

OFFICE DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE OUTRE-MER  
MISSION ORSTOM DE PORT-VILA



d

ANTHROPOLOGIE

DOCUMENT DE TRAVAIL N° 2

OCTOBRE 1983

"RECUEIL DES SAVOIRS ET DES FAITS CONCERNANT LA  
PROCREATION DANS UNE SOCIETE MELANESIENNE" :

ETAT D'AVANCEMENT DES TRAVAUX ET  
NOTES METHODOLOGIQUES

\_\_\_\_\_  
A. WALTER  
\_\_\_\_\_

Mission ORSTOM  
B.P. 76 - PORT-VILA  
Vanuatu

Fonds Documentaire ORSTOM



010015415

Fonds Documentaire ORSTOM

Cote : A-x 15415 Ex : unique

## SOMMAIRE

### INTRODUCTION

#### I. CONTEXTE GENERAL

1. PEUPEMENT
2. STRUCTURES SANITAIRES
3. DONNEES DEMOGRAPHIQUES
  - 3.1. Données générales
  - 3.2. Statistiques médicales

#### II. METHODOLOGIE ET PRINCIPALES ETAPES DU PROGRAMME

1. EVALUATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL ET SANITAIRE DES ENFANTS D'AGE PRESCOLAIRE
  - 1.1. Mesures anthropométriques
  - 1.2. Interrogatoire des mères
  - 1.3. Conclusion
2. ETUDE DU NIVEAU DE FERTILITE
  - 2.1. Données du recensement 1979 et des registres paroissiaux
  - 2.2. Les enquêtes personnelles
    - 2.2.1. Description de la population
    - 2.2.2. Age à la puberté
    - 2.2.3. Age au premier mariage
    - 2.2.4. Intervalles des naissances
    - 2.2.5. Amenorrhée du post-partum
    - 2.2.6. La contraception
  - 2.3. Conclusions
3. SAVOIRS ET COUTUMES ENTOURANT LA PROCREATION
  - 3.1. Généralités
  - 3.2. Enquêtes auprès des femmes
    - 3.2.1. Les maladies
    - 3.2.2. La thérapeutique
  - 3.3. Interviews des guérisseurs.

### CONCLUSION

## INTRODUCTION

Le programme que l'ORSTOM mène actuellement à Vanuatu s'intitule "Recueil des savoirs et des faits concernant la procréation dans une société mélanésienne" et complète les recherches menées par le même organisme, depuis 1979, sur les plantes médicinales de Vanuatu (P. CABALION). Les travaux portent sur l'idéologie de la procréation et sur les savoirs et les comportements qui s'y attachent dans une société rurale en transition culturelle. Quelles sont les politiques sanitaires suivies par les individus ou les familles ? A quelle partie du champ symbolique renvoie la maladie de la femme enceinte et du nourrisson ? Comment manipule-t-on les différents éléments du savoir traditionnel et moderne ? Quand et pourquoi a-t-on recours aux guérisseurs villageois et à l'aide-infirmier ? La connaissance de ces aspects socio-culturels permettra de mieux comprendre le rôle respectif que jouent les guérisseurs coutumiers et les centres PMI dans le réseau sanitaire d'une communauté villageoise mélanésienne.

Cette recherche locale (centre Pentecôte) et intensive complète de façon originale les enquêtes extensives menées à l'échelon national par le CUSO (enquête sur l'état nutritionnel de la population à Vanuatu) et l'OMS (enquête sur la fécondité féminine et le planning familial). Elle contribue enfin à la connaissance des traditions médicales du Pacifique.

Le but est de comprendre la représentation autochtone actuelle de la grossesse et de la croissance du jeune enfant, d'évaluer en conséquence l'utilisation ~~reciproque~~ des services sanitaires gouvernementaux (principalement PMI) et des ressources médicales traditionnelles.

Les objectifs sont les suivants :

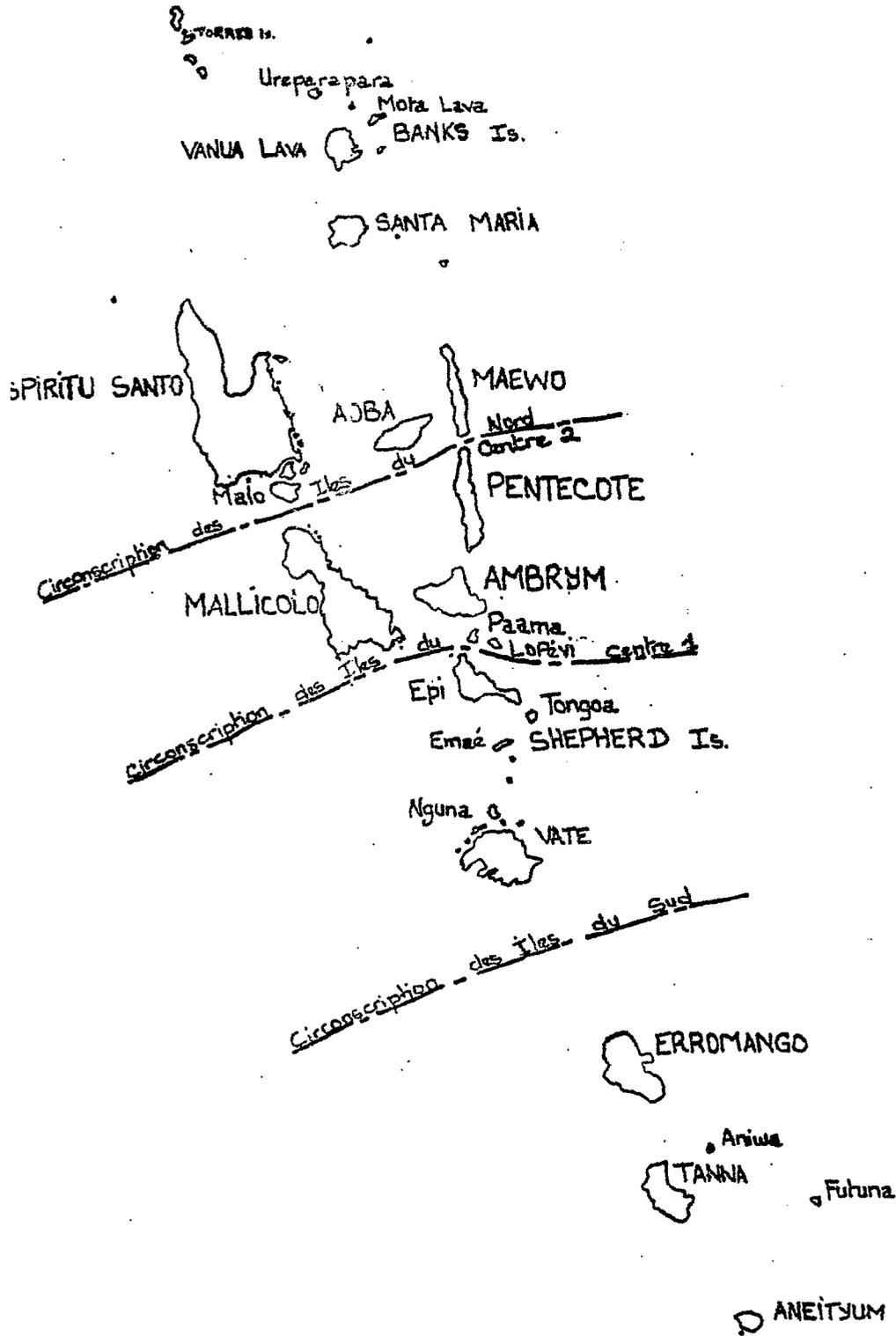
1. Evaluer l'état nutritionnel des enfants d'âge pré-scolaire et leur état de santé général
2. Etudier globalement le niveau de fertilité
3. Mettre à jour les savoirs, les croyances, les ressources thérapeutiques (traditionnelles et acquises) et les comportements villageois actuels dans la reproduction.

Nous proposons donc ce rapport :

1. Comme un document de travail et de réflexion sur l'approche interdisciplinaire d'une étude sur la procréation. Nous espérons donc que les critiques et les conseils seront nombreux. Les différentes disciplines intéressées sauront nous aider à affiner la méthodologie utilisée.
2. Comme un exposé des données de base concernant la reproduction dans une société ni-Vanuatou. Cette étude locale permet d'analyser le sujet sous différents aspects complémentaires. Les premiers résultats donnent des informations sur les problèmes nutritionnels des jeunes enfants, sur les pratiques d'allaitement et de sevrage, sur l'espacement des naissances et la contraception, sur les maladies traditionnelles des femmes enceintes etc...

Après avoir exposé brièvement dans quel contexte général se situe cette recherche, nous décrirons notre méthodologie en suivant les trois objectifs de départ et en donnant à chaque fois les premiers résultats obtenus :

CARTE 1 : Archipel de Vanuatu



15

16

17

18

## I - CONTEXTE GENERAL

### 1. PEUPEMENT (1)

Il existe sur Pentecôte cinq groupes linguistiques d'inégale importance.

- A l'extrémité nord de l'île, se trouvent les "Raga" dont la langue est également parlée au sud de Maewo. Ils seraient approximativement 3.500 locuteurs (recensement 1979). Ils sont culturellement très proches des sociétés de l'est Aoba et possèdent un système de lignage matrilineaire semblable à celui des hungwe d'Aoba (J. BONNEMAISON, 1980). Les hommes et les femmes portaient la jupe nattée. Ce sont des sociétés à grades, avec échange de cochons et de nattes, vivant dans des villages relativement peuplés (une centaine de personnes) et cultivant des jardins communautaires.
- Au sud de cette zone se trouvent les "Apma" qui prédominent par le nombre de leurs locuteurs (4.000 environ). La langue comprenait un certain nombre de dialectes dont deux principaux au Sud et au Nord de la Sesan (TRYON, 1976). On retrouve dans la toponymie la trace de ces dialectes disparus. La "langue de Namaram" et celle de "Melsisi" ont été étudiées par le P. GONNET en 1934, qui a laissé pour chacune d'elles, et sous forme de manuscrit, une grammaire et un dictionnaire. Ces documents sont déposés à la Mission Catholique de Melsisi.

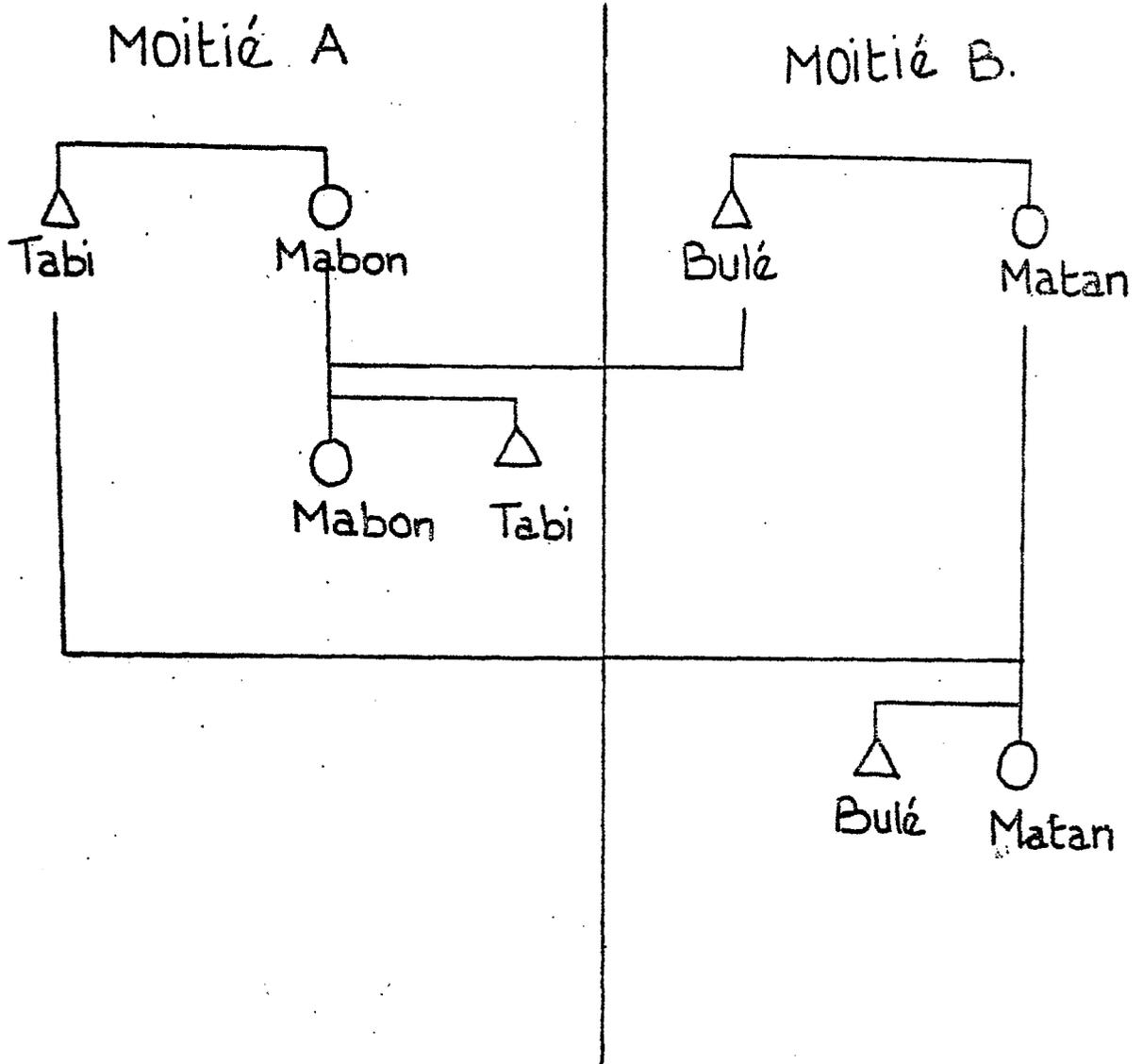
Les "Apma" portaient eux aussi le malmal et le tsip. L'habitat très dispersé, résultat sans doute d'une segmentation rapide de l'unité domestique, est virilocal strict. Il existe deux moitiés exogamiques non nommées, à transmission matrilineaire (voir schéma 1).

Les terres, en principe indivisibles, sont transmises en ligne paternelle. La soeur aînée du père joue un rôle important dans l'éducation des enfants. Par ailleurs, une relation privilégiée existe entre l'enfant

---

Note (1) : Pour cette partie de l'exposé, nous avons utilisé les travaux de J. BONNEMAISON.

SCHEMA 1 :



et son oncle maternel (2).

La culture "Apma" a reçu des influences du Nord et du Sud. L'organisation sociale est basée sur le leleutan, système de grades complexe donnant lieu à des échanges de cochons, de nattes, et de nourriture. Il existe un système de grades féminin très simple et dirigé par les hommes. Seules les femmes ou les filles de haut gradés y ont accès, sur l'initiative de leur mari ou de leur père. Le cycle agricole est basé sur la culture de l'igname (et du taro en brousse). Les femmes fabriquent toute la vannerie d'usage courant et les grandes nattes rouges (sese) qui servent aux échanges traditionnels et aux rites funéraires.

- Au Sud de la région "Apma" passe la rivière de Melsisi qui délimitait autrefois la zone d'extension du malmal et du tsip. Au Sud de cette rivière habitaient les "Sowa" dont il ne reste aujourd'hui que quelques locuteurs. Les "Sowa" et tous les peuples situés plus au Sud de l'île portaient le nambas pour les hommes, et la jupe d'herbe pour les femmes. Aujourd'hui les "Sowa" ont été absorbés par les "Apma" dont ils parlent la langue. Une partie du vocabulaire sowa a été incluse dans le Apma.

Dans la région de baravet et hot water vivent les "Seke", réduits à 200 locuteurs (Tryon, 1972).

Enfin, à l'extrémité Sud de Pentecôte, on rencontre les "Sa" au nombre de 1.750 locuteurs, localisés dans quelques gros villages. Leur organisation socio-culturelle est très proche de celle du Nord Ambrym (voir au sujet des Sa les travaux à paraître de M. Joly). Ils possèdent un système de parenté à filiation patrilinéaire.

D'un point de vue administratif, Pentecôte appartient au district 2 (il y a 4 districts dans l'archipel).

L'île est elle-même divisée en 7 aires d'état civil (voir carte 1 bis).

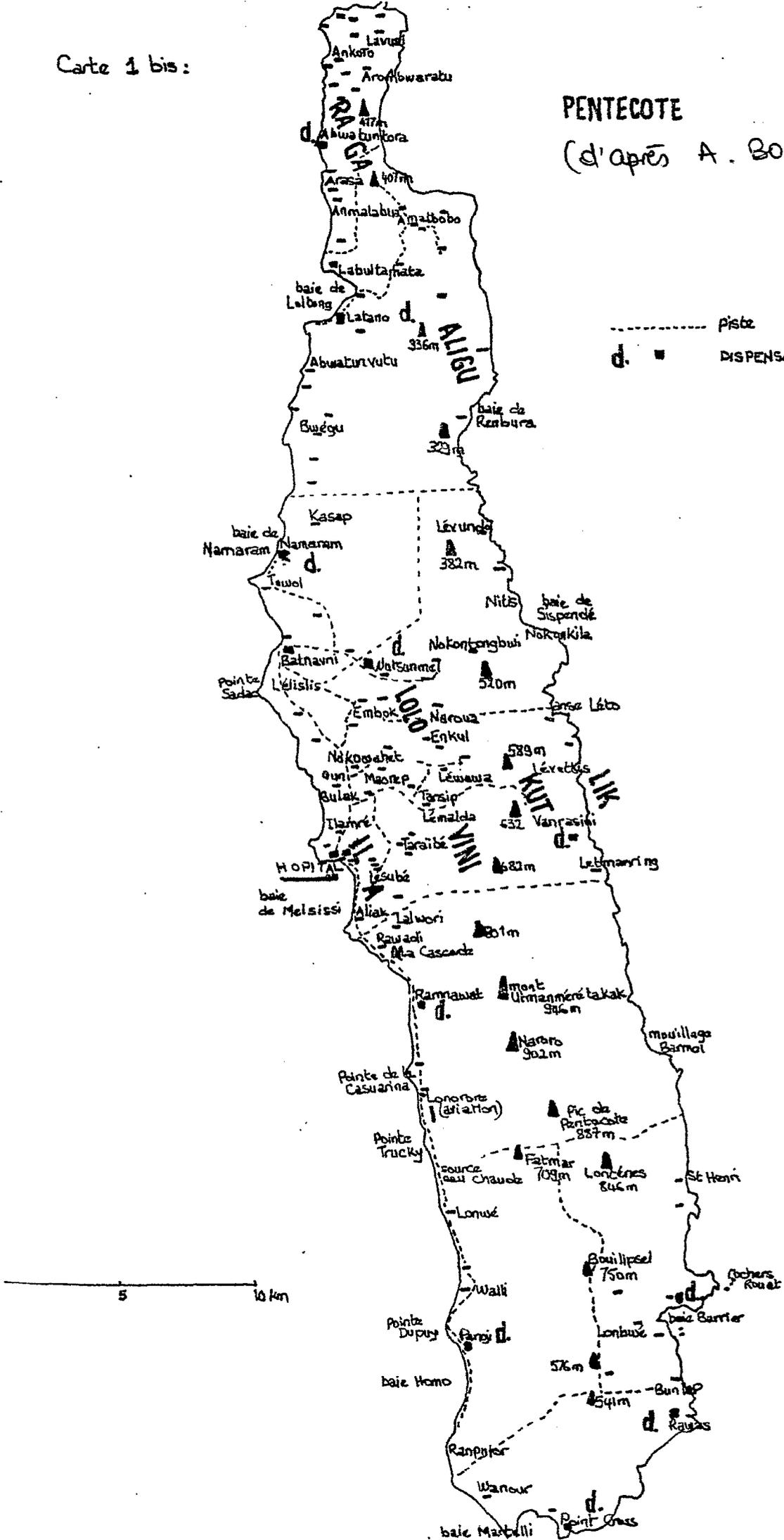
---

Note (2) : Dans le cadre de ce rapport, nous ne développerons pas le système de parenté qui sera traité ultérieurement. Il en sera ainsi des principaux aspects de la culture "Apma" qui feront l'objet d'une monographie en fin de recherches.

Carte 1 bis:

PENTECOTE

(d'après A. Bouix - 1982)



## 2. Les structures sanitaires

Depuis l'indépendance, le gouvernement de Vanuatu s'est attaché à unifier le système national de santé, autrefois géré par les administrations franco-britanniques assistées par les missions et l'OMS. Les services médicaux gouvernementaux néo-hébridais dirigeaient quelques-unes de ces institutions. Actuellement l'archipel est divisé en 5 districts médicaux (voir carte 2).

Chaque district est confié à un officier de santé (district medical officer) responsable de la médecine curative et de la médecine préventive (voir schéma 2). Il dépend du directeur de la santé et se doit d'assurer à l'échelon local les différents programmes de santé conçus à l'échelon national.

Pentecôte est attachée au district Est, créé en 1983. Le DMO de ce district est basé à Lolowai, sur Aoba, et effectue des tournées de contrôle régulières dans les îles dont il a la charge.

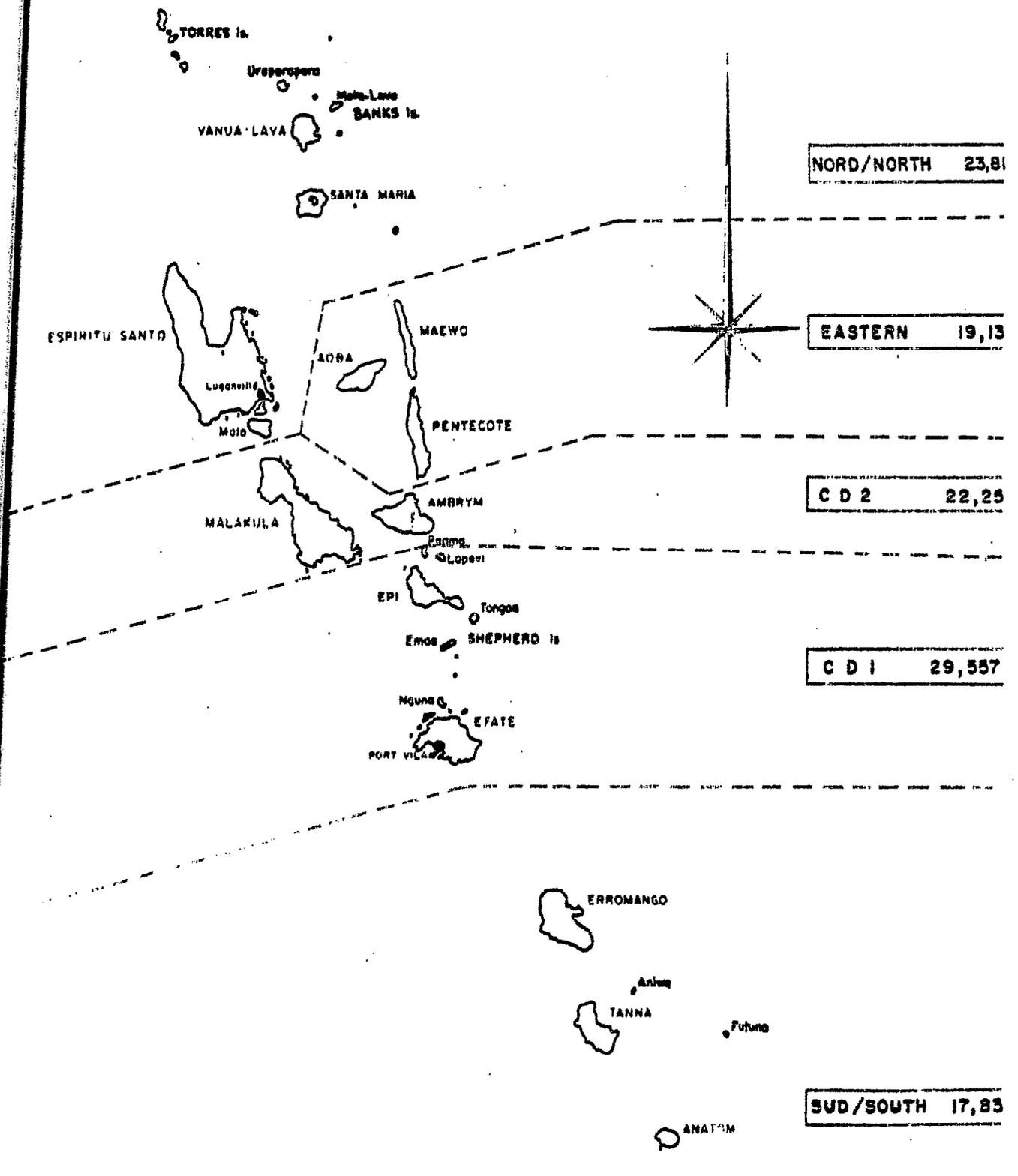
Au début de l'année 1982, un programme de soins de santé primaire a débuté sur Pentecôte. On donnera ultérieurement un historique de ce programme.

L'île est divisée en 11 zones sanitaires, pourvue chacune d'un dispensaire ou d'un Centre de Santé qui supervise de 1 à 3 postes d'aide (voir tableau 1 et carte 3).

En juillet 83, le Centre Pentecôte disposait donc :

- d'un hôpital : situé à Melsisi et dirigé par un médecin expatrié (le Dr. F. Bach). Les travaux d'agrandissement de l'hôpital ont débuté en 1983.
- 4 dispensaires ou centres de santé (l'hôpital de Melsisi joue en outre le rôle de dispensaire pour une zone sanitaire).
- 8 postes d'aide prévus : l'un (lesasa) fonctionne déjà. Les sept autres devraient s'ouvrir prochainement.

**CARTE 2 : Les districts sanitaires de Vanuatu**



Echelle : 1/4 000 000

0 100 200km

**SCHEMA 2 : Organisation sanitaire de Vanuatu .**

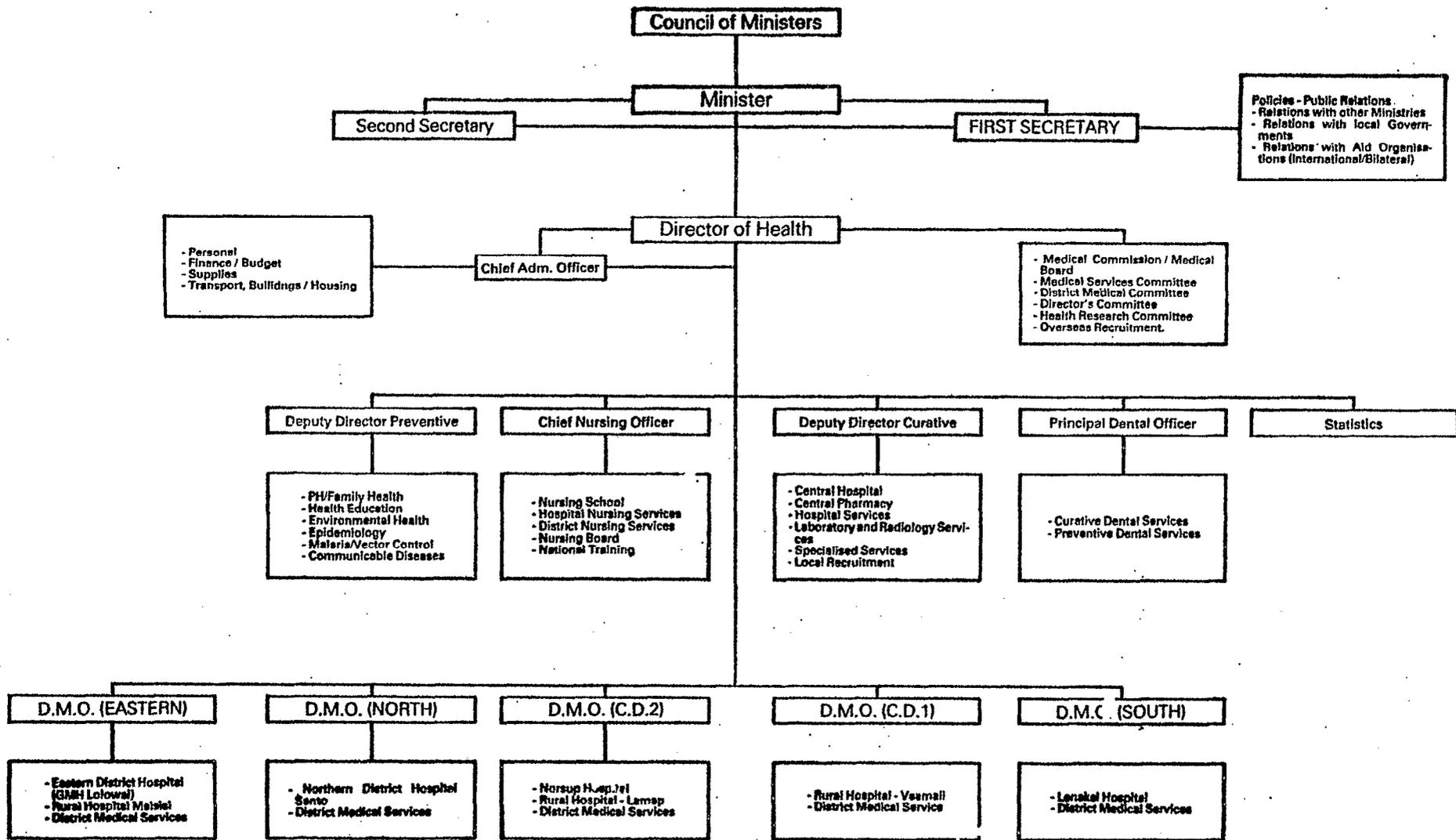
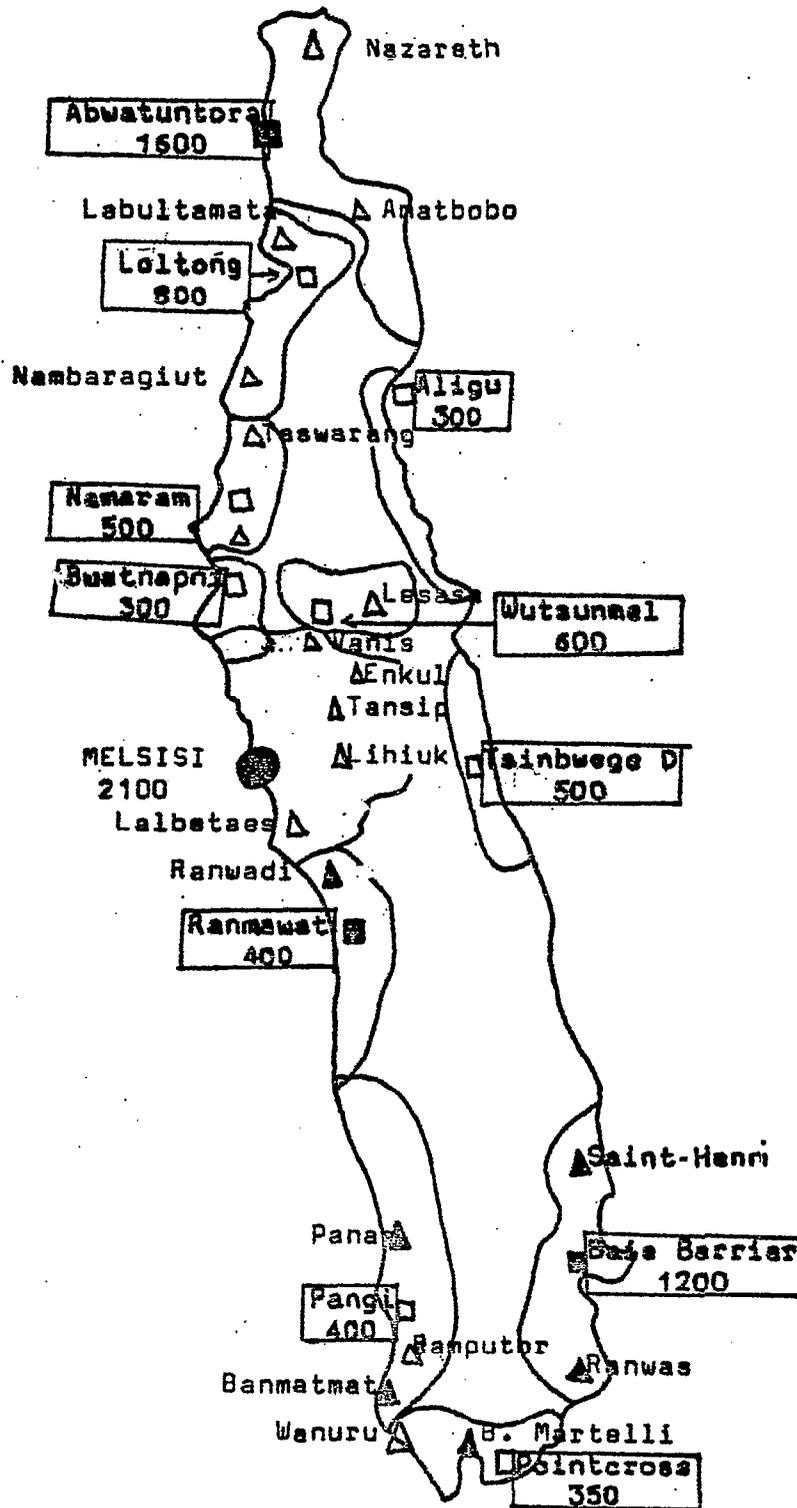


TABLEAU 1 : Structure sanitaire de Pentecôte (d'après F. BACH, 1983)

Dispensaire ou centre santé	Poste d'aide en fonction	Poste d'aide prévu
Point Cross	Harop	Wanuru
Pangi	Paanas Banmatmat (école)	Ramputor
Baie Barrier	Ranwas St Henry	
Ranmawat	Ranwadi	
Hopital Melsisi		Lalbetaes Lihuk Fansip
Bwatnapni		
Wutsumel		Lesasa
Namaram		Keke Tasvarang
Aligu		
Loltong		Labultamata Nambaraguit
Abwatuntora		Anatbobo Nazareth

Note (2 bis) : Les données de ce tableau établies en février 1983 ne sont plus exactes en octobre 1983.

**CARTE 3 : Structures sanitaires de Pentecôte (d'après F. BACH, 1983).**



- ▲ Poste d'aide en fonction
- △ Poste d'aide prévu
- Centre de soins
- Hôpital rural
- Dispensaire
- C Population concernée par le D. ou CS. ou H. et population approximative.

Enfin tous les villages reçoivent la visite d'une équipe mobile de protection maternelle et infantile (1 mois sur 2), et ont bénéficié en 1983 de trois tournées de vaccinations.

Ainsi, les structures sanitaires sont relativement accessibles et une heure de marche suffit le plus souvent à rallier un établissement capable de dispenser les soins de première urgence.

### 3. DONNEES DEMOGRAPHIQUES

#### 3.1. Données générales

Les données démographiques sont tirées du "rapport sur le recensement de la population, 1979" volume 1 : tables de base juin 1983.

Il y a sur Pentecôte 9361 hab. sur une superficie de 499 km<sup>2</sup>. La densité est de 18.8 hab./km<sup>2</sup>. On dénombre 1923 ménages répartis dans 305 localités. Ces localités sont regroupées en 96 villages que nous préférons appeler "aire de peuplement".

La répartition de la population de langue "Apma" est donnée dans le tableau 2. Elle recouvre trois aires d'état civil (Centre - Watsunmel - Melsisi) et s'étend à 4 autres villages frontaliers Singmel et Tasvarango au nord, Vanu et Lalsalako au sud. La limite sud est encore imprécise. A partir de Lalsalako beaucoup de gens parlent à la fois le Seke et le Apma.

Toutes les localités ont moins de 200 habitants et la plupart des localités de langue apma ont moins de cinquante habitants. (schéma 3).

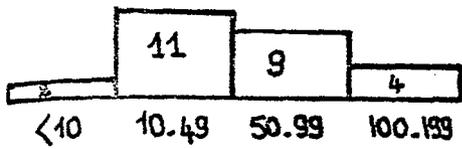
Plus de la moitié de la population de langue apma est de religion catholique (tableau 3).

La répartition de la population, selon l'âge et le sexe est donnée dans le tableau 4. Les données au niveau de l'aire d'état civil sont disponibles depuis peu et nous dresserons ultérieurement la pyramide des âges de

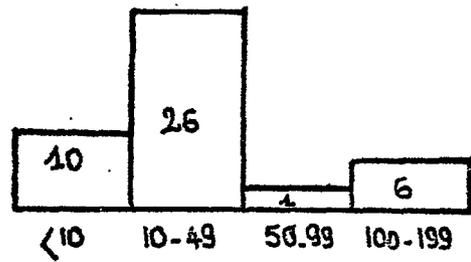
TABLEAU 2 : Répartition de la population selon la langue Apma.

	M	F	T	Nombre de ménage
Singmel	5+	7	12	3
Tasvarongo	23	21	44	9
Centre	361	329	690	146
Wutsunmel	455	430	885	190
Melsisi	1.216	1.201	2.417	482
Lalwori	107	112	219	52
Vanu	19	10	29	8
Lalsalako	6	2	8	1
<hr/>				
TOTAL	2.192	2.112	4.304	891

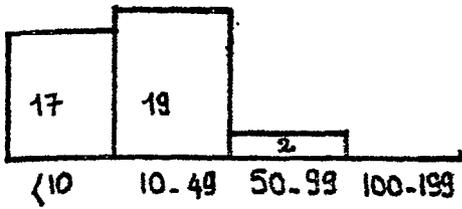
SCHEMA 3 : Taille des localités à Pentecôte selon l'aire d'état civil.



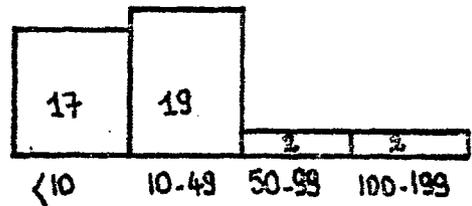
Abwatuntora : 26 localités



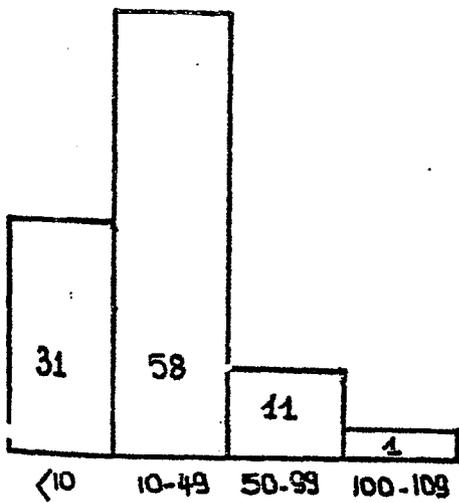
Labultamata : 43 localités



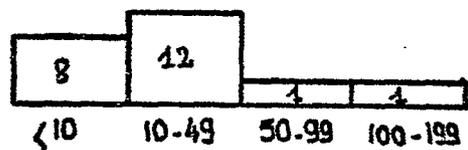
Centre : 38 localités



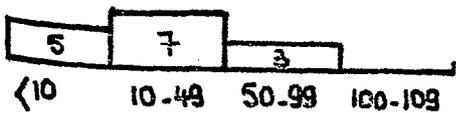
Wuntsumel : 40 localités



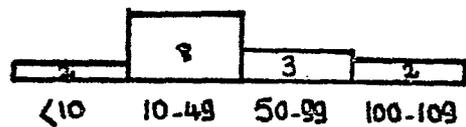
Melsisi : 101 localités



Ranmawat : 22 localités



Baie Homo : 15 localités



Baie Barrier : 15 localités



Baie Martéali : 5 localités



TABLEAU 3 : Répartition de la population de Pentecôte selon la religion

Aire d'état civil	Anglican	Cathol.	Church of Christ	Seven day Adventi.	Presbyt.	Coutume	Autres	Sans religion	Non spécifique	Total
Abwatuntora	1.352	6	3	4	-	-	-	-	27	1.592
Labultamata	1.318	169	-	-	1	-	-	-	45	1.533
Centre	198	203	222	-	-	-	-	6	61	690
Wutsunmel	273	26	165	126	1	-	1	8	285	885
Melsisi	404	1.907	-	-	1	1	-	3	101	2.417
Ranawat	2	229	226	-	1	-	-	-	67	525
Baie Homo	8	68	312	4	2	10	-	-	15	419
Baie Barrier	2	398	14	-	1	324	-	1	21	761
Baie Martelli	196	150	158	-	0	1	-	5	23	539
TOTAL	3.953	3.156	1.100	134	7	342	1	23	645	9.361

**TABEAU 4 : Pyramide des âges et répartition par âge de la population à Pentecôte**  
(données provisoires parues avant le rapport final de juin 1983).

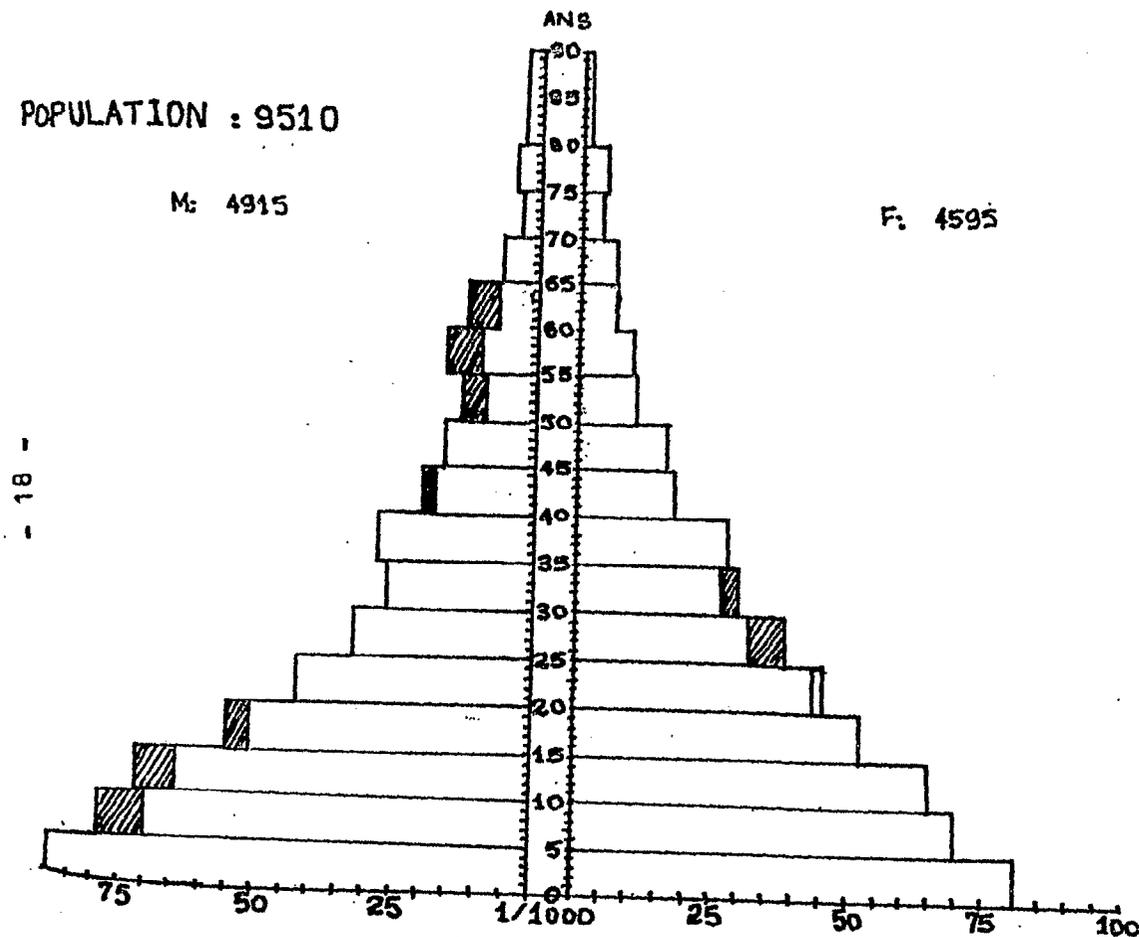
No. 14

PENTECOTE : 1979.

POPULATION : 9510

M: 4915

F: 4595



SEX E -- SEX			GRUPE D'
M	F	TOTAL	AGE
			GROUP
849	767	1 616	0 - 4
745	660	1 405	5 - 9
680	615	1 295	10 - 14
522	490	1 012	15 - 19
403	427	830	20 - 24
303	361	664	25 - 29
248	279	527	30 - 34
265	261	526	35 - 39
186	165	351	40 - 44
152	151	303	45 - 49
123	99	222	50 - 54
151	92	243	55 - 59
117	62	179	60 - 64
59	60	119	65 - 69
29	36	65	70 - 74
38	41	79	75 - 79
45	29	74	80 +
8	3	11	AGE SEX (E) NS
4 923	4 598	9 521	TOTAL

▨ Population excédentaire, masculine ou féminine.

la population "Apma".

La plupart des habitants de Pentecôte sont nés sur l'île. On trouvera dans le tableau 5 et la carte 4 les lieux d'origine de la population immigrée. Les femmes qui présentent des risques obstétricaux sont évacuées sur Lolowai, Santo ou Vila ce qui explique en partie le nombre plus important de naissances à Aoba, Santo ou Efate. Par ailleurs des relations d'échange traditionnelles ont lieu entre Pentecôte, Malekula, Maewo et Ambrym.

### 3.2. Statistiques médicales

Les informations concernant les statistiques médicales sont tirées de "Compte rendu d'activité du département de médecine préventive pour l'année 1982" (madama Taga).

Le taux de natalité (birth rate) est de 3.2 % en 1982 pour tout le Vanuatu. Le taux de mortalité infantile était de 80 pour 1000 naissances vivantes en 1978.

Une étude détaillée des consultations prénatales, des accouchements hospitaliers et de la fréquentation des services de planning familial est en cours. Nous cherchons à déterminer :

- les pourcentages d'enfants nés au village et nés dans un dispensaire,
- le nombre de femmes enceintes qui suivent les consultations prénatales.

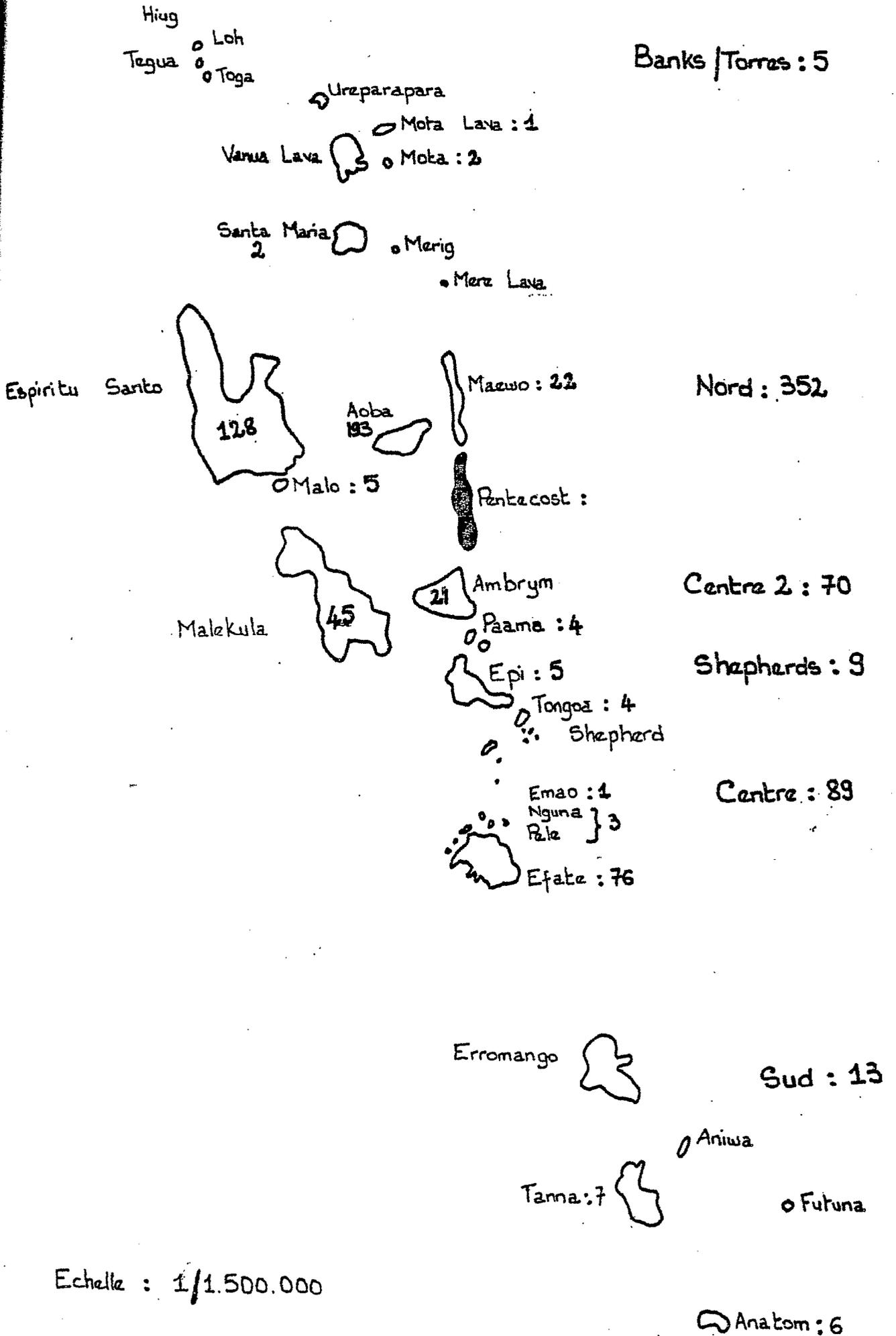
Le seul hôpital de Melsisi a assuré en 1982, 47 visites prénatales dont 15 premières visites.

Toutes ces informations une fois mises en ordre seront publiées dans le document "les "Apma" du Centre Pentecôte : aspects démographiques de la fécondité féminine."

TABLEAU 5 : Répartition de la population selon le lieu de naissance.

- Pentecôte	:	8.806	)	
- Malekula	:	45	)	Centre 2
- Ambrym	:	21	)	8.876
- Paama	:	4	)	
- Mota Lava	:	1	)	
- Mota	:	2	)	Banks Torres
- Santa Maria	:	2	)	5
- E. Santo	:	128	)	
- Malo	:	5	)	
- Aoba	:	193	)	Nord
- Maewo	:	22	)	352
- Epi	:	5	)	
- Tongoa	:	4	)	Shepherds
- Efaté	:	76	)	9
- Nguna/Péleé	:	3	)	
- Emao	:	1	)	Centre
- Tanna	:	7	)	89
- Anatom	:	6	)	
- Outre Mer	:	7	)	Sud
- N.S.	:	3	)	13

CARTE 4 : Iles d'origine de la population immigrée



Echelle : 1/1.500.000

## Conclusion

L'étude concerne la population "Apma" du centre Pentecôte, soit 4.300 personnes environ réparties dans 150 petites localités de moins de 50 habitants (chiffre arrondi). Pour des raisons de commodité méthodologiques nous nous sommes principalement intéressés à la population "Apma" de religion catholique, soit 2.000 personnes environ groupées autour de Melsisi. Nous exposerons maintenant la méthodologie suivie dans nos recherches et les principales étapes du programme.

## II - METHODOLOGIE ET PRINCIPALES ETAPES DU PROGRAMME

En accord avec les responsables gouvernementaux et les autorités coutumières locales, les recherches portent sur 16 villages du Centre Pentecôte, situés à l'ancienne frontière entre les aires linguistiques apma et sowa. Ces villages, peu peuplés comme tous ceux de la région, sont groupés en trois zones de peuplement aliak, lembati, et lalwori (carte 5).

Dans chaque zone, nous avons effectué :

- le relevé des généalogies,
- l'histoire du peuplement,
- le recensement précis.

Les données concernant les généalogies et l'histoire du peuplement seront définitivement complétées et vérifiées dans les mois à venir.

Le recensement a permis de fixer l'état de la population au 1er juillet 1982. Toutes les naissances, mariages et migrations survenues après cette date n'ont pas été pris en compte.

La tranche d'âge 15-49 ans, déterminée en calculant les âges en années révolues, comprend toutes les femmes nées entre le 1er juillet 1935 et le 1er juillet 1967. Toutefois il est difficile de connaître le mois de naissance de certaines femmes nées avant 1933. Nous les avons arbitrairement

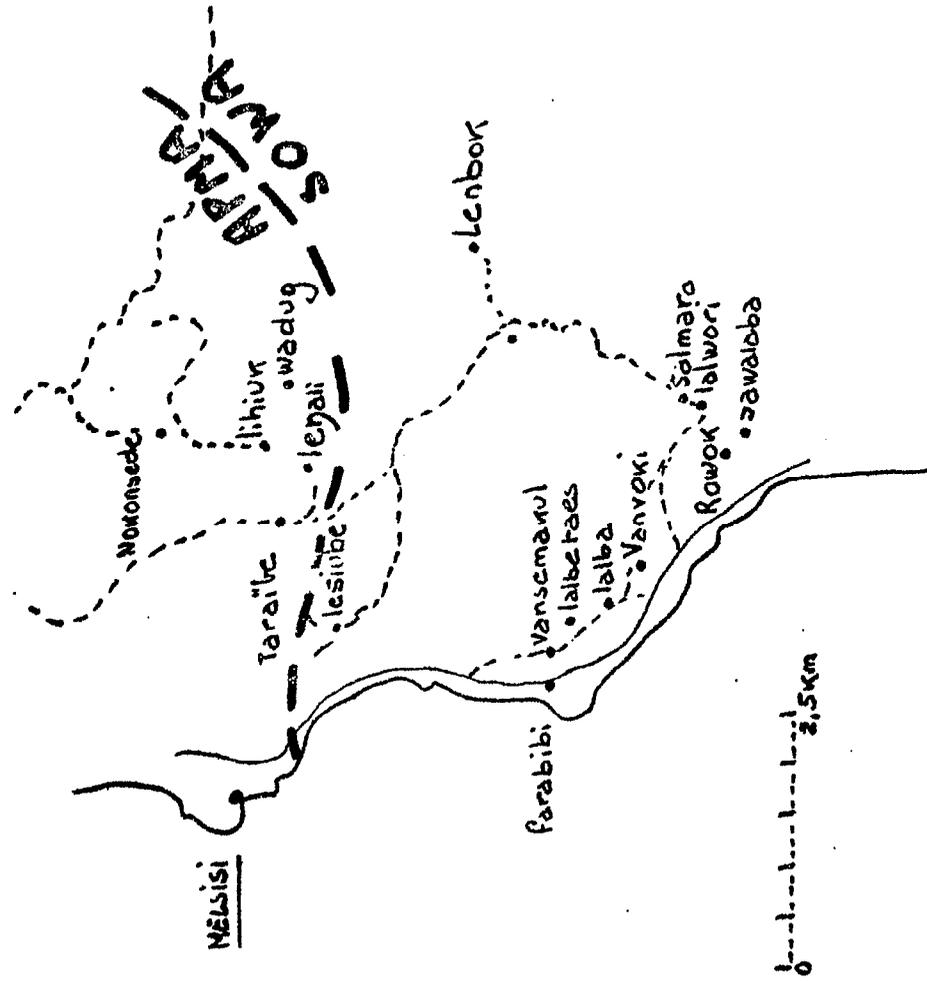


TABLEAU 5 : Aires d'études

ment incorporées au groupe 15-49 ans. Enfin les habitants absents temporairement pour une raison professionnelle ou universitaire sont comptés comme faisant partie du village. (tableau 6).

A titre comparatif, un deuxième recensement a eu lieu en juillet 1983 et le dernier aura lieu en juillet 1984.

### 1. EVALUATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL ET SANITAIRE DES ENFANTS D'AGE PRESCOLAIRE

Notre premier souci a été d'évaluer l'état sanitaire des populations étudiées.

Les cahiers de consultation hospitalière sont dépouillés pour les années 1982 et 1983. Ils feront l'objet d'un traitement particulier. Par ailleurs, nous avons soumis tous les enfants d'âge pré-scolaire à une série de mesures anthropométriques et à un examen clinique sommaire (fiche 1 en annexe). Les mères ont été interrogées sur l'alimentation passée et présente de leur enfant (fiche 2 en annexe). Les enquêtes menées en avril, juillet et septembre 1982 ont permis d'examiner 93 enfants et d'interroger 62 mères, dans l'aire d'étude précitée (3). Toutes ces données ont fait l'objet d'un rapport préliminaire (4). Nous en donnerons ici les principaux résultats.

---

Note (3) : Une enquête similaire a été menée dans l'aire de Wutsummel, située plus au nord. De plus dans la même région, nous avons examiné 140 enfants scolarisés, à titre comparatif. Malheureusement des problèmes techniques (difficultés à préciser les dates de naissance dans cette région) et des problèmes de temps, nous ont empêché d'exploiter ces données, toujours disponibles. Enfin la même enquête a été faite dans l'aire de Namaram, par une élève de l'école de Tagabé (Annick Tabi Bang).

Note (4) : Pour plus de détails sur ces problèmes consulter "état nutritionnel des enfants d'âge pré-scolaire dans le centre Pentecôte" ORSTOM - A. Walter, Document de travail n° 1. Décembre 1982.

TABLEAU 6 : Description de la population d'étude

Région	Village	Population totale			Femmes 15/49 ans	Enfants 0/7 ans	Femmes Mariés
Aliak	Vansemakul	94	46	48	21	16	21
	Farabibi	23	12	11	5	3	4
	Lalbetaes	59	34	25	13	6	10
	Lalba	39	23	16	9	8	9
	Lesiube	83	39	44	19	16	16
TOTAL		298	154	144	67	49	60
Lalwori	Vanwoki	27	14	13	5	4	4
	Rowok	14	7	7	2	1	2
	Sawalaba	49	26	23	13	9	9
	Lalwori	93	51	42	27	22	23
	Salmara	18	10	8	7	2	4
	Lenbok	32	14	18	7	6	8
TOTAL		233	122	111	54	44	50
Lembati	Taraïbe	29	19	10	6	5	4
	Legali	41	21	20	10	7	8
	Wadug	13	5	8	4	1	3
	Lihiuk	40	22	18	8	8	7
	Nokonsede	19	13	6	4	1	4
TOTAL		142	80	62	32	22	26
TOTAL	16 villages	673	356	317	153	115	136

### 1.1. Les mesures anthropométriques (courbes 1 et 2) (5)

- Entre 12 et 35 mois plus d'un enfant sur deux présente un fléchissement de sa courbe de poids et de taille, se situant au-dessous des 3e percentiles des courbes de référence.
- les périmètres craniens et thoraciques sont inférieurs aux valeurs standards au cours des deuxième et troisième années d'existence.
- les tours de bras des enfants âgés de 12 à 35 mois sont inférieurs aux normes standard, mais restent toutefois égaux ou supérieurs à 90 % de la norme de référence.
- enfin les valeurs moyennes du pli cutané tricipital se situent entre 60 et 80 % des normes de référence, c'est-à-dire sous la ligne limite de la malnutrition définie par Jeliffe. Ce paramètre nous paraît toutefois peu fiable car il subit des variations en fonction des conditions d'examen.

En conclusion, jusqu'à l'âge d'un an les paramètres des enfants examinés sont proches des normes standard. Au cours des deuxième et troisième années on note des retards plus ou moins importants sur tous les paramètres. S'il n'y a pas, dans le centre Pentecôte de malnutrition aigue (nous n'avons trouvé qu'un seul cas de marasme) il y a des problèmes de malnutrition chronique dont le retentissement sur l'état immunitaire devrait être étudié. Au cours des deux premières années d'existence, 44 % des enfants ont souffert de diarrhée et 56 % d'accident fébrile. Presque tous les enfants présentaient des signes d'infection cutanée, plus ou moins graves.

### 1.2. L'interrogatoire des mères

Les enfants sont allaités longtemps, jusqu'à 16 mois au moins et 36 mois au plus. Autrefois le bébé était allaité dès le premier jour de sa naissance. Aujourd'hui on attend le deuxième jour, perdant ainsi tout le bénéfice du colostrum. Il nous semble qu'un complément d'information devrait être fait aux infirmières pour remédier à cette nouvelle pratique, peu efficace.

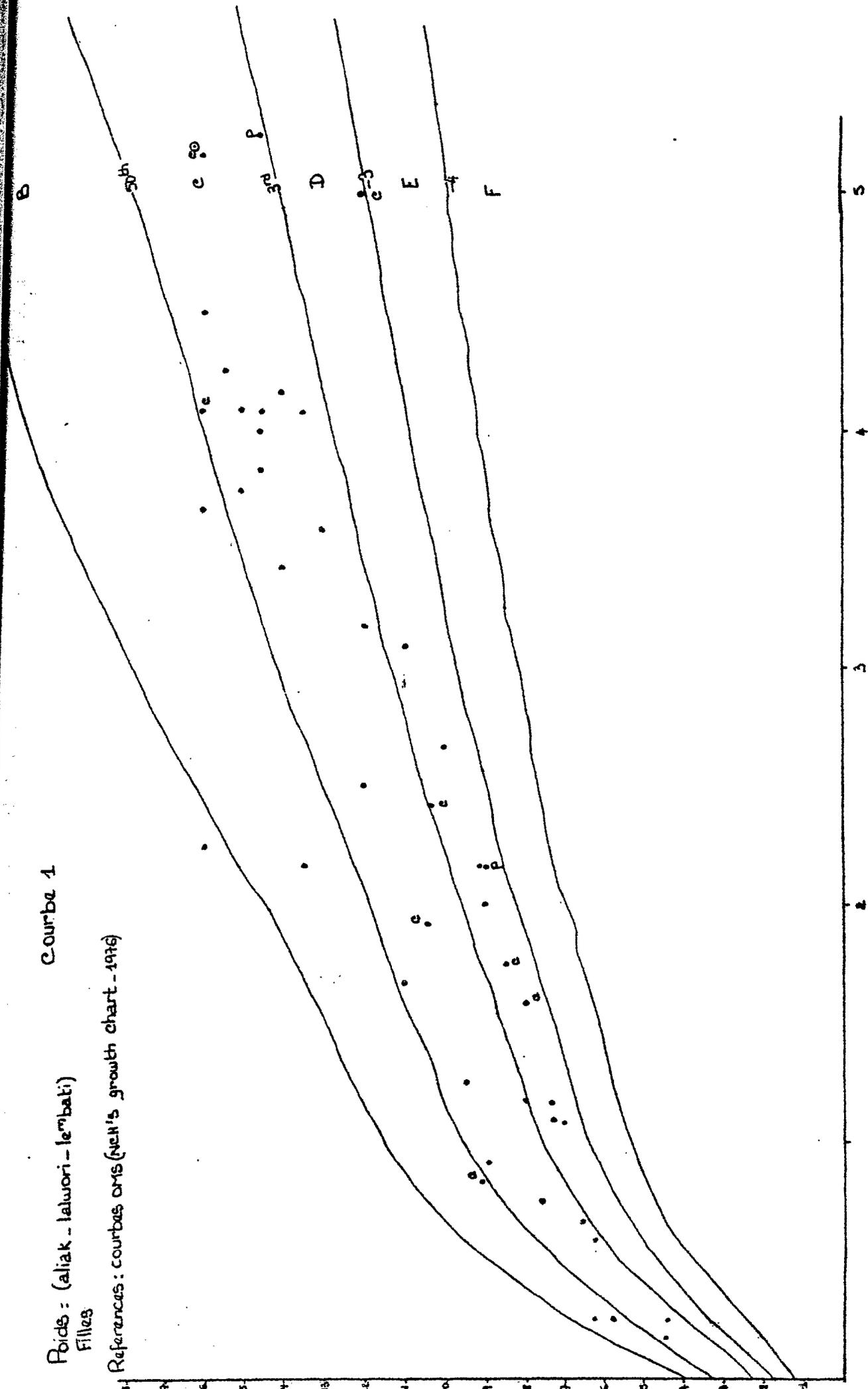
---

Note (5) : Nous donnons ici les courbes de poids et de taille des filles à titre indicatif. Les autres courbes sont disponibles dans le document de travail précité (note 4).

Courbe 1

Poids : (aliak - lalwari - lembati)  
Filles

References : courbes OMS (Nelli's growth chart - 1976)

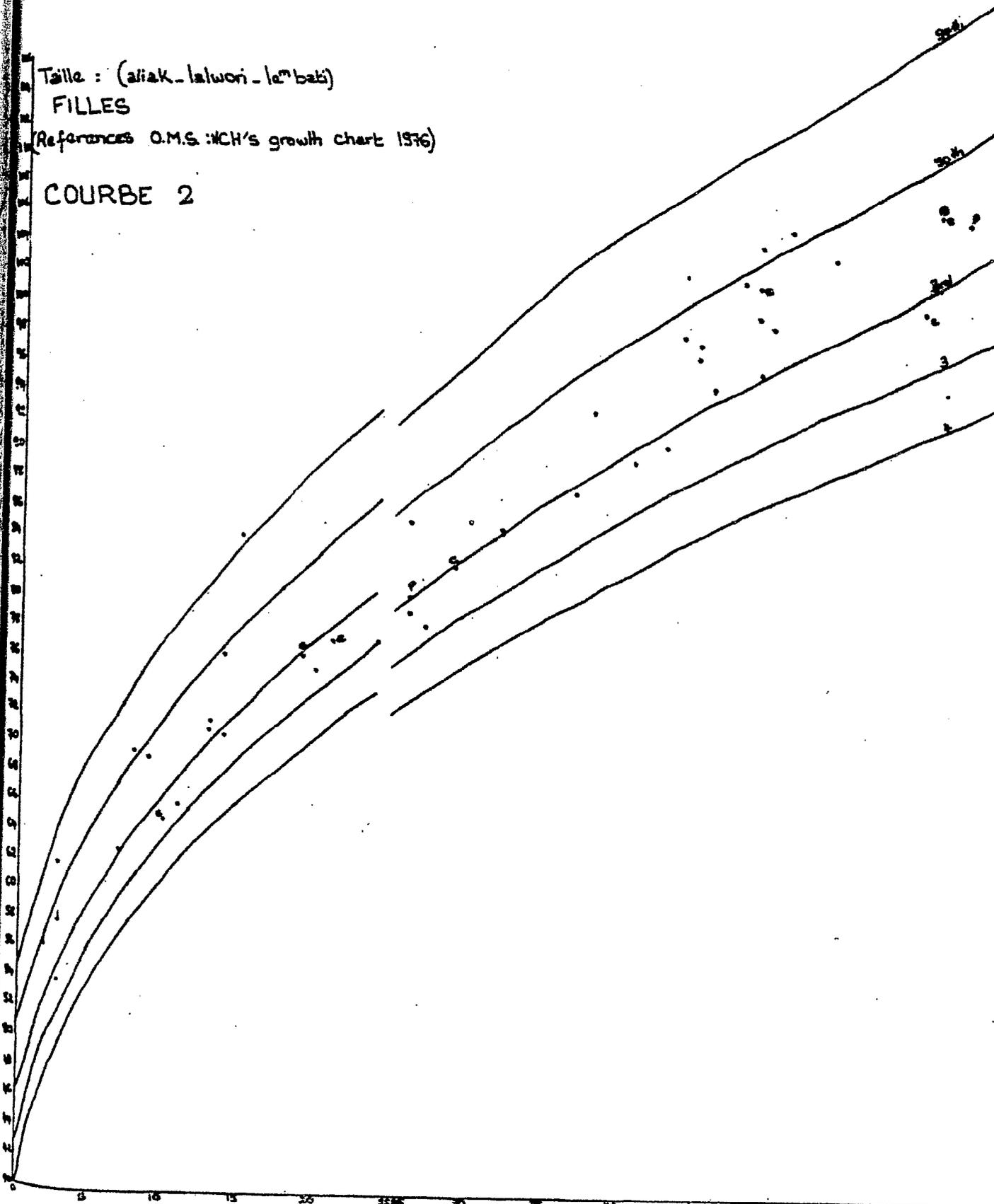


Taille : (aliaK - lalwori - le<sup>m</sup> baki)

FILLES

References O.M.S. : WCH's growth chart 1976)

COURBE 2



L'allaitement est assuré à la demande, de jour comme de nuit. Il n'est jamais interrompu tant que l'enfant "n'est pas fort", c'est-à-dire qu'il ne mange pas de tout, et qu'il ne marche pas. La survenue d'une nouvelle grossesse contraint la mère à arrêter l'allaitement. Le lait altéré par la présence du foetus risquerait selon elle d'engendrer des accidents diarrhéiques chez l'enfant allaité. Toutefois si aucune grossesse ne survient, et la mère y prend garde, comme nous le reverrons, en s'abstenant de toute relation sexuelle avec son mari, l'enfant est allaité jusqu'à deux ans. Au-delà de cet âge la poursuite de l'allaitement dépend du désir de l'enfant, de la qualité de la lactation maternelle, et, là encore, de la survenue d'une nouvelle grossesse.

Pour s'assurer une bonne lactation les mères consomment des fougères dont nous avons déjà relevé 9 espèces, déterminées au laboratoire des plantes médicinales (P. Cabalion - S. Séoulé - C. Sam) :

- matkokon (APOC) *Erytania obtusiuscula* (AW. 8)
- wowos (MORA) *Ficus wassa* (AW. 7)
- usuka (CUCU) *Trichosanthes dieniensis* (AW. 23)
- kalospah (DENN) *Microlepia cf speluncae* (AW. 24)
- ilakmet (indéterminée) (AW. 25)
- kaskas (FOUG) *Tectaria latifolia* (AW. 36)
- taval (FOUG) *Pteris* sp. (AW. 27)
- boro (SOLA) *Solanum nodiflorum* (PC. 1192).

Le sevrage en lui-même n'est pas un évènement pertinent. L'acquisition de l'alimentation adulte est une étape bien plus importante et, dès les premiers mois, la mère s'y emploie avec persévérance. L'allaitement pur est de courte durée (3 semaines ou 1 mois). Les jeunes générations ont tendance à prolonger au delà de cette date l'allaitement pur.

La mixité débute par l'introduction de Taro Fidji (*Alocasia macro-rhiza*) longuement mâché par la mère avant d'être introduit à l'aide de l'index dans la bouche d'un nourrisson parfois récalcitrant. Puis les tubercules sont introduits progressivement, suivis, dès que l'enfant a des dents, par les légumes verts puis par la viande. En fait c'est vers 14 mois que

l'enfant passe, parfois très rapidement, d'une alimentation spéciale à une alimentation adulte. A cet âge les choses se brusquent un peu. En l'absence de réelle nourriture de transition, à un âge où le lait maternel devient insuffisant, l'enfant se voit offrir une série de mets adultes qu'il a souvent du mal à accepter d'emblée. C'est à cet âge que les paramètres anthropométriques chutent sur toutes les courbes.

Un don que l'on appelle baratenan a lieu lorsque l'enfant pousse sa première dent, fait ses premiers pas, prononce ses premiers mots, cuisine son premier lap-lap (pour les femmes) tisse son premier panier et d'une manière générale réalise quelque chose pour la première fois. La mère offre alors une petite natte (tsip) à la soeur aînée du père. Il ne semble pas qu'un baratenan marque l'absorption du premier aliment solide ou liquide par le nourrisson mais des interrogatoires plus poussés préciseront ce point.

### 1.3. Conclusions

Au terme de cette enquête, nous avons donc recueilli certaines informations intéressantes. D'une part les problèmes de malnutrition semblent être de nature chronique et surviennent, comme cela est classique, au cours de la deuxième année. Des études spécialisées permettraient de déterminer plus précisément la période critique mais elles dépassent largement le cadre du programme. Au premier abord cette "crise nutritionnelle" de la deuxième année semble être partiellement due à un passage trop rapide à une alimentation adulte. Cette nourriture, même équilibrée peut être un peu sèche et difficile à absorber par un très jeune enfant. De plus l'allaitement maternel n'assure plus à cet âge un apport protéinique suffisant. Cet allaitement est correctement mené sauf peut-être sur un point. Les tétées de nuit, nombreuses, sont données très longtemps, aussi longtemps que l'allaitement lui-même. Elles contribuent à assurer une grande fréquence des tétées qui retardent sans doute l'ovulation et les risques d'une nouvelle grossesse mais elles épuisent une femme déjà fatiguée par de lourdes charges domestiques. Les recherches futures sur l'allaitement devraient prendre en compte ce fait et mettre en corrélation les fréquences d'allaitement, les risques d'ovulation et le surcroît de travail infligé à une femme par ces tétées nocturnes.

Les deux critères invoqués par une mère pour justifier l'arrêt de l'allaitement sont : la survenue d'une nouvelle grossesse et "l'enfant mange bien".

Le deuxième critère amène à parler des problèmes de mixité qui, comme nous l'avons vu commencent tôt. Le lait maternel n'est pas considéré comme un aliment mais comme une boisson. L'une des principales responsabilités de la mère est donc d'apprendre à son enfant à manger, et, tant qu'il n'en sera pas capable elle continuera à l'allaiter. Le lait maternel, perçu comme boisson est aussi un fluide passant du corps de la mère à celui de son enfant. L'allaitement est une prolongation de la gestation et la mère, dès lors, ne peut à la fois allaiter et être enceinte. Ceci nous ouvre un champ de recherche important en ce qui concerne d'une part les savoirs sur le corps, d'autre part la représentation de la procréation. De même pendant sa grossesse la mère ne peut avoir aucun rapport avec son mari. Ce sont là des problèmes que nous analysons tout au long de la recherche. Le premier critère, la survenue d'une nouvelle grossesse, nous conduit à l'étude des intervalles de naissance.

La première enquête nous avait permis de lier contact avec les femmes, de nous faire connaître, et de pouvoir aborder des problèmes plus précis concernant la procréation, dans une société où "on ne parle pas de ces choses là".

## 2. ETUDE DU NIVEAU DE FERTILITE

- Nous disposons de trois ordres de données pour étudier la fertilité des femmes de Pentecôte
- les données nationales du recensement de 1979
- les données locales des registres paroissiaux
- nos enquêtes personnelles.

### 2.1. Données du recensement 1979 et des registres paroissiaux

A partir de ces deux sources de données, complétées par les registres de naissance hospitaliers, les listes électorales, et les cahiers d'inscription scolaire, nous établissons un fichier conçu de la façon suivante :

Chaque couple marié est inscrit sur une fiche individuelle, (fiche 3 en annexe), classée selon l'ordre alphabétique de la femme et complétée par les différentes sources de données. Actuellement, nous disposons de 200 fiches complètes. Il reste à mettre au point une centaine de fiches supplémentaires. Ce fichier qui pourrait bénéficier d'un traitement informatique permettra d'obtenir les données suivantes :

- zones d'échange matrimoniales,
- âge au premier mariage,
- taux de natalité,
- taux de fertilité,
- intervalle des naissances.

Nous établissons ce fichier du 1er janvier 1953 au 31 décembre 1982 pour les mariages. Puis nous relevons tous les enfants nés de ces couples avant le 31.12.1983.

Les registres paroissiaux de Melsisi sont établis pour la population catholique du centre Pentecôte. Ils excluent donc toute la population Apma Church of Christ et Seven Day Adventist dont les registres paroissiaux sont tenus dans chaque église du village, ce qui rend très difficile la collecte des données. Le fichier ne prend donc pas en compte toute la population Apma mais les villages Apma catholiques pour lesquels les informations notées sur les registres paroissiaux sont suffisantes.

Nous aurions aimé pouvoir consulter les feuilles de ménage du recensement 1979. Malheureusement les autorisations nécessaires à la consultation de ces fiches sont très difficiles à obtenir. Vu l'ampleur de la tâche, nous aimerions pouvoir :

- 1°. engager un assistant de recherche pour la collecte de données et les premiers dépouillements,
- 2°. bénéficier de la supervision d'un démographe spécialisé dans ces problèmes de fécondité féminine, pour nous aider dans l'organisation de cette partie des recherches et dans le traitement statistique des données obtenues.

## 2.2. Les enquêtes personnelles

Ces enquêtes menées dans les 16 villages sus-cités ont été entreprises afin d'étudier de façon approfondie un sous-échantillon de la population "Apma".

Un premier traitement du recensement personnel effectué dans ces villages en 1982 a permis de calculer grossièrement les taux de fertilité (124/1000) et le ratio mère/enfant (75,1/1000). Cette enquête sur la fécondité féminine nous permet de suivre 130 femmes pendant un an et demi par tournées successives espacées de six mois chacune. Le premier tour d'enquête a eu lieu du 15 avril au 10 juin 83. Le second tour aura lieu du 20 octobre au 15 décembre 1983 ; le troisième se déroulera du 15 avril au 10 juin 1984. Pour chaque femme, nous remplissons un questionnaire de quatre feuillets qui servent d'appui à des interviews plus ouverts (voir fiches 4.5.6.7.). Toutes les femmes sont interrogées en tête à tête, dans leurs maisons, en la seule présence d'une interprète (Apma/français). Le premier feuillet est une fiche d'état-civil qui avait été utilisée et remplie lors du recensement de 1982.

Le deuxième est une fiche matrimoniale qui enregistre les unions successives de chaque femme. Au dos de cette fiche, nous notons les informations recueillies au cours de l'interview informel : connaissait-elle son époux avant le mariage ? Comment le nommait-elle ? A-t-elle passé des grades, teint ses nattes de mariage ? Quelles sont les conditions qui ont entouré son mariage, le décès éventuel de son mari etc...

Le troisième feuillet enregistre toutes les grossesses de cette femme, légitimes ou non, menées à terme ou non. On fait préciser le devenir de chacun de ses enfants. Au dos du feuillet on note là encore des éléments de l'interview : conditions de l'accouchement à domicile, fêtes des enfants, le devenir du cordon et du placenta de chaque nourrisson, les absences éventuelles du mari...

Le quatrième feuillet est réservé à l'enquête sur la fertilité proprement-dite. Toutes les femmes n'y sont pas soumises. Seules les femmes

ayant un enfant de moins de 5 ans sont interrogées sur les événements entourant leurs deux dernières grossesses, à condition que celles-ci aient eu lieu dans les cinq ans précédant l'enquête. Soixante deux femmes rentrent ainsi dans cette enquête. On s'attache à préciser les modalités d'allaitement, la date du retour de couches, la reprise des rapports sexuels, la durée de la gestation pour les femmes enceintes, le début de la dentition et de la marche pour les enfants, leur alimentation présente. Au dossier-feuilleton on note les prises éventuelles de contraceptifs, les désordres gynécologiques avoués, l'opinion de la femme sur la taille idéale de la famille.

En fait, l'interrogatoire est assez difficile car les femmes même si elles coopèrent avec beaucoup de gentillesse, ont parfois du mal à se souvenir d'une date ou à parler d'événements malgré tout très intimes. Le traitement définitif de cette ensemble de données sera fait au terme du troisième tour d'enquête et fera l'objet d'une publication particulière.

Toutefois nous donnons ici les résultats partiels du premier tour d'enquête.

#### 2.2.1. Description de la population d'étude

(Voir tableau 7)

#### 2.2.2. Age à la puberté

(Tableau 8)

La sélection est très sévère mais les résultats sont très précis. Les femmes étaient interrogées :

- d'une part sur la classe dans laquelle elles étaient lors de leurs premières règles,
- d'autre part sur leur scolarité et le nombre d'années écoulées entre la fin de leur scolarité et leur mariage.

La consultation des registres d'inscription à l'école permettait de vérifier les réponses. Si les chiffres ne concordaient pas le dossier était éliminé. Nous reprendrons l'enquête au deuxième tour sur ces dossiers douteux.

**TABLEAU 7** : Description de la population d'étude  
(résultats du 1er tour d'enquête, fin juin 1983).

Age	Nb. total de Femmes	Nb. de femmes interviewées	Etat matrimonial		Nb. de femmes allaitantes	Ménstruations (a)			
			Veuve	Divorcée		Réglée	Enceinte	A.P.P.	Men.
20 à 29 ans	53	27		1	16	8	8	11	0
30 à 39 ans	46	38	1	-	16	32	4	2	0
40 à 49 ans	24	18	1	-	5	13	0	1	3
> 50 ans	27	19	7	-	0	1	0	0	15
TOTAL	130	102	9	1	37	54	12	14	18

(a) A.P.P. : Aménorrhée post-partum  
Men. : Ménopausée



TABLEAU 8 : Moyenne arithmétique des âges à la puberté

(le nombre de femmes exploitables nées avant 1933 est trop petit pour pouvoir être rapporté).

! Année de !	! Nombre de !	! Age moyen !
! naissance !	! femmes !	! de la puberté !
!-----! !	!-----! !	!-----! !
! 1934 à 1943 !	! 6 !	! 13.8 !
!-----! !	!-----! !	!-----! !
! 1944 à 1953 !	! 24 !	! 14.1 !
!-----! !	!-----! !	!-----! !
! 1954 à 1963 !	! 25 !	! 14.9 !
!-----! !	!-----! !	!-----! !

Echantillon observé : 102

Echantillon exploitable : 55.

Les évènements concernant la vie génitale sont entourés d'une telle discrétion que les filles n'avouent pas toujours à leurs mères la survenue de leurs premières règles. Une enquête en milieu scolaire permettrait d'interroger personnellement les jeunes filles et de calculer très précisément l'âge à la puberté, dans les générations actuelles. Nous devons malheureusement renoncer à étudier ces données pour les générations anciennes et donc à mettre en évidence une éventuelle modification de ce paramètre d'une génération à l'autre. L'enquête en milieu scolaire est envisageable dans le cadre d'une extension démographique au programme actuel.

### 2.2.3. Age au premier mariage

Les âges au premier mariage, pour les femmes et pour les hommes, ainsi que l'intervalle puberté/ 1<sup>er</sup> mariage sont donnés dans les tableaux 9, 10, 11. Les chiffres de l'âge au mariage sont vérifiés après interrogatoire sur les registres paroissiaux ; ils sont donc justes. Cependant ce paramètre sera corrigé ultérieurement. D'une part, il nous manque encore certaines données, d'autre part les âges au mariage n'ont pas été calculés en années révolues.

Enfin, l'analyse statistique n'a pas été faite. Nous donnons ces tableaux à titre indicatif et il faut les consulter avec certaines précautions.

Tableau 9 :

Année de naissance	Nb. d'hommes	Age au 1er mariage (moyen. arithmétique)
< 1933	14	24.45
1934 à 1943	20	24.45
1944 à 1953	23	25.10
1954 à 1963	19	22.80

Moyenne de l'âge au 1er mariage chez les hommes.

Population exploitable : 78 (dont 2 dates de mariage inconnues).

Tableau 10 :

Année de naissance	Nb. de femmes	Age au 1er mariage (moyen. arithmétique)
≤ 1933	13	17.3
1934 à 1943	20	17.4
1944 à 1953	46	21
1954 à 1963	32	20.62

Moyenne de l'âge au 1er mariage chez les femmes

Echantillon total : 130

Echantillon exploitable : 111

Tableau 11 :

Année de naissance	Nb. de femmes	Intervalle puberté/mariage (moyen. arithmétique)
1934 à 1943	6	3.8 ans
1944 à 1953	24	6.1 ans
1954 à 1963	25	5.6 ans

Intervalle entre la puberté et le mariage

Echantillon observé : 102

Echantillon exploitable : 55

Tableau 12 :

Année de naissance de la femme	Nb. de couples	Différences d'âge entre époux (moyen. arithmétique)
≤ 1943	21	7.4 ans
1944 à 1953	43	5.5 ans
1954 à 1963	31	4 ans

Note (5 bis) : Aucune conclusion ne peut-être tirée des tableaux 9 et 10 dressés à titre indicatif. En particulier les groupes nés entre 1957 et 1963 ne peuvent être comparés aux précédents puisque, les individus âgés de 20 à 30 ans ne sont pas tous mariés.

Ils montrent un recul progressif de l'âge au mariage, dans les trois générations les plus anciennes pour les femmes comme pour les hommes. Par contre la dernière génération semble se marier plus précocement que la précédente ; ou, tout au moins, l'âge au mariage semble se stabiliser dans cette génération, autour de 21 ans pour les femmes et de 23 ans pour les hommes.

La moyenne arithmétique des différences d'âge entre époux, au 1er mariage de la femme semble indiquer que les femmes épousent actuellement des hommes un peu plus jeunes qu'autrefois (tableau 12). De nombreux facteurs sont susceptibles d'influencer ce paramètre, et nos données sont encore imprécises.

#### 2.2.4. Intervalles des naissances

Le nombre moyen d'enfants est de 6.4 chez les femmes qui ont fini leur période reproductive, et de 2.3 chez les jeunes femmes nées après 1954 (tableau 13).

Autrefois, deux femmes sur trois attendaient la deuxième ou la troisième année de mariage pour mettre au monde leur premier né. Aujourd'hui 85 % des femmes accouchent de leur premier enfant dans l'année qui suit leur mariage (tableau 14).

Autrefois l'accouchement se faisait par des matrones au village.

- Le cordon ombilical du nouveau-né, une fois séché et détaché de l'abdomen était enfoui au coeur d'un jeune plan de bananier. On choisissait la variété vaso qui donne de gros fruits charnus afin que l'enfant devienne aussi dodu que ces bananes. Dès que l'arbre donnait ses premiers fruits, ceux-ci étaient apportés à la soeur aînée du père de l'enfant. On accompagnait l'offrande d'une grande natte rouge (sese). Le bananier était ensuite arraché et détruit sans cérémonie. Aujourd'hui peu de femmes observent ce rite et préfèrent enfouir le petit bout de cordon dans les tuiles végétales du toit de leur maison. Il arrive aussi que l'enfant perde son cordon ombilical au dispensaire. Dans ce cas, il est jeté sans façon par une infirmière !

Le jeune couple marquait la naissance de son premier-né, fille ou garçon ; par deux fêtes importantes.

TABLEAU 13 : Nombre moyen d'enfants par femme selon l'âge de la mère

Année de naissance de la mère	Nombre de femmes	Nombre d'enfants		Moyenne	
		Nés	Vivant en 1983	Enfants nés	Enfants vivants
≤ 1933	19	133	122	7	6.4
1934 à 1943	18	118	105	6.6	5.8
1944 à 1953	38	158	150	4.1	3.94
1954 à 1963	27	65	64	2.4	2.3

(Population observée et exploitable : 102)

TABLEAU 14 : Pourcentage de femmes ayant eu un enfant dans les 2 années qui ont suivi leur mariage.

Année de naissance	≤ 1 an	≤ 2 ans
1934 à 1943	18 %	30 %
1944 à 1953	54 %	37 %
1954 à 1963	85 %	-

- 1° - Dix jours après la naissance avait lieu la fête "Kubugite". Cette fête est parfois retardée si les parents ne sont pas en mesure de l'offrir à la date requise mais elle est toujours respectée. Elle consiste en un grand repas où l'on invite tout particulièrement les frères et les soeurs du père de l'enfant (temat : frère du père ; wawa : soeur du père) afin de les régaler de tubercules et de cochon cuits à l'étouffée dans un grand four... L'enfant doit offrir à chacun d'eux une grande natte rouge, (sese). C'est l'occasion pour la mère de distribuer les nattes blanches qu'elle avait apportées en dot le jour de son mariage et que sa belle-mère avait teintes, quelque temps plus tard.
  
- 2° - La dernière fête avait lieu un peu plus tard, quand on coupait les cheveux de l'enfant pour la première fois. Aujourd'hui les familles cumulent souvent le kubinite (fête du 10e jour) et ramatua ilin (fête de coupe de cheveux). La date dépend alors de la quantité de nattes rouges dont dispose le couple. Cette fête ne sera pas décrite en détail ici, mais notons qu'elle donne lieu à de grands échanges de cochons et de nattes entre le père de l'enfant, les frères de la mère de l'enfant et les frères et soeurs du père de l'enfant. Elle marque la première étape des échanges wu qui ont lieu entre un homme et ses beaux-frères. Le wu se répète à plusieurs occasions tout au long de la vie d'un homme. En principe c'est le frère aîné ou la soeur aînée du père qui coupe les cheveux de l'enfant.

L'intervalle entre deux naissances successives, après le premier né est de 34.2 mois toutes générations comprises et quel que soit l'ordre de naissance (tableau 15). Les calculs de ces taux bruts ont été faits en groupant arbitrairement les femmes en quatre classes d'âge selon leur date de naissance. Des analyses plus fines évaluant en particulier la durée de l'intervalle en fonction de la date de naissance de l'enfant sont actuellement en cours.

D'ores et déjà, nous pouvons dire que l'intervalle des naissances est plus court qu'autrefois (36.8 mois dans la génération née avant 1933 et 26.5 mois dans la génération née après 1954).

Tableau 15 : Intervalles des naissances après le premier né

Année de naissance de la mère	Ordre de naissance									
	1 - 2	2e et 3e	3e et 4e	4e et 5e	5e et 6e	6e et 7e	7e et 8e	Moyenne		
1933	29.6	42.6	40.2	34.7	38	35.6	38.6	36.8		
1934 à 1943	29.4	36.2	42.2	37.7	40	36.8	...	36.7		
1944 à 1953	29.4	29.4	37.1	32.7	33	...	...	32.3		
1954 à 1963	26.6	27.1	...	...	...	...	...	26.5		
Moyennes	28.8	33.4	38.5	34.3	38.2	38.1	41.3	34.2		

Ceci a une répercussion immédiate dans le domaine de la santé et devrait intéresser les services de protection maternelle et infantile. Autrefois une femme, lorsqu'elle terminait une nouvelle grossesse, n'avait en général qu'un seul enfant de moins de cinq ans à charge. Aujourd'hui une femme, dans les mêmes conditions, aurait théoriquement deux enfants à charge de moins de cinq ans dont l'un serait âgé de deux ou trois ans (schéma 4). Il s'en suit un **surcroît** de travail pour la mère et une diminution notable du temps que chaque jeune enfant est en droit d'attendre de sa mère. L'interval est encore suffisant mais il ne faudrait pas qu'il diminue davantage, dans les années à venir, sous peine de voir émerger des problèmes nouveaux dans la santé de la mère et de l'enfant.

Par ailleurs, il semble que les générations anciennes observaient des tactiques cohérentes d'espacement des naissances, reliées à un schéma culturel ou à une norme sociale suffisamment forte pour influencer les stratégies individuelles. Cette norme paraît avoir perdu beaucoup de réalité durant l'après-guerre, laissant aux couples une liberté individuelle beaucoup plus grande qu'autrefois.

Il en résulte une certaine incohérence et la durée de l'intervalle entre deux naissances varie énormément d'une femme à l'autre, et d'une naissance à l'autre chez une même femme. Ce phénomène, qui mérite d'être étudié très soigneusement à l'aide de méthodes statistiques et de nouvelles données d'interrogatoire, est à mettre en relation avec l'abandon des pratiques polygamiques, les perturbations socio-culturelles provoquées par l'occidentalisation, l'adoption peut-être d'autres idéologies. Ajoutons à cela la modernisation des soins médicaux qui fit très certainement diminuer la mortalité infantile. Nous nous sommes demandées aussi, si les structures de l'habitat ne jouent pas un rôle dans les tactiques d'espacement des naissances. Autrefois la mobilité des villages semblait plus importante qu'aujourd'hui, et l'habitat plus dispersé. Avec la construction progressive des habitats en dur, les villages se stabilisent, se fondent sur un lieu donné. Les gens se regroupent et les mères trouvent plus facilement qu'autrefois une jeune fille non mariée ou une vieille capable de surveiller durant une journée ses enfants en bas âge. L'apparition des premières routes et des camions facilite les transports. On peut donc penser qu'aujourd'hui une jeune femme a moins de difficultés à se mouvoir du village au jardin ou d'un

### Schéma 4 :

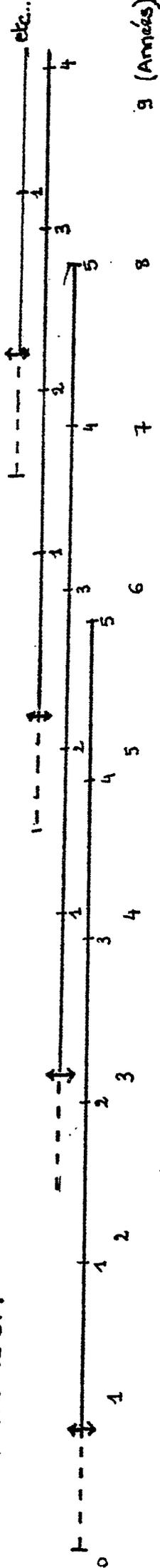
Intervalle de naissance théorique et enfants à charge.

--- grossesse

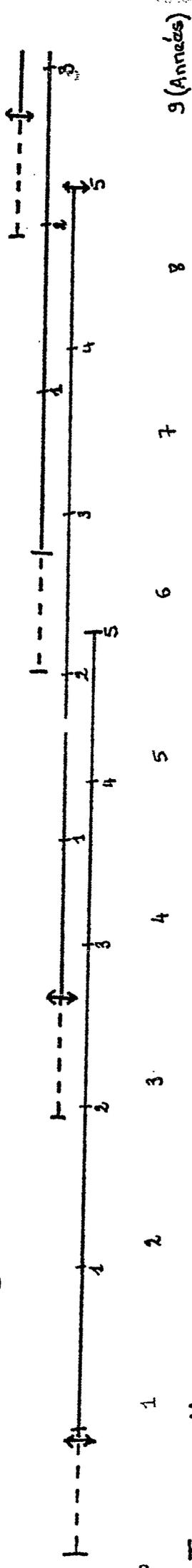
— 5 premières années de l'enfant

1 4 4 1

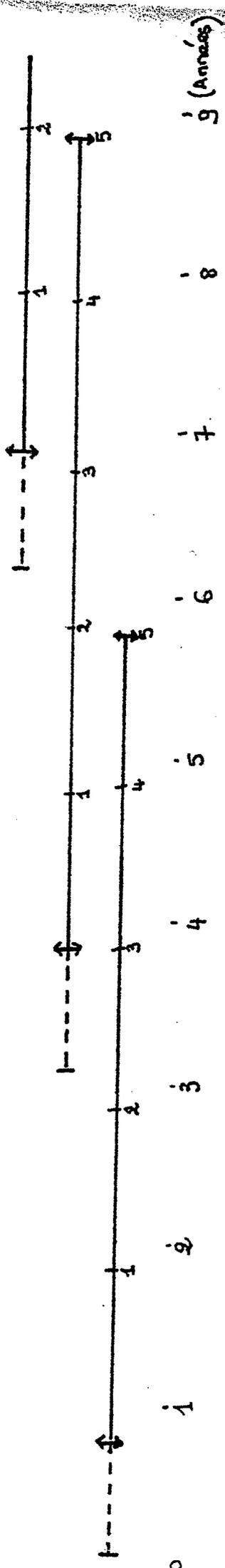
### Intervalle 26.7



### Intervalle 32.3



### Intervalle 36.8



village à un autre, soit parce qu'elle peut confier l'un de ses enfants à la garde d'un tiers, soit parce qu'elle peut bénéficier d'un moyen de locomotion. Il est difficile en effet de marcher avec un enfant dans le dos, porté dans cette pièce d'étoffe que l'on appelle manu, et un autre enfant à la main ou dans les bras parce qu'il se déplace mal.

#### 2.2.5. L'aménorrhée du post-partum

Tableau 16 : Comparaison des résultats obtenus en étudiant le pourcentage de femmes réglées dans les 6 mois suivant leur accouchement, soit sur le dernier intervalle fermé, soit sur l'intervalle ouvert.

Age	Dernier interval. fermé	Interval. ouvert
20 à 29 ans	57,8 %	46,1 %
≥ 30 ans	55,5 %	76,4 %
TOTAL	56,7 %	51,3 %

Sur les cent deux femmes interrogées, nous avons observé 37 femmes allaitantes, 12 femmes enceintes et 14 femmes non encore réglées depuis leur dernière grossesse.

La durée de l'aménorrhée post-partum (APP) a été calculée sur le dernier intervalle fermé (données d'interrogatoire) et l'intervalle ouvert (données d'observation) (tableau 16)-(6).

En règle générale, un peu plus d'une femme sur deux a son retour de couche dans les six mois qui suivent son accouchement. Chez les autres, le retour de couche survient avant la fin de la première année, parfois plus tard. Nous avons noté quelques discordances dans les résultats imputables à

---

Note (6) : Ces calculs ont été faits sur l'échantillon des 62 femmes concernées par l'enquête "Post-partum".

des artefacts d'échantillonnage et à une inexactitude certaine des réponses. Les femmes ont du mal à mémoriser la date de l'évènement. Les données d'observation, recueillies au cours d'une année et demie d'enquête permettront de pallier à ce genre d'inconvénient. Ceci nous permettra en outre de donner quelques informations sur le rapport allaitement/menstruation.

En règle générale, les rapports sexuels ne sont pas repris avant le retour de couches mais deux-tiers des couples les reprennent dans les six mois qui suivent l'accouchement. Ainsi 52,7 % des femmes ont une période d'exposition inférieure ou égale à 6 mois (tableau 17).

S'il y a un tabou sexuel durant la gestation, il n'y en a pas à proprement parlé durant la période d'allaitement. L'homme et la femme, d'un commun accord, attendent simplement que "l'enfant soit fort" avant de courir le risque d'une nouvelle grossesse. Ou, tout au moins, ils tentent de le faire. Autrefois on attendait que l'enfant marche et certaines femmes attendent encore ce moment avant de revoir leur mari. Tout ceci nous amène à parler de la contraception.

Tableau 17 : Durée de la période d'exposition sur le dernier intervalle fermé

Age	! < 3m	! 4 à 6 m	! 7 à 12 m	! 13 à 18 m	! 19 à 24 m	! > 24m
20 à 29 ans	! 3	! 4	! 8	! 3	! 1	! -
< 30 ans	! 6	! 6	! 2	! -	! 2	! 1
TOTAL	! 9	! 10	! 10	! 3	! 3	! 1
%	! 52,7	! 27,5	! 16,6	! -	! -	! -

### 2.2.6. La contraception

Parmi les 84 femmes non ménopausées de l'enquête nous comptons :

- 12 femmes enceintes,
- 14 femmes en APP,
- 22 femmes pratiquant l'abstinence,
- 15 femmes prenant une contraception moderne ou traditionnelle.

Il y avait donc en avril/mai 1983, 15 femmes susceptibles de débuter une nouvelle grossesse. Le moyen contraceptif le plus utilisé semble être l'abstinence.

Dans l'étude de la contraception traditionnelle nous distinguons :

- les feuilles à stérilité temporaire : absorbées en une seule prise, elles provoquent une stérilité permanente tant qu'une 2<sup>e</sup> plante ne vient pas lever la stérilité induite par la première.
- les feuilles à stérilité définitive : absorbées en une seule prise, elles provoquent une stérilité définitive (al dans la langue apma)
- les feuilles à stérilité mensuelle : elles doivent être absorbées tous les mois (à un moment encore mal déterminé) pour empêcher une nouvelle conception
- les feuilles induisant une stérilité chez l'homme.

Tableau 18 : Moyens contraceptifs utilisés à Pentecôte

Contraception moderne	. Pilule = 2
	. dépoprovera = 5
	. ligature des trompes = 3
Contraception traditionnelle	. feuilles à stérilité définitive = 1
	. feuilles à stérilité temporaire = 1
	. feuilles à stérilité mensuelle = 1
	. feuilles contraceptives masculine = 1
Moyens "naturels"	. "précautions" = 1
	. abstinence = 22

Nous avons pu récolter quelques plantes contraceptives dont certaines sont d'ores et déjà ~~déterminées~~. Toutefois nous n'en ferons pas état dans ce document de travail, nous réservant le droit de contrôler toutes les recettes avant de les publier.

### 2.3. Conclusions

Toutes ces données démographiques complétées lors des deux derniers tours d'enquête, seront analysées, traitées statistiquement et publiées vers la fin de l'année 1984. Beaucoup de choses sont à revoir, à préciser ou à développer. Quelques éléments sont utiles à relever pour la suite des recherches : un recul de l'âge au mariage, un raccourcissement global des intervalles de naissances, une plus grande liberté dans les tactiques personnelles d'espacement des naissances, une abstinence post-partum difficile à assurer en l'absence d'autres moyens contraceptifs.

Nous venons d'aborder la procréation comme un phénomène social analysé selon des méthodes démographiques et statistiques. Mais il s'agit aussi d'un phénomène culturel qui fait l'objet d'une certaine représentation lieu des angoisses individuelles et collectives, où le risque d'échec apparaît, sous la forme d'une maladie entravant la grossesse et le développement de son produit. C'est cet aspect du problème que nous exposerons maintenant, brièvement. D'une part nous n'avons pas encore terminé le dépouillement des informations recueillies lors de notre dernier séjour sur Pentecôte, d'autre part ces aspects seront abordés en profondeur en 1984.

## 3. SAVOIRS ET COUTUMES ENTOURANT LA PROCREATION

### 3.1. Généralités

D'une façon générale, les "Apma" reconnaissant le rôle du sperme dans la procréation bien que nous n'ayons pu recueillir aucun nom particulier pour cette substance masculine (7). Les connaissances sur la physiologie reproductive sont floues et variées. Nous relevons donc, lors de nos interviews, tous les discours tenus sur le sujet.

---

Note (7) : Tout le vocabulaire sur la procréation a été relevé et sera inclus dans le document "vocabulaire anatomique et médical en langage "Apma".

Brièvement, l'enfant résulte de la force de l'homme "power" et du sang de la femme. Il ressemble (physiquement) à ses parents, mais son père, presque exclusivement, lui transmet ses qualités morales, ses défauts et ses traits de caractère. Quand l'enfant est petit on ne s'en aperçoit pas encore mais l'héritage paternel se fera sentir très vite et se révélera, inéluctablement à l'âge adulte. La femme peut influencer elle aussi, sur le caractère de son enfant, pour certains détails. Par exemple, si une femme se débat et refuse les rapports sexuels avec son mari, elle concevra un enfant têtard "qui ne voudra rien entendre".

Le moment de la conception est particulièrement important pour l'avenir de l'enfant. Ainsi si l'un des deux partenaires est malade à ce moment, il transmettra inévitablement sa maladie à l'enfant qu'il conçoit. Le fait d'avoir des rapports sexuels dans la brousse est dangereux car un "démon" (spirit en bichlamar) peut venir polluer la couche des amants et transmettre lui aussi une maladie quelconque au produit de la conception. Aussi les couples qui s'aiment en forêt prennent soin, avant de repartir, de couvrir leur couche occasionnelle de feuilles bong, pour éloigner ces esprits maléfiques.

Tous ces problèmes sont abordés de façon informelle au cours d'interviews avec les femmes, les hommes, et les guérisseurs. De façon plus formelle certaines informations concernant les maladies et les risques de la grossesse sont obtenues par deux séries d'interviews systématiques :

### 3.2. Enquêtes auprès des femmes

Toutes les femmes de l'enquête, soit un potentiel de 130 femmes sont interrogées sur les maladies qu'elles mêmes ou leurs jeunes enfants de moins de 5 ans ont contractées dans les 6 mois précédant l'interview (voir fiche 8). Nous nous sommes, dans cette partie du travail, largement inspirés des méthodes exposées par J. Vaugelade dans sa note "la consommation médicale dans le centre nord : Haute-Volta" 1983 et nous le remercions vivement de nous avoir fait part de ses travaux. Par ailleurs, chaque femme est interrogée sur ses connaissances et compétences personnelles en matière de santé (fiche 9 en annexe).

Le dépouillement parallèle des registres de consultation hospitalière permet de vérifier les informations obtenues à l'interrogatoire.

### 3.2.1. Les maladies

On trouvera dans les tableaux 19/20 les résultats globaux concernant le premier tour d'enquête. Le nombre de maladie par personne semble assez fort puisque presque toutes les personnes interrogées se sont plaintes d'un malaise. Le nombre de maladie augmente légèrement avec l'âge chez les femmes mais reste stable chez les enfants quelque soit l'âge de la mère. Par contre on note de fortes variations du nombre de maladies par personne selon l'aire géographique considérée. Il semblerait que là où la population féminine est la plus faible (Lesiube) le nombre de maladie par femme est le plus grand ; de même Aliak où le nombre d'enfants est le plus bas, enregistre le plus fort taux de maladie par enfant. Il pourrait s'agir et c'est le plus probable, d'un artefact d'échantillonnage ; ou bien, là où la population féminine ou infantile est la plus basse, l'inquiétude à son sujet est la plus grande. Tout ceci sera contrôlé lors des tours d'enquête ultérieurs.

### 3.2.2. La thérapeutique (tableau 21)

Nous avons groupé sous le terme "médecine traditionnelle", toutes les demandes thérapeutiques faites par les femmes à un membre quelconque de la communauté, que ce soit le père de l'enfant, un membre de la famille, un habitant de la localité ou quelqu'un résidant dans un autre village.

Le terme auto-médication est réservé aux traitements administrés par la femme elle-même.

Pour elles-mêmes, les femmes utilisent leurs propres ressources thérapeutiques que les soins du dispensaire. Par contre, elles mènent presque toujours leurs jeunes enfants au dispensaire, dès que ceux-ci sont malades. Toutes les localités étudiées sont à moins d'une heure trente de marche du dispensaire le plus proche (Melsisi ou Ranmawat). Nous n'analyserons pas plus avant les données de ce premier tour d'enquête. Les informations attendues de ces données sont les suivantes :

**TABEAU 19** : Pourcentage d'affections relevées par femme et enfant selon l'âge de la femme

Age des mères	Femmes			Enfants		
	Femmes interrogées	Affections relevées Nb. : % par femme		Enfants étudiés	Affections relevées Nb. : % par enfant	
20 - 29	20	17 : 0.85		34	29 : 0.85	
30 - 39	31	33 : 1.1		36	29 : 0.81	
40 - 49	14	13 : 0.92		7	6 : 0.80	
> 50	16	22 : 1.2		0	0 : 0	
TOTAL	81	85 : 1.01		77	64 : 0.83	

**TABEAU 20** : Pourcentage d'affections relevées par femme et enfant selon la région géographique

Région*	Femmes			Enfants		
	Femmes interrogées	Affections relevées Nb. : % par enfant		Enfants étudiés	Affections relevées Nb. : % par enfant	
Aliak	37	35 : 0.86		11	28 : 2.5	
Lesiube	11	15 : 1.4		36	6 : 0.16	
Lalwori	33	35 : 1.1		30	30 : 1	
TOTAL	81	85 : 1.01		77	64 : 0.83	

\* La région de Lembati, étudiée selon une autre méthodologie a été éliminée de l'exposé de ces premiers résultats.

TABLEAU 21 : Thérapeutiques choisies pour les maladies des mères et des enfants.

	( Dispensaire	( Med. trad.	( Automédication	( Non traitée	( Total
( Mères	35	23	31	15	103
( Enfants	32	10	19	11	72
( TOTAL	67	33	50	26	176

- nature et nombre de maladies touchant les femmes et les enfants d'âge pre-scolaire
- nature des maladies évoquées lors de l'interrogatoire et des maladies présentées au dispensaire (dont on ne parle peut-être pas à l'enquêteur)
- thérapeutiques choisies en fonction de la classe d'âge de la mère et de la région géographique
- schémas les plus fréquents des choix thérapeutiques
- connaissances médicales communes à la plupart des femmes.

### 3.3. Interviews des guérisseurs

Le vocabulaire anatomique relevé avec deux informateurs de départ a été contrôlé une première fois avec une infirmière et une informatrice particulière. Puis il a été affiné avec un guérisseur en ce qui concerne les organes internes.

Les notions de physiologie traditionnelle ont été en partie relevées avec ce même guérisseur.

Nous avons tenté de préciser la classification traditionnelle des maladies. Nous nous sommes heurtés à un obstacle important. Nous savions que la connaissance des plantes médicinales est un bien personnel acquis par héritage ou acheté relativement cher, qui auréole certains d'un grand prestige et qui est jalousement gardé. Nous avons donc commencé les recherches en partant de la maladie, c'est-à-dire en tentant de relever le plus grand nombre possible d'affections, de les classer et de les décrire. Malgré quelques résultats intéressants, nous estimons aujourd'hui que cette méthodologie est inadaptée. En effet l'enseignement d'un guérisseur est avant tout celui d'un herboriste. On apprend à traiter des maladies mais on apprend surtout à manipuler des plantes. Le diagnostic de la maladie est souvent un diagnostic thérapeutique. La plante qui guérit signe la maladie. D'ailleurs la plupart des grands guérisseurs apprennent à la fois à donner la maladie, à la guérir et à s'en protéger. Ceci perd de sa **réalité** aujourd'hui mais le mécanisme d'apprentissage qui part de la plante est le même qu'autrefois.

Les interviews de guérisseurs s'orientent donc selon une autre méthodologie. En voici une première ébauche.

1. Les agents **causals** des maladies

- dresser l'inventaire et décrire très précisément les principaux démons, esprits et autres entités, relever pour chacun d'eux le lieu d'origine, les caractéristiques physiques et morales, les habitudes, les pouvoirs, les goûts...
- relever les moyens de sorcellerie (rites initiatiques, charmes pratiques...) employés par l'homme pour causer un mal quelconque à autrui (culture, pêche, maladie humaine, chaptal...)
- décrire le mode d'apprentissage, les éléments qui sont mis en jeu, le pouvoir de ces procédés et leurs conséquences.

2. Etablir une biographie de tous les guérisseurs interrogés et essayer de définir plus précisément les différentes catégories de thérapeutes, assez nombreuses en ces temps de transition culturelle.

3. Enfin, en partant de l'inventaire de la flore de Pentecôte, relevée par P. Cabalion et en nous aidant de nos propres collectes relever pour chaque plante :

- les lieux de récolte,
- les différentes utilisations
- les maladies qu'elles peuvent traiter,
- les recettes médicinales qui les utilisent,
- leurs différents pouvoirs.
- les démons qui les "écoutent".

Ces renseignements seront codifiés sur une fiche spéciale que nous mettons au point. Dans tous les cas, nous nous attacherons plus précisément à relever ce qui concerne la femme enceinte et le jeune enfant. Tous ces résultats seront confrontés aux informations recueillies auprès des femmes qui elles, continuent à parler de leur maladie.

## CONCLUSION

Les travaux en cours, exposés brièvement dans ce rapport, se poursuivront jusqu'en 1984. Comme nous l'avons dit en introduction, certaines recherches feront l'objet de publications particulières où seront développés la méthodologie, les résultats et les points d'articulation du sujet traité avec l'ensemble du programme.

Nous avons voulu, dans ce document, montrer comment, à partir de données concrètes et chiffrables, on en vient à aborder les lieux de la représentation, du subjectif, voir de l'imaginaire qui sont, pour les Apma, une réalité quotidienne, riche d'enseignements et de conséquences pratiques. Nous essayons en somme, à la limite "du soi et de l'autre" d'analyser la procréation en utilisant nos propres techniques et en laissant le champ ouvert à d'autres discours qui se formalisent là où se taisent nos propres paroles.

ANNEXE = questionnaires d'enquête

- Fiche 1 : Etat nutritionnel des enfants de 0 à 5 ans
- Fiche 2 : Questionnaire sur la consommation alimentaire des enfants de 0 à 5 ans
- Fiche 3 : Fiche individuelle démographique
- Fiche 4 : Recensement
- Fiche 5 : Enquête matrimoniale
- Fiche 6 : Fécondité : naissances successives
- Fiche 7 : Fécondité : post partum
- Fiche 8 : Fiche maladie
- Fiche 9 : Connaissance médicale personnelle
- Fiche 10 : Guide d'interview auprès des guérisseurs.



ANNEXE : Fiche 1

ETAT NUTRITIONNEL  
DES ENFANTS DE 0 A 5 ANS

Village :

Date :

Fiche n° :

Nom de l'enfant :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Poids à la naissance :

Nom de la mère :

N° enfant/famille :

Sexe :

Age :

Rang de naissance :

MESURES ANTHROPOMETRIQUES

Poids :

Taille :

Taille assis :

Circonférences

Diamètres

Pli cutané

- Tête :

- Biacromial :

- Tricipital :

- Poitrine :

- Biliaque :

- Sous-scapulaire :

- Bras :

- Envergure doigts :

- Poignet :

- Mollet :

DONNEES CLINIQUES

DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

! !  
! !  
! - Tient sa tête :

! - Tient assis :

! - Marche à 4 pattes :

! - Tient debout :

! - avec soutien :

! sans soutien :

! - Marche avec support :

! sans support :  
! !  
! !



FICHE 2 (Suite 1)

. Comment avez-vous arrêté ?

3. - Si vous n'avez pas de lait :

- mangez-vous quelque chose de spécial ?
- prenez-vous un médicament ou une herbe ?
- que donnez-vous au bébé à la place ?
- demandez-vous à une autre femme de l'allaiter ?

. A qui ?

4. - Si votre bébé à la diarrhée

- que lui donnez-vous à manger ?
- lui donnez-vous des médicaments ?
- lui donnez-vous des herbes ?

FICHE 2 (suite 2)

- BIBERON

Donnez-vous le biberon à votre bébé ?

Si la réponse est "OUI" demander :

- 1°) Combien de fois par jour donnez-vous le biberon ?
- 2°) Quelle quantité d'eau mettez-vous dans le biberon ?
- 3°) Est-ce de l'eau bouillante ?
- 4°) Quel lait utilisez-vous ?
- 5°) Combien de cuillères de lait mettez-vous dans le biberon ?
- 6°) Mettez-vous autre chose que du lait dans le biberon ?
- 7°) Combien de biberons avez-vous dans la maison ?
- 8°) Quand les lavez-vous ?
- 9°) Comment les lavez-vous ?







Village :

Date :

N° maison :

N° famille :

Résidences successives

1982 :

Juin 1983 :

Décembre 1983 :

Juin 1984 :

Recensement :

Epouses antérieures (pour le mari)

Nom :

Nom :

N° identification :

Née le :  
à :

Langue :

Résident  
à :

Religion :

Marié le :

Ligne nommée :

Nb. enfants  
(vivants et  
morts)

Résidence av. mariage :

Statut :

Mariés le :

Autres personnes dans la maison

Occupation :

Nom

Relation  
parenté

Grade :

Scolarité :

Nom :  
N° identification :

Unions successives  
de la femme :

Enquête matrimoniale :

	1ère Union	2ème Union	3ème Union
<p><u>Femme</u> : âge des règles :           : âge au mariage :</p>			
<p><u>Mari</u> : Nom :           : Père / Mère :           : Né le :           : Résident à :           : Age au mariage :           : Grade :           : Profession :</p>			
<p><u>Mariage</u> : Date :           : Durée :           : Cause fin :           : Enfant vivant :           : Mort :</p>			
<p>N° mariage de l'homme :</p>			





Date :

Nom mère :

N° :

Malade :

Maladie :

FREQUENCE			Evolution	
Date / durée				
Sièges				
Causes				
Historique				
Guérisseurs				
ate / fréquence				
thérapeutique				
ix				
ficacité				

Nom :

Née le :

Village :

N° :

A :

Maladie		Thérapeutique		Acquisition de la recette	Malades traités
Nom	Description	Nom	Recette		

FICHE 10 : Guide d'interview auprès des guérisseurs

1. Wanem i cosem sickness ?

1.1. I gat some animal we i save givim sickness ?  
Which one ?

1.2. I gat some plants we ol i save givim sickness ?  
Which one ?

1.3. I gat some man we ol i save givim sickness ?  
Olsem wanem ol i colem olgeta ?  
Ol i wok long ol special ples ?  
. Ol ples ia i blong who ?  
(blong one man, one village ...)  
. Every people i save ples ia ?

Wanem ol man i mekem blong stoppem ol sickness ia ?

- . ol i wok long ol animals ? Which one ?
- . Ol i wok long ol plants ? Which one ?
- . Ol i wok long ol stones ?
- . Ol i colem ol spirits ?
- . Ol i usum some part blong body blong ol man blong kilim olgeta ?  
(hair, sel finger, cloth...)

Ol i stap usum one something we ol i stap haidem

- long road ?
- long village ?
- inside house ?

1.4. Sipos youfalla i mekem one something we i no good olsem :  
- kakai one kakai we i tabou  
- still long garden blong one friend  
- friend blong one woman we i no blong youfalla

You save sick long em ?

FICHE 10 (suite 1)

Long language blong you, wanem name blong sickness we you save kasem time you mekem one something we i no stret ?

1.5. I gat some devel we i save mekem you sick ?

Which one ?

- From wanem ol i mekem emia ?

1.6. You mi save sick sipos you mi kakai one something ?

Wanem ?

1.7. You mi save sick sipos you mi wokabaot long one something or long some ples ?

Which one ?

2. Wanem kind sickness ?

2.1. You save givim name blong sickness we you save, mo talem olsem wanem you mi look save ?

2.2. Time one man i sick, spirit blong em i come out long body blong em ?  
I go where ?

2.3. Time one man i sick, i gat one something i come inside long body blong em ?

- one narafala spirit ?

- one stone ?

- one narafala something ? Which one ?

2.4. Wanem sickness i no strong ?

Wanem sickness i no strong tumas ?

- I gat some sickness we i come out long plenty man one time ?

- Which one ?

- I gat some sickness we you mi stap ded ol time ?

2.5. I gat some family we ol i gat one sickness blong olgeta ?

FICHE 10 : (suite 2)

3. Tritment

3.1. Sipos you mi tekem back list blong ol sickness wa you givim long mi, you save talem :

- olgeta we medecin blong ol white man i no save tritim ?
- olgeta we medecin blong ol black man i no save tritim ?

-

Time you sick, you mekem wanem ?

- you go look clever first time ?
- you go long dispensary first time ?

3.2. How much sick man you falla i gat :

- long one week (manis...) ?
- ol i come long ples blong you falla ?
- ol i come long narafala ples or long way ?
- you go look olgeta long ples blong olgeta ?

3.3. Blong fainem wanem i mekem, now you kasem sick ya, you mekem wanem ?

- you look look sick man ?
- you askem question long sick man ?
- you usum ol leaf ?
- you dream ?

Sipos you, you usum one something blong dream, one leaf, which one ?

- one leaf, which one ?
- one something, which one ?

Wanem something you look long dream ?

- one ples ?

You read inside long one leaf ?

- long cat blong one animal ?
- inside long one narafala something ?

FICHE 10 : (suite 3)

3.4. Blong mekem one man i oraet you mekem wanem ?

- you usum ol leaf ?
- you dream ?
- you holem olgeta ?
- ygu catem olgeta ?
- you sigaot ol devel ?

ol olfala blong you we i ded finish ?

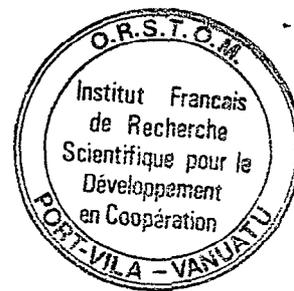
- you pray ?
  - . christians :
  - . narafala :
- you save cutem ol man ?
- you save putum ol boon we i brok long ples blong olgeta ?

3.5. You specialist blong one sickness we you stap tritim oltaem ?

- sipos you one clever, you gat one name blong you ?
- i gat some narafala clevers ?
- ol i gat some narafala name ?

3.6. You save olsem wanem o from wanem sickness i come long world ?

I gat some village, some family we ol i specialist long tritmen blong one sickness ?



Références citées dans le texte :

- BACH, F. - 1983 : Programme de soins de santé primaire sur l'île de Pentecôte - Fevr. 1983 - Rapport n° 5 (17).
- BONNEMAISON, J. - 1973 : L'espace et paysages agraires dans le nord des Nouvelles-Hébrides - Avr. 1973 - ORSTOM Nouméa.
- BONNEMAISON, J. - 1979 : "Les voyages et l'enracinement - formes de fixation et de mobilité dans les sociétés traditionnelles des Nouvelles-Hébrides".  
L'espace géographique n° 4 - 303-318.
- BONNEMAISON, J. - 1980 : "Espace géographique et identité culturelle en Vanuatu (ex Nouvelles-Hébrides)".  
J. Soc. Oc. XXXVI, 181-188.
- BOUIX, A. - 1982 : Action d'un médecin sur l'île de Pentecôte - Vanuatu ex Nouvelles-Hébrides.  
Thèse pour le doctorat en Médecine.  
Université de Rennes 1 - 122 p. (p. 20).
- TRYON, D.T. - 1976 : New Hebrides languages : an internal classification, Canberra, Australian National University, Pacific Linguistics, séries C - n° 50.
- VAUGELADE, J. - 1983 : "La consommation médicale dans le centre nord (Haute Volta). Résultats préliminaires". ORSTOM - Département G - Unité de recherche 8 - Note d'information n° 17 - 31.03.1983.