes, lorsque ces ethnies résident en milieu rural. En revanche, la vie en ville tendrait à faire disparaître ces différences de comportement entre ethnies. Le critère de résidence semble plus influent que le critère ethnique sur le niveau de la fécondité.

Parmi les 639 femmes enquêtées, 107 (17 %) étaient enceintes au moment de l'enquête, dont 15 (2 %) pour la première fois. La femme enceinte la plus jeune avait 13 ans et la plus âgée 50 ans. Toutefois, l'interprétation de ces résultats doit être prudente car les âges donnés ne sont que des approximations en raison des difficultés rencontrées pour les préciser. À travers le questionnaire rétrospectif, on estime que les âges à la première grossesse varient entre 11 et 37 ans. Notre effectif compte 46 femmes qui ont eu leur première grossesse avant l'âge de 15 ans (tableau 10). L'âge moyen des femmes à la première grossesse serait 18,6 ans (d'après les déclarations des femmes survivantes à l'enquête).

Tableau 10. Répartition des femmes multigestes selon le groupe d'âges à la première grossesse

Groupe d'âges	Nombre de femmes
Moins de 15 ans	46
15-19 ans	304
20-24 ans	114
25-29 ans	17
30 ans et plus	1
Indéterminé	18
Ensemble	500

Si l'on éclate ces données selon l'appartenance ethnique et le lieu de résidence, on retrouve des valeurs peu différentes dans les quatre sous-groupes, valeurs qu'on a comparées à l'âge moyen à la première naissance.

Tableau 11. Âge moyen à la première naissance et âge moyen à la première grossesse selon l'ethnie et le lieu de résidence

	Ethnie		Lieu de résidence		Ensemble
	Bijago	Allogènes	Ville	Village	
1ère grossesse	18,2	18,0	18,3	18,0	18,1
1ère naissance	19,0	18,9	19,1	18,8	19,0
Écart	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8

Les écarts consignés au tableau 11, entre l'âge moyen à la première grossesse (18,1) et l'âge moyen à la première naissance (19,0), sont légèrement supérieurs à la différence théorique entre les deux âges moyens (9 mois ou 0,75 an). Ces écarts correspondent à un intervalle d'environ dix mois entre le début de la première grossesse et la première naissance vivante. Les avortements et les mort-nés ont donc pour effet d'allonger d'un peu plus d'un mois cette période. De même, l'âge médian à la première naissance (18,1 ans) est retardé d'un mois par rapport à l'âge médian à la première grossesse (17,2 ans). Cet accroissement de l'écart est légèrement plus fort chez les Bijago et dans les villages où ceux-ci sont majoritaires.

Tableau 12. Répartition des grossesses de femmes multigestes selon leur issue en fonction du groupe d'âges de la femmes

Groupe d'âges	Grossesses	Naissances vivantes	Grossesses n'ayant pas abouti à une naissance vivante(%)
Moins de 15 ans	2	2	0
15-19 ans	75	64	15
20-24 ans	298	270	9
25-29 ans	420	386	8
30-34 ans	409	373	8
35-39 ans	398	355	11
40-44 ans	134	121	10
45 ans et plus	139	122	12
Indéterminé	95	83	13
Ensemble	1970	1776	9,8

Note : Les naissances gémellaires ne sont comptées qu'une fois.

Le tableau 12 met en évidence la fréquence croissante avec l'âge de la femme des grossesses n'ayant pas abouti. Ces dernières comprennent les avortements et les morts-nés tandis que les naissances gémellaires ne sont comptées qu'une seule fois.

Il faudrait, d'une part, souligner les limites du questionnaire rétrospectif pour collecter ce type d'information technique qui ne peut pas tenir compte de la mortalité maternelle. D'autre part, comme cela a été évoqué précédemment, il est possible que parmi les femmes les plus jeunes, les enquêteurs n'aient interrogé que celles qui avaient déjà des enfants, et aient exclu celles qui n'auraient eu que des grossesses non suivies d'une naissance vivante. Les 500 femmes multigestes interrogées ont déclaré 1970 grossesses dont 1776 ont abouti à des naissances vivantes. La proportion de grossesses n'ayant pas abouti à des naissances (9,8 %) doit donc être considéré comme un minimum. Il traduit un risque croissant avec l'âge de la femme, et un risque accru significatif (15 %) pour les grossesses des jeunes femmes (de la tranche d'âge des 15 à 19 ans).

Supposant que les structures par âge des quatre sous-groupes de femmes soient peu différentes, on a analysé les résultats en fonction des catégories "lieu de résidence" et "origine ethnique" (tableau 13). On observe alors que le risque pour une grossesse de ne pas aboutir à une naissance vivante est statistiquement lié à l'origine ethnique (χ^2 Yates = 7,16) et à l'habitat (χ^2 Yates = 7,35), avec une force de liaison sensiblement identique, ne permettant pas de distinguer l'influence relative de l'identité bijago ou de la résidence au village. Cependant on observe une différence de risque inférieure de 3 % pour les Bijago de la ville (8,5 %) par rapport aux Bijago des villages (11,5 %), et de 1,2 % entre les allogènes de la ville (5,9 %) et ceux des villages (7,1 %). Ces résultats montrent que le fait de vivre en ville réduit sensiblement les risques différentiels entre ethnies sans pourtant les effacer totalement, ce qui laisse penser que le fait de vivre en ville uniformise les comportements des femmes et que l'accès plus aisé à l'hôpital et les meilleures conditions de vie facilitent l'issue favorable des grossesses.

Tableau 13. Proportions de grossesses n'ayant pas abouti à une naissance selon le lieu de résidence et l'origine ethnique des femmes

Groupe	Proportions (%) de grossesses n'ayant pas abouti à une naissance vivante
Bijago	10,8
Allogènes	6,2
Village	11,3
Ville	7,3
Bijago de village	11,5
Allogènes de village	7,1
Bijago de ville	8,5
Allogènes de ville	5,9
Ensemble	9,8

IV. MORTALITÉ INFANTO-JUVÉNILE

On peut attribuer un âge moyen à la descendance d'une femme en fonction de l'âge de cette dernière. Par exemple, les femmes de 15-19 ans ont des enfants dont l'âge moyen est proche d'un an. Disposant du nombre d'enfants décédés, nous avons calculé la proportion d'enfants décédés pour chaque groupe d'âge des femmes. Ces proportions équivalent à des probabilités de décès depuis la naissance jusqu'à l'âge moyen de la descendance des femmes, probabilités à partir desquelles il est possible de déduire le niveau de mortalité en se référant à un modèle. Parmi les modèles de mortalité, le modèle Nord des table-types de Princeton²⁴ est assez bien adapté à la mortalité sub-saharienne et c'est la raison pour laquelle nous l'avons utilisé. La transformation des proportions d'enfants décédés en indicateurs de mortalité classiques a été effectuée à l'aide de la technique de Coale et Trussell (1980).

L'information délivrée par les femmes de 20-24 ans est généralement considérée comme la plus fiable. En effet, l'estimation de l'âge des femmes plus jeunes se fonde souvent sur la fécondité, ce qui peut certes entraîner des biais mais d'autre part, les femmes âgées ont tendance à omettre des enfants morts en bas âge, ce qui provoque une sous-estimation de la mortalité. Dans le cadre de cette enquête, la petite taille de l'échantillon rend très hasardeuse une estimation fondée uniquement sur le sous-groupe des 20-24 ans. De plus et pour cette même raison de taille, il aurait été risqué d'utiliser directement les données relatives aux allogènes et aux résidents de la ville. Rappelons qu'ici nous utilisons le nombre d'enfants décédés dans la descendance des femmes et que les décès sont environ 4 à 5 fois moins nombreux que les naissances vivantes, soit un total de 366 décès dont 310 bijago et 56 allogènes ou 72 décès urbains et 294 décès dans les villages.

Nous avons donc appliqué la technique de Coale-Trussell successivement à la population totale, aux Bijago puis aux résidents des villages (tableau 14). Cette technique fournit entre autres, une estimation de ${}_1q_0$ et ${}_4q_1$ correspondant aux proportions d'enfants décédés dont la mère a 15-19, 20-24 ans etc...

Les résultats obtenus, même sur l'ensemble des femmes, sont loin d'être satisfaisants puisque les probabilités de décéder entre la naissance et l'âge x évoluent de façon irrégulière avec l'âge. On notera en outre des proportions de

²⁴ Le modèle Nord traduit une forte mortalité entre 1 et 4 ans par rapport à la mortalité entre 0 et 1 an. (Coale et Demeny, 1966).

décès systématiquement très faibles, pour le groupe des 45-49 ans (conséquence d'omissions d'enfants décédés en bas âge).

Tableau 14. Estimation indirecte de la mortalité infanto-juvénile

Ensemble

Groupe d'âges	Proportion d'enfants décédés	Âge x	$q(x)$	${}_5q_0$ correspondant
15-19 ans	0,172	1	0,157	0,260
20-24 ans	0,156	2	0,142	0,189
25-29 ans	0,150	3	0,135	0,158
30-34 ans	0,230	5	0,218	0,218
35-39 ans	0,220	10	0,223	0,192
40-44 ans	0,339	15	0,341	0,281
45-49 ans	0,205	20	0,203	0,149

Bijago

Groupe d'âges	Proportion d'enfants décédés	Âge x	$q(x)$	${}_5q_0$ correspondant
15-19 ans	0,196	1	0,176	0,287
20-24 ans	0,172	2	0,157	0,207
25-29 ans	0,158	3	0,141	0,165
30-34 ans	0,245	5	0,232	0,232
35-39 ans	0,229	10	0,232	0,200
40-44 ans	0,371	15	0,373	0,310
45-49 ans	0,240	20	0,237	0,176

Villageois

Groupe d'âges	Proportion d'enfants décédés	Âge x	$q(x)$	${}_5q_0$ correspondant
15-19 ans	0,250	1	0,236	0,367
20-24 ans	0,189	2	0,171	0,224
25-29 ans	0,209	3	0,184	0,213
30-34 ans	0,272	5	0,252	0,252
35-39 ans	0,278	10	0,276	0,240
40-44 ans	0,398	15	0,393	0,329
45-49 ans	0,259	20	0,253	0,189

Afin de tenter d'estimer néanmoins le niveau de mortalité infanto-juvénile nous avons retenu la moyenne pondérée (par les effectifs de femmes) des ${}_5q_0$ correspondant aux $q(x)$ des 6 premiers groupes d'âge (en nous référant au modèle Nord). La moyenne pondérée permet de tenir compte à la fois de toutes les déclarations des femmes et de leur importance relative dans chaque groupe d'âge. Le niveau de mortalité des allogènes et résidentes en ville a été obtenu par une règle de trois²⁵.

Tableau 15. Estimation finale de la mortalité infanto-juvénile et de l'espérance de vie à la naissance²⁶

Indicateurs	Ethnie		Lieu de résidence		Ensemble
	Bijago	Allogènes	Villages	Ville	
${}_1q_0$	0,132	0,093	0,160	0,076	0,123
${}_4q_1$	0,105	0,064	0,131	0,048	0,097
${}_5q_0$	0,224	0,152	0,270	0,120	0,207
e_0	44,9	53,1	40,1	57,3	46,7

Selon ce modèle, l'espérance de vie à la naissance à Bubaque est légèrement inférieure à 47 ans. Plus de 120 enfants sur 1000 décèdent avant leur premier anniversaire et 207 enfants avant le cinquième (tableau 15). On constate d'importants écarts entre les quatre sous-groupes. Ainsi, l'espérance de vie à la naissance est de 17 ans supérieure en ville par rapport aux villages et de 8 ans supérieure chez les allogènes que chez les Bijago. Bien que les deux variables se chevauchent, le lieu de résidence semble avoir une influence prépondérante sur la survie des enfants, par rapport à l'ethnie. Un enfant de la ville meurt deux fois moins souvent avant 1 an qu'un villageois et l'écart se creuse encore au cours des quatre années suivantes.

En utilisant la table de mortalité du modèle Nord ($e_0 = 46,7$ ans) et les taux de fécondité précédemment estimés, on peut calculer d'une part l'âge moyen réel des mères à la procréation A , compte tenu de la mortalité des femmes et d'autre part, le taux net de reproduction R_0 .

L'âge moyen à la procréation est de 28,2 ans. Il est plus jeune que l'âge moyen des mères à la naissance (28,7 ans) qui ne tient pas compte de la mortalité des femmes.

²⁵ ${}_5q_0$ allogène = [(${}_5q_0$ effectif total) - (${}_5q_0$ Bijago. effectif Bijago)]/effectif allogène.

${}_5q_0$ ville = [(${}_5q_0$ effectif total) - (${}_5q_0$ village. effectif village)]/effectif ville

²⁶ Calculs effectués pour les deux sexes avec un rapport de masculinité à la naissance de 1,05.

Le taux net de reproduction ou nombre moyen de filles qu'une fille nouveau-née mettra au monde au cours de sa vie, dans l'hypothèse où les taux de fécondité et les probabilités de survie resteraient celles qu'on observe actuellement, mesure la capacité effective de renouvellement d'une génération. Pour Bubaque, il est de 2,24 filles.

À supposer que la population soit dans un état stable, c'est-à-dire que la mortalité et la fécondité n'aient pas évolué dans le passé, l'approximation de Lotka et Sharpe (1911) permet d'estimer le taux d'accroissement naturel r par :

$$R_0 = \exp(r.A)$$

On obtient un taux d'accroissement naturel de 28,7 p.1000, taux qui conduirait à un doublement de la population en 24 ans environ.

Le taux de mortinatalité s'obtient en rapportant le nombre de mort-nés aux naissances vivantes ; et la mortalité intra-utérine est le rapport des avortements²⁷ et des mort-nés aux naissances vivantes. On les a calculés pour les quatre sous-groupes de notre effectif et pour l'ensemble de la population (tableau 16).

Tableau 16. Estimation des taux de mortinatalité et de mortalité intra-utérine

	Origine ethnique		Lieu de résidence		Total
	Bijago	Allogènes	Ville	Villages	
Naissances vivantes	1408	382	661	1129	1790*
Morts-nés	52	8	13	47	60
Avortements	117	17	39	95	134
Taux de mortinatalité (%)	3,7	2,1	2,0	4,2	3,4
Fréquence des avortements (%)	8,3	4,4	5,9	8,4	7,4
Taux de mortalité intra-utérine (%)	12	6,5	7,9	12,6	10,8

Note : Le total des naissances vivantes comprend 14 paires de jumeaux ce qui explique l'écart des valeurs avec celles du tableau 12.

²⁷ La rubrique "avortements" comprend les avortements spontanés (fausse-couches) et les avortements provoqués. Pour des raisons sociales, il n'était pas possible pour les femmes concernées d'assumer officiellement le côté volontaire et provoqué de l'avortement et donc de les distinguer des autres femmes. Même si la connaissance de méthodes d'avortement provoqué est très répandue parmi les femmes (p. 50) et même lorsque la femme a de bonnes raisons de vouloir avorter (grossesse pendant une période d'initiation, par exemple), il ne leur est pas possible de déclarer un avortement provoqué. Le rôle social de la femme étant de donner le plus grand nombre d'enfants à la collectivité, on ne reconnaît pas l'existence de grossesses indésirables.

La distinction entre avortement et mort-né se fonde sur la durée de gestation : à moins de 28 semaines c'est un avortement, au-delà c'est un mort-né. Dans les pays en développement où les visites prénatales sont pratiquement inexistantes et où les femmes ont une notion du temps très approximative, il est préférable de se référer à l'indicateur de mortalité intra-utérine. Ce taux est lui-même vraisemblablement sous-estimé en raison de l'omission d'une partie des avortements, surtout s'ils ont été provoqués. Il est également possible que le relatif anonymat urbain facilite la déclaration des avortements qui, au village, sont souvent omis, ce qui fausserait la fréquence des avortements en faveur de la ville. Néanmoins, les résultats montrent que la mortalité intra-utérine est plus fréquente dans les villages qu'en ville et plus chez les Bijago que chez les allogènes (rapport de 1 à 2). Cette disparité entre groupes est encore plus prononcée pour le taux d'avortements que pour celui de la mortinatalité. Comme les variables "origine ethnique" et "lieu de résidence" se regroupent dans une certaine mesure, on a calculé l'effet net (Odds Ratio) et la force d'association (χ^2) entre les différents groupes, pour pouvoir identifier, d'une part, le facteur qui joue le rôle le plus déterminant dans la fréquence des avortements et, d'autre part, le taux de mortinatalité. On constate alors une liaison plus forte entre la fréquence des avortements et l'appartenance ethnique, et entre le taux de mortinatalité et le lieu de résidence. En effet, la probabilité pour une femme d'avorter est 1,8 fois plus importante si elle est Bijago, et seulement 1,3 fois plus importante s'il elle est villageoise plutôt que citadine. De même la force d'association, pour 1 degré de liberté, entre l'avortement et l'identité bijago (χ^2 Yates = 4,89) est statistiquement significative ($0,005 < p < 0,01$), tandis que l'association entre l'avortement et l'habitat villageois (χ^2 Yates = 2,6) ne l'est pas ($0,01 < p < 0,3$). Par contre, la probabilité pour une femme d'avoir un mort-né est 2,1 fois plus importante si elle est villageoise, et seulement 1,7 fois plus élevée si elle est Bijago. La force d'association entre les mort-nés et la résidence au village (χ^2 Yates = 4,85) est également statistiquement significative ($0,005 < p < 0,01$), mais l'association entre les mort-nés et l'origine bijago (χ^2 Yates = 1,52) ne l'est pas ($0,01 < p < 0,3$). Cela veut dire que, pour les femmes de Bubaque, le fait d'avorter est davantage lié à leur appartenance ethnique, dans ce cas Bijago, tandis que le fait d'accoucher d'un enfant mort-né est lié à sa résidence, dans ce cas au village.

V. AUTRES INDICATEURS DE SANTÉ

1. Les partenaires

Le nombre des partenaires d'une femme a été évalué par le nombre de pères des enfants de cette femme. Les femmes ont pu avoir des partenaires avec lesquels elles n'ont pas eu d'enfants, et qui ne n'ont pas été retenus ici. D'autre part, le nombre de partenaires qu'une femme a eu pendant sa vie féconde ne peut être évalué qu'à la fin de cette période or, pour des questions de méthodologie d'enquête, notre échantillon de "femmes de 45 ans et plus" est réduit à seulement 19 femmes. Au moment de l'enquête, presque trois quart des femmes (458/639) avaient eu un seul partenaire ; les femmes restantes avaient eu deux partenaires ou plus (tableau 17). Si on ne tient compte que des femmes de plus de 45 ans, 8 sur 19 ont eu plus d'un partenaire, quatre étant le nombre maximum de partenaires par femme.

Tableau 17. Nombre de partenaires selon le groupe d'âges

Groupes d'âges	Nombre de partenaires						Femmes	Moyenne
	0 part.	1 part.	2 part.	3 part.	4 part.	Total		
Moins de 15 ans	9	25	-	-	-	25	33	0,75
15-19 ans	14	128	4	-	-	136	147	0,92
20-24 ans	2	118	24	3	-	175	147	1,19
25-29 ans	-	79	34	9	1	175	123	1,44
30-34 ans	-	46	18	7	2	111	73	1,52
35-39 ans	-	32	21	6	3	104	62	1,67
40-44 ans	-	7	9	-	2	33	18	1,83
45 ans et plus	-	11	2	3	3	36	19	1,89
Indéterminé	-	12	4	2	-	26	17	1,52
Ensemble	25	458	116	30	11	821	639	1,28

À peine 30 % des femmes se sont mariées à l'intérieur de leur village. La plupart des unions ont été formées avec des hommes d'autres villages (14 %) ou même d'autres îles (29 %). Entre Bijago et allogènes, la différence essentielle réside dans la fréquence des conjoints originaires du continent (tableau 18). Cette

fréquence atteint 54 % chez les allogènes, contre 17 % chez les Bijago, lesquels auront davantage tendance à choisir un partenaire originaire d'une autre île (34 % contre 9 % pour les allogènes). En ce qui concerne les Bijago, bien que la coutume veuille que le conjoint provienne d'un autre clan, les mariages endoclaniques représentent néanmoins 23 % des unions (tableau 19).

Tableau 18. Répartition des unions selon l'ethnie et l'origine du partenaire

Origine du partenaire	Ethnie			Total des unions
	Bijago	Allogènes	Ensemble	
Même village	28,6	30,6	29,0	209
Autre village	17,5	1,4	14,2	102
Autre île	33,7	8,8	28,6	206
Continent	17,3	54,4	24,9	179
Indéterminé	3,0	4,8	3,3	24
Ensemble	100	100	100	720 ²⁸

Tableau 19. Unions des femmes bijago selon l'ethnie du partenaire

Ethnie	Répartition (%)	Total des unions
Même clan	22,9	131
Autre clan	52,7	302
Clan inconnu	0,5	3
Autre ethnie	17,8	102
Même ethnie	3,1	18
Étranger	1,2	7
Indéterminé	1,7	10
Ensemble	100	573 ²⁹

2. La grossesse

En ce qui concerne les dernières grossesses, la plupart des femmes (68 %) ont continué à travailler tout au long de leur grossesse, au même rythme, jusqu'au moment de l'accouchement ; 26 % ont réduit leur travail, soit en durée, soit en

²⁸ Ces 720 unions concernent uniquement les femmes primigestes ou multigestes. Les questions relatives au clan et au lieu d'origine du partenaire n'ont pas été posées aux femmes nulligestes.

²⁹ Femmes bijagos primigestes ou multigestes.

intensité, à la veille de l'accouchement et seulement 6 % des femmes ont interrompu leur travail et se sont reposées quelques jours avant d'accoucher.

Toujours concernant la dernière grossesse, malgré la fréquence élevée des plaintes quant à l'état de santé pendant la grossesse, 51 % des femmes trouvent ces symptômes normaux et les attribuent à la grossesse même. Les autres femmes attribuent ces problèmes à l'excès de travail (9 %) ; à des attaques en sorcellerie (8 %) ; à Dieu ou aux esprits (4 %) ; au "manque de sang" (explication donnée par les agents de santé locaux pour les symptômes d'une anémie) (2 %) ou au "mauvais vent" (explication généralement donnée par les guérisseurs) (1 %) et encore à d'autres causes (13 %). Dans 12 % des cas, les femmes répondent ne pas savoir à quoi attribuer leurs problèmes.

Pourtant, même si ces problèmes "sont normaux pendant la grossesse", 65 % des femmes vont à l'hôpital pendant cette période. Seulement 13 % ne recherchent pas de soins, ni modernes, ni traditionnels ; 11 % demandent l'aide d'un devin, d'un guérisseur ou d'un marabout et 6 % recourent à d'autres thérapies. Dans 5 % des cas, les femmes sont soignées par leurs mères et d'autres parentes ou bien par elles-mêmes.

Aux questions concernant le type de traitement reçu lors des complications qui ont accompagnée leur dernière grossesse, 69 % des femmes ont répondu avoir absorbé des médicaments modernes, mais seulement 23 % peuvent donner des précisions sur leur nature (pour la plupart il s'agissait de chloroquine, aspirine ou sulfate de fer). Dans 14 % des cas les femmes enceintes ont reçu des thérapies traditionnelles, consistant en infusions de plantes (7 %) ; massages d'huile de palme (2 %) ; cérémonies de divination (2 %) ; application par un marabout d'une corde autour des reins (1 %) et autres (2 %). Dans 11 % des cas les femmes n'ont pris aucune médication, ni moderne, ni traditionnelle, et 6 % n'ont pas répondu à cette question.

3. L'accouchement

On s'est intéressé au lieu d'accouchement en fonction du rang dans l'histoire des grossesses successives. Les réponses ont été regroupées sous trois catégories : maison, hôpital et autres.

60 % des accouchements ont lieu à la maison (par maison il faut comprendre aussi la terrasse et l'espace extérieur où l'on cuisine et qui se trouve dans les alentours immédiats, normalement sous un goyavier). 10 % des accouchements surviennent en plein air (comme sur la plage, dans le champ de riz, sur un chemin,

dans la forêt, dans le temple, etc...). Seulement 30 % des accouchements ont lieu à l'hôpital.

Tableau 20. Lieu d'accouchement selon le rang

Rang d'accouchement	Lieu d'accouchement				
	Maison	Hôpital	Autre	Indéterminé	Ensemble
1	246	204	49	1	500
2	227	129	54	-	410
3	210	82	31	1	324
4	156	68	24	-	248
5	128	35	14	-	176
6	100	25	10	-	135
7	56	18	11	-	85
8	34	10	6	-	50
9	20	5	1	-	26
10	6	1	3	-	10
11	2	-	-	-	2
12	1	1	-	-	2
Total	1186	578	204	2	1970
%	60	30	10	-	100

Dans 33 % des cas, les femmes ont choisi elles-mêmes le lieu de leur dernier accouchement, que se soit leur maison, l'hôpital ou un autre endroit. 20 % des femmes disent avoir accouché inopinément avant d'avoir pu choisir un endroit précis. Dans 15 % des cas, ce sont d'autres personnes, en général leur mère ou des aînées de la famille, qui ont choisi pour elles. Finalement, pour 14 % des femmes la question du choix d'un lieu ne se pose pas, puisque l'accouchement chez elles est préétabli par la coutume, elles accouchent "où il faut le faire d'habitude".

Ce sont des accoucheuses, les "femmes qui accouchent", qui ont assisté 57 % des accouchements enregistrés dans notre enquête. La plupart de ces femmes (32 %) appartiennent à la famille proche de la parturiente. Seulement 5 % des accouchements sont assistés par les matrones formées par l'hôpital. Enfin, 4 % des accouchements ne bénéficient d'aucune assistance. Les accouchements qui bénéficient d'une assistance moderne, soit par le personnel de l'hôpital (31 %), soit par les matrones formées (4,6 %), atteignent un total de 35 %.

Le tableau 21 qui répartit les accouchements par rang et le type d'assistance, nous permet d'observer l'évolution du choix entre les différents types d'assistance. Ainsi, le choix d'une assistance moderne, à l'hôpital, est plus fréquent lors des

premiers accouchements, mais sans qu'il ne soit jamais majoritaire par rapport aux accouchements traditionnels. On peut supposer qu'un soin plus grand est apporté aux premiers accouchements, mais il est évident aussi que le comportement des jeunes générations est différent. Ainsi, à titre d'illustration, signalons que 50 % des femmes de moins de 35 ans ont bénéficié d'une assistance moderne pour leur premier accouchement, contre seulement 20 % parmi les femmes plus âgées.

Tableau 21. Assistance à l'accouchement selon le rang

Rang	Assistance							Ensemble
	Familiale	Matrone village	Matrone formée	Méd/inf/sage-fem.	Aucune	Autre	Indéterminé	
1	86	159	20	210	20	4	1	500
2	72	166	14	130	14	14	-	410
3	62	143	16	84	13	5	1	324
4	44	102	11	74	10	7	1	249
5	37	78	10	40	7	4	1	177
6	23	62	10	28	9	3	-	135
7	21	33	5	18	7	1	-	85
8	15	15	3	12	4	1	-	50
9	9	6	1	8	2	-	-	26
10	5	1	1	1	2	-	-	10
11	1	1	-	-	-	-	-	2
12	-	1	-	1	-	-	-	2
Total	375	767	91	606	88	39	4	1970
%	19	39	5	31	4	2	-	100

En ce qui concerne les dernières grossesses, pour lesquelles des informations complémentaires ont été collectées, le cordon ombilical est coupé avec des ciseaux de l'hôpital dans seulement 32 % des cas et dans 27 % des cas avec une coquille d'huître. Des couteaux de cuisine, des lames de rasoir et d'autres outils tranchants ont été utilisés dans 20 % des cas. 21 % des femmes ne savent pas comment le cordon a été coupé.

La plaie ombilicale est traitée avec un désinfectant pour 38 % des nouveaux-nés. Dans 28 % des cas, c'est selon la méthode traditionnelle des Bijago que la cicatrice est protégée : avec de l'huile de palme, des cendres de cuisine ou un mélange des deux. 27 % des femmes n'ont pas répondu à cette question et le reste emploie des plantes (5 %), du savon (2 %) et d'autres produits.

Le placenta est enterré sur le lieu de l'accouchement dans 55 % des cas. 20 % des femmes pensent qu'il aurait été jeté lors de leur séjour à l'hôpital et 24 % ne savent pas répondre à la question.

Tableau 22. Répartition chronologique des complications de l'accouchement

Complications	Rang de l'accouchement						
	1	2	3	4	5	6	7
Hémorragie	102	55	41	28	26	13	7
Fièvre	3	1	1	3	1	1	-
Rétention plac.	26	12	17	12	5	7	4
Douleurs	17	17	15	8	7	7	4
Acc.prolong.	6	8	6	2	2	1	2
Attaque	15	2	3	2	1	-	1
Césarienne	1	2	2	2	-	-	2
Autres	10	6	6	11	2	1	2
Indéterminé	15	14	11	9	4	4	4
Sans complication	339	310	239	185	135	106	63
Total	534	427	341	262	183	140	89
Complic. simples	129	85	72	52	35	23	18
Complic. multiples	32	15	13	12	7	6	4
Accouchements	500	410	324	240	177	135	85

Complications	Rang de l'accouchement					
	8	9	10	11	12	Total
Hémorragie	9	9	2	1	1	294
Fièvre	-	-	-	-	-	10
Rétention plac.	1	-	1	-	-	85
Douleurs	2	3	1	-	-	81
Acc.prolong.	3	1	-	-	-	31
Attaque	1	1	-	-	-	26
Césarienne	-	-	-	-	-	9
Autres	1	1	-	-	-	40
Indéterminé	3	-	1	-	-	65
Sans complication	33	14	5	1	1	1431
Total	53	29	10	2	2	2072
Complic. simples	15	8	5	1	1	444
Complic. multiples	2	4	-	-	-	95
Accouchements	50	26	10	2	2	1970

95 % des femmes observent un repos inférieur à 1 mois, suite aux couches. La plupart (60 %) reprennent leurs activités une semaine après l'accouchement et pour 23 %, ce repos ne dure pas plus de 3 jours. Seulement 6 % des femmes reprennent leur travail plus d'un mois après l'accouchement.

Sur un total de 1970 accouchements, on en a dénombré 1 431 qui s'étaient déroulés sans complications. Les 539 restant ont posé des problèmes qui parfois sont multiples (95 cas), ce qui explique que pour ces derniers, le nombre de complications répertoriées soit supérieur au nombre d'accouchements (tableau 22).

Près d'une fois sur trois, les femmes considèrent que l'accouchement s'est déroulé avec des complications. Ces complications consistent selon elles, en hémorragies copieuses (51 %), un retard dans l'expulsion du placenta (15 %), des douleurs intenses (14 %), un accouchement trop long (5 %), des "attaques" (4 %) (par lesquelles on doit comprendre une perte de conscience ou des crises convulsives), des accès de fièvre (2 %), une césarienne (2 %) ou autres (7 %).

Sur le total des accouchements, à la question concernant le type de recours aux complications, les réponses obtenues sont dans 82 % des cas les soins de l'hôpital, dans 7 % des cas, le recours aux soins traditionnels et dans 10,5 % des cas, il n'y a eu aucun recours. Par contre pour la dernière grossesse, le recours aux soins modernes n'est que de 42 % et le recours aux soins traditionnels atteint 35 %, 10 % n'ayant recours à aucune aide. Il semblerait que l'attention portée aux soins modernes lors de l'accouchement diminue au cours des accouchements suivants. 3 % des femmes disent avoir utilisé à la fois les soins modernes et les soins traditionnels.

4. Couverture sanitaire de la maternité

On a analysé, pour la dernière grossesse des femmes multigestes, toutes les visites faites à l'hôpital, seul centre qui fournit des soins de santé modernes dans toute l'île, pendant leur grossesse, l'accouchement ou le post-accouchement. On a voulu connaître le pourcentage de visites médicales effectuées par les quatre sous-groupes de notre population de femmes, à savoir : les Bijago des villages, les Bijago de la ville, les allogènes des villages et les allogènes de la ville. Il s'agissait de chercher des différences dans la couverture des soins de santé modernes lors de la maternité. Le nombre de consultations est rapporté au total de femmes qui en ont bénéficié et celui-ci au nombre de femmes enquêtées sur leur dernière grossesse, pour établir la fréquence de la couverture sanitaire (tableau 23).

Tableau 23. Femmes multigestes ayant eu recours à l'hôpital

Groupe d'âges	Ethnie et résidence				Ensemble
	Bijago		Allogènes		
	Ville	Villages	Ville	Villages	
Moins de 15 ans	-	-	-	1	1
15-19 ans	7	12	12	1	32
20-24 ans	29	44	21	2	96
25-29 ans	28	34	24	2	88
30-34 ans	10	19	9	1	39
35-39 ans	13	19	8	2	42
40-44 ans	1	4	-	1	6
45 ans et plus	2	3	1	-	6
Indéterminé	1	10	1	2	14
Total consult.	91 (1,8)	145 (1,7)	76 (2,6)	12 (2,4)	324 (1,9)
Effectif femmes ayant consulté	50	83	29	5	167
Effectif total	108	280	95	17	500
Couverture %	46,2	29,6	30,5	29,4	33,4

33,4 % des femmes de l'île de Bubaque ont consulté, au moins une fois, à l'hôpital, lors de leur dernière grossesse. Le pourcentage de couverture est toujours plus élevé chez les Bijago quel que soit le milieu de résidence mais l'écart est particulièrement important entre les deux groupes ethniques résidant en ville. En revanche, l'assiduité aux consultations est toujours supérieure pour les allogènes. Ainsi, les femmes allogènes ont eu en moyenne 2,6 consultations/femme contre 1,7 consultations/femme Bijago. Ces résultats quelque peu contradictoires font s'interroger sur la manière dont les femmes ont été questionnées sur ce point. Il est possible que les femmes allogènes des villes n'aient mentionné que les consultations à l'hôpital de Bubaque, sans indiquer, pour certaines d'entre elles, un éventuel suivi dans un service de soins du continent.

5. Le nouveau-né et le sevrage

À la question de savoir si l'enfant est né avec un problème, seulement 7 % répondent affirmativement. Ces complications sont décrites comme étant des difficultés respiratoires (37 %), une "faiblesse" du nouveau-né (31 %), des problèmes oculaires (13 %) et autres. Dans 3 cas (10 % des complications), le nouveau-né était anormal. La plupart des problèmes du nouveau-né sont attribués aux accidents lors de l'accouchement (45 %), à des attaques en sorcellerie (20 %), aux maladies ou aux fautes commises par la mère (13 %), à Dieu ou aux esprits (10 %). 64 % des mères font soigner l'enfant à l'hôpital, 12 % chez les guérisseurs

traditionnels et 12 % encore ne cherchent pas de soins. Dans un cas, l'enfant a été tué (un des nouveaux-nés anormaux).

On a recueilli les estimations rétrospectives que les mères donnent à la durée d'allaitement de leurs enfants. Afin d'éliminer l'interférence de la mortalité sur la durée de l'allaitement, nous n'avons retenu que les réponses concernant les enfants dont l'allaitement s'est terminé "naturellement", c'est-à-dire avant l'éventuel décès de l'enfant. Sur les 1 776 naissances vivantes, 1 304 répondent à cette condition et l'information a été recueillie pour 1 084 d'entre elles (tableau 24).

Tableau 24. Répartition des enfants selon la durée de l'allaitement

Âge au sevrage (mois révolus)	Nombre d'enfants		Âge au sevrage (mois révolus)	Nombre d'enfants	
	Effectif	Proportion (%)		Effectif	Proportion (%)
3	2	0,2	27	7	0,6
4	2	0,2	28	5	0,5
6	3	0,3	29	8	0,7
7	4	0,4	30	49	4,5
8	1	0,1	31	10	0,9
9	4	0,4	32	2	0,2
10	3	0,3	33	6	0,6
11	1	0,1	34	3	0,3
12	45	4,2	36	143	13,2
13	5	0,5	37	1	0,1
14	10	0,9	38	1	0,1
15	15	1,4	40	1	0,1
16	10	0,9	41	1	0,1
17	17	1,6	42	6	0,6
18	132	12,2	48	8	0,7
19	20	1,8	Indéterminé	223	-
20	54	5,0			
21	30	2,8	Sevrage en cours/enfant décédé	469	-
22	10	0,9			
23	5	0,5			
24	429	39,6	Total	1776	100
25	17	1,6	Moyenne	24,6	-
26	14	1,3	Médiane	23,9	-

L'allaitement est universel et la majorité des femmes allaitent leurs enfants pour de longues périodes. En moyenne l'allaitement dure 24,6 mois et la moitié des

enfants sont sevrés à deux ans environ. Les durées données par les mères ou estimées par les enquêteurs subissent l'attraction classique pour les nombre "ronds" ou "semi-ronds" : 1 ; 1,5 ; 2 ; 2,5 et 3 ans. Ces chiffres doivent donc être interprétés avec une certaine réserve car les mères donnent souvent comme réponse un âge au sevrage stéréotypé. Il est possible qu'elles se réfèrent à l'âge au premier sevrage qui généralement est plus long, ou bien à un âge idéal de 2 ans ou plus.

Sur les 1 776 naissances vivantes, 445 n'ont pas été suivies d'une naissance ultérieure et pour 165 d'entre elles, la durée écoulée entre le sevrage et la nouvelle grossesse n'a pu être déterminée. Les données sur 1 166 grossesses conduisent à un intervalle moyen de 6,2 mois, intervalle qui se détache nettement de la valeur médiane qui elle, se situe seulement à 1,8 mois. Le mode est atteint dès 0 mois.

D'après ces chiffres, plus d'une femme sur 4 sèvre son enfant lorsqu'elle est à nouveau enceinte. Le retour des règles qui précède de 2 à 3 mois la fin de l'allaitement est vraisemblablement considéré comme la fin de l'abstinence sexuelle (voir p. 68).

Tableau 25. Répartition des enfants selon l'intervalle entre sevrage et grossesse suivante

Intervalle (mois révolus)	Nombre d'enfants		Intervalle (mois révolus)	Nombre d'enfants	
	Effectif	Proportion (%)		Effectif	Proportion (%)
0	313	26,8	19	1	0,1
1	239	20,5	20	1	0,1
2	132	11,3	23	2	0,2
3	106	9,1	24	38	3,3
4	31	2,7	26	1	0,1
5	30	2,6	29	1	0,1
6	45	3,9	30	2	0,2
7	12	1,0	36	28	2,4
8	6	0,5	48	8	0,7
9	14	1,2	60	5	0,4
10	8	0,7	72	1	0,1
11	2	0,2	84	2	0,2
12	125	10,7	96	1	0,1
13	1	0,1	98	1	0,1
14	5	0,4	Indéterminé	165	-
15	1	0,1	Non concernés	445	-
16	1	0,1	Total	1776	100
17	1	0,1	Moyenne	6,2	-
18	2	0,2	Médiane	1,8	-

La quasi-totalité des intervalles entre la fin du sevrage et la grossesse suivante (91 %) sont inférieurs ou égaux à 1 an. Cependant, près de 7 % d'entre eux dépassent deux ans, ce qui explique l'écart entre la moyenne et la médiane. Pour ces derniers, on peut supposer qu'il s'agit de femmes plus âgées, dont la fécondabilité est moindre, voire de femmes n'ayant pas voulu déclarer certaines grossesses suivies d'un avortement ou d'un décès.

Pour 1 003 naissances vivantes, nous disposons à la fois de la durée d'allaitement et de l'intervalle entre le sevrage et la nouvelle grossesse.

Tableau 26. Estimation de l'intervalle entre naissances vivantes et grossesses suivantes ayant abouti à une naissance vivante

Durée de l'intervalle en mois	Effectif	Proportion	Durée de l'intervalle en mois	Effectif	Proportion
0-6	82	6,3	61-66	12	0,9
7-12	70	5,4	67-72	10	0,7
13-18	65	5,0	73-78	3	0,2
19-24	174	13,4	79-84	2	0,1
23-30	259	20,0	85-90	2	0,1
31-36	153	11,8	91-96	1	0,07
37-42	93	7,2	97-et plus	3	0,2
43-48	46	3,5	Indéterminé	287	-
49-54	19	1,4	Total	1290	100
55-60	7	0,5			

Note : Ces intervalles renseignés ne concernent que 390 des 500 femmes multigestes ayant eu au moins deux naissances vivantes. Au total on compte 1 290 intervalles dont 287 sont imprécis.

Le tableau 26 montre l'intervalle en mois entre les naissances vivantes (de rang n) et les grossesses suivantes ayant donné lieu à des naissances vivantes (de rang $n+1$). Cet intervalle a été calculé de manière à avoir une estimation de l'intervalle entre naissances, comparable à celui des enquêtes démographiques et de santé. Entre ces naissances vivantes ont pu se produire aussi bien le décès de l'enfant de rang n que des avortements ou des mort-nés. À partir des 1 003 intervalles pondérés, on obtient une durée moyenne de 28,3 mois et une valeur médiane de 26,3 mois. Puisque toutes les grossesses de rang $n+1$ ont abouti à des naissances vivantes, on peut ajouter aux intervalles obtenus une durée de gestation de 9 mois afin d'obtenir une estimation de l'intervalle entre naissances vivantes. L'intervalle calculé dans notre population serait de 37,3 mois en moyenne et 35,2 mois en médiane. Si on tient compte du fait que, dans notre population, sur les 194 avortements et mort-nés déclarés, 70 se sont produits avant une première naissance vivante et 30 concernent la dernière grossesse, seulement 94 sont

susceptibles d'avoir une influence sur la durée des 1 003 intervalles calculés. Leur poids relatif ne peut avoir une incidence sensible sur la moyenne ou la médiane.

6. Plus d'enfants ?

Des 500 femmes multigestes interrogées sur leur désir d'avoir plus d'enfants dans l'avenir, 21 % répondent qu'elles n'en veulent plus. Cependant, leurs connaissances en matière de contraception ne sont pas à la hauteur de leur volonté de contrôler leur fécondité. En effet, 40 % des femmes interrogées ne connaissent aucune méthode anticonceptionnelle et 33 % d'entre elles n'ont jamais entendu parler de tels procédés. Seulement 60 % des femmes peuvent nommer une méthode. Pour la plupart (83 %) il s'agit du stérilet (ou "l'anneau de l'hôpital") ; pour 20 %, d'un "médicament en forme d'injection" et pour 31 % des méthodes traditionnelles (telles que : les infusions de plantes, la corde de marabout qu'on met autour de la ceinture, les ensorcellements, etc.). 5 % mentionnent l'abstinence sexuelle ou la continence périodique (le calcul des jours de l'ovulation). Une seule femme (allogène) connaît l'existence du préservatif. Mais les descriptions de la contraception moderne sont souvent très confuses. Non seulement la grande majorité donne des réponses très vagues concernant "la méthode de l'hôpital", que finalement elles résument en "anneau" sans trop comprendre de quoi il s'agit, mais 20 % des femmes l'attribuent à "une injection" et 3,2 % trouvent que le seul moyen d'empêcher une grossesse est l'hystérectomie. En fait, la méthode en vigueur la plus usuelle est l'abstinence post-partum. Pendant l'allaitement des enfants, qui dure en moyenne 24 mois, les relations sexuelles sont proscrites. Elles reprennent au moment du sevrage. S'agissant d'une pratique commune et imposée par les règles sociales, les femmes ne s'y réfèrent pas ; d'autant moins que la question portait sur les méthodes volontaires.

Par contre, en ce qui concerne les méthodes d'interruption volontaire de grossesse, 71 % des femmes en ont entendu parler et 45 % connaissent une méthode. 29 % des femmes de l'enquête disent ne jamais avoir eu connaissance de cette possibilité. Cependant, il faut interpréter ces valeurs avec une certaine réserve dans la mesure où nous savons que ce sont des questions entourées de secrets. Les méthodes d'interruption évoquées (plusieurs réponses étaient possibles) sont : pour 65 %, le curetage à l'hôpital ; pour 2,8 %, des "médicaments" et pour 68,5 % des méthodes traditionnelles telles que les infusions de plantes (52 %), le potage de noix de palme (8,5 %), la maniguette noire (type de poivre noir) (4 %), l'ingestion de boissons alcoolisées (2 %) et autres (2 %).

7. Pour conclure

En résumé, on a interrogé l'ensemble des femmes entre 15 et 44 ans habitant l'île de Bubaque, représentant une population totale de 639 femmes, en majorité rurales (61 %) et d'origine bijago (77 %). Alors que dans les villages la presque totalité des femmes est d'origine Bijago, la population de la bourgade portuaire est formée par une moitié de Bijago et une moitié d'allogènes. Même si les règles sociales permettent aux femmes d'avoir plusieurs partenaires au long de leur vie, la plupart des femmes n'ont eu qu'un seul père pour leurs enfants, et seulement 24 % d'entre elles ont eu 2 ou plusieurs partenaires. La parité des femmes de l'île de Bubaque, conduit à un indice conjoncturel de fécondité de 7 enfants par femme. Cet indice est plus élevé chez les Bijago (7,2 enfants) que chez les allogènes (6,4 enfants). L'écart observé entre l'âge moyen des mères à la première grossesse (18,1 ans) et l'âge à la première naissance (19,0 ans) est un peu supérieur à l'intervalle théorique de 9 mois, probablement à cause du nombre élevé de grossesses n'ayant pas abouti à une naissance vivante (9,8 % des grossesses). Un constat analogue est fait à partir des âges médians à la première grossesse et à la première naissance, qui sont respectivement de 17,2 ans et 18,1 ans. En fait, le risque d'avoir des grossesses qui n'aboutissent pas croît avec l'âge, mais on observe un risque accru pour les femmes entre 15 et 19 ans. Ce risque est significativement plus prononcé chez les femmes bijago (10,8 %) et chez les villageoises (11,3 %). Pour l'ensemble de la population on observe un taux élevé (10,8 %) de mortalité intra-utérine, ainsi qu'un taux de mortinatalité de 3,4 % et une fréquence d'avortements de 7,4 %. La fréquence d'avortements apparaît liée significativement au groupe ethnique (notamment aux femmes Bijago), mais le taux de mortinatalité est davantage lié au lieu de résidence des femmes (notamment à l'habitat au village). Ces résultats suggèrent d'une part, l'influence des facteurs culturels sur le taux d'avortements et d'autre part, l'influence de l'habitat, et probablement de l'accès plus aisé à l'hôpital, sur le taux de mortinatalité des femmes de Bubaque.

La majorité des femmes enceintes ont travaillé au même rythme jusqu'à l'accouchement et la plupart ont repris leurs activités une semaine après les couches. Un nombre très élevé de femmes considèrent avoir eu des problèmes de santé pendant leur dernière grossesse, mais seulement 33,4 % d'entre elles se sont rendues au moins une fois à la consultation de l'hôpital. La moitié des femmes considèrent ces complications de santé comme la rançon habituelle de la grossesse. Presque deux tiers (60 %) des accouchements se sont déroulés à la maison, et seulement un tiers (30 %) à l'hôpital. Ce choix est fait par les parturientes dans 33 % des cas, ou par les aînées ou les règles sociales dans 31 % des cas. Pour leurs derniers accouchements, seulement un tiers des femmes multigestes (35 %) ont été assistées

par un agent de santé (médecin, infirmier ou matrone), le cordon ombilical a été coupé avec des ciseaux d'hôpital pour 32 %, et la plaie ombilicale a été traitée avec un désinfectant pour 38 %. Dans 27 % des cas, les femmes estiment avoir eu un accouchement compliqué. Pour la moitié des femmes, il s'agit d'hémorragies copieuses qu'elles attribuent à des raisons médicales (25 %) ou à des raisons d'ordre social (22 %). Dans les cas d'accouchements compliqués, la majorité des parturientes (82 %) ont eu recours aux soins de l'hôpital.

Le taux net de reproduction de 2,2 filles, conduit à un taux d'accroissement naturel de 2,9 % et donc à un doublement de la population en 24 ans. On a calculé une espérance de vie à la naissance d'environ 47 ans. L'espérance de vie observée chez les habitants de la ville est de 17 ans supérieur, ce qui s'explique par le doublement de la mortalité infantile dans les villages. Pour l'ensemble de la population, le taux de mortalité infantile observé est de 123 pour mille et le taux de mortalité juvénile est de 97 pour mille. On constate donc une inversion entre le taux de mortalité infantile et juvénile par rapport à ce qui est observé dans d'autres régions en développement. La moitié des femmes qui reconnaissent des problèmes de santé chez leurs nouveaux-nés (7 %) les attribuent aux complications de l'accouchement (45 %). La moitié des enfants sont sevrés à l'âge de deux ans environ, et l'intervalle intergénésiq ue est estimé à 37 mois en moyenne (35 mois en médiane).

Des femmes multigestes interrogées, 21 % ne veulent plus d'enfants, mais 40 % des femmes ne connaissent aucune méthode de contrôle des naissances, ni même n'en envisagent la pratique. Les femmes restantes savent que les soins modernes proposent une méthode, mais la plupart ne la connaissent pas réellement. La méthode en vigueur reste l'abstinence post-partum et l'allaitement prolongé. Cependant en matière d'interruption de grossesse, 71 % en admettent la possibilité et 45 % d'entre elles connaissent au moins une méthode (que se soit les méthodes traditionnelles, 68 %, ou les méthodes modernes de curetage, 65 %).



CHAPITRE 3

LE MONDE DE LA MATERNITÉ

Une description ethnographique

I. LA MÉTHODE UTILISÉE

Parallèlement à l'enquête épidémiologique j'ai mené une seconde enquête, ethnographique cette fois. La question de la méthodologie se posait d'emblée et par manque d'expérience personnelle en la matière j'espérais pouvoir la résoudre, tout au moins partiellement, par la lecture d'ouvrages spécialisés. Quelques manuels de méthodes d'enquête ont été publiés dès que l'anthropologie est devenue une discipline à part entière. Le premier grand classique du genre, *Notes and Queries on Anthropology*, a été mis au point par l'Institut royal d'anthropologie de Londres, en 1874³⁰, afin de former des "anthropologues de gouvernement" à l'époque coloniale. Critiqué pour son positivisme, car il envisage les faits sociaux comme des collections de choses, plutôt que comme des systèmes de relations, cet ouvrage a tout de même servi de base à toutes les grandes monographies de l'école britannique. Plus tard, en 1947, Marcel Mauss, dans son *Manuel d'ethnographie*³¹, souligne l'intérêt des études minutieuses et approfondies pour tenter d'aider les enquêteurs amateurs et professionnels à ne négliger aucun aspect de la vie sociale. Bien que l'auteur ne soit presque jamais allé sur le terrain et ait été de ce fait traité "d'anthropologue de cabinet", la méthode lui permettait d'obtenir à distance des données comparables. Toutefois ce manuel, encore aujourd'hui très conseillé, ne

³⁰ Publié à partir de 1874, jusqu'à 1964, ce guide de l'enquêteur ethnographique a été constamment revu et corrigé par des commissions de spécialistes depuis sa première édition, ce qui permet incidemment de retracer l'histoire de la pensée ethnologique en Grande-Bretagne.

³¹ Ce manuel est la sténotypie des "Instructions d'ethnographie descriptive", le cours que Marcel Mauss avait donné à l'Institut d'Ethnologie de l'Université de Paris, de 1926 à 1939. C'est à l'initiative de ses étudiants, notamment Denise Paulme, que leurs notes de cours réunies ont pu former ce manuel, publié en 1947.

peut être considéré que comme une sorte de pense-bête, car il comporte peu de considérations théoriques et ne permet pas de surmonter toutes les difficultés du terrain. Par la suite, le chef de file de ce qu'on a appelé l'École française d'ethnologie, Marcel Griaule, écrit lui aussi un manuel (Griaule, 1957) où il donne comme mot d'ordre de dresser les "archives totales" de la population à étudier. La partialité de son point de vue, car il prétend ne regarder la société que de l'intérieur, encourt le reproche de manque d'objectivité, car même s'il pratique l'observation participante, l'ethnologue se doit de garder un point de vue extérieur³². Dans tous les cas, et malgré la grande valeur de toutes ces recommandations, un manuel ne peut jamais être suivi à la lettre. La spécificité des relations que noue l'ethnographe avec son terrain et vice-versa sont le fruit de trop de circonstances inhérentes au contexte d'enquête. Les travaux monographiques en témoignent. Les modalités d'insertion de l'ethnologue dans la communauté qu'il va étudier, aussi bien contrôlées qu'elles soient, sont toujours largement imprévisibles.

Finalement la méthode suivie pour cette étude était l'observation participante, basée en partie sur des entretiens non-directifs, sans questionnaire préétabli. Il ne s'agissait pas seulement d'élucider les questions que je me posais sur la culture et la société bijago, mais surtout de chercher à comprendre les enjeux qu'ils se donnaient à eux-mêmes, les événements qui faisaient l'objet des discussions dans le village. De quoi parle-t-on, comment et pourquoi ? Comme tous les événements du quotidien n'avaient pas le même intérêt ethnologique, il fallait alors repérer les observations les plus pertinentes grâce à des informations complémentaires. Dans certains cas, des entretiens un peu plus directifs s'imposaient. Pour faire parler les villageois d'un thème qui me semblait important, j'essayais de l'introduire dans la conversation, tout en gardant une attitude d'empathie. Comme fréquemment je ne connaissais rien au thème que je venais d'aborder, je demandais de m'apprendre à prononcer les mots qui s'y rapportaient. Connaître "le mot" est devenu une étape essentielle pour entrer dans un sujet. Du reste, cet appétit pour le lexique local était accueilli avec beaucoup de sympathie. Mais malgré toutes les stratégies et méthodes employées, mes sources d'information les plus précieuses sont nées de l'observation de détails personnels, de petites contradictions et de problèmes de tous les jours, surtout chez ceux qui m'étaient les plus proches. Ces conditions d'enquête favorables sont nées grâce aux relations étroites nouées depuis longtemps avec quelques familles habitant un village d'une centaine d'individus. Lors de mon premier séjour sur l'archipel, j'avais en effet établi des rapports privilégiés avec les habitants d'Ancamona, un petit village situé au centre de l'île de Bubaque. Une fois de retour chez les Bijago, c'est surtout chez eux que j'ai repris mes recherches. Parmi mes plus proches interlocuteurs il y avait d'une part ce qu'on avait considéré comme ma famille, avec laquelle j'avais un contact assidu, et d'autre part les aînés' plus savants et plus puissants, qui occupaient d'importantes positions religieuses et sociales dans le village. Il y avait dès lors, d'un côté, la théorie énoncée par ces anciens détenteurs du savoir et du pouvoir social, de l'autre côté, les stratégies et les

³² LÉVI-STRAUSS, 1983.

enjeux individuels qui rendaient compte des contradictions de la société, de l'influence de la modernité, et de l'articulation entre théorie et pratique. Mes enquêtes ont bénéficié de cet ensemble de situations et de personnages. Pratiquement tous les jours, je me rendais dans le village en début d'après-midi et j'y restais jusque tard dans la nuit. J'étais vite mise au courant des événements les plus importants qui avaient pu se dérouler pendant mon absence. Je participais aussi à quelques activités de travail, de loisir et, avec mes collègues guérisseurs et devins, à beaucoup d'événements "professionnels". Les entretiens, ou plutôt les conversations, devenaient beaucoup plus fructueuses à la tombée du jour, quand les activités économiques et ménagères se calmaient et que le temps se ralentissait. C'est aussi après la tombée de la nuit que le village devenait la scène de danses des "défunts"³³, ces femmes possédées par un mort, auxquelles je m'intéressais tout particulièrement.

Il faudrait dès lors ne pas parler d'informateurs au sens classique du terme, mais plutôt d'un tissu de relations sociales. Tout compte fait, si le choix des interlocuteurs, avait été en partie laissé au hasard des circonstances, il ne pouvait pourtant pas rester complètement innocent. En tant que médecin, il était plus facile de m'initier et justifier ma curiosité près des guérisseurs et des devins où finalement j'étais assimilée à un collègue. Par ailleurs, j'étais souvent en contact avec les femmes et avec les malades. Chez ces derniers, les sentiments et opinions personnels s'exprimaient généralement plus ouvertement et sans hésitation, mais les explications et les règles de la théorie sociale locale n'étaient pas toujours à la portée des victimes d'une maladie ou de leur entourage. Il m'a donc fallu choisir des "informateurs en pagne" et des "lettrés", pour reprendre la distinction de Bernard Maupoil³⁴, en essayant toutefois d'éviter de la part des premiers les erreurs d'interprétation, et des seconds les "erreurs par persévérance" et l'affabulation³⁵.

Souvent l'informateur ne sait pas ce que l'ethnologue recherche parce qu'il ne le comprend pas. Les questions de l'ethnologue ne sont pas les questions que l'informateur se pose et ces dernières ne lui sont pas posées. S'il arrive qu'un

33 Ce sont des femmes possédées par l'âme d'un jeune homme mort avant d'avoir été initié. Pendant les périodes de possession, ces femmes se réunissent dans le village, très tard dans la nuit et dansent parfois jusqu'à l'aube.

34 Administrateur des colonies avant la guerre, il rédigea sa thèse d'État au Dahomey où il fréquenta les spécialistes de la divination et du culte Afa. Dans cet ouvrage d'une inépuisable valeur heuristique, Bernard Maupoil, attentif à toujours distinguer la description des faits des exégèses locales et de ses commentaires personnels, nous restitue la parole des autres, respectant son caractère complexe, ouvert, divers. Pour beaucoup d'anthropologues, l'œuvre de Maupoil est une référence précieuse (AUGÉ, 1988). Pour la distinction entre les "informateurs en pagne" ignorant les manières de penser européennes et les "lettrés", fonctionnaires ou non, plus ou moins au courant de nos usages et de nos goûts, voir le chapitre "Conditions de l'enquête" in MAUPOIL, 1981.

35 Parmi mes plus proches informateurs, qui souvent m'accompagnaient dans mes déplacements sur d'autres îles, pour des motifs médicaux, se trouvaient un prêtre de cérémonies féminines, qui était également le chef du village d'Ancamona, un devin-guérisseur et son adjoint. Ce dernier était le chef de famille de ma famille adoptive.

informateur cache quelque chose, il arrive encore bien plus souvent qu'il se demande ce que l'ethnologue croit qu'il cache³⁶. À l'image occidentale classique de l'informateur qui résiste au questionnement, il faut ajouter l'image africaine de celui qui interroge et qui paraît toujours travaillé par de mystérieuses préoccupations. Ainsi, le discours de l'informateur oscille entre des phases de collaboration et des phases de défense. Quoique les premières soient plus agréables que les secondes, ces dernières sont sans doute plus intéressantes car plus proches des préoccupations réelles de l'informateur.

Une autre des difficultés de l'enquête résultaient de l'extrême divergence des opinions professées en matière religieuse. Presque tous les adultes proposaient des solutions aux questions d'ordre mystique qui les dépassaient, sans jamais se reconnaître "vaincus par l'inconnaissable" (Maupoil, 1981). Ces opinions, toujours différentes selon le moment, la formulation de la question et la position de l'indigène par rapport à l'idée en cause, ne pouvaient dans la plupart des cas servir à formuler une hypothèse, mais elles m'aidaient à reconnaître les stratégies individuelles, à m'inquiéter d'un nouvel aspect, ou tout au moins à m'éloigner des questions trop préméditées. C'est ainsi qu'à propos de sujets compliqués sur lesquels j'interrogeais parfois, mes interlocuteurs, m'ont maintes fois répondu : "*Attends et tu le verras de tes yeux*". C'était un euphémisme car ensuite rien ne se passait qui soit immédiatement accessible à la vue, mais il y avait là le conseil d'attendre l'événement afin d'y participer *de visu*, car finalement, seule la compréhension progressive des faits et la contextualisation d'un rite ou d'autres pratiques permettaient de le comprendre et favorisaient l'émergence d'hypothèses explicatives ultérieures.

L'observation participante demande de l'observateur autant qu'il reçoit. Ainsi, une des premières questions qu'on doit aborder en arrivant sur le terrain est celle que se posent les natifs eux-mêmes sur notre rôle chez eux, à savoir les raisons de notre séjour. C'est une question à laquelle les manuels ne permettent pas de répondre. Si pendant l'ère coloniale, la présence d'un observateur, en apparence proche du pouvoir, ne suscitait ouvertement aucune question, aujourd'hui ce n'est plus le cas. En ce qui me concerne, et par rapport à un anthropologue qui prétend se livrer à une observation désintéressée et passe son temps à prendre des notes, le statut de médecin-ethnologue paraissait plus légitime. Il permettait d'éviter les explications embarrassées dans lesquelles se débattaient habituellement les ethnologues "purs" et, en même temps, produit un effet immédiat de sympathie. La méfiance de l'étranger mystérieux faisait rapidement place à l'hospitalité due à la reconnaissance d'un statut. Cependant, le statut de médecin entraîne également des difficultés pour l'enquête ethnographique car on peut finir par se voir confiné aux problèmes de santé de chacun et limité ainsi aux questions d'ordre individuel, ce qui finalement ne ferait que prolonger au village le travail de l'hôpital. Il est nécessaire

³⁶ Les difficultés de l'enquête ethnologique et en particulier la méfiance entre enquêté et enquêteur, sont traitées avec humour et un sens de l'absurde sans égal par Nigel Barley, 1983.

de pouvoir dépasser la dimension personnelle de la maladie afin d'étudier son articulation avec les autres aspects de la vie sociale, les matières religieuses, économiques, politiques, etc.. Une fois de plus, l'apprentissage de la langue permet de contourner ces sujets imposés et d'en aborder d'autres qui dépassent un rôle préétabli³⁷. D'autre part, comme le décrit très justement Robert Cresswell, *"ces textes ont non seulement un intérêt linguistique, mais aussi, parce qu'ils enregistrent des valeurs et des comportements normatifs, servent utilement de repoussoir lors de l'observation ultérieure de comportements réels. Puis, peu à peu, le chercheur prend part aux activités qu'il observe, jusqu'à en pratiquer certaines pleinement, ce qui caractérise l'enquête ethnographique : l'observation participante"* (Cresswell, 1975).

II. LES CADRES SOCIAUX DE LA MATERNITÉ

1. Grossesse, accouchement et nouveau-né

"Quand la femme et l'homme font la relation, l'âme de l'enfant entre dans le ventre de la mère". La première fois qu'une femme tombe enceinte, elle se confie d'abord à sa propre mère, qui doit assurer le bon déroulement de sa grossesse. La jeune fille, n'ayant pas été officiellement informée sur les affaires de la gestation, ni n'ayant jamais pu assister à un accouchement en raison de son statut de nulligeste, est maintenue jusqu'après son accouchement en dehors des décisions et des secrets de la maternité. Les choix liés à la gestation et à l'accouchement se feront dans son entourage maternel, sans quelle soit invitée à y prendre part. Une fois le statut de nulligeste dépassé, les femmes devront dans leurs prochaines grossesses suivre les conseils et les règles apprises de leurs mères. Elles seront aussi en mesure d'aider à l'accouchement des autres femmes de la famille.

Au cours de la grossesse il y aura des interdits et des règles à respecter. Il faudra éviter certains lieux habités par des esprits malfaisants et jaloux de leur

³⁷ La langue bijago est classée par Greenberg dans le groupe Nord de la famille des langues Ouest-atlantiques. C'est une langue à deux tons. Quelques petits dictionnaires bijago-créole ont été publiés par des missionnaires catholiques et protestants. Cependant, faute d'études linguistiques approfondies, aucune grammaire n'a été réalisée. La majorité de mes interlocuteurs (comme la majorité de la population guinéenne) parlaient la langue véhiculaire, le créole portugais, dans laquelle j'ai réalisé mes travaux. Mais pour ce qui est des mots et des phrases qui portent sur des questions spécifiques à la culture bijago, la traduction créole s'avère toujours approximative et parfois ambiguë. J'ai donc recueilli certains termes et expressions en langue vernaculaire bijago, et essayé d'en cerner le champ sémantique.

grossesse. La femme enceinte ne doit pas s'approcher du bord de la mer, par crainte des hippopotames³⁸ qui sont réputés les attaquer, ainsi que dans tous les autres endroits considérés comme dangereux car fréquentés par des sorciers. Elle ne s'aventurera pas en brousse ou en dehors des sentiers battus, ni ne s'exposera seule dans l'obscurité de la nuit. Elle passera régulièrement de l'huile de palme sur son ventre *"pour fortifier la grossesse"*. Elle se tatouera un dessin de lignes horizontales sur les flancs *"pour aider à ouvrir le chemin de l'enfant"* et *"parce que c'est joli"*. Elle n'observera plus d'interdit sexuel. Il n'y a pas d'interdits alimentaires pendant la grossesse mais tous les plats à l'huile de palme sont vivement conseillés. Au cours de sa grossesse, la femme exécute les mêmes travaux que d'habitude, avec la même intensité. Si elle perd l'enfant ou si elle accouche d'un mort-né, on enterre celui-ci rapidement et on n'en parle pas trop. Surtout, on ne le pleure pas, sinon *"l'âme l'entendra et aura peur de revenir dans la même mère pour naître à nouveau"*. Les règles qui régissent le choix des lieux d'enterrement, font exception quand il s'agit d'un avortement ou de l'accouchement d'un enfant mort-né. Tant qu'un enfant n'est pas né, le fœtus sera traité comme un non-être, restant en dehors des lois des vivants. *"L'enfant qui est dans le ventre de la femme, puisque personne ne le connaît, et qu'il n'a jamais parlé, ne compte pas comme un être entier et donc, s'il meurt dans le ventre de sa mère, on peut l'enterrer, même dans les îles sacrées. Si on ne le pleure pas trop, la mère tombera enceinte à nouveau et l'enfant réapparaîtra dans son ventre."*

Quand l'accouchement approche, la femme enceinte se rend sur la plage, avec les autres femmes de sa famille, pour se laver le ventre dans l'eau de mer. Elle le lave à marée haute, car à marée basse, non seulement la femme s'exposerait aux attaques des hippopotames et aux piqûres des raies, mais elle ne pourrait pas flotter dans l'eau et *"l'accouchement risquerait d'être retardé"*. *"Quand l'eau monte, elle se couche et se laisse flotter pour que l'enfant qui est à l'intérieur flotte aussi et, s'il est mal placé, qu'il se mette en bonne position, tête-en-bas! Quand on s'accroupit dans l'eau on sent le ventre se soulever. Alors l'enfant se soulève aussi et flotte. On doit boire un petit peu d'eau salée. Les plus avisées vont se laver le corps plus tôt et non juste au moment de l'accouchement. Elles mettent l'enfant dans la bonne position et se prémunissent ainsi contre des problèmes futurs. D'autres n'y vont que si l'accouchement tarde et si l'enfant a des problèmes pour sortir"*. En fait, il n'est pas rare que des accouchements se fassent sur la plage, car la parturiente n'a pas toujours le temps de remonter au village.

L'accouchement est une affaire privée, familiale, car c'est à ce moment que mère et nouveau-né sont le plus exposés aux sorts jetés par les *"autres familles et par des visiteurs malveillants"*. C'est normalement à l'intérieur de la maison, ou sous l'arbre où le ménage se tient pendant la journée, que la femme accouche. Aidée par ses parentes qui la soutiennent et lui massent le ventre, elle accouche en position

³⁸ Les hippopotames de cette région habitent les estuaires des rivières. On les rencontre souvent près des plages, nageant dans une eau saumâtre.

semi-assise ou accroupie. Le cordon ombilical est généralement coupé avec une des coquilles d'huître qui traînent sous la maison, et noué avec une fibre provenant de la jupe d'une des femmes présentes. Quand *"c'est un couteau qu'on utilise, on le garde caché jusqu'à ce que le cordon tombe, de peur qu'il soit subtilisé par un sorcier et utilisé pour jeter des mauvais sorts contre la mère ou son enfant"*. La femme attend assise que le placenta soit expulsé, en expirant profondément. Le placenta doit être rapidement enterré à l'endroit même de l'accouchement. Il en est de même pour les objets utilisés lors de l'accouchement, car *"on ne veut pas que quelqu'un de mal intentionné s'en empare, ou que les chiens et les vautours le mangent. Le placenta est comme les boyaux. On ne veut pas le garder"*. Une fois le cordon bien noué, on l'oint d'huile de palme ainsi que tout le corps de l'enfant *"pour le rendre plus fort"*. On lui attache au poignet un bracelet fait de poils de singe *"pour que cet animal ne vienne pas l'enlever"*. C'est en effet l'enlèvement par un singe qui serait responsable du tétanos néonatal. Mais la grande préoccupation lors de l'accouchement est de se protéger du "vent". *"Le mauvais vent peut entrer par le nombril de l'enfant et le rendre malade"*. Ce vent tant craint des parturientes ne se réfère évidemment pas au phénomène météorologique, mais aux mauvais sorts que les ennemis de la famille, les jaloux et les jalouses, pourraient vouloir "souffler" sur la jeune maman et son bébé.

Aussi mère et nouveau-né sont-ils gardés à l'intérieur de la maison à l'abri des regards, des mauvais vents, et des singes pendant le temps nécessaire à la cicatrisation du nombril et à la récupération de la mère. *"Une fois que le cordon tombe on doit mettre des cendres (provenant du foyer culinaire) sur le nombril pour bien fermer l'entrée et ne pas laisser le vent pénétrer"*. Cette réclusion à l'abri des hommes et des étrangers, veillée par les proches parentes, dure entre cinq et dix jours. *"Dans les temps anciens ... on ne laissait jamais l'enfant sortir de la maison avant qu'il n'ait quelques semaines. On ne permettait à personne d'entrer à l'exception des femmes de la famille qui pouvaient venir aider la mère ; les autres n'y étaient pas autorisés. À l'intérieur, la grand'mère déposait un unikan³⁹ à côté de l'enfant. À la fin de la grossesse cet unikan était gardé dans le temple pour être consacré et ne revenait dans la maison qu'après la naissance de l'enfant. On couchait l'unikan avec l'enfant pour le protéger. En ces temps-là, pendant ces semaines de réclusion, la mère ne devait manger que du riz blanc cuisiné sans sel ni autre condiment"*. Aujourd'hui, bien qu'elle s'abstienne de manger de la viande, de la volaille et du poisson, le riz est enrichi d'huile de palme et de fruits de mer (huîtres, coquillages, etc.). La jeune mère reste couchée dans la maison à côté d'un feu permanent. Elle soigne son bébé, se repose et boit de grandes quantités d'une infusion de plantes tout au long de la journée, *"pour mieux nettoyer son ventre"*. C'est seulement lorsque la mère sort de la maison avec l'enfant que celui-ci reçoit un

³⁹ Objet protecteur à usage personnel, habituellement gardé à l'intérieur des maisons. Tout homme initié peut faire fabriquer et posséder ses propres *unikan*. Les *unikan* peuvent être de toutes formes et de toutes matières. Ce peut être une combinaison de bois, de terre, de tissus, d'humeurs et d'eau de vie, ou des petites figurines anthropomorphes. Ils servent à protéger le ménage.

nom. Habituellement choisi par quelqu'un de son entourage, le nom de l'enfant évoque généralement un être cher, une personne qui devient, dès lors, la protectrice de l'enfant. La maman, et plus tard l'enfant, s'adresseront à ce bienfaiteur en l'appelant "nom". L'enfant reste sur le dos de sa maman pendant un à deux ans. Pendant cette période, la mère doit observer une abstinence sexuelle "*autrement l'eau de l'homme (le sperme) se mélangerait avec son lait et rendrait l'enfant malade*".

2. Initiation, mariage et résidence

Les Bijago descendraient de quatre ancêtres féminins communs, des sœurs selon certains récits mythologiques, portant les noms de *Oraga*, *Orakuma*, *Ominka* et *Ogubane*. Les quatre clans qui en seraient issus sont installés indifféremment dans toutes les îles, mais chaque île revient de droit à un seul clan qui, à son tour, a cédé le droit d'usage de certaines terres aux autres. Chaque village est géré dès lors par le clan fondateur, et forme une unité sociale indépendante avec son roi (*oronho*, b ; *regulo*, c), sa prêtresse (*okinka*, b) et son esprit maître de la terre (*orebok*, b). La résidence est patrilocale et la filiation matrilineaire. La société s'organise non pas autour des clans, qui ne sont pas des groupes organiques, mais plutôt autour des classes d'âges. Fortement hiérarchisés, mais sans pouvoir central, les villages sont régis par le conseil des anciens, les aînés, qui exercent des fonctions d'arbitrage, dirigent l'économie et contrôlent les institutions sociales et religieuses. La vie matrimoniale des Bijago et la maternité dépendent entièrement de l'initiation. Or l'initiation féminine n'est elle-même qu'une contribution à l'initiation masculine.

Dès la naissance jusqu'à l'âge de 15 ans environ le jeune homme (*kanhocan*) habite la maison de son père. Devenu *kabarro*, il quitte la maison paternelle pour vivre dans une maison collective réservée aux membres de cette classe d'âges. Les cycles initiatiques (*nubir kusina*, b ; *fanado*, c) ont lieu à des intervalles de 5 à 10 ans. Lorsque l'un d'eux s'inaugure, le jeune homme devient *kamabi* et part en forêt où il meurt symboliquement et renaît en recevant un nouveau nom et une nouvelle identité. Pendant la période initiatique les *kamabi* n'ont ni habitation ni famille au village. Ils sont soumis à des moments de réclusion dans des lieux sacrés et secrets de la forêt situés en bord de mer, ou dans des îles inhabitées, et entourés d'interdits dont le plus important est l'inaccessibilité aux non-initiés. En raison des contraintes imposées par les colonisateurs qui interdisaient la vie forestière prolongée, cette période de réclusion en forêt s'est réduite à quelques mois par an, pendant plusieurs années, et aujourd'hui les *kamabi* vivent au village, dans les greniers ou de petites paillotes isolés, mais parfois déjà avec leurs futures épouses. Le cycle d'initiation proprement dit ne prend fin qu'après de longues périodes, qui vont de 5 à 10 ans selon les îles, pendant lesquelles les *kamabi* passent par des phases de brimades et

de prestations en nourriture et en vin de palme pour les aînés. On dit qu'ils y apprennent de leurs aînés, des récits anciens, les "secrets" du pouvoir des esprits, des conseils, et les règles de bonne conduite. Une fois initiés, et rentrés au village, les *kassuka* (adultes) peuvent, et doivent, construire leur maison et fonder un foyer. Il n'y a que trois classes d'âges à proprement parler : celle des *kabarro* (avant l'initiation), celle des *kamabi* (pendant l'initiation), et celle des *kassuka* (après l'initiation). Les autres périodes de la vie sont dite *kadene*, jusque vers 5 ans, *kanhocan* jusque vers 15 ans, et *okoto* (aîné) après les 55 ans. On accède à une classe d'âges supérieure chaque fois qu'un cycle initiatique s'achève et qu'une nouvelle génération d'initiés intègre le monde 'adulte'. Il s'agit d'un système progressif, non cyclique. L'initiation s'organise parmi un groupe de villages, généralement avoisinants. Pour chaque groupe de villages, un chef de classe d'âge est nommé au moment de l'initiation. Il est élu par le conseil des anciens pour sa bravoure, son sérieux et l'appartenance au clan fondateur du village.

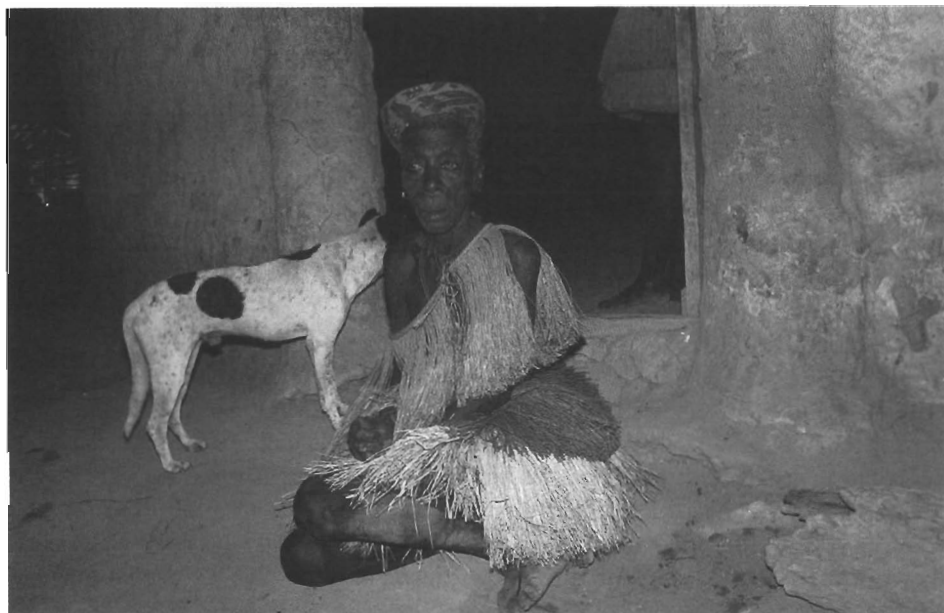
La sortie de l'initiation est le moment crucial de la vie d'un Bijago, quand il devient au sens plein du terme un membre du groupe et quand il accède à la communication avec les esprits. L'homme acquiert aussi des prérogatives économiques (l'accès à un champ de riz personnel) et sociales (la possibilité de se construire une maison, de cohabiter avec ses épouses, d'exercer son autorité sur les enfants issus de son nouveau ménage), et des prérogatives religieuses (invoker les esprits, posséder ses propres cultes, leur faire des offrandes, enterrer les morts) et surtout la possibilité, pour son âme, d'atteindre la *glória* (c)⁴⁰, le siège des âmes, (*an-orebok*, b).

Le mariage proprement dit n'est accessible pour l'homme qu'après l'initiation, quand il est devenu *kassuka* et peut construire sa propre maison. Il y vit maritalement avec son épouse et leurs enfants. Cette situation cependant est compliquée par le fait que les unions libres entre jeunes gens sont tolérées avant l'achèvement de l'initiation. Un *kabarro* peut nouer une relation avec une jeune fille tout en résidant dans la maison des jeunes. Sa compagne et sa progéniture éventuelle demeureront avec les parents de celle-ci. Mais une fois l'initiation commencée, les *kabarro* devenus maintenant *kamabi*, doivent abandonner leurs compagnes et les enfants de celles-ci, la maison des jeunes, et le village, pour s'exiler dans la forêt. Après l'initiation, la légitimation de ces unions et la dévolution de la progéniture de la jeune femme entre le couple et le ménage de leurs parents est souvent la cause de vives querelles, difficiles à arbitrer. La norme veut que les unions réalisées avant l'initiation ne perdurent pas au-delà de celle-ci. Dans certaines îles, pour pouvoir garder une femme malgré cette règle, les hommes nouvellement initiés doivent offrir des prestations aux aînés, tandis que dans

⁴⁰ Le terme de "gloire", *glória* en créole-portugais, est celui que les Bijago utilisent quand ils parlent dans la langue véhiculaire, pour se référer au siège des *orebok* (*an-orebok*, b), que nous appelons habituellement l'au-delà.

d'autres îles, ils sont obligés de renoncer aux partenaires féminines et aux enfants conçus dans leur "vie antérieure".

Bien que la résidence soit virilocale et patrilocale, la filiation est matrilineaire. Les épouses et leurs enfants habitent la maison du père, mais la descendance appartient au clan de la mère. Le mariage est exogamique au niveau du clan mais de tendance endogamique au niveau du village. Les mariages à l'extérieur du village supposent le déplacement de la femme dans le village du mari, où elle devient pour toujours une hôte. Il n'y a pas de compensation matrimoniale en biens matériels, ni sous forme d'échange d'épouses. On prétend, dans plusieurs îles, que le choix du partenaire matrimonial est fait par les femmes en offrant un plat de riz cuisiné au jeune homme qu'elles ont élu. Ce choix féminin n'empêche nullement les hommes, en cas de mariage dans une autre île, de parler de *rpto* (c). Il n'est pas impossible que cette idée de rapt, qui présente une contradiction avec le choix du conjoint par les femmes, soit une réminiscence de l'époque où toutes les îles étaient en guerre les unes contre les autres et où les femmes capturées étaient prises comme concubines. Toutefois, qu'elles se marient dans un autre village, une autre île ou même sur le continent, les femmes reviennent toujours dans leur village d'origine, pour accomplir leurs propres rites d'initiation féminine.



Prêtresse de défuntos, île d'Orango Grande

Le nouvel arrivant sur les îles Bijago est frappé par ces bruyants groupes de femmes-guerriers qu'on voit souvent danser et se promener entre les villages et la forêt. On les appelle les *défunts* (*orebok*, b). Ce sont des femmes qui, habitées par l'esprit d'un jeune homme décédé avant d'avoir accompli son cycle initiatique, perdent périodiquement leur identité pour s'investir de celle du mort. Un des traits spécifiques de la société bijago réside dans cette possession non pathologique, car elle ne surgit pas suite à un événement hors norme, mais elle s'impose sans exception à toutes les femmes⁴¹. Il apparaît comme très dangereux qu'un homme meure sans avoir été initié, car il serait néfaste que le principe vital, l'*orebok* (que l'on traduit très imparfaitement par "âme") ne soit pas recyclé. En effet l'*orebok* ne peut atteindre la *glória* si son porteur n'a pas terminé son initiation. En cas de mort prématurée d'un garçon, c'est alors que les femmes-défunts interviennent comme porteuses substitutives. En fait, tous les hommes doivent être initiés entre 20 et 30 ans. Si un jeune homme meurt avant, son âme, encore incomplète, ne partira pas dans l'au-delà mais restera errante dans la forêt, en pleurant sur son sort et en tourmentant les passants. Le seul moyen pour l'âme d'atteindre l'au-delà, où siègent les âmes, c'est de s'emparer d'une jeune femme qui achèvera à sa place l'initiation interrompue. En somme, pour faire bref, les *orebok* ne peuvent parvenir à la gloire sans accomplir sur terre leur cycle d'initiation, ce qu'ils font de leur vivant ou, à défaut après leur mort, portés par une femme.

Pour les femmes, les classes d'âges se définissent par rapport à la maternité, *kampuni* (avant) et *okanto* (après la première gestation). Toutefois les femmes peuvent aussi se situer, par procuration, dans le groupe masculin des *kamabi* quand elles ont accompli la première étape de leur cycle d'initiation, en étant "habitées" par des jeunes gens décédés avant d'être initiés. Car si le jeune homme meurt symboliquement lors de son initiation, du côté féminin, le décès du jeune homme n'est pas symbolique mais bien réel et l'on peut dire que sa renaissance s'effectue à travers la possession des femmes.

Tout au long de leur vie, les femmes seront régulièrement appelées par leur défunt et entreront en forêt, habillées de leurs longues jupes de fibres, pour des séjours de quelques semaines à quelques mois. C'est ainsi, à travers elles, que les jeunes hommes défunts sont initiés et accomplissent leur devoirs envers les aînés. Chaque femme prend ainsi en charge l'initiation d'un homme qui mûrit en elle. À peu près au moment de l'adolescence, toute fille doit se préparer à recevoir son *défunto*. Elle rassemblera une série de biens matériels bien précis, à offrir aux prêtresses de la possession, les *okinka*, et fabriquera une longue jupe de fibres qu'elle portera quand elle sera possédée par son défunt. C'est toujours lors de séances secrètes en forêt que les âmes des morts "*entrent dans la femme*". À ce moment, les âmes masculines sont identifiées par les prêtresses selon des signes plus au moins révélateurs de la personnalité, ou de traits physiques, du défunt.

⁴¹ Il s'agit d'une des très rares sociétés connues où la possession se situe complètement en dehors du champ de la maladie.

Durant cette première rencontre, les femmes possédées restent recluses en brousse pendant quelques mois au cours desquels elles apprendront à connaître le mort, qui cycliquement, les possédera toute leur vie. Pendant les périodes de possession, les femmes ne peuvent avoir aucun rapport d'aucune sorte avec un homme non-initié. Quand elles viennent au village se montrer, boire du vin de palme, se promener et danser sur des rythmes guerriers, elles passent la nuit à l'intérieur de leur "temple de *défuntos*." Elles doivent également s'abstenir de parler avec toute personne non-initiée (tant homme que femme) et elles s'expriment dans un langage qui leur est propre⁴². La plupart du temps, les femmes-défuntos errent entre la forêt et le village. En forêt, elles se réunissent avec les prêtresses qui leur enseignent, dans le plus grand secret, le savoir réservé aux initiés et les particularités de la possession par un défunt. Ce sont également les prêtresses qui seules décideront du "départ des morts", et donc de la fin de chaque cycle de possession. C'est après la première rencontre avec son défunt que la jeune fille (*kampuni*, b) devient nubile (et donc femme, *okanto*, b). Une fois établie leur alliance avec les mâles défunts, les femmes peuvent engager librement des unions et commencer officiellement à procréer. Les femmes ne deviennent membres de plein droit de la société qu'une fois engagées dans le cycle d'initiation. En somme, la femme appartient désormais à deux sociétés: celle du village et celle de la forêt. Son initiation lui a permis d'accéder aux affaires des femmes et à celles des esprits invisibles.

Une femme a pour obligation première d'initier un jeune homme décédé appartenant à sa famille matrilineaire. À défaut, elle s'occupera de l'initiation d'un membre de son clan, où les possibilités s'élargissent considérablement. Mais pour que toutes les femmes aient un mort qui les possède il faudrait que le taux de mortalité des jeunes hommes atteigne le double de celui des jeunes femmes, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Il se peut que la mortalité masculine ait été beaucoup plus forte dans le passé, au temps des guerres entre les îles et contre les étrangers. L'adoption de la personnalité d'un "guerrier" par les femmes en possession, renforce l'hypothèse de l'existence d'un lien entre l'initiation féminine et les antécédents historiques, plus précisément les guerres qui marquèrent l'archipel pendant des siècles. Par la possession, les femmes auraient comme fonction de récupérer l'*orebok*, ou principe vital, des jeunes guerriers morts à la guerre pour le réintroduire dans un cycle perpétuel entre vie et mort. Une fois soumis aux colonisateurs et à la *pax lusitania*, la survie des jeunes hommes aurait cessé d'être spécialement menacée et le taux de décès se serait équilibré entre genres. De nos jours, pour que toutes les femmes puissent initier un défunt, il faut recourir à des méthodes de "récupération" de *défuntos*. On peut en venir à initier un mort qui aurait déjà pris en possession une autre femme, mais qui n'aurait pas achevé, grâce à elle, son initiation. En effet, la femme peut elle-même mourir sans avoir pu terminer l'initiation de son défunt. Celui-ci prend alors en possession une nouvelle jeune femme pour la terminer. On

⁴² On parle la langue bijago mais d'une façon spéciale, selon des codes qui la rendent mystérieuse et difficile à comprendre.

peut ainsi récupérer des jeunes gens morts il y a des années, voire des décennies. Mais ce qui n'est pas concevable, c'est de rester sans *défunto*.

Avant la maternité, toutes les jeunes femmes ont donc l'obligation d'incorporer un de ces êtres morts, qui autrement divaguerait dans la forêt en tourmentant les villageois. On raconte qu'auparavant une femme tombée enceinte avant d'être initiée était bannie du village. D'abord répudiée par sa propre mère, qui serait la première à la dénoncer, elle serait ensuite ostracisée par tout le village. Les jeunes filles d'aujourd'hui ont parfois des enfants avant l'initiation, mais elles cherchent, dans nombre de cas, à se débarrasser de ces grossesses "prématurées".

L'initiation des femmes est donc une initiation masculine par procuration. Quand une femme "est en défunt", elle adopte la personnalité d'un guerrier, elle porte le nom du nouvel initié, elle n'allait pas, ne cuisine pas, ni ne se comporte en aucune manière en femme. Elle parle, d'une voix d'homme, la langue des *défuntos*, elle porte un bâton qu'elle brandit comme une lance, et chante, non plus des berceuses, mais des chants martiaux. Dans une des îles de l'archipel, on les appelle "*pirogues d'âmes*" (*urate orebok*, b ; *pirogas*, c) ce qui nous indique qu'elles ont pour mission principale de transporter les âmes. Périodiquement, lors des cérémonies d'intronisation d'un roi, des funérailles d'un prêtre, d'une prêtresse ou d'un roi, ou dans d'autres circonstances, comme le traitement du corps des suicidés, les "*pirogues*" amènent les âmes au village et, à la fin de la cérémonie, les ramènent en forêt, domaine des âmes égarées et de toutes les puissances nuisibles. À la mort de la "femme-défunto", l'âme masculine aura le chemin libre pour partir définitivement de l'archipel, du "sol des Bijago", vers l'au-delà. Accompagnant le coucher du soleil, l'*orebok* prendra le chemin de la *glória*, vers l'horizon, où se trouve le "*siège des âmes*".

3. Possession et maternité

D'une manière flagrante, et par bien des aspects, la reproduction dans la société bijago n'obéit pas uniquement à un ordre biologique mais répond également à une logique sociale. Ce qui nous intéresse particulièrement ici, c'est l'initiation féminine et ses implications sur la maternité.

L'initiation de la femme étant en fait celle d'un jeune garçon décédé qui la possède, on comprend qu'il y ait incompatibilité entre le cycle initiatique et la maternité. Comment la jeune fille peut-elle assumer à la fois la féminité d'une future mère et la masculinité d'un jeune guerrier ? Comment peut-elle porter à la fois deux êtres en son sein ? L'impossibilité de faire vivre un enfant et un mort, d'être mère et guerrier, semble devoir imposer une règle dans la succession des événements : on

est d'abord possédé par un mort qu'on initie, pour ensuite connaître les hommes et concevoir des enfants. Toutefois comme on l'a vu, les temps changent et aujourd'hui les unions sexuelles s'établissent à des âges précoces même si idéalement les femmes devraient initier un défunt avant d'assurer leur descendance. La règle, de moins en moins intransigeante, transparaît encore cependant dans les angoisses des jeunes femmes qui, pour échapper à la honte, cherchent à provoquer un avortement à moins que le stress de l'angoisse ne provoque une fausse-couche. Aujourd'hui, dans les villages bijago, beaucoup de jeunes femmes sont mères au moment de leur départ en forêt pour l'initiation. Les aînés ferment les yeux car le désir de s'assurer une descendance l'emporte. Ces enfants "*d'avant le temps*" resteront chez leurs grand-parents, même après le mariage de leur mère à un homme initié avec lequel elle pourra vivre maritalement. Pendant l'initiation de leur mère, ces enfants ne trouveront plus une femme en elle, mais un homme en initiation *post-mortem*. Ils seront donc pour ces périodes, confiés aux soins de leurs grand-mères et quand ils croiseront leur mère en chemin c'est, en fait, un guerrier qu'ils salueront.



Jeune femme en possession

Finalement, l'enquête ethnographique nous a permis de souligner la portée des impératifs sociaux et religieux de l'initiation féminine quant à la gestion par les femmes de leur grossesse, de l'accouchement et de leur progéniture. Ce qui ressort de plus frappant est l'apparente incompatibilité entre la possession et la grossesse, tout comme entre les rôles et les fonctions de guerrier-fantôme et de mère. Le fait que les femmes soient censées respecter une abstinence sexuelle jusqu'au moment de leur initiation les prévient de l'impossibilité de porter deux êtres à la fois, un enfant et un défunt. Le recyclage des âmes des morts prime ainsi sur la procréation. Les transgressions de l'interdit de procréation, qui dans le temps étaient sévèrement punies par le bannissement des filles, sont aujourd'hui passées sous silence. Bien que, dans beaucoup de cas, les femmes accouchent avant de recevoir leur *défunto*, elles ne participent pas aux cérémonies d'initiation tant que les signes de la maternité ne disparaissent pas complètement de leurs corps. Une fois complètement rétablies de leurs couches, les jeunes filles pourront s'habiller avec la longue jupe de fibres des possédées et partir en forêt, avec leurs collègues de classe d'âges, pour se laisser investir par les âmes des jeunes guerriers disparus. Les plus jeunes enfants seront alors brutalement sevrés, car à ce moment les allaitements en cours devront s'interrompre. Leurs enfants resteront dans le village aux soins d'autres femmes. On dira que "*maman n'est plus là*" et on chuchotera qu'elle "*est en défunto*".

En résumé, la grande originalité de la société bijago réside dans la singularité de l'initiation féminine, où les femmes sont possédées par l'âme d'un jeune homme, mort avant d'avoir été lui-même initié. Cette possession se distingue de toutes les formes de possession connues par son caractère normal et universel. Il n'y a pas d'antécédents pathologiques qui l'induisent et nulle femme ne reste sans un défunt. La possession accorde aux femmes un rôle qui dépasse largement leurs fonctions reproductives et économiques. En effet, les femmes bijago, jouent un rôle capital dans le maintien du système symbolique. Elles assurent, à travers la possession par des hommes morts, le recyclage de ces âmes masculines qui autrement ne s'intégreraient pas à l'au-delà mais resteraient perdues en brousse. Cette fonction permet aux femmes d'entretenir un contact privilégié avec l'*orebok*, le principe vital, ce qui leur confère un pouvoir essentiel dans la vie religieuse. Par leur maternité les femmes mettent au monde des enfants, lesquels plus tard accueilleront les âmes venues d'ailleurs, et par leur possession, elles renvoient dans l'au-delà les âmes égarées, garantissant ainsi la continuation du cycle de vie.



CHAPITRE 4

CONCLUSIONS

Après avoir brièvement décrit le cadre social et culturel de la maternité chez les Bijago et avoir analysé les résultats de l'enquête démographique et de santé sur la maternité, notre propos est maintenant de les rapprocher et d'essayer d'en dégager les cohérences au-delà de la diversité qui semblent ressortir des enquêtes. L'étude épidémiologique nous a fourni quelques données qui s'écartent de celles rencontrées dans les régions avoisinantes, ou qui diffèrent significativement entre bijago et allogènes. Ces résultats concernent principalement l'entrée tardive dans la vie féconde ; la faible fécondité des jeunes femmes de moins de 20 ans ; un taux de mortalité intra-utérine élevé, en raison surtout de la haute fréquence des avortements ; et une inversion des taux de mortalité infantile et juvénile.

I. LA MATERNITÉ

La fécondité des femmes de Bubaque (6,86) est nettement supérieure à celle qui est estimée pour la Guinée Bissau (5,8 en 1990⁴³) et la Guinée Conakry (5,7 en 1990-1992⁴⁴). Elle se rapproche de celle estimée par l'enquête démographique et de santé (EDS) du Sénégal (6,6 en 1986⁴⁵). C'est aussi avec la courbe de fécondité par âge des femmes sénégalaises que s'accorde le mieux celle de notre population : avec un maximum à 20-24 ans, elle se maintient jusqu'à 30-34 ans et décline, jusqu'à 50 ans, plus rapidement qu'au Sénégal. Peut-être parce que la précarité des soins médicaux des insulaires accélère l'arrivée de la stérilité secondaire ou, plus vraisemblablement, parce que les femmes plus âgées, qui éprouvent plus de difficultés à préciser leur âge, auraient été estimées plus jeunes qu'elles ne le sont. L'âge moyen des mères à la naissance (28,7 ans) est à peu près le même qu'en

43 UNICEF, 1991.

44 Enquête démographique et de santé, période 1990-1992.

45 NDIAYE, SARR et AYAD, 1988.

Guinée Conakry (29 ans), mais la moitié de la descendance à Bubaque est réalisée plus de 2 ans plus tard (25,6 ans) qu'en Guinée (23,3 ans). Malgré un calendrier des naissances relativement tardif, les femmes de Bubaque ont en moyenne 7 enfants contre 5,7 enfants en Guinée Conakry (ICF). Le taux d'accroissement naturel annuel à Bubaque est de 3 %, une estimation qui dépasse de loin celle donnée pour la Guinée Bissau pour les années 1980-1990 (1,9 %). Il s'avère donc, que malgré les difficultés écologiques de l'archipel, on est devant une population en forte expansion démographique.

Dans notre population, la faible fécondité des moins de 20 ans ne s'explique pas par un retard dû au mariage, mais aux interdits liés aux cérémonies de possession féminine. En effet, ce n'est pas le statut de mariée qui permet aux femmes de se faire une descendance mais le fait d'avoir rempli leur rôle social de possédée. L'entrée en initiation est le critère de légitimation de la procréation, tandis que le mariage ne survient que beaucoup plus tard pour inaugurer la vie conjugale. Comme nous l'avons vu, le mariage dépend du statut de l'homme. Il advient lorsque l'homme a terminé son cycle d'initiation, quand il acquiert le droit de bâtir sa propre maison et d'y réunir ses femmes et ses enfants. Auparavant et pendant toute la période de leur initiation, les jeunes hommes peuvent engager une ou plusieurs liaisons avec des jeunes femmes qui continueront à habiter chez leurs parents avec les enfants issus de ces unions. Mais ils ne pourront vivre maritalement tant que l'homme n'a pas terminé son initiation, ce qui reporte la cohabitation conjugale à l'âge adulte (après 30 ans). Il est alors très tardif, si l'on compare avec la norme habituelle pour cette partie de l'Afrique (18-19 ans). Le mariage est donc sans rapport avec la fécondité.

Chez les Bijago, ce n'est pas non plus la nuptialité qui légitime les naissances, mais la possession féminine. En effet, nous l'avons évoqué plus haut, théoriquement les adolescentes bijago doivent d'abord être initiées et incarner un défunt mâle (c'est-à-dire être possédées par l'âme d'un homme mort) avant d'entrer en union. Cette première rencontre avec le défunt qui par la suite les possédera de manière intermittente pendant des longues années, élève les jeunes filles au rang de femmes. Ce n'est qu'après avoir été possédées par un défunt que les jeunes filles, désormais femmes, peuvent avoir une descendance légitime. L'entrée en possession, parce qu'elle est collective pour l'ensemble des filles du village, n'est pas déterminée par l'âge, mais par la date des cycles féminins dans un ensemble de villages. Il se peut qu'une fille commence son initiation à l'âge de 16 ans comme à l'âge de 23 ans, ou même plus tard, selon que la période d'initiation féminine a commencé ou non dans son village. Or, certaines d'entre elles sont déjà mères, ou tout au moins risquent de le devenir pendant la période initiatique. Dans ce cas, l'incompatibilité entre possession et grossesse s'instaure et crée des situations de stress qui ont des effets nocifs sur les jeunes femmes et se traduisent souvent par des avortements spontanés ou provoqués.

Plus de la moitié (54 %) des femmes entre 15 et 19 ans sont nulligestes et si la majorité (82 %) d'entre elles ont déjà choisi un compagnon, seulement 43 % sont entrées en union. Si les jeunes femmes essayent de respecter la priorité de la possession par rapport à la reproduction, elles ne connaissent pas d'autres moyens efficaces d'éviter les naissances que l'abstinence sexuelle ou dans beaucoup de cas (54 %) l'interruption de grossesse. C'est probablement pourquoi l'écart observé entre l'âge moyen à la première grossesse (18,1) et l'âge moyen à la première naissance (19,0) est légèrement supérieur à l'écart théorique attendu (tableau 11). De même dans notre population, l'âge médian des mères à la première naissance (18,1) est également retardé d'un peu plus d'un mois par rapport à l'âge médian à la première grossesse (17,2), sans doute en raison d'une plus haute fréquence d'avortements dus aux contraintes imposées par les rites de possession. Le risque de grossesses n'aboutissant pas à des naissances vivantes est plus élevé chez les femmes entre 15 et 19 ans (15 %) que dans l'ensemble de la population féminine (9,8 %).

De ce qui précède, il ressort que la fécondité est plus tardive qu'ailleurs, mais qu'elle se maintient à un niveau élevé plus longtemps. D'autre part, elle n'est pas déterminée par une nuptialité plus tardive mais par des normes culturelles, qui bien que de moins en moins contraignantes restent fortes et infléchissent cette différence. Il n'est donc pas pertinent de considérer l'âge au mariage comme un indicateur pour rendre compte des différences d'âge à l'entrée en vie féconde des femmes bijago.

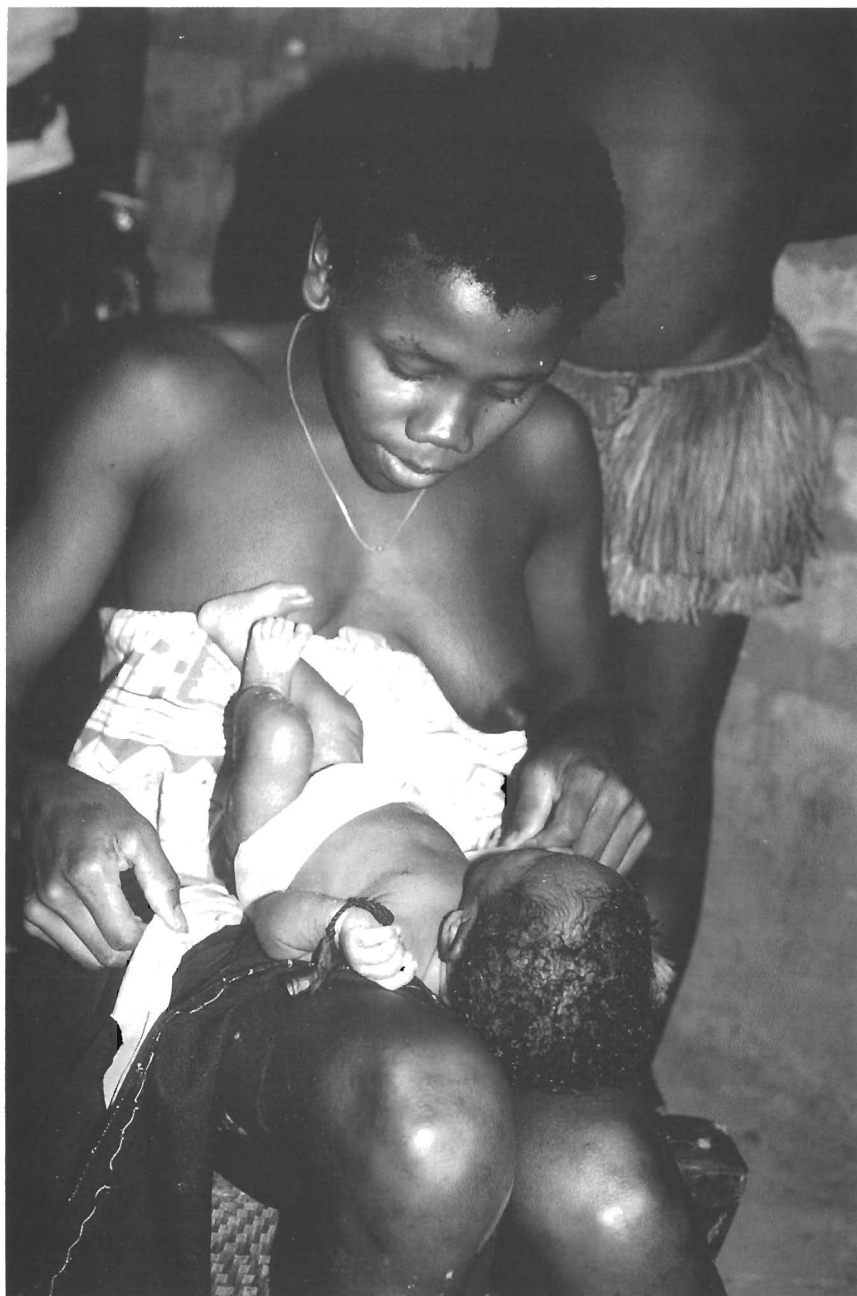
Si l'initiation légitime les naissances, et donc l'entrée en vie féconde, elle n'est pas non plus compatible avec la gestation. Les grossesses pendant la possession posent problème. Les femmes plus âgées, pour qui la possession peut être raccourcie ou évitée en fonction de leurs convenances, gèrent mieux leur maternité que les plus jeunes qui sont pressées d'accomplir les rites, afin de s'affirmer comme mères. On s'attendrait donc à une bonne connaissance des méthodes de régulation des naissances qui leur permettraient de rendre compatibles leur double rôle. Or, parmi les plus jeunes femmes, qui seraient les plus concernées, 48 % n'ont jamais entendu parler de méthodes contraceptives et peu nombreuses (38 %) sont celles qui connaissent une méthode efficace. Ces connaissances se font encore plus rares en milieu rural. De même, pour les multigestes, chez qui le désir de ne plus avoir d'enfants (21 %) est élevé, la volonté de contrôler leur fécondité dépasse leurs possibilités pratiques. Les connaissances en matière de contraception, autres que l'allaitement prolongé (par conséquent l'aménorrhée post-partum et l'abstinence sexuelle), restent très faibles et très confuses. 49 % des femmes connaissent une méthode moderne et 18 % une méthode traditionnelle. Mais, si la moitié des femmes multigestes font référence à une méthode contraceptive moderne, très peu d'entre elles peuvent la décrire. D'autre part les possibilités économiques des villageoises pour accéder à l'installation d'un stérilet, seule méthode prescrite par les structures modernes mais payante, sont presque inexistantes. En revanche, en matière d'interruption précoce de grossesse, au moins la moitié des femmes

nulligestes (tant bijago, qu'allogènes) connaissent cette possibilité, ainsi que la majorité (71 %) des multigestes. La description des méthodes d'avortement sont peu précises, mais le flou des réponses tient sans doute à ce qu'il s'agit d'affaires intimes. Quoi qu'il en soit, interruptions volontaires ou non, le taux de mortalité intra-utérine des femmes de Bubaque (10,8 %) est nettement plus élevé que les estimations portant sur les femmes de Moyenne Guinée (7,2 %). Or, dans ces deux populations les taux de mortinatalité sont identiques (3,4 % chez les insulaires et les Moyenne-Guinéennes) ce qui suggère que la différence réside dans le nombre d'avortements. En effet, le taux d'interruptions de grossesse à Bubaque serait de 7,4 % pour 3,8 % en Moyenne Guinée. On ne saurait élucider tous les facteurs qui induisent cette différence, mais on peut émettre l'hypothèse que les facteurs d'ordre culturel, comme les cultes de possession, jouent un rôle déterminant, car la fréquence d'avortements est anormalement élevée chez les femmes bijago, qu'elles habitent les villages ou la ville, par rapport aux allogènes. On peut se demander si l'avortement provoqué n'est pas, après l'allaitement prolongé, la méthode de régulation des grossesses la plus fréquente à Bubaque. Il est en effet surprenant que sur l'ensemble des avortements déclarés, un seul soit avoué comme provoqué. D'autre part le taux de mortinatalité, plutôt lié au lieu de résidence des femmes, est plus élevé chez les villageoises, probablement à cause de la difficulté d'accès aux soins de santé dispensés par l'hôpital.

En théorie, la possession féminine a des implications positives sur la santé des mères et des enfants. Elle retarde l'entrée dans la vie féconde, même si les normes ne sont plus entièrement respectées, et elle allonge l'intervalle intergénéral en réduisant la période d'exposition au risque des relations sexuelles, en raison de la séparation de corps imposée par les cérémonies de possession.

En conclusion, la possession féminine a des implications importantes sur la fécondité des femmes. L'entrée dans la vie adulte coïncidant, pour la femme, avec l'entrée en possession, les cycles de possession deviennent véritablement le cadre social de la maternité. C'est l'incorporation de l'âme d'un homme par la possession, et non pas par le mariage, qui autorise l'entrée dans la fonction maternelle. Pour donner une "bonne vie" (faire naître un enfant à la vie) il faut d'abord assurer une "bonne mort" (faire naître un homme à la mort).

Cependant, trop souvent dans la pratique, l'initiation féminine est trop tardive, et les femmes ne l'attendent pas pour procréer. L'initiation venue, beaucoup de femmes ont déjà un partenaire et sont enceintes ou même déjà mères. C'est alors que le paradoxe paraît le plus frappant. En effet, les implications de la possession ne se limitent pas à retarder la première naissance, pour laquelle l'interdit n'est pas toujours respecté, mais pendant toute la durée de leur vie féconde, gestation et possession simultanées présentent une contradiction à laquelle les femmes ne sauraient faire face. Pendant les périodes rituelles, la femme-défunt devient un homme, dont elle adopte la personnalité, le nom et même le genre. Elle ne peut



Jeune mère ondoyant le corps de son enfant d'huile de palme

donc ni être enceinte ni nourrir ses enfants. Aussi, faute de méthodes contraceptives efficaces et accessibles, les grossesses trop précoces mais surtout les grossesses en possession, finissent-elles souvent par des morts intra-utérines. Sont-elles spontanées ou provoquées ? Voilà une question scellée par le secret. En tout cas, elles sont très fréquentes.

II. LA DESCENDANCE

À Bubaque, l'espérance de vie à la naissance est de 47 ans en moyenne, ce qui est relativement faible pour la région mais très proche du résultat obtenu en Guinée Conakry (47,5 ans) et un peu plus élevé que celle estimée pour la Guinée Bissau en 1990 (43 ans). Nonobstant, les écarts au sein de notre population sont importants. Ainsi, l'espérance de vie des nouveau-nés de la ville (57 ans) est de 7 ans supérieure à celle des enfants des villages ; entre Bijago et allogènes, l'écart est de 10 ans en faveur des derniers. Comme nous l'avons déjà signalé, la taille de notre échantillon ne nous a pas permis d'évaluer l'incidence du lieu de résidence et de l'ethnie. Par contre, entre les quatre sous-groupes de notre population, les différences de mortalité sont particulièrement marquées pour les enfants de 1 à 4 ans (rapport de 1 à 2,7 selon le lieu de résidence et de 1 à 1,6 selon l'ethnie), intervalle d'âge pendant lequel les conditions sociales et le contexte environnemental jouent davantage que lors de la première année de vie. Des écarts similaires entre les populations rurale et urbaine avaient été observés au Sénégal⁴⁶. Cependant, dans l'ensemble de notre population, la mortalité infantile (123 p. 1 000) est nettement plus élevée que celles des enfants d'âge juvénile (97 p. 1 000). Or, dans l'enquête sénégalaise, la surmortalité des enfants se situe plutôt entre 1 et 4 ans. Notons toutefois que l'enquête effectuée au Sénégal avait mis en évidence une surmortalité infantile chez les Diola, l'ethnie sénégalaise la plus proche de la Guinée Bissau et sans doute la moins éloignée culturellement des Bijago.

Nous ne saurions donner ici les raisons qui expliqueraient que, contrairement à d'autres pays de la sous-région, la mortalité infantile soit plus élevée que la mortalité juvénile. Néanmoins, on peut se demander dans quelle mesure, l'absence des mères pendant les périodes de possession qui, pour les jeunes femmes est plus longue, influence cette différence. Ce serait surtout le sevrage en urgence des

46 L'enquête EDS observe "des quotients de mortalité infantile et juvénile des enfants nés des femmes de moins de 20 ans nettement supérieurs à ceux des enfants nés des mères d'autres groupes d'âges. La mortalité infantile est pratiquement la même pour les autres groupes d'âge ; la mortalité juvénile la plus faible se situe à l'âge de 35 ans ou plus" (NDIAYE, SARR et AYAD, 1988).

enfants de moins d'un an, imposé par l'entrée en possession de leurs mères, qu'on pourrait fortement suspecter d'être responsable d'une plus forte mortalité infantile. Les impressions retenues pendant notre séjour sur l'archipel, une fois mieux cernées les implications de la possession féminine, nous avaient amenés à émettre cette hypothèse. Question délicate, mais qui posée au début de l'enquête, lors de l'élaboration du questionnaire, aurait pu apporter quelques lumières sur ce sujet.

La durée moyenne d'allaitement est de 24,6 mois, valeur proche de la durée idéale de 24 mois, souvent déclarée par les femmes. L'abstinence sexuelle qui devrait correspondre également à la durée de l'allaitement des enfants, est une règle très souvent transgressée puisqu'une partie des mères (27 %) sèvrant leurs enfants plus tôt que prévu à cause d'une nouvelle grossesse. En moyenne, 6,2 mois séparent la fin de l'allaitement de la grossesse suivante, durée vraisemblablement exagérée par l'attirance pour les durées de 6, 12, 18 mois. La valeur modale n'est que de 1,8 mois.

L'intervalle entre deux naissances vivantes serait de 37,3 mois en moyenne, ce qui est plus élevé que la moyenne pour cette région. En effet, en Guinée Conakry l'intervalle entre deux naissances vivantes est de 35 mois en moyenne (EDS, 1992). Ce résultat pourrait s'expliquer par le taux élevé d'avortements vérifiés, et probablement aussi par le fait que les femmes ne sont pas continuellement exposées au risque des relations sexuelles en raison des cérémonies de possession.

En outre, les implications de cette initiation féminine complexe s'étendent aussi à la descendance. Pour les femmes enceintes, comme pour celles qui viennent tout juste d'accoucher, les enjeux de l'initiation, la masculinisation de leur personnalité et l'exil en forêt, ne sont plus compatibles avec le statut de jeune mère. Abandonnés aux soins des grand-mères ou des tantes par leur "mère-défunt", les tout-petits ressentent lourdement cette absence longue et précoce. En effet, on est frappé par l'inversion des taux de mortalité infantile et juvénile dans cette région, par rapport aux régions avoisinantes et à ce qui est observé dans d'autres pays en développement. Même si on ne peut pas démontrer une corrélation entre période de possession et mortalité infantile, elle reste fortement suggérée par l'examen des contraintes culturelles révélées par l'observation ethnographique. Cette apparente dysharmonie entre possession et maternité, ou finalement, entre culture et santé, n'aurait peut-être pas lieu si l'initiation des femmes débutait moins tardivement, lors de la puberté ou au début de l'adolescence, quand le problème de la maternité ne se pose pas encore. Peut-être commençait-elle plus tôt dans le passé ?

III. COUVERTURE SANITAIRE DE LA MATERNITÉ

L'étude des consultations prénatales et de l'assistance à l'accouchement est fort utile étant donné la corrélation négative qui existe entre les soins durant la gestation, l'accouchement et les couches, et la mortalité materno-infantile. Cette analyse peut aider à mieux évaluer l'action des services de la protection de la santé de la mère et de l'enfant à Bubaque. Les soins dispensés par l'hôpital de Bubaque concernent seulement 33,4 % des femmes enceintes de l'île. Ce sont probablement les difficultés d'accès qui jouent ici un rôle primordial puisque la couverture prénatale en milieu villageois (29,6 %) est nettement inférieure à celle observée pour les habitants de la ville (38,3 %), quelle que soit l'appartenance ethnique des femmes. En tous cas, cette couverture est très insuffisante, tant dans son ampleur que dans l'assiduité des consultations (1,9 consultations/femme). On observe aussi de faibles fréquences (30 %) dans l'assistance des accouchements à l'hôpital, avec une incidence plus grande dans les premiers accouchements, ce qui montre une bonne réponse aux messages sanitaires qui insistent beaucoup sur le choix de l'hôpital lors du premier accouchement. 60 % des accouchements ont lieu à domicile avec l'aide des accoucheuses de la famille et rarement (4,6 %) avec celle des matrones formées par l'hôpital. Dans plusieurs cas, les femmes accouchent en dehors de chez elles pour éviter la présence des hommes. Le même argument est souvent utilisé pour expliquer pourquoi des accouchements compliqués ne se passent pas à l'hôpital, où les hommes ont librement accès à la Maternité.

Le vaccin antitétanique étant administré systématiquement lors de la première consultation prénatale, on en déduit qu'il couvre au moins 33 % des femmes enceintes, celles qui ont consulté la Maternité. Pour 47 % des accouchements, le cordon est coupé avec des outils de propreté douteuse, comme une coquille d'huître, ou encore des couteaux ou des lames de rasoir, qui ont plusieurs autres fonctions dans la vie quotidienne. L'utilisation de ciseaux désinfectés (32 %) reste du domaine de l'hôpital, d'une part parce que c'est, sur l'île, un objet trop rare et auquel peu de personnes ont accès, d'autre part parce que moins encore savent l'utiliser⁴⁷. De même, le traitement de la plaie ombilicale se fait dans la moitié des cas (49 %) avec de l'huile de palme, des cendres de cuisine, des plantes et d'autres produits de la terre. Dans les villages, ce n'est pas du tétanos dont on parle quand un nouveau-né

⁴⁷ L'utilisation de ciseaux est une des étapes essentielles de la formation des accoucheuses traditionnelles. Cependant, on a constaté que, bien qu'ils soient inclus dans la "boîte de matrones" distribuée aux femmes qui avaient participé aux cours, ils étaient encore fort peu utilisés pour couper le cordon ombilical.

meurt dans des convulsions, mais d'explications d'ordre symbolique tel que *"l'enlèvement de l'enfant par un singe"*.

Faute de pouvoir mesurer le degré d'instruction de la population de l'île, puisque la quasi-totalité des femmes bijago ne sont pas alphabétisées, on a cherché à connaître le niveau de leurs connaissances en matière de santé maternelle. On a observé que la moitié des femmes se plaignant d'un problème de santé lors de la grossesse, le considéraient comme normal pour une grossesse, mais qu'une grande partie d'entre elles recourent à l'hôpital. De même, parmi les femmes qui auraient souffert de complications suite à l'accouchement, seulement 21 % l'attribuent à une pathologie biologique. Pour la plupart, ce sont les attaques en sorcellerie, les esprits, Dieu, ou d'autres causes d'ordre social, qui sont responsables de leurs complications. Et pourtant, ce n'est pas uniquement aux solutions dispensées par les thérapeutes traditionnels que les femmes ont recours, puisque la plupart d'entre elles (82 %) recherchent aussi les soins de l'hôpital.

Il est clair que l'accès à l'hôpital est particulièrement compliqué pour les villageoises en raison de la distance qui les sépare mais aussi en raison des écarts culturels. Pour les agents de santé, qui sont à une exception près des allogènes, les explications données par les Bijago ainsi que leurs pratiques sont considérées comme erronées, arriérées, et condamnées à disparaître au profit des conceptions scientifiques. Il n'y a pas de compromis. Les règles de l'hôpital sont claires : si les malades y recourent, ils doivent se soumettre à la logique de la modernité, à ses raisons et à ses impératifs. Par ailleurs, le recours aux soins modernes par les femmes et leurs enfants est exclu durant la possession, car alors, les femmes ne parlent qu'entre "défunts".

IV. STRUCTURES MODERNES EN MILIEU TRADITIONNEL

On a mis en évidence l'impact de la culture sur la maternité et la santé des mères et des enfants. On a vu aussi comment les questions de santé changent progressivement les mœurs. Pour leurs premiers accouchements, les femmes se rendent de plus en plus à l'hôpital et, même quand la maladie ne se voit attribuer qu'une cause sociale, elles recourent à la médecine moderne. L'attribution d'une "cause au mal" est un thème de recherche classique de l'anthropologie et maintenant de la santé publique. Quels que soient les mécanismes socioculturels et les stratégies individuelles données comme raisons étiologiques de la maladie, celles-ci ne sont généralement ni uniques ni exclusives. Les itinéraires thérapeutiques choisis

par les malades ne sont pas entièrement déterminés par la cause à laquelle ils attribuent leur souffrance. Les femmes qui se disent victimes d'attaques en sorcellerie recourent cependant à la médecine moderne car, à l'hôpital, elles ne cherchent pas de solution aux causes mais aux conséquences.

Notre intention ici n'est pas d'élargir ce débat, mais de montrer la nécessité d'amplifier l'information sanitaire dans notre population et de mieux adapter les mesures de soins, une fois identifiés les principaux besoins dans la couverture de la santé de la mère et de l'enfant.

On a vu en ce qui concerne les soins de la plaie ombilicale et les conséquences néfastes qui en découlent, que l'information sanitaire est indispensable pour assurer une prophylaxie efficace. Toutefois, pour obtenir le respect de mesures prophylactiques contre le tétanos, s'il est nécessaire d'introduire l'explication scientifique, point n'est besoin de l'opposer à la théorie traditionnelle de "l'enlèvement par un singe". L'information est le premier moteur de l'action, elle n'oblige pas à nier les croyances traditionnelles en faveur des théories modernes car elle peut leur être ajoutée. Pour que la population prenne des mesures plus favorables à sa santé, il faut qu'elle soit renseignée et qu'elle puisse témoigner de leur efficacité. Les nouvelles informations n'anéantiront probablement pas les théories traditionnelles, mais elles peuvent leur être incorporées puis être adoptées. On a vu que les femmes viennent à l'hôpital alors que leur interprétation du problème qui les afflige est fort éloigné des explications scientifiques. De même, l'information sur le tétanos et les mesures nécessaires pour le prévenir peuvent s'intégrer à l'explication traditionnelle et introduire ainsi des pratiques de soins de la plaie moins septiques. Il ne s'agit pas de demander à un infirmier d'adhérer aux théories traditionnelles mais de préconiser les mesures de soins modernes nécessaires et efficaces sans pour cela s'efforcer de les substituer aux conceptions locales. À cet égard, les contradictions seraient sans doute moins fortes, si davantage de Bijago étaient formés comme agents de santé.

Finalement, l'action des soins modernes, encore trop limitée à la ville, pourrait d'une façon réfléchie et sans opposition à la culture, intervenir plus positivement sur la santé des femmes et des enfants. Les résultats de l'enquête, comme le taux de mortalité intra-utérine et la mortalité infantile des enfants nés des plus jeunes femmes, font ressortir clairement quelques carences qui mériteraient des mesures immédiates à prendre en compte. Il serait souhaitable de mettre en œuvre un programme de protection maternelle et infantile qui prenne également en charge la planification familiale. Pour cela il faudra, non seulement assurer sa viabilité économique mais aussi l'adapter au contexte culturel.

Si on veut introduire de nouvelles pratiques et habitudes d'hygiène, il serait important de tenir compte de ce qui, pour les femmes, est considéré comme dangereux dans l'accouchement (les attaques en sorcellerie de la part des "étrangers"

à la famille), et pas seulement des dangers physiologiques d'un accouchement moins technique. Ceci nous amène à préconiser d'étendre les formations sanitaires dispensées par l'hôpital à un ensemble plus grand de femmes villageoises, respectant ainsi le caractère privé de l'accouchement à l'intérieur de la proche famille. D'autre part, parce que l'accouchement étant une affaire de femmes, on risque d'influencer négativement l'arrivée des parturientes, si on laisse le personnel non qualifié (comme les gardiens de l'hôpital ou les auxiliaires d'infirmerie) circuler librement dans la salle de couches. Enfin, il y a lieu de penser que, malgré les difficultés techniques déjà évoquées, les capacités des services de l'hôpital et du personnel qualifié ne sont pas entièrement exploitées et peuvent encore améliorer considérablement la couverture moderne de la maternité, en se rapprochant des besoins de la population, notamment en matière de planification familiale.

Envisager un programme de santé implique que l'on anticipe les réactions probables des malades. S'agissant de santé maternelle, il nous faut revenir sur la question des femmes "habitées". On est forcé de tenir compte de ce phénomène qui, chez les Bijago, est considéré comme normal, de dédoublement rituel de la personnalité lorsque les femmes deviennent des hommes-défunts. La notion de la personne humaine n'admet pas de définition universelle et varie selon les cultures. Chez les Bijago, comme dans de nombreuses sociétés d'Afrique occidentale, l'individu ne se limite pas à l'unité irréductible de l'être, mais il est considéré comme formé de composantes qui agissent indépendamment les unes des autres, comme des personnes distinctes. On distingue du corps, l'*orebok* (le principe vital), ainsi qu'un double, une deuxième "âme" susceptible d'être volée par les sorciers. Mais cet *orebok*, dont on réduit le sens en le traduisant par âme, est ce qui anime la statuette gardienne du village, les arbres sacrés comme la femme-défunt. L'*orebok* fait fondamentalement partie de l'identité de l'individu mais la dépasse largement, en la reliant à un être plus vaste. Comme le faisait remarquer Canguilhem (1943), l'individu "*appelle un fond de continuité*" (en l'occurrence, les objets cultes, les arbres consacrés, les femmes possédées) "*sur lequel sa continuité se détache*". La notion de personne dépasse ici celle de l'individu isolé, le "*minimum d'être*" pour se lier aux autres et aux choses et multiplier ses composantes en autant de personnalités qu'il faut pour expliquer les événements et ordonner le monde.

On voit combien il serait naïf de penser que les théories scientifiques peuvent remplacer les théories de la personne. Il n'y a pourtant pas de raison d'anticiper un rejet par la population des actes et informations qui donnent des preuves d'efficacité, comme les soins modernes s'ils se gardent de changer l'ordre du monde pour se limiter à soigner le désordre du corps.

Les questions de méthodologie que cette étude met en évidence tournent autour de la pertinence des recherches ethnographiques et du moment où il serait souhaitable de les réaliser. Je ne reviendrai pas sur l'importance, démontrée tout au long des deux chapitres précédents, de l'apport anthropologique dans l'interprétation

des résultats épidémiologiques et dont on a largement décrit la contribution lors de l'élaboration du questionnaire et de son application. Je voudrais insister ici sur les hypothèses de corrélation entre quelques résultats épidémiologiques (faible fécondité précoce, fréquence élevée d'avortements, taux de mortalité infantile élevé, etc.) et les données ethnologiques (entrée dans la vie adulte par l'initiation, incompatibilité de la possession avec la gestation et la maternité). Ici, ces corrélations ne peuvent que rester hypothétiques, car les événements culturels n'ont pas été retenus dans le questionnaire. Si on avait prévu de rendre compte des périodes de possession, on serait maintenant en mesure de confirmer ou d'infirmier les hypothèses posées. Une étude anthropologique préalable à l'enquête épidémiologique aurait très probablement permis de préciser ces questions, d'approfondir la réflexion théorique et d'enrichir ainsi les connaissances en matière de santé materno-infantile chez les Bijago.

ANNEXES

ANNEXE 1

QUELQUES DÉTAILS SUR LA TECHNIQUE PROPOSÉE PAR BASIA ZABA

Soit F_{sx} le standard de fécondité pour une descendance finale de 1, standard à partir duquel William Brass propose d'ajuster n'importe quelle courbe de fécondité $F(x)/F_t$, par une double exponentielle :

$$F_x / F_t = \text{Exp}[-\text{Exp}-(a+b.Y_{sx})]$$

Où : F_x / F_t est la descendance observée, atteinte à l'âge x , rapportée à une descendance finale de 1.

$$Y_{sx} = -\text{Log}(-\text{Log}(F_{sx}))$$

On aura : $F(x) = F_t \cdot \text{Exp}[-\text{Exp}-(a+b.Y_{sx})]$

De même : $F(x+5) = F_t \cdot \text{Exp}[-\text{Exp}-(a+b.Y_{sx+5})]$

et $F(x)/F(x+5) = \text{Exp}[-\text{Exp}-(a+b.Y_{sx})] / \text{Exp}[-\text{Exp}-(a+b.Y_{sx+5})]$

La double transformation logarithmique conduit à :

$$(1) \quad Z_x = -\text{Log}[-\text{Log}(F_x / F_{x+5})] = a - \text{Log}[\text{Exp}(-b.Y_{sx}) - \text{Exp}(-b.Y_{sx+5})]$$

soit : $V_x = -\text{Log}[\text{Exp}(-b.Y_{sx}) - \text{Exp}(-b.Y_{sx+5})]$

il s'en suit que : $\text{Exp}[-V_x] = \text{Exp}[-b.Y_{sx}] - \text{Exp}[-b.Y_{sx+5}]$

Sachant que : $d[\text{Exp}(u)]/dx = \text{Exp}(u) \cdot [d(u)/dx]$

Si l'on dérive par rapport à b , on aura :

$$V'_x = -\text{Exp}[V_x] \cdot [-Y_{sx} \cdot \text{Exp}(-b.Y_{sx}) + Y_{sx+5} \cdot \text{Exp}(-b.Y_{sx+5})]$$

La dérivée première étant de forme : $u.v$, la dérivée seconde sera de forme $u'.v + u.v'$ avec :

$$u'.v = -V'_x \cdot \text{Exp}(-V_x) \cdot V'(x) / -\text{Exp}(-V_x)$$

$$u.v' = -\text{Exp}(x) \cdot [(Y_{sx})^2 \cdot \text{Exp}(-b \cdot Y_{sx}) - (Y_{sx+5})^2 \cdot \text{Exp}(-b \cdot Y_{sx+5})]$$

$$\text{D'où : } V''(x) = (V'_x)^2 \cdot \text{Exp}(V_x) \cdot [(Y_{sx})^2 \cdot \text{Exp}(-b \cdot Y_{sx}) - (Y_{sx+5})^2 \cdot \text{Exp}(-b \cdot Y_{sx+5})]$$

Sachant que b est proche de 1, Zaba suggère d'utiliser une série de Taylor pour estimer V_x , série qui se définit par :

$$V_x = V_1 + V'_1 \cdot (b-1) + V''_1 \cdot (b-1)^2 / 2! + \dots$$

L'expression (1) pourra donc s'écrire :

$$Z_x = a + V_1 + V'_1 \cdot (b-1) + V''_1 \cdot (b-1)^2 / 2 + \dots$$

De même, si l'on dispose de parités par groupe quinquennal d'âge (i) et non des descendance à des âges exacts, la formule peut être transposée :

$$Z_i = -\text{Log}[-\text{Log}(P_i/P_{i+1})] = a + W_1 + W'_1 \cdot (b-1) + W''_1 \cdot (b-1)^2 / 2 + \dots$$

Les séries W_1 , W'_1 et W''_1 sont alors établies à partir des parités du standard et non plus à partir des descendance par âge.

Étant donné que ces séries sont constantes quelle que soit l'application, on peut simplifier l'écriture en posant :

$$e_x = V_1 - V'_1 \text{ et } g(x) = V'_1$$

ou pour les parités :

$$e_i = W_1 - W'_1 ; g(i) = W'_1$$

Par ailleurs, le calcul de V''_1 et W''_1 montrent que l'on obtient des résultats pratiquement constants entre 20 et 30 ans. L'auteur suggère de retenir la valeur moyenne de ces trois résultats, soit $V''_1 / 2 = W''_1 / 2 = 0,48$.

Si b est peu différent de 1, les termes d'ordre 2 et plus peuvent être négligés, ce qui permet d'aboutir à une relation linéaire simple pour ajuster une structure de fécondité.

$$Z_x - e_x = a + g_x$$

et

$$Z_i - e_i = a + g_i$$

Calcul des standards e_x et g_x

Âge x	F_{sx}	Y_{st}	V_1	$V'_1 = g_x$	V''_1	$V_1 - V'_1 = e_x$
15	0,0031	-1,7521	-1,3273	-2,3138	0,9113	0,9866
20	0,1358	-0,6913	-0,0214	-1,3753	0,9582	1,3539
25	0,3773	0,0256	0,7379	-0,6748	0,9629	1,4127
30	0,6086	0,7000	1,3144	0,0393	0,9510	1,2750
35	0,7962	1,4787	1,8607	0,9450	0,8972	0,9157
40	0,9302	2,6260	2,7455	2,3489	0,6821	0,3966
45	0,9919	4,8094	—	—	—	—

Calcul des standards e_i et g_i

Groupe d'âge i	P_{st}	Y_{sx}	W_1	$W'_1 = g_i$	W''_1	$W_1 - W'_1 = e_i$
10-14	0,0004	-2,0545	-1,5815	-2,6447	0,9243	1,0632
15-19	0,0528	-1,0787	-0,4541	-1,7438	0,9524	1,2897
20-24	0,2551	-0,3119	0,4095	-1,0157	0,9639	1,4252
25-29	0,6086	0,7000	1,3144	0,0393	0,9598	1,3725
30-34	0,7064	1,0569	1,5812	0,4391	0,9356	1,1421
35-39	0,8678	1,9534	2,2178	1,5117	0,8399	0,7061
40-44	0,9676	3,4130	3,4869	3,2105	0,5761	0,2763
45-49	0,9977	6,0557	—	—	—	—

ANNEXE 2

LE QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE

Trabalhou até ao parto: como habitualmente / um pouco menos / nada

Esteve doente? S / N

sintomas: cansada / febre / dores de cabeça/ birilha / hemorragias

outros: _____

causas? _____

quem a tratou? _____

como? _____

PARTO porque nesse lugar? _____

como cortou CORDAO? _____

que pôs no BICO? _____

que fez com IMPARIA? _____

DEPOIS DO PARTO quanto tempo descansou ? _____ dias _____ semanas

teve complicações? _____

causas? _____

tratamento? _____

FILHO: nasceu com problema? _____

causas? _____

tratamento? _____

sexo: M / F

esta vivo ? S idade _____
N morreu: 0 - 6 dias / 1 mes / 1 ano / 5 anos

esta ainda no peito? S
N quando deixou? _____

Quer ter mais filhos ? S N

Ouviu falar de maneiras para nao "apanhar barriga" ? S N

quais ? _____

Ouviu falar de maneiras de "tirar barriga" (A p) ? S N

quais ? _____

- ① = Olega
 ② = Ogubane
 ③ = Ominka
 ④ = Orakuno

INSTRUÇÕES PARA O INQUIRIDOR

Caro inquiridor/a ,

- 1) lembre-se de por a tabanca aonde se encontra e a data de realização no cabeçário.
- 2) se a sua mulher estiver grávida, escreva os meses de gravidez que ela fala; se a mulher não tiver a certeza da sua gravidez ponha um ponto de interrogação.
- 3) tente sempre estabelecer primeiro uma relação de confiança com a sua mulher, ajude-se do seu contacto na tabanca, fale em termos positivos (melhorar, curar, aumentar)
- 4) as respostas difíceis de conseguir podem ser adiadas para outro momento do questionário, ou outro dia. Sobretudo não force uma resposta. O bom inquiridor que V. é deve saber jogar com as suas perguntas e o seu interlocutor, de modo a conseguir obter sem grande esforço todas as informações que necessita.

Algumas indicações quanto à anotação de respostas:

Idade = ano da primeira barriga / idade da mulher na primeira barriga. Calcule com a idade do primeiro filho, mas verifique bem se não houve outras barrigas antes, quanto tempo antes?.. e antes?

Homem = nome do homem que pos a barriga (so as iniciais);
geração do homem (se não for bijago, ponha a so a raça);
tabanca e ilha aonde nasceu (no continente ponha a vila).

Parto = N (Normal) P (Prematuro) NM (Nado-morto)
 A e (Aborto espontaneo) Ap (Aborto provocado)+ os meses do aborto

Aonde se fez o parto = C (Casa) de quem? B (Baloba) M (Mato)
 P (Praia) US (Unidade de saúde) H (Hospital) , outro lugar...

Assistido = mae, irma, tia, médico, P (Parteira), E (Enfermeiro),
se for M (Mulher que ta parinte ou Matrona) ou D (Djambacose)
ponha sempre o seu nome

Complicações = H (hemorragia) F (febre/infeccao) I (impria)
 {ou as palavras da mulher para explicar a complicação
 foi tratada no hospital (→ H); ou U de S (→ US)}

[diga se o filho morreu com quantos anos.

INSTRUÇÕES PARA A SONDAÇÃO DA ÚLTIMA GRAVIDEZ

GRAVIDEZ (se esta grávida pergunte pela última barriga)

DATA: data da última barriga

TRABALHO: se trabalhou durante toda a gravidez até ao dia do parto

DOENTE DURANTE A GRAVIDEZ: contorne um ou vários sintomas.
escreva outros se ela se queixar.

CAUSAS: porque razões a mulher pensa que esteve doente?

Pergunte se pediu CONSELHOS à mãe, tia, mulher que tá parinte /
matrão/ djambacose/ curandeiro/ baloeiro/ parteira/ hospital...
Se forem vários tente escrever por ordem quais pessoas viu.

COMO: Explique se fez cerimônia, qual e aonde? / se tomou mézinho
de terra, quais? / medicamentos, quais? (se for possível).

PARTO: trata-se do parto dessa última barriga

QUEM AJUDOU: (mulher qui tá parinte e matrão, ficam como Mulher)
escreva os nomes das pessoas que ajudaram
pergunte e escreva se é tia ,mãe, irmã ...

LUGAR: explique em casa de quem pariu.
quem escolheu ou porque razão foi nesse lugar?

CORDÃO: com que instrumento? , foi limpo com que?

IMPÁRIA: aonde enterrou a impária ou o nado-morto?

POST-PARTO: é importante saber aquilo que para a mulher é um
problema (escreva nas palavras da mulher). Se houve sequelas
importantes anote-as também (ex: paralisias, leite secou, ...)

CAUSAS: porque a mulher pensa que isso lhe aconteceu?

TRATAMENTO: quem tratou? , aonde? , como?

FILHO : anote aquilo que a mulher fala que é problema
(por ex: nasceu de nádegas /de pés /cordão enrolado no pescoço/
tardou em chorar /chorou demais/ menino fraco /pequeno/ outros...)

CAUSAS: veja se falam em feiticaria/filho de outra pessoa

TRATAMENTO: quem tratou? , aonde? , como?

Se esta VIVO: idade actual do filho (ou conte os dentes do filho)

Se MORREU: é muito importante saber com que idade morreu

Se deixou o PEITO: a idade do filho quando deixou o peito?

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Répartition par âge de la population enquêtée	30
Tableau 2. Répartition des femmes enquêtées selon le lieu de résidence	31
Tableau 3. Répartition des femmes enquêtées selon le lieu de résidence et l'ethnie	32
Tableau 4. Répartition des femmes enquêtées selon le groupe ethnique et le lieu de naissance	33
Tableau 5. Répartition des femmes enquêtées selon leur expérience de la grossesse et le lieu de résidence	34
Tableau 6. Parité des femmes enquêtées selon le groupe d'âges	34
Tableau 7. Parité par groupe d'âges des femmes enquêtées selon l'ethnie et le lieu de résidence	35
Tableau 8. Taux de fécondité par groupe d'âges selon l'ethnie et le lieu de résidence estimés par la méthode de Basia Zaba	36
Tableau 9. Estimation de l'indicateur conjoncturel de fécondité selon l'ethnie et le lieu de résidence croisés	38
Tableau 10. Répartition des femmes multigestes selon le groupe d'âges à la première grossesse	38
Tableau 11. Âge moyen à la première naissance et âge moyen à la première grossesse selon l'ethnie et le lieu de résidence	39
Tableau 12. Répartition des grossesses de femmes multigestes selon leur issue en fonction du groupe d'âges de la femme	39
Tableau 13. Proportions de grossesses n'ayant pas abouti à une naissance selon le lieu de résidence et l'origine ethnique des femmes	40
Tableau 14. Estimation indirecte de la mortalité infanto-juvénile	42
Tableau 15. Estimation finale de la mortalité infanto-juvénile et de l'espérance de vie à la naissance	43
Tableau 16. Estimation des taux de mortinatalité et de mortalité intra-utérine	44
Tableau 17. Nombre de partenaires selon le groupe d'âges	46
Tableau 18. Répartition des unions selon l'ethnie et l'origine du partenaire	47

Tableau 19. Unions des femmes bijago selon l'ethnie du partenaire.....	47
Tableau 20. Lieu d'accouchement selon le rang	49
Tableau 21. Assistance à l'accouchement selon le rang.....	50
Tableau 22. Répartition chronologique des complications de l'accouchement.....	51
Tableau 23. Femmes multigestes ayant recours à l'hôpital	53
Tableau 24. Répartition des enfants selon la durée de l'allaitement.....	54
Tableau 25. Répartition des enfants selon l'intervalle entre sevrage et grossesse suivante	55
Tableau 26. Estimation de l'intervalle entre naissances vivantes et grossesses suivantes ayant abouti à une naissance vivante	56

LISTE DES FIGURES

Figure 1. La Guinée-Bissau	8
Figure 2. L'archipel des Bijago.....	9
Figure 3. Île de Bubaque.....	18
Figure 4. Distribution des femmes enquêtées selon l'âge	29
Figure 5. Répartition des femmes enquêtées selon l'ethnie	31
Figure 6. Répartition des femmes enquêtées selon le lieu de naissance	32
Figure 7. Taux de fécondité par groupe d'âges des femmes enquêtées selon l'ethnie et le lieu de résidence	37

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ALMADA André ALVARES de, 1594. – "Tratado breve dos rios de Guiné do Cabo Verde, desde o Rio de Sanaga até aos baixos de Santa Ana", in : BRASIO A. (éd.), 1964, *Monumenta missionaria africana. Africa ocidental*. – 2^osérie, III, Agência geral do Ultramar, Academia Portuguesa de Historia.
- ALMEIDA Antonio de, 1947. – *Da medicina gentilica dos Bijagós*. – Lisboa, Ministério das Colonias, Junta de Investigações Coloniais.
- AUGÉ Marc, 1973. – "Sorcières noirs et diables blancs", in : CNRS (éd.), *La notion de personne en Afrique noire*, p. 519-527. – Paris.
- AUGÉ Marc, 1984. – "Ordre biologique, ordre social: la maladie forme élémentaire de l'événement", in : Archives Contemporaines (éds.), *Le Sens du mal*, p. 35-91. – Paris.
- AUGÉ Marc, 1986. – "Anthropologie de la maladie", *Revue l'Homme*, vol. 97-98, p. 77-87.
- AUGÉ Marc, 1988. – *Le dieu objet*. – Paris, Flammarion, 148 p.
- AUGÉ Marc et HERZLICH C., 1984. – *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. – Paris, Archives Contemporaines.
- BANQUE MONDIALE, 1989. – *Rapport sur le développement dans le monde 1989*. – Washington D.C., 281 p.
- BANQUE MONDIALE, 1990. – *La pauvreté. Indicateurs du développement dans le monde*. – Washington D.C., 287 p.
- BANQUE MONDIALE, 1992. – "Le développement et l'environnement", in : *Rapport sur le développement dans le monde 1992*. – Washington D.C., 299 p.
- BARLEY Nigel, 1983. – *The Innocent Anthropologist. Notes from a Mud Hut*. – London, British Museum Publications Ltd., 234 p.
- BARROS Marcelino MARQUES de, 1882. – "Guiné portuguesa ou breve noticia sobre alguns dos seus usos, costumes, linguas e origens dos seus povos", *Boletim da Sociedade de Geografia de Lisboa*, 3^osérie 12.
- BERNATZIK Hugo Adolf, 1933. – *Aethiopen des Westens, Forschungsreise in Portugiesisch Guinea*. – Wien, Seidel und Sohn Verlag, 2 volumes.
- BERNATZIK Hugo Adolf, 1944. – *Im reich der bidyogo. Geheimnisvolle inseln in westafrika*. – Leipzig, Koehler und Voigtländer, 200 p.
- BONTE Pierre, IZARD Michel, 1991. – *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. – Paris, PUF.
- BOURDIEU Pierre, 1980. – *Le sens pratique*. – Paris, Minuit, 475 p.
- BRASS William, 1978. – *The relational Gompertz Model of fertility by age of woman*. – London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- BUNELLI Gilio, 1987. – *Des esprits aux microbes. Santé et société en transformation chez les Zoro de l'Amazonie brésilienne*. – Université de Montréal. (Mémoire de maîtrise).

- CANGUILHEM Georges, 1943. – *Le normal et le pathologique*. – 2 éd. augmentée en 1966.
- CANTRELLE Pierre, 1969. – *Étude démographique dans la région du Sine-Saloum (Sénégal). État civil et observation démographique 1963-65*. – Paris, ORSTOM, 121 p. (Travaux et documents, n° 1).
- CANTRELLE Pierre, 1980. – "La mortalité des enfants en Afrique", in : BOULANGER P.M., TABUTIN Dominique (éds), *La mortalité des enfants dans le monde et dans l'histoire*, p. 197-221. – Liege, Ordina, 413 p.
- CANTRELLE Pierre, WALTISPERGER Dominique, 1992. – *Premiers résultats de l'enquête en Moyenne-Guinée*, à paraître.
- CLIFFORD J., 1982. – *Person and myth : Maurice Leenhardt in the melanesian world*. – Berkeley, University of California Press.
- COALE Ansley, DEMENY Paul, 1966. – *Regional Model Life Tables and Stable Population*. – Princeton, New Jersey, Princeton University Press.
- COLLEYN Jean-Paul, 1988. – *Éléments d'anthropologie sociale et culturelle*. – Université de Bruxelles, 207 p.
- COSMINSKY Sheila, 1983. – "Soins d'accouchement et contraception en médecine traditionnelle", in : OMS, *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé*, p. 138-158. – Genève.
- CRESSWELL Robert, 1975. – *Éléments d'ethnologie*. – Paris, Armand Collin, 318 p.
- DE SOUSA Alexandra OLIVEIRA, 1991. – *Une approche de la notion de personne chez les Bijagós de Guinée Bissau*. – Paris, 109 p. (Mémoire de D.E.A. en Anthropologie Sociale et Ethnologie, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales).
- DUQUETTE Danielle Gallois, 1983. – *Dynamique de l'art Bidjogo. Contribution à une anthropologie de l'art des sociétés africaines*. – Lisboa, Instituto de Investigação Científica Tropical, 262 p.
- ENCYCLOPÉDIE DE LA PLÉIADE, 1968. – *Ethnologie générale*. – Gallimard, 1907 p.
- FASSIN Éric, FASSIN Didier, 1988. – "De la quête de légitimation à la question de la légitimité : les thérapeutiques "traditionnelles" au Sénégal", *Cahiers d'Études Africaines*, n° 110, vol. XXVIII-2, p. 207-231.
- FASSIN Didier, 1987. – "Rituels villageois, rituels urbains. La reproduction sociale chez les femmes joola du Sénégal", *L'Homme*, n° 104, vol. XXVII, p. 54-75.
- FASSIN Didier, 1989. – "À chacun son métier", *Bulletin de l'association française des anthropologues*, n° spécial "La recherche sous conditions", 36, p. 103-110.
- FASSIN Didier, 1990. – "Maladies et médecines" in : UREF, *Sociétés, développement et santé*, p. 38-49. – Universités francophones, éditions Marketing/ Ellipses.
- FASSIN Didier, 1992. – *Pouvoir et maladie en Afrique*. – Paris, PUF, 359 p.
- FASSIN Didier, AIACH P., 1991. – "De l'épidémiologie aux sciences sociales. Formes de l'interdisciplinarité autour de l'étude des inégalités de santé en Afrique", *Santé Publique*, 3ème année, n°1, p. 39-43.
- FASSIN Didier, DÉFOSSEZ Anne-Claire, 1992. – "Une liaison dangereuse. Sciences sociales et santé publique dans les programmes de réduction de la mortalité maternelle en Équateur", p. 23-36. – Paris, ORSTOM, 155 p. (Cahiers des Sciences Humaines, vol. 28, n°1).
- FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF), 1991. – *Revisão a médio prazo do programa de cooperação apoiado pela UNICEF*. – Bissau, Governo da Guiné-Bissau/UNICEF, 104 p.

- FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF), 1992. – *La situation des enfants dans le monde, 1992*. – UNICEF, 100 p.
- FOSTER Georges, 1976. – "Disease etiologies in non-western medical systems", *American Anthropologist*, vol. LXXVIII, p. 773-782.
- GLUCKMAN Max, 1963. – *Order and rebellion in tribal Africa : Collected essays*. – Londres, Cohen and West.
- GRAWITZ Madeleine, 1976. – *Méthodes des sciences sociales*. – Paris, Dalloz, 3^e éd.
- GRIAULE Marcel, 1957. – *Méthode de l'ethnographie*. – Paris, PUF.
- HANDSCHUMACHER Pascal, 1987. – *Gestion de l'eau et santé des jeunes enfants à Niakhar (Sénégal)*. – Strasbourg, 274 p. (Thèse de doctorat en géographie et aménagement, présentée à l'Université Louis Pasteur, Strasbourg I, Juin 1987).
- HELSING Elisabeth, KING Savage, 1982. – *Breast-feeding in practice. A manual for health workers*. – Oxford medical publications, Oxford University Press, 271 p.
- HENRY Christine, 1991. – *Rapports d'âge et de sexe chez les Bijago (Guinée-Bissau)*. – Paris, 311 p. (Thèse de doctorat en ethnologie et sociologie comparative présentée à l'Université de Paris X, Nanterre).
- HÉRITIER Françoise, 1974. – "Systèmes Omaha de parenté et d'alliance. Étude en ordinateur du fonctionnement matrimonial réel d'une société africaine", in : BALLONOFF Paul, *Genealogical mathematics*, p. 197-212. – Paris, La Haye, Mouton.
- HÉRITIER Françoise, 1975. – "L'ordinateur et l'étude du fonctionnement matrimonial d'un système Omaha", in : AUGÉ Marc (éd.), *Les domaines de la parenté*, p. 97-117. – Paris, Maspero.
- HERZ Barbara, MEASHAM Anthony, 1987. – "Programme pour la maternité sans danger", Washington D.C., Banque Mondiale. (Document de travail), 52 p.
- HORTON Robin, 1967. – "African Traditional Thought and Western Science", *Africa*, vol.37.
- HOURS Bernard, 1992. – "La santé publique entre soins de santé primaires et management", p. 23-36. – Paris, ORSTOM, 155 p. (Cahiers des Sciences Humaines, vol. 28, n°1).
- JAMMAL Amal, ALLARD Robert, LOSLIER Geneviève, 1988. – *Dictionnaire d'épidémiologie*. – Paris, Edisem/Maloine, 171 p.
- LES AGRÉGÉS DU PHARO, 1989. – *Méthodes statistiques de base pour médecins isolés*. – Diffusion Générale de Librairie, 143 p.
- LÉVI-STRAUSS Claude, 1950. – *Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss*. – Paris, PUF.
- LÉVI-STRAUSS Claude, 1962. – "L'individu comme espèce" in : Plon (éd.), *La pensée sauvage*.
- LÉVI-STRAUSS Claude, 1983. – *Le regard éloigné*. – Paris, Plon.
- LOTKA Alfred, SHARPE F.R., 1911. – "A problem in age-distribution", *Philosophical Magazine*, vol 21, n° 124.
- MALINOWSKI Bronislaw, 1948. – *Magic, Science and Religion*. – Free Press.
- MAUPOIL Bernard, 1981. – *Introduction à la géomancie à l'ancienne côte des esclaves*. – Paris, Musée de l'Homme.
- MAUSS Marcel, 1950. – "Une catégorie de l'esprit humain : la notion de personne, celle de 'moi'", in : *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF.
- MAUSS Marcel, 1947. – *Manuel d'ethnographie*. – Paris, Payot, 264 p.
- MERCIER Paul, 1971. – *Histoire de l'anthropologie*. – Paris, PUF, 233 p.

- MOLLIEN Gaspar Théodore, 1822. – *Voyage dans l'intérieur de l'Afrique, aux sources du Sénégal et de la Gambie, fait en 1818, par ordre du gouvernement français*. – Paris, Arthur Bertrand, 2ème édition, 2T.
- MURDOCK George Peter, 1941. – *Ethnographic Bibliography of North America*. – New Haven, Human Relations Area Files, 4ème édition, 5 vol.
- MURDOCK George Peter, 1978. – "World Distribution of Theories of Illness", *Ethnology*, vol. XVII, p. 449-470.
- NDIAYE Salif, SARR Ibrahima, AYAD Mohamed, 1988. – *Enquête démographique et de santé au Sénégal, 1986*. – Dakar, Ministère de l'économie et des finances, Direction de la statistique, Division des enquêtes et de la démographie, 173 p.
- OOSTERBAAN Margreet, COSTA Virginia, 1990. – *A maternidade na Guiné-Bissau. Os conhecimentos das mulheres sobre os riscos. Um estudo antropológico*. – Bissau.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 1979. – *Pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants. Circoncision féminine, mariage des enfants, tabous nutritionnels et autres pratiques*. – Alexandrie, OMS/EMRO, Publication technique n° 2 (rapport d'un séminaire tenu à Khartoum).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 1983. – *Les accoucheuses traditionnelles dans sept pays. Etude de cas sur leur formation et leur utilisation*, Cahiers de Santé Publique, n° 75.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 1987. – *Mode d'action, innocuité et efficacité des dispositifs intra-utérins*. – Genève, OMS, 99 p (série de rapports techniques 753).
- PANOFF Michel, PERRIN Michel, 1973. – *Dictionnaire de l'ethnologie*. – Paris, Payot. 293 p.
- PÉLISSIER René, 1989. – *Naissance de la Guinée. Portugais et Africains en Sénégal (1841-1936)*. – Péliissier, Orgeval, 485 p.
- PERES Damião, 1953. – "Duas descrições seiscentistas da Guiné", *Academia Portuguesa de Historia*, vol. XXXI, Lisboa.
- PERRIN Michel, 1980. – "Un succès bien relatif : la médecine occidentale chez les Indiens Guajiro", *Social Sciences and Medecine*, vol. 14B, p. 279-287.
- PRESTON Samuel, COALE Ansley, TRUSSELL James, WEINSTEIN Maxine, 1980. – "Estimating the completeness of reporting of adult deaths in population that are approximately stable". *Populations Studies*, vol. 46, n° 2, p. 179-202.
- ROYAL ANTHROPOLOGICAL INSTITUTE, 1874. – *Notes and queries on anthropology*. – Londres.
- ROYSTON Erica, ARMSTRONG Sue, 1990. – *La prévention des décès maternels*. – Genève, OMS, 230 p.
- SANTOS LIMA Augusto, 1947. – *Organização economica e social*. – Centro de Estudos da Guiné Portuguesa, publicação comemorativa do V centenario da descoberta da Guiné, n°2.
- SCANTAMBURLO Luigi, 1991. – *Ethnologia dos Bijagós da ilha de Bubaque*. – Instituto de Investigação Científica Tropical (Lisboa) et Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (Bissau) (éds.), 109 p.
- SCHEFER Charles, 1895. – *Relation des voyages à la côte occidentale d'Afrique d'Alvise de Ca'Da Mosto (1455-1457)*. – Paris, Leroux.
- SCHWARTZ, Daniel, 1963. – *Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes*. – Paris, Flammarion, 3ème édition, 306 p.

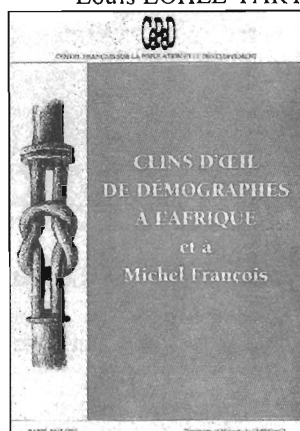
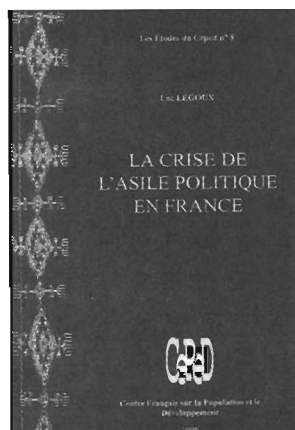
- TOLLENAERE-TIHON Nathalie, 1990. – *Étude du recensement effectué sur l'île de Bubaque durant le premier trimestre de 1990*. – Bubaque. (non publié).
- TRUSSELL James, 1975. – "A re-estimation of the multiplying factors for the Brass technique for determining childhood survivorship rates", *Population Studies*, vol. 29, n° 1, p. 77-105.
- UNICEF, 1991. – Revisão a médio prazo do programa de cooperação apoiado pela UNICEF. – Bissau.
- VAN DE WALLE Étienne et Francine, 1986. – "Les pratiques traditionnelles et modernes des couples en matière d'espace ou d'arrêt de la fécondité", in : ORSTOM (éd.), *Les changements ou les transitions démographiques dans le monde contemporain en développement*, p. 141-165. – Paris, Colloques et Séminaires, 469 p. (Deuxièmes journées de l'ORSTOM).
- WALTISPERGER Dominique, 1986. – "La mortalité dans les changements et transitions démographiques", in : ORSTOM (éd.), *Les changements ou les transitions démographiques dans le monde contemporain en développement*, p. 125-186. – Paris, Colloques et Séminaires, 469 p. (Deuxièmes journées de l'ORSTOM).
- WALTISPERGER Dominique, 1988. – "Les tendances et causes de la mortalité", in : TABUTIN Dominique (éd.), *Populations et sociétés en Afrique au sud du Sahara*, p. 279-307. – Paris, l'Harmattan, 551 p. (Collection Bibliothèque et Développement).
- ZABA Basia, 1981. – *Use of relational Gompertz Model in analysing fertility data collected in retrospectif survey*. – Londres, Center for Population Studies, London School of Hygiene and Tropical Medecine, Working Paper 81-2, 24 p.



LES PUBLICATIONS DU CEPED

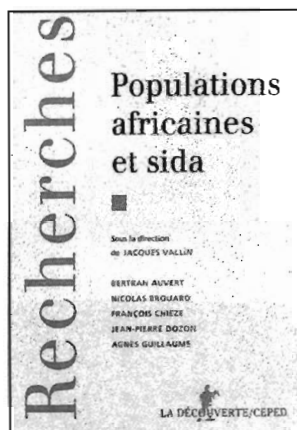
Collection Les Études du CEPED

- n° 10 : *Conséquences démographiques du sida en Abidjan : 1986-1992*, par Michel GARENNE *et al.* (1995), 198 p. (100 F)
- n° 9 : *La maternité chez les Bijago de Guinée-Bissau*, par Alexandra DE SOUSA et Dominique WALTISPERGER (collab.) (1995), 114 p. (100 F).
- n° 8 : *La crise de l'asile politique en France*, par Luc LEGOUX (1995), 344 p. (100 F).
- n° 7 : *L'entrée en vie féconde. Expression démographique des mutations socio-économiques d'un milieu rural sénégalais*, par Valérie DELAUNAY (1994), 326 p. (90 F).
- n° 6 : *La traite des esclaves au Gabon du XVIIe au XIXe siècle, essai de quantification pour le XVIIIe siècle*, par Nathalie PICARD-TORTORICI et Michel FRANÇOIS (1993), 156 p. (90 F).
- n° 5 : *Croissance urbaine, migrations et population au Bénin*, par Julien GUINGNIDO GAYE (1992), 114 p. (100 F).
- n° 4 : *Un siècle de démographie tamoule*, par Christophe GUILMOTO (1992), 175 p. (120 F).
- n° 3 : *Mobilité spatiale et mobilité professionnelle dans la région nord-andine de l'Équateur*, par Jean PAPAIL (1991), 87 p. (80 F).
- n° 2 : *Mortal, logiciel d'analyse de la mortalité*, par Jean-Michel COSTES et Dominique WALTISPERGER (1988), 99 p., plus disquette (150 F).
- n° 1 : *De l'homme au chiffre, réflexions sur l'observation démographique en Afrique*, par Louis LOHLÉ-TART et Rémy CLAIRIN (1988), 329 p. (150 F).



Collection Documents et Manuels du CEPED

- n° 3 : *Manuel de sondages. Application aux pays en développement*, par Philippe BRION et Rémy CLAIRIN (1995), à paraître.
- n° 2 : *Clins d'œil de démographes à l'Afrique et à Michel François*, Jacques VALLIN (éd.) (1995), 244 p. (80 F).
- n° 1 : *La démographie de 30 États d'Afrique et de l'Océan Indien*, CEPED (1994), 352 p. (90 F).



COÉDITIONS

- *Les familles dakaroises face à la crise*, par Philippe ANTOINE et al. (1995), CEPED/IFAN/ORSTOM, 212 p. (À paraître).
- *Populations africaines et Sida*, sous la direction de Jacques VALLIN (1994), CEPED-La Découverte, 218 p. (149 F).
- *Intégrer Population et Développement*, (1994) Académia-CEPED-CIDEP-l'Harmattan-UCL, 824 p. (270 F).
- *La population de l'Afrique. Manuel de démographie*, par Francis GENDREAU (1993), CEPED-Karthala, 463 p. (180 F).
- *Politiques de développement et croissance démographique rapide en Afrique*, par Jean Claude CHASTELAND, Jacques VÉRON et Magali BARBIERI (éds.) (1993), 314 p. (INED-CEPED-PUF) (180 F).
- *Migration, urbanisation et développement au Cameroun*, par Joseph-Pierre TIMNOU, (1993), Les cahiers de l'IFORD, n° 4, CEPED-IFORD, 115 p. (gratuit).
- *Migration, urbanisation et développement au Congo*, par Gabriel TATI (1993), Les cahiers de l'IFORD, n° 5, CEPED-IFORD, 94 p. (gratuit).
- *Condition de la femme et population : le cas de l'Afrique francophone*, édité par Thérèse LOCOH (1992), CEPED-FNUAP-ONU-URD, 116 p. (gratuit).
- *Comores, les enfants du volcan*. Le recensement général de la population des Comores en (Septembre 1991), film vidéo 30 minutes, AFEP-CEPED. (gratuit).
- *Le spectre de Malthus, déséquilibres alimentaires, déséquilibres démographiques*, édité par Francis GENDREAU (1991), CEPED-EDI-ORSTOM, 444 p. (230 F).

Collection Les Dossiers du CEPED (gratuit)

- n° 33 : *Pluralisme thérapeutique et stratégies de santé chez les Évhé du sud-est Togo*, par Nadia LOVELL, 20 p.
- n° 32 : *Peut-on échapper à la polygamie à Dakar ?*, par Philippe ANTOINE et Jeanne NANITELAMIO, 31 p.
- n° 31 : *Familles Africaines, population et qualité de la vie*, par Thérèse LOCOH (1995), 48 p.
- n° 30 : *La mortalité dans le monde : tendances et perspectives*, par France MESLÉ et Jacques VALLIN (1995), 25 p.
- n° 29 : *Planification sanitaire et ajustement structurel au Cameroun*, par Antoine KAMDOUN (1994), 40 p.
- n° 28 : *Migration et sida en Afrique de l'Ouest, un état des connaissances*, par Richard LALOU et Victor PICHE (1994), 52 p.
- n° 27 : *Éducation de la mère et soins aux enfants à Ouagadougou*, par Christine OUEDRAOGO (1994), 37 p.



- n° 26 : *Réflexions sur l'avenir de la population mondiale*, par Jacques VALLIN (1994), 24 p.
- n° 25 : *Facteurs de fécondité en milieu rural forestier ivoirien*, par KOFFI N'GUESSAN (1993), 40 p.
- n° 24 : *Les disparités régionales de la mortalité au Bénin*, par Martin LAOUROU (1993), 36 p.
- n° 23 : *Contribution à l'étude de l'évolution de la population de l'Afrique Occidentale Française 1904-1960*, par Raymond R. GERVAIS (1993), 50 p.
- n° 22 : *Solidarité dans la crise ou crise des solidarités familiales au Cameroun ?* par Parfait Martial ELOUNDOU-ENYEGUE (1992), 40 p. (épuisé).
- n° 21 : *La mortalité des enfants à Luanda*, par Maria Julia VAZ-GRAVE (1992), 39 p.
- n° 20 : *Mortalité maternelle : deux études communautaires en Guinée*, par Pierre CANTRELLE, Patrick THONNEAU et Boubacar TOURE (1992), 43 p.
- n° 19 : *Vingt ans de planification familiale en Afrique sub-saharienne*, par Thérèse LOCOH (1992), 27 p. (2ème tirage).
- n° 18 : *Les déterminants de la mortalité des enfants dans le tiers-monde*, par Magali BARBIERI (1991), 33 p. (épuisé).
- n° 17 : *La fécondité en Mauritanie*, par Keumaye IGNEGONGBA (1991), 39 p. (épuisé).
- n° 16 : *Dix problèmes de population en perspective - Hommage à Jean Bourgeois-Pichat et à Alfred Sauvy*, par Léon TABAH (1991), 31 p. (épuisé).
- n° 15 : *La mesure de l'infécondité et de la sous-fécondité*, par Evina AKAM (1990), 39 p. (épuisé).
- n° 14 : *Statut de la femme, structure familiale, fécondité : transitions dans le Golfe du Bénin*, par Laurent Mensan ASSOGBA (1988), 28 p. (épuisé).
- n° 13 : *Estimer la mortalité maternelle à l'aide de la méthode des sœurs*, par Véronique FILIPPI et Wendy GRAHAM (1990), 29 p. (épuisé).
- n° 12 : *La montée du célibat féminin dans les villes africaines. Trois cas : Pikine, Abidjan et Brazzaville*, par Philippe ANTOINE et Jeanne NANITELAMIO (1990), 27 p. (épuisé).
- n° 11 : *Deux études sur l'emploi dans le monde arabe*, par Jacques CHARMES (1990), 37 p. (épuisé).
- n° 10 : *Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'Ouest*, par Pierre CANTRELLE et Thérèse LOCOH (1990), 36 p. (épuisé).
- n° 9 : *Éléments du débat population - développement*, par Jacques VÉRON (1989), 48 p. (2ème tirage).
- n° 8 : *Transformations agraires et mobilités de la main d'oeuvre dans la région Nord Andine de l'Équateur*, par LE CHAU et Jean PAPAIL (1989), 18 p.
- n° 7 : *Prospective des déséquilibres mondiaux - démographie et santé*, par Pierre CANTRELLE et Francis GENDREAU (1989), 33 p. (épuisé).
- n° 6 : *Les politiques de population en matière de fécondité dans les pays francophones : l'exemple du Togo*, par Thérèse LOCOH (1989), 20 p. (épuisé).
- n° 5 : *Rétention de la population et développement en milieu rural : à l'écoute des paysans Mafa des Monts Mandara (Cameroun)*, par Patrick GUBRY (1988), 24 p. (épuisé).
- n° 4 : *État et besoins de la recherche démographique dans la perspective des recommandations de la conférence de Mexico et de ses réunions préparatoires*, par Jean-Claude CHASTELAND (1988), 23 p. (épuisé).
- n° 3 : *La fécondité en Afrique noire : un progrès rapide des connaissances mais un avenir encore difficile à discerner*, par Thérèse LOCOH (1988), 26 p. (épuisé).

- n° 2 : *Politiques africaines en matière de fécondité : de nouvelles tendances*, par Patrick GUBRY et Mpembele SALA DIAKANDA (1988), 50 p. (épuisé).
- n° 1 : *La connaissance des effectifs de population en Afrique : bilan et évaluation - Hommage à Rémy Clairin*, par Rémy CLAIRIN et Francis GENDREAU (1988), 35 p. (épuisé).

Collection Données de base sur la population (gratuit)
(dossiers réalisés par N. LOPEZ-ESCARIN)

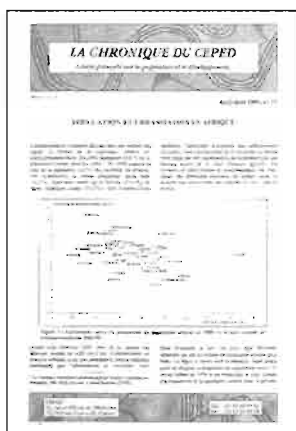
n° 1 : Cameroun	n° 12 : Djibouti	n° 23 : Comores
n° 2 : Madagascar	n° 13 : Mali	n° 24 : Niger
n° 3 : Gabon	n° 14 : Mauritanie	n° 25 : Guinée Bissau
n° 4 : Togo	n° 15 : Burundi	n° 26 : Seychelles
n° 5 : Tchad	n° 16 : Centrafrique	n° 27 : Cap Vert
n° 6 : Bénin	n° 17 : Angola	n° 28 : Sao Tome e Principe
n° 7 : Sénégal	n° 18 : Côte d'Ivoire	n° 29 : Mozambique
n° 8 : Congo	n° 19 : Zaïre	Nigéria
n° 9 : Rwanda	n° 20 : Guinée	Viet Nam
n° 10 : Guinée Équatoriale	n° 21 : Burkina Faso	
n° 11 : Gambie	n° 22 : Maurice	

La Chronique du CEPED, bulletin de liaison trimestriel (gratuit)
n° 1 (Printemps 1991) à n° 18 (Juillet-septembre 1995)



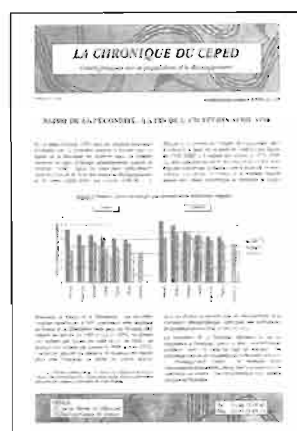
n° 16

*Populations africaines
et sida*



n° 17

*Population et urbanisation
en Afrique*



n° 18

*Baisse de la fécondité :
la fin de l'exception africaine*



Alexandra DE SOUSA, chercheur en médecine et anthropologie, a effectué plusieurs missions en Guinée-Bissau. Depuis quelques années, elle étudie l'immunopathologie de la tuberculose.

Dominique WALTISPERGER, sociologue et docteur en démographie, est actuellement chercheur à l'Institut Santé et Développement de l'Université Pierre et Marie Curie (Paris VI). Il avait auparavant exercé ses fonctions au Service des Études et des Systèmes d'Information du Ministère des Affaires Sociales puis au CEPED. Spécialisé dans les méthodes de collecte et l'analyse des statistiques imparfaites, il effectue régulièrement de nombreuses missions dans les pays en développement notamment pour le compte des organismes internationaux.



Cette étude vise à montrer en quoi la culture infléchit la santé des femmes et des enfants et de quelle façon il serait possible d'améliorer la santé sans pour cela l'opposer à la culture. En raison du manque d'information sanitaire, il a fallu mener une enquête épidémiologique sur la fécondité, la mortalité infanto-juvénile et d'autres indicateurs de santé, chez les Bijago de Guinée-Bissau. Dans l'analyse épidémiologique, ont été utilisées comme variables indépendantes le lieu de résidence et l'appartenance ethnique. En parallèle, une étude ethnologique de la société bijago, portant notamment sur les questions qui concernent la maternité a été conduite. Cette étude soulève des questions d'ordre méthodologique sur la pertinence de l'apport de l'ethnographie lors de l'interprétation de résultats statistiques et sur l'importance d'une recherche ethnologique préalable à l'élaboration d'un questionnaire épidémiologique.