

ENFANCES ET MALNUTRITIONS AU NORD DU TOGO

Réflexions anthropologiques sur les dimensions sociales
de la nutrition dans les régions de Kara et des Savanes

Sous la direction de Yannick Jaffré



éditions résurgences

ENFANCES ET MALNUTRITIONS AU NORD DU TOGO

**Réflexions anthropologiques sur les dimensions sociales
de la nutrition dans les régions de Kara et des Savanes**

Cette étude est publiée par Résurgences dans le cadre de son activité d'édition scientifique et technique, qui prend corps notamment avec la revue 'influxus' (www.influxus.eu) et les collections papier attenantes sous le nom des « éditions Résurgences ». Elle constitue le premier volume d'une série dédiée à l'anthropologie de la santé coordonnée par Yannick Jaffré.

Ce volume est le fruit d'un partenariat avec l'UNICEF (partenaire principal), le Groupe Inter-académique pour le Développement, le WHEP (Women Health Education Programme), et l'Unité Mixte de recherche Internationale (UMI 3189) « Environnement, Santé, Sociétés ».

Résurgences est une organisation sociale apprenante dans le secteur de la recherche en sciences sociales, de l'évaluation des politiques publiques et des humanités numériques. Constituée en think-and-do-tank, Résurgences mêle praticiens, chercheurs, spécialistes, techniciens et ingénieurs, pour réaliser des études de terrain, des recherches théoriques, des expérimentations sociales et des outils numériques en sciences sociales. Résurgences est dirigée par Samuel Tronçon.

© éditions Résurgences, 2014

Résurgences,
recherche et action en sciences sociales

111, rue consolat

13001 Marseille

www.resurgences.eu

SIRET : 439 812 959 00039

Cet exemplaire n'est pas destiné à la vente.

ISBN : 979-10-90520-05-09

ENFANCES ET MALNUTRITIONS AU NORD DU TOGO

**Réflexions anthropologiques sur les dimensions sociales
de la nutrition dans les régions de Kara et des Savanes**

Sous la direction de Yannick JAFFRÉ

éditions résurgences

Avant-propos

La malnutrition est un des principaux problèmes de santé dans le monde et l'on estime que près de 870 millions de personnes dans le monde souffrent de la faim et ne mangent pas assez pour assurer leur santé.

Pour lutter contre cette situation de nombreux programmes ont été conçus et mis en œuvre. Leur efficacité et leur efficience sont variables, souvent autant liées à des caractéristiques sociales ou des facteurs climatiques et agro-économiques qu'à des actions médicales.

Par ailleurs, il est difficile de distinguer entre les effets propres d'une action de santé et ce qui résulte des interactions entre des transformations sociales massives – urbanisation, sédentarisation, mondialisation des normes corporelles et des publicités – faisant que certaines populations défavorisées passent parfois d'une sous-alimentation à une mauvaise ou à une suralimentation.

L'UNICEF a souhaité s'ouvrir à une réflexivité qui définit la modernité et garantit une certaine scientificité à ses actions. **Cela ne signifie pas une adhésion de l'UNICEF aux analyses présentées dans cet ouvrage. Celles-ci n'engagent que leurs auteurs.**

Mais nous sommes très sincèrement reconnaissant à cette institution, et notamment à Magali Romedenne, spécialiste en nutrition et au Docteur Viviane Van Steirteghem, d'avoir initié, soutenu et laissé le travail de recherche s'effectuer librement et ouvrir à un indispensable questionnement.

Enfin, ce travail n'aurait pu se faire sans le soutien du Ministère de la Santé du Togo, et les dialogues avec la Direction des Soins de Santé Primaire et le Service National de Nutrition du Togo et notamment de son directeur le Docteur Bouraima Mouawiyatou.

Nous remercions aussi les Directions Régionales de Santé et les Autorités locales et administratives des régions des Savanes et de la Kara.

SOMMAIRE

Avant-propos	5
Introduction	9
Les dimensions structurantes de la malnutrition	23
1. L'enfant et son alimentation	51
2. Les maladies du point de vue des populations : traductions et incompréhensions	63
Malnutritions, trajectoires de soins et pluralisme thérapeutique	79
3. L'offre plurielle de soins	87
4. Les sphères décisionnelles et l'accès aux soins	93
Les services de santé et les interactions entre soignants et soignés	99
5. Les difficultés de « l'administration sanitaire » et de l'articulation des programmes	105
6. La complexité des interactions entre soignants et soignés	111
Les soins dans la vie quotidienne	115
7. Le jeu des contraintes adverses	121
8. Un monde profondément religieux	125
Conclusion	
Un travail bottom-up pluriel et durable	131
Références bibliographiques	139

Introduction

Grâce à diverses enquêtes, la situation sanitaire des enfants du Togo – et notamment leur état nutritionnel – peut être aisément décrite : le taux de mortalité infantile (enfants de moins d'une année) est de 78 ‰ et celui des enfants de moins de cinq ans se situe aux alentours de 124 ‰.

Plus spécifiquement, *« selon les régions, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile les moins élevés sont observés dans la région Maritime avec respectivement 66 pour mille et 102 pour mille, suivie par la ville de Lomé, avec 69 pour mille pour le taux de mortalité infantile et 109 pour mille pour le taux de mortalité infanto-juvénile. En revanche, les taux de mortalité les plus élevés sont enregistrés dans les régions de la Kara avec un taux de mortalité infantile de 102 pour mille et un taux de mortalité infanto-juvénile de 167 pour mille, suivie par la région des Savanes avec respectivement 89 pour mille et 144 pour mille... »* (UNICEF 2010 : 22). Concernant la nutrition, ces taux se retrouvent dans une sorte de « similitude explicative » puisque *« la région des Savanes, présente une fois de plus les niveaux les plus élevés du pays avec respectivement 31 pour cent pour la forme (de malnutrition) modérée et 8 pour cent pour la forme sévère ; elle est suivie par les régions, Centrale (19 % et 4 %) et de la Kara 18 % et 6 %)... »* (UNICEF, Ibid : 30).

Ces données sont à l'évidence corrélées, et comme le plus souvent peuvent aussi être croisées, avec d'autres dimensions comme le niveau de scolarisation des parents et des mères ou avec ce qu'il est habituel de nommer les critères du « bien-être économique ».

Mais, allons au plus court pour résumer les enseignements de ces utiles, mais bien trop larges, corrélations. En quelques mots, ces données soulignent, avec une banale évidence et une douloureuse ironie, que pour sa santé ou celle de son enfant il vaut mieux être riche, éduqué et habiter dans un milieu urbain permettant un accès régulier et rapide à des structures de santé... Autrement dit, ces travaux énoncent simplement que certains « socles » déterminent des états de santé et que le développement est un processus global inscrivant ses résultats selon des lignes que dessinent de profondes inégalités

sociales (Farmer & alii 2004). Cette « évidence » statistique est utile. Elle permet d'ouvrir la santé publique à des dimensions socio-politiques qui l'englobent. Mais, avouons-le, elle est aussi bien proche de la tautologie.

Fort heureusement, d'autres études quantitatives réalisées depuis d'autres perspectives permettent d'appréhender plus précisément – et peut-être utilement – la situation des familles dans ces deux régions.

Ces études soulignent, par exemple, que dans l'ensemble du Togo les ménages sont souvent propriétaires des terres qu'ils exploitent. Excepté Lomé, « *la proportion des ménages détenant des terres est supérieure à 50 %. Les proportions les plus élevées (étant observées) dans les régions des Savanes (89,4 %), Centrale (78,1 %) et Kara (78,0 %)* » et « *la majorité détient des terres de superficies inférieures à 1 ha (42,5 %) suivie de ceux possédant des terres de superficies comprises entre 2 et 3 ha (19,8 %)* » (DGSCN 2011 : 48 & suivantes).

Ces mêmes ménages n'ont qu'un accès limité à de l'eau potable : 57,8 % dans la région de Kara et 38,5 % dans la région des Savanes. Ces vastes données correspondent en fait aux jeux complexes liant la démographie au terroir. Pour le dire fort simplement, ainsi que le remarque Paul Péliissier, dans ces sociétés lignagères l'accroissement du nombre de prétendants légitimes au sol entraîne une segmentation des surfaces cultivées.

Dans les sociétés lignagères où les unités de résidence ne forment pas de villages mais demeurent autonomes, chaque territoire lignager (et au sein de celui-ci, chaque domaine familial) se juxtapose à ses voisins et est géré directement par le doyen du lignage (ou du segment lignager). Ici, la carence ou l'inefficacité de l'armature politique a généralement interdit l'utilisation du sol sur un mode extensif et entravé la progression spatiale des champs au gré des besoins de la croissance démographique. Elle a donc poussé à l'entassement, à l'aménagement, par des investissements répétés en travail, et par conséquent, à un usage du sol aussi continu que possible dans les périmètres défrichés et contrôlés.

Enfin, de nombreux ménages interrogés lors de ces mêmes enquêtes soulignent les difficultés qu'ils éprouvent pour assurer l'ensemble des besoins alimentaires de leurs membres ainsi que les diverses circonstances qui les ont obligés à s'endetter (DGSCN 2011, *ibid*).

Le même document souligne encore que « la proportion de ménages possédant au moins un bien de communication est de 94,2 % en milieu urbain et de 64,4 % en milieu

rural. Cette proportion étant de 62,7 % dans la région des Savanes, de 72,1 % dans les Plateaux, et de 76,0 % dans la région de Kara... » (DGSCN, *ibid.*).

Bien évidemment, toutes ces données doivent être précisées puisque selon les contextes sociaux et agronomiques, « être propriétaire de sa terre » peut recouvrir plusieurs types de situations : « pouvoir l'exploiter », ne la détenir que provisoirement, ou n'en détenir que l'usufruit¹... Et sans doute n'est-ce que dans les centres urbains que le cadastre régit, plus ou moins légalement, l'accès à l'entière propriété du sol.

Mais, quels que soient les contextes, toutes ces variations conditionnant un usage pérenne du lieu et de ses productions entraînent d'importantes différences dans les ressources familiales acquises grâce aux travaux agricoles et déterminent la possibilité d'être « en capacité » de les améliorer.

Analyser les diverses modalités liant l'usage du sol et les situations alimentaires est riche d'enseignements. Les terroirs constituent l'un des socles de la sécurité alimentaire. Mais, dans un premier temps, ces larges données permettent a minima de caractériser ces régions : des mondes agricoles pauvres, constitués de petites exploitations ayant de faibles et incertains rendements.

¹ Le Roy distingue ainsi différentes formes d'usages des lieux et de légitimations de leurs appropriations selon que les sociétés veulent mettre en avant des sites ayant des fonctionnalités spécifiques (topocentrisme), ou au contraire associés des orientations balisant un cheminement (odologie), ou encore selon des découpages géométriques permettant des zonages... (2011).



Cet enfant accompagne son père sur son unique parcelle dont les limites sont marquées par les arbres et le mur de la case.

Ces données révèlent aussi un paysage contrasté, traversé par d'importantes différences clivant les mondes urbains et ruraux, et une géographie opposant une zone Maritime à des régions plus pauvres et enclavées ainsi qu'une société globalement structurée par une différence de possibilités accordées selon les genres.

Paradoxalement, ces données soulignent aussi combien ces espaces sociaux géographiquement isolés sont cependant « mondialisés » ne serait-ce que par ce côtoiement du plus local des échanges avec des activités liées aux importants axes routiers permettant le commerce vers les pays enclavés comme le Burkina Faso, la migration², ou par l'usage des nouvelles connections téléphoniques.

Loin de systèmes « communautaires » supposés être autarciques, vivre, y compris au village, signifie donc conjuguer des dynamiques du dedans et du dehors et pouvoir diversifier ses façons de vivre à d'autres formes et choix d'existence. Concrète-

² Sur cette question voir notamment Pison 1989.

ment, et même s'il est difficile de rendre compte de ces dimensions sensibles, c'est sans doute parfois penser, en regardant certains chauffeurs allant « à la capitale » ou certaines images accessibles sur son téléphone portable, que la « vraie vie est ailleurs »...

Bien que difficilement objectivables ces dimensions affectives nous semblent essentielles. Elles constituent à la fois une manière d'être, une relation à soi et une forme du lien social.

L'ennui est une faute vis-à-vis de soi et du don de la vie, il en est le refus lâche, pire qu'un échec, il fait passer « à côté de la vie ». L'ennui est une faute non pas dans l'ordre de la morale et du devoir, mais dans celui de l'être et de l'existence : un gâchis, une chance perdue, une occasion manquée. L'ennui produit la haine de soi après avoir détruit autour la consistance du monde, son éclat et sa fraîcheur violente. (Nahoum-Grappe 1995, 72).

Dans des sociétés « mondialisées » et continuellement mises en confrontation ou comparaison par les médias, cette dimension négligée productrice d'un « ordre de frustration » (Appadurai 2007, 27) est sans aucun doute essentielle.

Certes ces « sensibilités » semblent accessoires et fragiles au regard des questions économiques et sanitaires. Cependant, ces sentiments modelant profondément des façons de vivre ne sont pas à négliger³. Des études sur la fatigue et la lassitude dans ces régions difficiles à vivre apporteraient sans aucun doute des éléments de réflexion indispensables.

L'ensemble de ces données agricoles, géographiques, sanitaires ou « sensibles » permettent de cartographier et de caractériser les paysages socio-économiques constituant les véritables socles des situations sanitaires. C'est pourquoi ces variables discontinues sont essentielles.

Elles sont essentielles, mais elles ne sont cependant pas suffisantes puisqu'elles laissent inexploitées de quels gestes infimes, mille fois répétés, ces chiffres sont le « reflet ».

Dénombrer n'est pas comprendre et ces pourcentages ne permettent pas non plus d'interroger les significations que ces données quantitatives prennent pour les différents acteurs sociaux ayant à vivre quotidiennement ces situations et ces contraintes.

³ Sur ces questions voir notamment Corbin (2000).

Pour ne prendre qu'un exemple dans le domaine de la santé : quelles sont les dimensions vécues des situations sanitaires ainsi que la façon dont, au quotidien, elles résultent de choix, d'interactions, de décisions souvent modestes...

Quels sentiments accompagnent la prise en charge d'un enfant malade ?

Plus spécifiquement, dans le domaine de la santé infantile le faisceau complexe des pratiques « de tous les jours » constituant ces larges situations épidémiologiques reste largement inexploré. Quelles dimensions sociales et sémantiques organisent les relations des parents à leurs enfants à propos des soins, ou des mères et des enfants à propos de la nourriture ?

Comment sont perçues et nommées les maladies des enfants ? Comment se déroulent les repas ? Dans ces situations complexes et difficiles, quelles sont les marges de liberté des acteurs ? Bref, de quelles pratiques sociales concrètes et systèmes de sens résultent l'ensemble des données statistiques et épidémiologiques ?

Ces questions semblent modestes. Mais elles englobent et désignent à la fois les raisons d'agir des acteurs et les modalités de leurs actions. D'apparence discrète, bien qu'elles construisent les motivations des populations et orientent leurs réponses aux situations vécues, elles n'occupent qu'une place réduite dans les politiques de développement. Ces pratiques, représentations et sentiments constituent cependant l'interface entre les projets et les populations et expliquent comment les objectifs et les logiques des programmes techniques viennent s'insérer, sont appropriés, rejetés parfois, et en tout cas toujours transformés par les logiques populaires et les pratiques ordinaires des diverses collectivités.

L'enquête et ses terrains

Si les projets se fixent des buts à atteindre et des stratégies d'actions, ils ne peuvent, le plus souvent, explorer les interfaces concrètes s'établissant entre les propositions – ici sanitaires – et les logiques sociales et comportementales des populations. Notre enquête vise à combler cette lacune et s'est donnée pour objectif de rendre compte de cette interface – ou des diverses interfaces – entre des propositions sanitaires et des logiques sociales incluant parfois des dimensions affectives. C'est pourquoi, nous nous sommes attachés à décrire empiriquement les formes de la vie quotidienne et à analyser

comment sont « accueillies », « appropriées » les propositions de changement des conduites nutritionnelles. Quels univers de réception, quelles normes incorporées, vont intégrer et ce faisant « déformer » – « approprier » – ces incitations à changer ? Nous nous sommes efforcés de rendre compte du sens vécu de ces situations par les populations elles-mêmes, et nous avons tenté d'accéder aux motifs des conduites des acteurs dont les données statistiques et épidémiologiques résultent. Méthodologiquement, nous avons pour cela usé d'une « *anthropologie par le bas* » (Bayart & alii 2008), permettant d'analyser les structures de la quotidienneté : « ce qui se passe quand il ne se passe rien ». Fort simplement, nous nous sommes donnés comme but de décrire comment les populations « se débrouillent » pour soutenir leurs existences dans des mondes âpres et complexes. Concrètement, les objectifs de notre recherche, et la posture méthodologique qui en est résultée, peuvent être fort simplement et aisément résumés en usant du contraste entre quelques illustrations. Tout d'abord, quelques « dessins éducatifs » permettent de figurer aisément les conduites souhaitées par les programmes sanitaires.



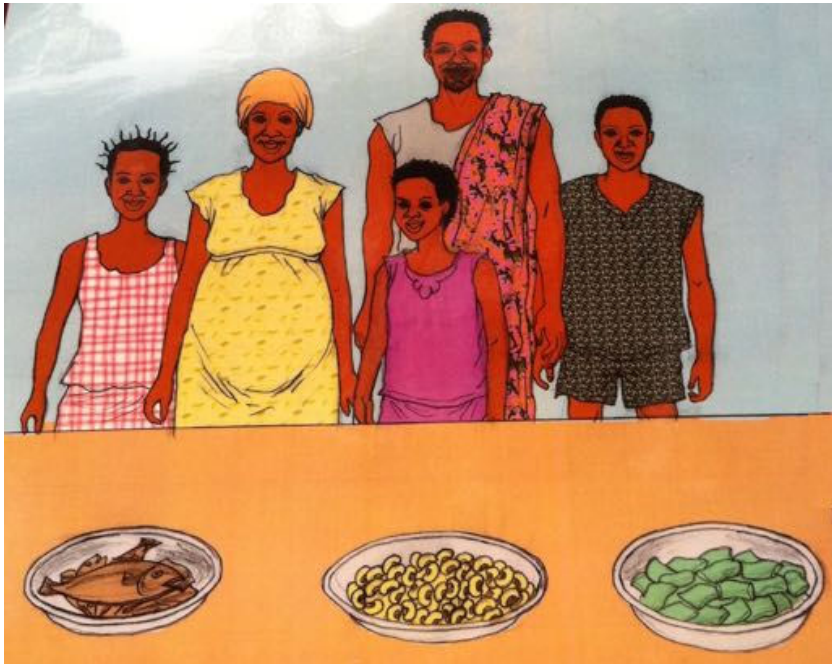
Dans ce monde « idéal » des programmes, toutes les règles d'hygiène sont respectées et mises en œuvre harmonieusement. Mais dans « la vraie vie », les enfants jouent parmi, et souvent avec, les déchets que la technique déverse à leurs portes.



Comment rendre compte de ces différences entre une certaine représentation d'un monde régi par l'hygiène et cet espace vécu (Frémont 1999) où chaque résidu, toujours polysémique, peut être un danger mais aussi – et à la fois – le support d'un jeu et une source d'amusement ?

Il en va de même de l'alimentation. Et même si comme le dit un proverbe ouest-africain « l'étranger ne voit que ce qu'il connaît », il suffit de regarder en mêlant une certaine vigilance avec un peu d'étonnement.

Ici, dans cette image figurant implicitement, ou explicitement, nos choix de vie, une famille « harmonieuse » de cinq personnes, ayant sans doute respecté des propositions de planification familiale, s'apprête à déjeuner de façon équilibrée.



À cette image « sanitaire » légitime, mais idéalisée, d'un monde social que régiraient des choix familiaux harmonieux et une alimentation adéquate et équilibrée répond cette réalité où deux jeunes enfants, sous le regard indifférent des adultes, se partagent dès le matin une calebasse d'alcool local (Tchouk) ...



Profitons de ces contrastes iconographiques pour aller, une nouvelle fois, au plus court. La question qui oriente notre enquête consiste simplement à se demander quelles raisons peuvent expliquer les différences entre ce qui est visé et ce qui est ainsi observé ? Comment sont appropriées les propositions nutritionnelles par les populations. Quels mondes ordinaires réorganisent à leurs propres rythmes et valeurs ces programmes nutritionnels ?

Matériel et méthode

Concrètement, pour tenter de répondre à cette préoccupation, l'enquête s'est déroulée pendant trois mois (mars à mai 2013) et s'est articulée selon trois moments distincts.

Une préparation de l'enquête a permis de tester nos hypothèses et « d'ouvrir » les premiers terrains.

Outre une présentation de l'équipe aux autorités sanitaires et aux divers responsables villageois, ce premier « passage » d'enquête collective a permis globalement de passer des questions que l'on se posait, à la façon dont on pouvait poser ces questions à nos interlocuteurs pour accéder aux questions qu'ils se posaient eux-mêmes et qui souvent ne sont pas exactement les nôtres⁴ !

L'enquête s'est ensuite prolongée dans deux lieux correspondant à des aires écologiques, sociales, linguistiques et administratives différentes.

L'ensemble des entretiens a été enregistré, traduit et transcrit. Ces données « brutes » attestent de la véracité des propositions proposées dans ce rapport.

Par ailleurs, ce stock d'informations correspond aussi à une sorte de première référence de la situation dans ces régions, et de ce fait, ces données « revisitées » pourront éventuellement permettre une comparaison des évolutions sociales et sanitaires dans cette zone.

Le but de notre étude était de saisir autant que possible les relations sociales dans leur quotidienneté et banalité. De « développer une stratégie de recherche qui ne se fonderait plus prioritairement sur la mesure de propriétés abstraites de la réalité mais qui, à l'inverse, procéderait en se donnant pour règle d'intégrer et d'articuler entre elles le plus grand nombre de données » (Revel 1996, 63).

C'est aussi pourquoi – afin d'éviter les biais liés aux mises en scène de soi consubstantielles aux enquêtes par questionnaires ou autres méthodes de type « *focus group* » – « l'entrée » sur le terrain s'est effectuée de la façon la plus simple possible, en respectant des relations sociales « naturelles ».

⁴ Sur ces questions méthodologiques voir Olivier de Sardan à qui nous empruntons cette image d'un questionnement en trois temps (2008).

Nous avons ainsi débuté en profitant des « entrées » familiales des enquêtrices, puis en suivant les divers réseaux qui s'ouvraient depuis ce premier point de sociabilité. Nous sommes ensuite allés, de « connaissances en connaissances », dans divers villages, « traînant », achetant et mangeant dans les marchés, bavardant dans les familles, plaisantant avec chacun.

Nous nous sommes ainsi, autant que possible, « fondus dans le paysage » ; attentifs à observer les pratiques habituelles plutôt qu'à solliciter des discours préconstruits que les populations ou leurs divers « agents communautaires » savent de longue date devoir énoncer pour combler les attentes des « enquêteurs » étrangers.

Par ailleurs, plus que des propos parfois sans lien avec une réalité des conduites, l'observation est révélatrice des pratiques effectives. C'est pourquoi nous avons compté des vendeurs, regardé comment se nourrissaient des enfants, partagé des repas, comparé des propos avec ce qui se déroulait, parfois de manière contradictoire, sous nos yeux.

Les entretiens se sont effectués le plus souvent individuellement et parfois en groupe informel, dans la langue choisie par nos interlocuteurs, la plupart du temps dans les langues parlées localement. Le temps de l'enquête et le fait que ces deux régions se présentent comme un archipel de groupes sociaux et linguistiques ont rendu impossible une enquête exhaustive de tous les groupes sociaux occupant ces territoires. Il a fallu choisir. Nous avons dialogué en trois langues : le Moba (4,5 % de la population du Togo), le Kabye (16 %), le Naouden (3,5 %). D'autres travaux, attentifs à d'autres groupes et appartenances religieuses, pourront éventuellement combler nos manques et produire d'utiles études comparatives. Nous avons travaillé dans 40 villages, et réalisé 200 entretiens de longueurs diverses et observations chronométrées, parfois photographiées ou filmées. L'ensemble des entretiens a été enregistré, traduit et transcrit *in extenso*. Le tout représente environ 1 500 pages de transcription.

Nous avons choisi de présenter nos résultats en analysant de façon systématique les principales dimensions qui « pèsent » sur les disponibilités alimentaires, les conduites nutritionnelles et plus spécifiquement, les modes d'accès aux aliments des enfants.

Afin de permettre une présentation méthodique et « lisible » de ces données, nous les avons présentées selon trois grandes sections.

Dans la première – *les dimensions structurantes de la malnutrition* – nous présentons les dimensions sociales construisant cette « pathologie ».

Dans la seconde, nous évoquons les « *trajectoires de soins* » des acteurs en quête de soins. Comment diverses populations perçoivent la maladie et ce qu'elles font face à cet événement qui brise la suite ordinaire des jours.

Enfin, dans la troisième, nous traitons des *interactions entre les personnels de santé et les malades*. Comment les populations et le système de santé s'accordent ou parfois divergent.

Les dimensions structurantes de la malnutrition

Le quotidien est composé de gestes qu'accompagnent de manières plus ou moins liées une infinité de paroles et de sentiments. Nous tenterons de rendre compte de ces sortes de liaisons harmoniques entre des conduites et le sens que les acteurs leur attribuent, en usant de *verbatim* et de vignettes dénotant directement une observation ou quelques conversations.

Ces « illustrations » ont pour fonction de présenter notre « référentiel » : de laisser parler le terrain. Mais ces « illustrations » correspondent aussi à nos choix et à nos interrogations. Elles ne peuvent donc être confondues avec de simples duplications d'un réel qui par définition échappe à toute explication simple et exhaustive.

Ces descriptions sont donc déjà une analyse⁵ : une façon de « découper » – ou de segmenter comme des « plans fixes » isolant le continuum des vies – la complexité et la variété des gestes et des conduites qui se déroulaient sous nos yeux.

Par ailleurs, pour expliquer les conduites, nous avons cherché à identifier les forces dont elles résultent.

Ces pratiques populaires ne sont jamais absurdes et ne peuvent donc être simplement analysées comme des sortes « d'erreurs » au regard des préceptes sanitaires. Ces conduites sont composées par des inclinaisons sociales, des jeux de pouvoirs, des relations d'âges et de genres caractérisant un groupe spécifique et des normes externes incitant des acteurs à se conduire d'une certaine manière.

C'est pourquoi, pour le dire simplement, nous avons cherché des « facteurs qualitatifs » faisant « que l'on agit ici de cette manière plutôt qu'autrement »... Si les populations ou

⁵ Voir notre article sur la description, (Jaffré 2003)

les personnels sanitaires n'ont pas toujours raison d'agir comme elles le font, elles n'agissent pas sans avoir de « bonnes » raisons. Concrètement, quelques lignes principales mêlant indistinctement des « socles matériels », des pratiques et des valeurs nous ont semblé composer le « dispositif social⁶ » de la malnutrition ou, autrement dit, constituer les dimensions structurantes de la malnutrition dans ces contextes des Savanes et de la Kara. Toutes ces dimensions sont bien sûr liées et enchevêtrées. Mais, pour expliquer et présenter, il fallait bien découdre le tissage complexe de ces conduites quotidiennes : présenter la trame des forces construisant ces états de santé⁷. « Fil à fil » donc, nous présentons, en quelques chapitres les principales dimensions sociales constituant, au regard de notre étude, l'écheveau complexe des causes de la malnutrition dans ces deux régions.

1. Les socles de l'alimentation

On l'oublie trop souvent. La consommation n'est que le dernier point d'une longue chaîne d'activités incluant toutes les pratiques de production, de stockage, de répartition, de transformation et enfin de consommation. C'est pourquoi, comprendre la malnutrition oblige à étudier le système alimentaire local. Plus précisément, « l'étude des modes d'approvisionnement et de transformation de la nourriture recouvre quatre grandes opérations, cultiver, répartir, cuisiner et manger, qui représentent les phases de production, distribution, préparation et consommation » (Goody, 1984, 69). Autant de dimensions auxquelles il faudrait, pour être complet, ajouter les phénomènes sociaux et religieux qui s'y rattachent, les implications économiques, les systèmes d'échange...

⁶ Nous utilisons ici la notion de Foucault ainsi présentée par Judith Revel : « ceux-ci sont par définition de nature hétérogène : il s'agit tout autant de discours que de pratiques d'institutions que de tactiques mouvantes » (2002, 24). Sur l'usage de ce concept dans le domaine de l'anthropologie de la maladie voir Jaffré (1999).

⁷ Pour une vision synthétique de ces questions voir notamment Lefèvre & de Suremain (2002)

Opération	Phase	Lieu
Cultiver	Production	Exploitation agricole
Répartir/Stocker	Distribution	Entrepôt/marché
Cuisiner	Préparation	Cuisine
Manger	Consommation	Table

Hubert 1990, pp. 260 et s.

À ces opérations techniques, il faudrait encore en préalable ajouter la différence entre le consommable et le comestible, puisque toutes les cultures ont effectué cette différence « en créant des catégories, en faisant des classifications et des partages dans ce qu'offrait l'environnement » (Hubert 1991). Et en ne qualifiant de nourriture qu'une infime partie de ce qui pourrait être consommé. Une nouvelle fois, nous ne pouvons ici traiter de tout. Mais une certaine systématisme de l'étude peut sans doute ouvrir quelques pistes de réflexion.

La production

Dans nos contextes, en matière de production et donc subséquemment d'alimentation, les périodes de l'année ne sont pas, bien sûr, équivalentes. À une relative abondance au moment des pluies et des récoltes s'oppose une régulière disette en période sèche et de soudure. Ce qu'évoquent ces conversations tenues dans un cabaret.

A : Est ce que les plats que vous mangez varient selon les saisons ?

B : En saison pluvieuse, il y a le petit mil, l'arachide, le *macabo*, l'igname, le maïs, la pomme de terre. En saison sèche il y a le mil, le *voandzou*, le haricot puisque c'est le moment de leur récolte. Il y a aussi ce qu'on appelle *kandilo*. Ça se produit comme le *voandzou* mais les graines sont encore plus petites et « en chapelet ».

A : Donc ça veut dire en saison sèche que l'on consomme plus le mil que le maïs ?

B : Oui et en saison pluvieuse on consomme plus le maïs parce qu'en ce moment le mil n'est pas encore prêt.

A : Et du côté de la sauce, est ce que ça varie aussi selon les saisons ?

B : En saison pluvieuse comme ça, il y a abondance des feuilles vertes, telles les feuilles d'oseille de Guinée, l'*adémé*, les feuilles de *gombo*... Elles poussent dès les premières et deuxièmes pluies. En saison sèche, il y a le *gombo* des dernières pluies. Il y a les jardins qui nous procurent les feuilles fraîches, il y a aussi les fruits d'oseille de Guinée qui sont

un peu rares. A partir de Novembre-Décembre comme ça, il y a l'*adémé*. En fait c'est avant qu'il y avait des pénuries de feuille vertes en saison sèche. De nos jours il y a des jardins ce qui fait qu'on mange presque les mêmes sauces quelle que soit la saison. Et souvent c'est *hou noum* qu'on utilise pour rendre ces feuilles gluantes. Il en est de deux catégories ; l'une a de petites feuilles c'est d'ailleurs ce qui est bien gluant et l'autre a de larges feuilles.

A : J'aimerais que vous me fassiez le calendrier des semences et des récoltes de chaque céréale...

B : On sème le petit mil (*missi*) et l'arachide *ketou* en mars-avril, quand on commence la chasse, et déjà en juillet, on peu récolter et donc au temps des *Evala* (fêtes traditionnelles et initiation des jeunes garçons) les gens se ravitaillent dans les champs pour se fortifier et danser. Ce qui fait que parfois même le propriétaire d'un champ peut venir trouver les sillons vides. Avant c'était le petit mil que nos grands-parents utilisaient pour faire la pâte ainsi que le sorgho. Mais de nos jours, nos enfants ne veulent plus consommer la pâte du sorgho. Ils veulent la pâte blanche alors que le sorgho est plus vitaminé. Pour le sorgho, c'est à partir de Novembre qu'on fait la récolte

A : Et le maïs, c'est dans quel mois la semence ?

B : En fait toutes les céréales devraient être semées au même moment, mais c'est le décalage de la pluie qui fait qu'on sème certaines avant d'autres. Donc c'est au même moment. Il n'y a pas qu'on sème telle céréale à tel mois, telle céréale à tel mois. Pour l'igname, on fait les buttes avant la fin de la saison sèche, et tu y mets les ignames. Maintenant dans le mois de décembre ou de janvier comme ça, il y aura les premières pluies qui vont tomber et ce sont ces pluies qui vont faire pousser l'igname...

Entretien dans un cabaret avec deux hommes entre 40 et 50 ans, l'un d'eux est herboriste. À Soumdina Haut, le 19 avril 2013.

Les productions agricoles sont donc variables mais surtout instables et se prêtant mal à l'anticipation. Mais surtout, dans ces deux zones, un simple tableau – bien trop succinct⁸ – souligne combien les disponibilités alimentaires sont extrêmement dissymétriques entre le temps d'une certaine profusion au moment des récoltes et une sorte de régulière pénurie au moment de la « soudure ».

⁸ Il faudrait pouvoir suivre durant l'année l'ensemble de ces relations entre production et consommation. Cela était pour nous impossible. Pour un travail plus complet permettant d'illustrer la totalité d'une démarche en « ethnologie et nutrition » voir Annie Hubert (op. cit. 1990).

Jan.	F.	Mars	Avril	M.	J.	Juil.	Août	S.	O.	N.	Déc.
Igname		Arachide	Arachide			Mil & Maïs	Mil & Maïs				Igname
		Petit Mil	Petit Mil				Oseille				
		Haricot	Haricot				Gombo				
			Chasse				Cérémonies				

Ce tableau n'est qu'indicatif. Pour acquérir une véritable validité scientifique et une utilité pratique, il devrait être précisément complété et « contextualisé » selon les sites ou même selon les familles. Il souligne cependant, comme pour toute société rurale vivant largement de ses propres productions, combien à chaque saison correspondent ses tâches, ses goûts et ses difficultés.

Mais il découle de ces quelques remarques, qu'ici comme ailleurs la disette est souvent saisonnière et liée aux aléas du climat ou d'accidents écologiques ou sociaux constituant des vulnérabilités périodiques et permanentes. Ces produits, une fois récoltés, sont ensuite transformés en plats.

Ce bref inventaire des disponibilités est indispensable. Mais, outre cette sorte de « temporalité agro-écologique », il nous semble important de souligner trois « déclinaisons » sociales liées à ce contexte rural.

Tout d'abord, on peut raisonnablement supposer que l'aspect circulaire de ce calendrier agricole et cette récurrence saisonnière sont incorporés par les acteurs.

Ces obligations et ces possibilités sont largement vécues sur le mode d'une répétition qui semble, si ce n'est « indépassable », appartenir à un monde « possible » voire « probable ».

Saison	Durée	Cultures	Plats disponibles
Saison sèche	Novembre à Mars	L'igname, le sorgho, le haricot, le riz, le <i>voandzou</i> , les feuilles de baobab sèches, feuilles sèches de kapokier, <i>gombo</i> sec, feuilles fraîches du jardin (<i>adémé</i> , <i>gboma</i> , la tomate), les fruits d'oseille de guinée	Haricot, galette et gâteau de haricot, le haricot-riz, le riz blanc, la pâte de sorgho, le <i>voandzou</i> , le <i>foufou</i> , igname frite, le <i>voandzou-riz</i> , ragoût, les sauces faites avec des feuilles sèches et des feuilles de jardin, la boisson locale
Saison pluvieuse	Fin Mars à fin Octobre	Le maïs, l'arachide fraîche, les feuilles fraîches de baobab et de kapokier, les feuilles de haricot, feuilles de <i>gombo</i> , le <i>gombo</i> frais	La pâte de maïs, les sauces préparées avec les feuilles fraîches, la sauce d'arachide, le <i>gombo</i> frais

La contrainte écologique et ces cycles agricoles sont perçus comme des sortes de « destins alimentaires » : d'une certaine manière, il est « normal » ou « naturel » d'avoir faim à certains moments de l'année et de pouvoir – et/ou de devoir – faire bombance à d'autres.

Il ne s'agit aucunement ici d'un quelconque « fatalisme », mais plutôt d'une sorte d'incorporation des rythmes saisonniers n'excluant aucunement une crainte et une vigilance notamment construites sur les mémoires historiques des famines et des crises alimentaires (Gado 1993).

Souignons aussi, même si cette remarque est plus accessoire, combien cette temporalité est différente de celle des projets de développement envisageant la durée sous la forme d'un futur devant orienter les actions présentes à la seule fin de les « dépasser » ... Aux propositions anticipatrices qui rythmèrent « la santé pour tous en l'an 2000 », ou aux espérances quasi eschatologiques des « objectifs du millénaire » répond localement la répétition du même pour survivre. Quels changements concrets ont été perçus en liaison avec les objectifs présentés par les divers projets qui se sont succédés dans ces zones ? Et, après tout, cet ancrage dans les saisons n'est-elle pas une manière de rester lucide et réaliste face à des programmes aussi prometteurs qu'utopiques ? Par ailleurs, il importe de relever la superposition des moments agricoles, des évènements sociaux et des célébrations religieuses. Comme dans la plupart des sociétés ou des groupes sociaux vivant

dans des situations de précarité, l'alternance ne se fait pas entre production, économie judicieuse et consommation régulière, mais plutôt entre pénurie et excès ou entre monotonie alimentaire et obligation sociale de dépenses ostentatoires.

Enfin, une nouvelle fois et comme partout, ce calendrier est porteur de contraintes adverses. La principale étant que le travail des champs implique l'absence des mères, ou tout au moins, une moindre attention portée aux enfants au moment où les conditions sanitaires (paludisme, maladies liées à l'eau et l'hygiène) sont les plus défectueuses. Travailler aux champs s'est s'éloigner et ne pas nourrir soi-même son enfant notamment durant la saison des pluies où le risque infectieux est le plus élevé.

C'est aussi, le plus souvent, le confier à d'autres enfants, et les laisser, dans une sorte de socialisation par les pairs, sans véritable surveillance. L'enfant est autant pris en charge au sein d'une classe d'âge qu'élevé dans une famille nucléaire restreinte.

Genre et production

Hommes et femmes ne sont pas équivalents dans ces activités de production. Par exemple, globalement en pays Moba et Kabye, la terre appartient aux hommes. Dans ces sociétés patrilinéaires et patrilocales, les femmes ne possèdent que quelques terrains qui leur sont cédés et elles doivent surtout vendre leur force de travail en échange de quelques subsides.

A : Et les filles, elles n'ont pas accès aux champs ?

B : Non, elles n'ont pas accès. (...) C'est que la fille va aller se marier quelque part où il y a déjà des terres (...) et si les filles sont nombreuses, ça veut dire qu'une bonne partie de l'héritage est partie ailleurs, alors que si on la donne aux garçons, on sait au moins que la maison va garder ses terres. (...) C'est pourquoi lors du partage, on ne compte pas les femmes, mais si elles demandent qu'on leur donne pour cultiver, on va leur donner...

Entretien avec un catéchiste de l'église. À Soumdina Haut.

« Dans ce type de société, les rapports de parenté fonctionnent comme rapports de production (...)... La parenté est à la fois infrastructure et superstructure » (Godelier 1973, 171). De ce fait, les « modalités de production » sont dissymétriques entre les genres : les hommes travaillent dans leurs propres champs et sont possesseurs de leurs récoltes, les femmes ne peuvent travailler « à leur compte » qu'un seul jour par semaine. Bien sûr, il ne

s'agit ici que des « règles officielles » n'excluant aucunement des collaborations au sein du couple.

Mais, ces dimensions sont structurantes et cette difficulté d'accès à la terre ainsi que la sous-évaluation du travail des femmes – mais aussi des hommes – sont lourdes de conséquences. C'est ce que souligne cette femme paysanne interrogée en pays Moba à M. :

A : Mais les femmes elles ne font pas le champ ici ?

B : Elles font ! Mais ce n'est pas facile hein ! Il faut voir nous qui sommes de la ville combien tu vas cultiver dans ces sols qu'on remue chaque jour... Combien tu vas cultiver jusqu'à récolter ? Et c'est dedans tu vas manger, dedans tu vas te soigner, dedans tu vas scolariser tes enfants, dedans tu vas t'habiller, dedans tu vas laver... La vie est trop chère par rapport à la vie du paysan. Jusqu'alors un sac de maïs à 16 000 F, moi je sais en âme et en conscience que si un enfant fait du palu 16 000 CFA ça ne va pas suffire pour le soigner si l'enfant fait un palu grave. C'est un sac de maïs ça ! Mais ici on travaille à la main ce n'est pas les tracteurs ce n'est pas les hectares et tous ici travaillent à la main. Comment tu vas travailler à la main pour avoir combien de sacs de maïs pour se nourrir toute l'année et avoir d'autre besoin là-dedans ?

Toutes ces situations peuvent varier marginalement. Ainsi, en certains villages du pays Kabye où nous avons enquêté : « les travaux du labour, ceux du binage, de repiquage et diverses autres activités nécessitant un effort physique assez important sont dévolus aux hommes et surtout aux jeunes gens. Les femmes, les adolescents et les personnes âgées, quant à eux, se préoccupent des travaux relatifs aux semences, aux récoltes, au ramassage et à d'autres petits travaux d'arrangement ou de correction.

Les femmes, après l'exécution de ces tâches champêtres, se doivent aussi de s'occuper des tâches domestiques : ménage, entretien des enfants et de la famille » (Tata, 2006, 58). On ne peut détailler l'ensemble de l'infini nuancier des pratiques agricoles et les façons dont celles-ci s'accordent avec des statuts sociaux et des classes d'âges, reflétant et construisant en un même mouvement des asymétries de genres. Le plus fréquemment, selon nos interlocuteurs, les hommes produisent le « gros » des céréales alors que la part des femmes vient comme un « soutien » et une sorte de « sécurité » lorsque les vivres viennent à manquer.

Si on récolte et que l'on constate que les récoltes de l'homme ne sont pas beaucoup, alors on met ensemble, autrement chacun garde sa part pour soi. (...) On consomme les récoltes de l'homme et on conserve pour la femme pour consommer après, au temps de la soudure

Entretien avec un homme. Soumdina Haut.

Partout, comme dans cet extrait, une certaine coopération entre les membres de la famille semble être de règle. Cependant, quels que soient ces agencements, toutes ces situations produisent des sortes de « découplages » de la production des denrées et de l'usage de celles-ci dans l'alimentation. Globalement, l'économie du « ménage » et les disponibilités alimentaires dépendent largement de la production et de l'autorité du chef de famille.

Quand on récolte, on prend une petite partie et on vend et ce qui reste on consomme (...). C'est mon mari qui décide de la vente, mais moi je vends. (...) Quand j'emmène l'argent, je lui donne et s'il veut me donner l'argent pour les produits de toilette de l'enfant, s'il ne veut pas, il ne donne pas .

Entretien avec une femme, 27 ans. Soumdina.

De fait, les femmes, à qui les programmes s'adressent pour devenir de sortes de « relais décisionnels » en nutrition, sont bien peu autonomes que ce soit pour l'alimentation ou pour l'achat de médicaments pour « leurs » enfants. Quand bien même elles souhaiteraient « améliorer l'ordinaire » alimentaires, elles dépendent largement pour cela de l'autorité et des ressources de leurs maris.

C'est dire qu'il ne peut ici s'agir uniquement de « communication ». Aucun message ne serait ici suffisant pour transformer des pratiques, puisque autant que savoir, il faut ici pouvoir agir de manière autonome. Une nouvelle fois, et sans que l'on puisse ici évoquer une loi, il est cependant probable que l'accès aux soins des enfants serait amélioré par une certaine autonomie pécuniaire des mères.

Le stockage

Deuxième étape de la chaîne alimentaire : les denrées récoltées doivent être conservées. Mais allons, une nouvelle fois au plus simple. Stocker implique une sorte de « surproduction » sur la consommation immédiate ou sur les immédiates nécessités pécuniaires. Or cela n'est pas toujours le cas.

B : Pour ceux qui peuvent cultiver à ces moments-là, ils ont déjà semé l'arachide, après c'est le riz, le maïs...

A : Et vous-même qu'est-ce que vous cultivez ?

B : Je fais l'arachide, le riz, le maïs, mais c'est sur des petites parcelles.

A : Et le haricot, vous ne cultivez pas ça ?

B : Le haricot ? Hum, chez moi ici, celui qui reste n'arrive pas à cultiver, en plus il est élève

A : Votre papa n'est pas là ?

B : Non il n'est plus

A : Quand vous récoltez, est ce qu'il y a une partie réservée pour la conservation et une partie pour la consommation directe ? Ou bien vous mettez tout ensemble ?

B : Comme on ne cultive pas assez, nous mangeons au fur et à mesure que nous récoltons nos vivres

A : Et comment vous faites pour que ça vous suffise toute l'année ?

B : Ceux qui sont ailleurs nous donnent par moment...

A : Ailleurs, c'est où ?

B : Au Ghana, j'ai mes enfants là-bas ce sont eux qui me donnent par moment.

A : Vous cultivez les légumes ?

B : On n'a pas assez de parcelles comme ça pour le faire, on s'approvisionne les légumes de jardin

A : Même sous le maïs ou le mil vous ne mettez rien ?

B : Oui, là où je fais le maïs je mets un peu d'arachide.

A : Ok, donc vous n'avez pas de parcelle pour les légumes ?

B : Non

Entretien avec une femme de 48 ans, vivant avec ses petits-fils et son benjamin. À Soumdina Haut, le 18 avril 2013.

L'ordinaire est en « déséquilibre » et ne peut se maintenir que grâce à quelques tactiques et « coups de chance ». Par ailleurs – est-ce dû à cette précarité ? – ici, nul grenier de « sécurité » relayant éventuellement d'anciens « greniers de chefferies » ne vient anticiper une quelconque pénurie. Autre étape dans cette chaîne alimentaire, le stockage est très simple et peut lui aussi être caractérisé par une certaine précarité.

B : Nous cultivons les feuilles d'oseille de Guinée (*gnatou*) ; nous cultivons les feuilles de l'épinard *gboma*, nous cultivons *l'adémé*. Cette dernière est faite sur de petites parcelles. Nous cultivons aussi le *gombo*...

A : Comment arrivez-vous à conserver ces légumes ?

B : Pour le *gombo*, on sèche et on met ça dans un sachet, ou on attache dans une jarre, les feuilles d'oseille, les fruits d'oseille et les feuilles de *gombo* aussi sont séchés et gardés pour la consommation ultérieure...

Entretien avec deux hommes, entre 40 et 50 ans, l'un d'eux est herboriste. Dans un cabaret à Soumdina Haut, le 19 avril 2013.

Dans un des lieux de notre étude, nous pouvons ainsi très simplement résumer ces quelques suites opératoires.

De semblables techniques et leurs conséquences ont été décrites en pays kabyé : « (...) Ces exploitations sont petites et considérant la mauvaise qualité des sols, l'archaïsme des techniques culturales, l'inefficacité des méthodes de conservation des récoltes, l'inadéquation des modes de production et d'autres aléas climatiques, on peut se convaincre des maigres rendements qui placent les populations de la localité dans une vulnérabilité et une insécurité alimentaires sur une grande portion de l'année » (Tata op. cit., 2006, 58)

Outre cette sorte de détermination de la réserve par la technique de stockage, soulignons qu'une partie de céréales, variable selon les familles, les obligations et les circonstances, est immédiatement vendue après la récolte.

Cette vente est souvent contrainte par la nécessité de trouver des disponibilités financières liées au calendrier des cérémonies, principalement les funérailles⁹, et des obligations sociales, ou afin d'acheter un bien nécessaire : moyen de locomotion notamment.

Une nouvelle fois, nous sommes ici dans une sorte de banalité des actes ordinaires.

⁹ Sur la signification et le déroulement des funérailles en pays Moba, voir principalement (Guigbile 2001).

Cultures	Moyens de conservation	Moyens de stockage	Mois de semence	Mois de récolte
Le maïs	Utilisation de produits de stockage, le séchage, pas de vannage	Utilisation de sacs et des greniers	Avril-Mai-Juin	Septembre
Le haricot	Utilisation de la cendre tamisée, le séchage	Utilisation des jarres et des bidons	Juillet	Octobre
Le sorgho	Séchage, pas de vannage, pas d'égrenage, utilisation de cendre tamisée	Utilisation des greniers, des jarres	Avril-Mai	Début Décembre
Le voandzou	Séchage, pas de vannage, pas d'égrenage, utilisation de cendre tamisée	Utilisation de bidon, des jarres	Juillet	Octobre
Le riz	Pas de décorticage, le séchage	Utilisation de sacs	Juin	Octobre
L'igname	Utilisation des feuilles de l'igname pour couvrir dessus	Creusage de trou	Janvier	Novembre-Décembre
Le manioc	Séchage après avoir pelé	Utilisation de sacs	Juin	Décembre
L'arachide	Séchage après avoir pelé	Utilisation de Jarres, sacs	Mai	Août-septembre
Le petit mil	Séchage, pas d'égrenage	Jarres, greniers	Mai	Août-septembre
Le soja	séchage	Sacs, bidons	Fin Juillet	Septembre

Mais, ici encore, on comprend aisément combien ces conduites « marchandes » où l'on vend au moment où les cours sont au plus bas (à la fin des récoltes lorsque l'offre est importante) quitte à acheter à crédit lorsque les cours seront au plus haut (en période de soudure), constituent un mécanisme régulier d'appauvrissement empêchant aussi une indispensable capitalisation de fonds pour investir dans des activités productrices ou anticiper et résoudre des problèmes sanitaires.

Autant que de vastes questions économiques, il s'agit ici du fonctionnement des marchés locaux de ces sociétés agraires. « Il est clair que le système de circulation marchande des céréales est fondé sur une inégalité économique entre les cultivateurs et qu'il tend de surcroît à entretenir, voire à renforcer cette inégalité. D'un côté ceux qui semblent condamnés à s'enfoncer chaque année un peu plus dans la pauvreté, de l'autre ceux qui non seulement peuvent éviter de se laisser entraîner dans ce cycle fatal, mais dont certains poussent même l'avantage jusqu'à tirer parti de la faiblesse des plus vulnérables » (Raynault 1973, 39).

Cette conduite de dépense immédiate, économiquement préjudiciable à l'investissement et une sorte « d'anticipation précautionneuse », est évidemment aussi néfaste pour la nutrition. Elle n'est cependant n'est pas dénuée de toute rationalité.

En effet, disposer de ressources revient à s'exposer à des demandes familiales « non remboursables ». Dès lors, la dépense pour soi – pour acquérir un bien ou s'octroyer quelques plaisirs – doit être immédiate sous peine de se voir « confisquer » par un membre de la famille – ou pour des raisons sociales ou de familles – ses quelques économies.

La « pression familiale » d'entraide est peu propice à des conduites d'épargne et « cette dette originelle, loin de s'affaiblir avec la modernisation, dont on pourrait penser a priori qu'en offrant à l'individu d'autres structures d'insertion que celles de sa communauté, elle l'en libère partiellement, s'en trouve, au contraire puissamment renforcée, exacerbée même, et ce au premier chef par l'institution scolaire » (Mari, 1997, 253). La dette oblige tout d'abord les aînés envers les cadets, puis s'inverse lorsque ces derniers ont réussi grâce aux anciens... Nul n'y échappe puisqu'elle suit et construit le lien social.

A ce titre, si l'obligation sociale de redistribution contribue à créer du déséquilibre et de la précarité, elle permet aussi aux familles de s'inscrire dans des réseaux sociaux permettant, à d'autres moments, de bénéficier de certaines solidarités. La dépense sociale – y compris sous une forme parfois ostentatoire – est une façon d'anticiper sur l'avenir en

capitalisant d'indispensables relations sociales. Elle inscrit chacun dans la longue réciprocité de la dette et du don, où bénéficier d'un capital social est souvent plus, ou aussi, utile que de protéger un maigre capital frumentaire.

La répartition

La répartition des denrées est l'étape suivante dans cette chaîne alimentaire liant des dimensions agricoles, techniques et sociales.

Deux dimensions doivent être ici distinguées : ce qui relève d'une répartition dans le circuit court ou « direct » de la « consommation nutritionnelle familiale » et ce qui entre dans de plus larges usages sociaux.

Ces pratiques et les dimensions qu'elles engagent sont, en effet, diverses. Cependant, dans ces deux cas, la répartition, ou distribution à des fins de consommation, est globalement le fait de l'homme et celui-ci peut user de son pouvoir pour le meilleur comme pour le moins bon...

C'est ainsi qu'au plus banal, un mari, qui au dire de sa femme est un pêcheur régulier, jamais ne ramène jamais de poisson... Sa pêche est soit directement consommée, soit revendue pour acheter de l'alcool local.

Cette facette d'une consommation « égoïste » pourrait sembler accessoire. Pourtant, se répétant de proche en proche, elle ne l'est pas. Au jour le jour, tout un ensemble de petites denrées sont directement revendues, pour être, le plus souvent, consommées en alcool.

Il s'agit là de pratiques modestes et d'une sorte de micro-économie. Mais la monnaie circule ainsi, s'écoulant par petites sommes et pratiques sociales presque invisibles.

Mais c'est ainsi qu'avec une désastreuse régularité divers éléments essentiels à la nutrition sont retranchés du plat familial.

Cette pratique illustre aussi, plus largement, une sorte d'autonomie des prises alimentaires des membres de la famille. Et ces conduites, même si elle ne sont pas socialement valorisées, manifestent dans leur apparente simplicité, les relations de pouvoirs internes aux structures familiales.

Cette segmentation des comportements mêlant des choix égotiques à des débrouillardises individuelles est une des normes pratiques régissant les conduites ordinaires – non pas « des communautés » puisqu'il n'y a pas ici véritablement de « commun partagé » – mais de chacun de ses membres pris individuellement.

Certes, il ne s'agit ici que de quelques histoires singulières. Cependant, ces « cas » soulignent une régulière dispersion des groupes familiaux régis par une sorte d'autonomie de leurs membres plutôt que regroupés par des pratiques et des choix communs. Et une nouvelle fois, ce sont ces infimes pratiques, mille fois répétées, qui construisent le réel de ces sociétés.

De façon plus large, d'autres régularités, plus liées au « groupe familial », régissent l'usage des céréales. Globalement, comme nous l'évoquions précédemment, et comme cela est presque partout la norme, l'homme répartit les céréales et la femme cuisine.

A : Quand vous amenez vos récoltes comment vous répartissez ?

B : Toi l'homme quand tu récoltes et tu amènes à la maison, tu sais qu'il doit y avoir une partie que tu dois conserver pour la saison morte, une partie pour la consommation directe. Avant c'était le sorgho qu'on cultivait le plus et qu'on conservait dans les greniers, maintenant c'est le maïs. Tu peux par exemple donner un sac à la femme pour la conservation directe et quand ça finit, elle peut compléter sa part. C'est quand tout aurait fini qu'elle peut redemander à son mari de « monter le grenier » (*kpam kpoo**= monte moi le grenier) pour dire qu'elle a besoin de nourriture. Il y a aussi une troisième partie pour les funérailles pour les obligations familiales, c'est-à-dire qu'on peut puiser vendre pour subvenir à un besoin.

A : Qui décide pour cette répartition, est-ce l'homme ou la femme ou les deux ?

B : C'est d'un commun accord. Et elle peut donner son avis sur la répartition. C'est à dire si cette partie est trop, beaucoup, ou bien que cette partie est trop petite. On essaie donc d'ajuster la répartition. Aussi, c'est elle qui est douée dans la cuisine. C'est donc elle qui prépare et l'homme lui il mange seulement. « La femme est l'héritière de la maison » et c'est à elle que les enfants se plaignent souvent quand ils ont faim.

Entretien dans un cabaret avec deux hommes, entre 40 et 50 ans, l'un d'eux est herboriste. À Soumdina Haut, le 19 avril 2013.

Cependant, les règles de cette répartition peuvent varier en fonction des critères utilisés pour décider des modalités du partage.

Ici encore les variantes sont nombreuses. Parfois, la répartition est faite plus en fonction des « foyers » représentés par les épouses dont il « dispose », que du nombre de bouches à nourrir dans chacun de ces sous-groupes familiaux. Et l'on comprend aisément combien

l'usage régulier de ce critère d'égalité affective qui n'est aucunement synonyme d'équité nutritionnelle constitue un discret, mais redoutable, facteur de risque.

On comprend aussi combien s'entremêlent ici divers facteurs, allant des plus « matériels » aux plus « affectifs », puisque selon les relations entre les épouses et le mari, la porte du grenier et des denrées pourra s'ouvrir plus ou moins largement...

Une distribution corrélée de la sociabilité et de la dépense

Les pratiques que nous venons de décrire, bien que modulées par des dimensions socio-familiales et affectives, se rapportent cependant à une sorte d'adéquation liant l'aliment à sa consommation immédiate pour apaiser sa faim et reproduire ses forces.

Fort différemment, un second circuit de distribution des céréales inclut d'autres dimensions non directement alimentaires.

Il s'agit tout d'abord, comme nous l'avons déjà évoqué en quelques passages, d'une constante et très importante production et consommation d'alcool par les membres de ces collectivités rurales et urbaines, y compris les plus jeunes.

Pendant que l'ASC boit, deux de ses enfants entre 3 et 4 ans s'approchent et le regardent. L'ASC s'adresse à moi en disant : « en les voyant tu vas croire que depuis le matin ils n'ont pas bu hein, mais c'est faux. Ils ont même bu plus que nous deux. Toi la petitealebasse que tu ne veux même pas remplir, si c'est eux, c'est fini depuis ». Je demande alors s'ils boivent souvent. Il me répond : « oui tous les jours ». Il leur tend le reste de laalebasse. Les deux s'approchent et ils boivent tour à tour.

Observation. La maison ASC. À Kampote.

Il s'agit d'alcool comme produit, bien sûr. Mais ici encore « l'objet » est polysémique. Bien plus qu'une simple « ingurgitation » alcoolique – et même si des dimensions « addictives » sont ici évidentes – il s'agit ici d'une consommation ayant une valeur d'échange social comme cela est largement attesté en Afrique (Willis 2006 ; Setlalentoa & alii 2010).

La production et la consommation circulent de famille en famille et laalebasse d'alcool est la marque de l'accueil. Cette civilité s'inscrit aussi de groupe villageois en autre

groupe puisque dans chaque collectivité un tour de production est organisé et parfaitement respecté afin que de l'alcool soit disponible quotidiennement.

Et partout aussi, les cabarets se présentent comme étant le principal lieu de sociabilité et l'alcool partagé comme étant le principal support de cette sociabilité ...

Pour s'en convaincre, il suffit d'entrer dans un cabaret sis dans un marché.

Je prends place dans un cabaret. Quatre élèves y sont assis, en train de boire dans des calebasses. Ils discutent. Deux sont en tenue scolaire. Une jeune femme tenant une calebasse et son enfant sont aussi assis. Ils sont au nombre de sept dans le cabaret autour de la revendeuse de « *tchakpa* ». Deux hommes boivent debout. Je salue la revendeuse et elle me sert ce goûter à 17h31.

17h32 : Un homme arrive. Il passe une commande. On le sert. Il boit d'un trait et repart.

17h33 : Trois personnes arrivent. Deux des quatre élèves quittent le cabaret. Je discute avec mes voisins directs. Il s'agit de deux élèves (...). La revendeuse sert le goûter à deux des trois personnes qui sont arrivées.

17h35 : Un enfant d'à peine dix ans arrive. Il salue la dame, elle lui sert toute une calebasse, il boit debout. Au même instant un autre arrive. On va le servir. Lui il ne prend pas le « goûter », on le sert pour 50 F. Celui qui est assis à ses côtés reprend aussi une autre tournée

17h37 : Le jeune garçon a fini de boire. Il rend sa calebasse. Il part en disant merci à la revendeuse.

17h41 : Deux hommes arrivent. Le premier discute avec quelqu'un qui est déjà assis. L'autre achète à boire dans un bidon. Il paye et il s'en va.

17h44 : Une dame arrive. Elle apporte un bidon de 25 litres contenant du « *tchakpa* » pour compléter celui de la revendeuse. Une dame arrive avec un enfant de moins de 4 ans. On lui sert le « goûter », elle reste debout. Elle boit puis s'assoit et commande pour 50F. L'enfant pleure. Elle lui donne à boire. Une jeune fille passe l'un des hommes assis dans le cabaret l'interpelle ; elle vient. Il lui achète pour 100 F. Elle s'assoit à côté de lui. Ils discutent.

17h47 : La revendeuse elle-même se sert à boire.

17h49 : La vieille a fini de boire. Elle rend la calebasse et cause avec la revendeuse. Une vieille dame arrive avec une bassine pleine de légumes. On lui sert aussi à boire sur le compte de celui qui avait acheté à boire à la jeune fille.

18h : Un nouvel arrivé... Il ne prend pas le goûter et on le sert directement pour 100 F. Il s'assoit

18h03 : Deux hommes quittent le cabaret après avoir payé la revendeuse. La vieille avec les légumes a fini sa calebasse. Elle demande au nouvel arrivé de lui offrir une calebasse de 50 F, ce dernier la taquine un peu, puis demande qu'on la serve.

18h10 : L'un des jeunes hommes assis avant mon arrivée interpelle un passant. Il lui demande de venir lui offrir une calebasse.

18h14 : Un jeune garçon arrive. Il s'assoit derrière un des buveurs, ce dernier lui tend sa boisson en se retournant. Il goûte puis demande à ce qu'on le serve à son tour ; pendant ce temps une jeune femme arrive avec un sachet contenant des fromages. Elle tend la calebasse à l'enfant de moins de quatre ans qui était arrivé avec la vieille. L'enfant prend et dit merci. Il commence par manger... Il demande à boire, sa vieille lui tend la calebasse...

Observation. Le lundi 8 avril 2013 à 17h30.

Ainsi qu'en témoigne un précédent *verbatim*, cette consommation d'alcool commence au plus jeune âge entraînant une certaine accoutumance et sans doute une réelle addiction tant au produit qu'aux relations humaines dont il est le support et le catalyseur.

A : Elle a 1 an ou 8 mois comme ça... Qu'est qu'un enfant doit manger, ou bien il peut tout manger par exemple les galettes ou gâteau d'haricot ou de *voandzou* ?

B : Il peut manger, mais le haricot pour l'enfant doit être bien cuit et la pâte bien molle. Tu pétris sur tes doigts et tu lui donnes, sinon il peut tout manger. Tout dépend de la main de la mère. Si ta main fait manger vite l'enfant va manger. Mais on nous a dit même de ne plus donner de la boisson aux petits enfants.

A : Ah bon, qu'est ce que ça fait ?

B : Que ses pensée ne resteront pas sur place... surtout le *sodabi* là. Moi je n'arrive pas à boire du *sodabi* mais ma fille de 3 ans là, elle, ça passe. Un jour tu peux la voir revenir d'une maison voisine, faisant comme si elle a mangé du piment, et quand tu lui demandes, elle te dit qu'on lui a donné du *sodabi*.

A : Est ce à 8 mois déjà on peut lui donner de la boisson ?

B : Du *sodabi*, non, mais si c'est du *tchouk*, qu'on appelle souvent l'eau du diable, on dit de lui en passer un peu sur la bouche de l'enfant, mais déjà à 8 mois, oui il peut boire, oui.

Entretien avec une jeune femme, mariée ayant 2 enfants, revendeuse de médicament par terre. À Soumdina, le 19 avril 2013.

A : C'est vraiment pas facile hein et il y a des enfants de six sept ans avec de gros ventre... Quand toi tu les vois, tu leur donnes deux ou trois ans et tu es étonnée quand on te donne leurs âges réels. C'est ça, et ça commence dès 6 mois et ça continue. Il y en a d'autres, les mamans font la boisson 2 fois par semaine. Ça veut dire que les jours de la boisson c'est la boisson-là qui est la nourriture...

Entretien avec une religieuse. À Siou le 22 avril 2013.

En fait, outre que sa consommation entraîne sans doute de nombreuses séquelles (Coleen & alii 2001) l'alcool joue dans ces collectivités une triple fonction. Il éloigne la sensation de faim, il est un dérivatif à l'ennui que l'on peut ressentir dans ces lieux éloignés des distractions modernes, il ouvre enfin tous les possibles sociaux liés à une certaine ivresse autorisant une subversion de normes toujours contraignantes dans des sociétés d'interconnaissance. Ces propos peuvent être aisément confirmés par des observations.

En effet, ils prennent corps et s'expriment dans des conduites, comme celles-ci, observées dans divers cabarets.

Nous sommes arrivés 12h30. On a pris 1h de temps pour recenser les cabarets de tchouk ainsi que le nombre de client par cabaret. Ils étaient au nombre de 80 cabarets de tchouk avec le nombre de clients qui variait entre 3 et 18 par jour du marché...

13h30. On a commencé l'observation du nombre de calebasses par client auprès d'une revendeuse de tchouk madame X. Elle avait 15 clients assis sur 3 bancs (5 clients par banc), chacun tenait une calebasse de boisson. Parmi eux, la revendeuse disait qu'il y a un qui est déjà passé le matin à la maison prendre 6 calebasses pour le champ.

14h15 environ : Ce dernier prenait sa 5^{ème} calebasse. Il se lève, part et revient quelques secondes après avec un ami (son compagnon de champ). Il prend une calebasse et lui en achète 3.

14h30 : Ils quittent le cabaret. Ce qui fait en tout 15 calebasses consommées.

Dans cet intervalle de temps, d'autres ont pris 3 calebasses, d'autres 5, 6 ou 9. Certaines femmes qui étaient juste de passage prenaient 1 ou 2 calebasse seulement. Le prix d'une calebasse de boisson est 50 F. Les cabarets de boisson sont devenus des lieux de retrouvailles où on se distrait, on parle de tout et de rien, caprice des femmes, des enfants, et des hommes, les semences. La majorité des clients pendant le jour est constitué de femmes parce qu'elles viennent au marché pour les achats et en profitent pour boire avant de rentrer et pendant la soirée ce sont les hommes, ils reviennent des champs, ils sortent pour prendre de l'air.

Observation auprès d'une revendeuse de boisson. Dans un cabaret de boisson, le mardi 09 avril 2013.

Certes, nos observations n'ont pour but que de rendre compte d'un ensemble limité de pratiques sociales¹⁰. Ces descriptions ne sont pas assez systématiques pour constituer une analyse économique de ces activités informelles. Cependant en usant de chiffres moyens (80 cabarets, 10 clients par cabaret, chaque client consommant 5 calebasses à 50 F) on obtient un chiffre d'affaire de 200.000 CFA pour un seul marché, certes important, mais aussi pour un seul jour ! Ces évaluations sont confirmées par des propos liés à de plus modestes situations, comme ceux de cette vendeuse de boisson d'une quarantaine d'années à Soumdina Haut.

A : Et combien de clients peux-tu avoir par jour ?

B : Est ce que je peux compter, ils sont trop nombreux !

¹⁰ Soulignons cependant que « Selon le milieu de résidence, 25,5 % des chefs de ménage et leurs épouses en milieu rural affirment que la principale cause de violence domestique est l'alcoolisme » (DGSCN 2011 : 62).

A : Ils atteignent 100 ?

B : Ils sont vraiment trop nombreux. (...) Certains prennent seulement 3 ou 4 Calebasses et même 2 seulement. (...) Si quelqu'un n'est pas encore passé chez une autre revendeuse, il peut en boire 10, il vient le matin et le soir à 18 h. (...) En tout je peux gagner 3500 CFA dans la journée.

Il suffit aussi d'ouvrir le regard pour que nos observations prennent place dans de plus larges dimensions. « *La production de bière en Afrique a augmenté de plus de 400 % entre 1960 et 1980, tandis que la consommation augmentait de 250 à 1000 % selon les pays* » (Klotz & alii 1992, 39). De manière plus précise, selon ces mêmes auteurs, « *la bière artisanale a employé 30 % de la production camerounaise de maïs et 12 % de la production burkinabaise de sorgho* ». Selon une autre étude réalisée en zone non musulmane au Cameroun, la consommation de bière de mil chez l'homme a été évaluée à 350 litres par an, ce qui correspond globalement à une quinzaine de litres d'alcool pur par an (Bard 1985). Le deuxième poste d'allocation des céréales – incluant aussi, bien que de manière plus ritualisée, une importante consommation d'alcool – est celui des funérailles.

A : Le tam-tam là, c'est des funérailles ?

C : Oui c'est une femme qui est morte.

A : On va l'enterrer aujourd'hui ?

C : Oui, le cercueil même est déjà là, je viens de là comme ça.

A : Ils vont « fa koun » (cérémonie qui suit l'enterrement pour annoncer des funérailles) aussi en même temps ?

C : Je ne sais pas comme on n'a pas encore enterré on n'a rien dit pour l'instant...

A : Donc on enterre d'abord, avant de dire si on « fa koun » ou pas ?

C : Oui c'est comme ça on fait.

A : Et souvent ici, faire des funérailles ça revient cher n'est-ce pas ?

B : Les choses se gâtent même...

C : Hé... trop même ! On dépense trop pour la boisson, le cercueil et tout. Les parents de la morte vont acheter des porcs... tuer pour faire la nourriture tout ça c'est des dépenses.

A : Et vous aussi vous avez déjà dépensé pour des funérailles comme ça ?

C : Oui, ma vieille est morte l'année passé, et c'est maintenant que j'ai fait ces funérailles ça ne fait même pas un mois.

A : Et si on ne fait pas ces cérémonies quelque chose va arriver ?

C : Si on ne fait pas ! Le mort même ça va le déranger. Il ne va pas trouver la paix.

B : On a même tué un bœuf !

C : D'autres ne mangent pas le porc, donc on tue les moutons, les chèvres, les bœufs...

A : Et le bœuf que vous avez tué ? C'est le vôtre que vous avez attrapé ou vous l'avez acheté ?

C : Oui, on l'a acheté.

A : Et vous avez des bœufs pour faire sur le champ ?

C : Oui.

A : C'est juste après les récoltes que vous avez pensé faire les funérailles ?

C : Je viens de les faire, ça ne fait pas trois semaines.

A : Et un bœuf ça coûte environ combien ici ?

C : Tu peux trouver à 250 ou 300 mille !

A : Et pour la boisson et autres ?

C : Ça c'est des sacs de maïs et de sorgho. Si tu veux y penser tu ne vas pas faire les funérailles...

Entretien avec la famille d'un enfant malnutri. À Kampote.

Ces obligations régissent ici toutes les vies. Et chacun pourrait énoncer à son tour ces normes qui contraignent autant qu'elles animent et donnent sens à la vie de ces collectivités¹¹.

A : Dans ce milieu-là, qu'est ce que le sorgho *mia* sert plus à faire ?

B : Ça sert le plus à faire la boisson locale *Soulom*, c'est d'ailleurs la grande partie qui y est investie puisque comme on l'avait déjà dit, de nos jours, on n'utilise plus assez de sorgho pour faire la pâte

A : Et quand on prépare la boisson, c'est pour la consommation à la maison ou bien c'est pour la vente seulement ?

B : Il y en a pour vendre, il y en a pour les funérailles. Pour celle qui vend, chacun a son jour de vente.

A : Si, par exemple, tu as des funérailles à faire concernant ta belle-mère, ton beau-père, quelle quantité de sorgho on peut te demander d'apporter ?

B : Si tu sais que tu as des funérailles à faire, lorsque tu récoltes le mil, tu prélèves une partie pour les prochaines semences. Le reste, ça dépend aussi de la valeur que tu veux donner à ces funérailles que tu veux organiser. Si tu veux donner une grande valeur, tu peux réserver comme un sac pour ces funérailles. Une seule cérémonie doit parcourir 3 étapes et tu fais aussi 3 fois la boisson.

A : Lorsqu'une personne meurt, quelle sont les différentes cérémonies qu'on fait depuis l'enterrement jusqu'aux funérailles ?

B : Déjà à l'enterrement tu apportes la boisson pour les compatissants. Après l'enterrement, 1 ou 2 jours après on attache l'arc « *pohokou towou* », cette cérémonie permet de déceler l'origine de la mort du défunt. Le soir, on va laver les parents ou les enfants si c'est le parent qui est décédé. Au retour de la rivière, on leur rase la tête, on leur fait de la bouillie. Ils vont la boire au dehors. Après 3 (si c'est un homme) ou 4 (si c'est une

¹¹ Voir sur cette question, « Vie, mort et ancestralité chez les Moba du Nord Togo » (Guigbile 2001)

femme) personnes vont leur apporter de la pâte. C'est après cela qu'ils rentrent à la maison et qu'on boit la boisson. Ensuite, on fixe la date des funérailles...

A : Et si vous découvrez un coupable, qu'allez vous lui faire ?

B : On verra si on peut l'arranger pour qu'il soit plus utile à sa communauté, il peut devenir un charlatan ou un herboriste.

A : Et pour la boisson, il n'y a pas une quantité fixée ?

B : Non tu apportes ce que tu peux. Il n'y a pas une quantité fixée. Si c'est les funérailles d'une vieille personne et que tu veux apporter 1 ou 2 sacs c'est ton choix.

A : Et les funérailles comment ça se fait ?

B : De nos jours il y a les funérailles des chrétiens, et là on peut enterrer aujourd'hui et faire les funérailles le lendemain, alors que traditionnellement ce n'est pas comme cela qu'on fait. Traditionnellement si on enterre aujourd'hui, après l'enterrement, on va voir les oncles des enfants, donc les parents de la femme ... D'autres vont aller voir leurs « beaux » donc les parents du mari de leur fille et ensemble ils vont fixer la date définitive pour les funérailles.

A : Et ces funérailles durent combien de jours ?

B : Ça dure deux jours.

A : Et quelles sont les cérémonies à faire ?

B : Vous emmenez une bête que vous pouvez acheter. Les beaux-fils aussi vont apporter la boisson et les bêtes.

A : Il n'y a pas une quantité fixée pour ces beaux-fils ?

B : Non tu fais ce qui est à ton pouvoir. Pour la nourriture si c'est ton « beau » tu peux emmener 5 bols de maïs ou du riz cru, la tomate, l'oignon, le piment, un litre d'huile rouge, une poule vivante, en plus le tam-tam dans le cas d'une vieille, mais s'il n'est pas vieux tu n'associes pas de tam-tam. Une semaine après les funérailles, on « ouvre l'assiette » que ce soit un jeune ou une vieille. C'est ce jour de l'ouverture de l'assiette qu'on tue les bêtes auprès des fétiches, sinon le jour où les funérailles commencent, c'est la boisson seule qu'on amène.

A : Est ce la même chose au niveau des chrétiens ?

B : D'abord au niveau des chrétiens les funérailles c'est un seul jour. On fait la veille et le lendemain c'est fini, et aussi les bêtes qu'on devait tuer auprès des fétiches sont tuées dans la cour de la maison.

Entretien dans un cabaret avec deux hommes entre 40 et 50 ans, l'un d'eux est herboriste. À Soumdina Haut, le 19 avril 2013.

Ces dépenses sont attestées par cette religieuse. Et même si l'on ne peut exclure un jugement « moral » sur ces pratiques liées à des religions païennes, elle évoque avec précision les dépenses engagées lors de ces cérémonies.

B : C'est vrai qu'on constate aussi qu'il y a des gaspillages inutiles lorsqu'il y a des funérailles ça aussi en même temps qu'on se plaint de leur situation faut voir tout ce qu'ils font comme dépenses...

Des fois, une maman meurt... On laisse le bébé et personne ne s'en occupe. Après on l'amène dans une autre maison, semble-t-il que c'est la tradition le papa ne doit plus voir le bébé. Il faut demander, si tu as l'occasion à voir quand une maman meurt qu'est ce qui se passe avec le bébé ! On le confie à une vieille et puis c'est fini. Il faut demander voir... Nous on a eu des cas comme ça et le mari même pour donner le nécessaire pour s'occuper du bébé, c'est impossible que la tradition l'interdit ! En général en pays moba c'est comme ça. On a eu des enfants comme ça. Ça dépend aussi, certains qui sont avec l'esprit d'évolution peut-être et ils ne s'attachent pas trop... Mais d'autres... Le poids de la tradition, c'est contre l'humanité !

Richesse culturelle et/ou pesanteur sociale et difficultés sanitaires... Comment distinguer ces dimensions ? Tout ici est mêlé pour construire cette configuration affective spécifique. Mais on comprend combien une certaine manière de protéger l'enfant en s'en détournant (cf. chapitre suivant) et le poids des funérailles constituent d'importants facteurs de risque pour les nourrissons.

B : Les sols sont pauvres, les terres deviennent rares, on devient nombreux. On quitte ici pour faire des kilomètres pour aller faire des cultures et c'est des petits problèmes. Et donc couplé à cela la mauvaise gestion : je cultive, je fais la récolte au mois de décembre novembre décembre ; janvier c'est les funérailles nous faisons tout pour mettre nos funérailles entre janvier et février comme ça parce qu'on vient de faire la récolte. Soit c'est l'ancien oncle, c'est le beau de qui tout ça là ; nous mettons tout ça là dans les funérailles ; puisque je viens de récolter ! J'ai au moins 5 sacs de sorgho, je vais enlever au moins un sac pour dire je ,fais la boisson à mon beau. Et tout de suite après les besoins de funérailles là on s'en rend compte que le grenier est vide. Ou bien nous-mêmes, entre temps il y n'a pas 5 Cfa en poche parce que la liquidité n'est pas là on puise dans le stock. C'est le même stock. On va vendre et ça reste seulement le maïs ou bien le sorgho à la maison donc l'alimentation devient unique soit c'est la pâte matin midi soir ; le haricot on vend ça, l'arachide on vend, les *voandzou* on vend ; voilà un peu ce que moi je pouvais dire par rapport à ça. Donc la pauvreté la mauvaise gestion, l'ignorance... Non ! Vous m'excusez !

A : Et quand on vend tout comme ça, est-ce que la femme elle en profite ?

B : Elle ne peut pas le faire même les enfants.

Entretien avec le responsable des affaires sociales (en présence de 3 stagiaires). Barkoissi , le 10/04/2013,

Il n'y a bien sûr aucun jugement à porter sur un mode de vie permettant d'exister – nous dirions même de « tenir » – dans des conditions difficiles en donnant un sens à l'âpreté des événements et en préservant à la vie une certaine qualité, même sur le mode de l'excès.

L'existence sociale est primordiale et quelques données quantitatives comparant divers postes de dépenses courantes montrent que même si les dépenses de santé sont impor-

tantes elles sont inférieures au cumul des dépenses souvent liées des fêtes et de l'habillement.

En tout cas, les sommes utilisées pour les fêtes et les événements sont supérieures à celles consacrées aux intrants agricoles. Soulignons aussi que les données concernant les dépenses ordinaires liées à l'alcool ne sont pas ici comptabilisées.

	Santé	Habillement	Fêtes et événements	Éducation	Intrants agricoles
Kara	21,9 %	17,1 %	17,1 %	10,1 %	10,1 %
Savanes	22,3 %	14,5 %	13,6 %	12,3 %	11,3 %

D'après des données prélevées dans (DGSCN 2011 : 62).

Par ailleurs, les différences entre l'ordinaire et le cérémoniel sont partout présentes et « partout » on dépense toujours plus les jours de fêtes que pour le quotidien¹². Mais affaire de contexte et de proportion, en situation de pénurie le rituel, en ponctionnant les maigres réserves, accentue les déséquilibres.

Si l'on oriente encore plus spécifiquement le regard vers la nutrition, quelques remarques sont ici évidentes.

Tout d'abord, une partie du déficit alimentaire correspond à – ou tout au moins est aggravé par – ces orientations sociales valorisant la dépense et une sorte de consommation excessive des produits en fonction des cérémonies. Par ailleurs, il est important de souligner ici, combien « l'obligation sociale » est première dans l'affectation des ressources. On ne peut, sans déroger à son statut social, renoncer à certaines cérémonies ou s'extraire des relations sociales liées à la production et à la consommation d'alcool. La boisson partagée « *inscrit l'homme, les céréales, les villages et les rituels dans un système circulaire* » (Jolly 2004).

¹² Pour le monde bambara, Gérard Dumestre remarque que « *avoir un comportement bamanan en matière de nourriture, c'est ainsi consommer librement et à l'excès des nourritures et des boissons, y compris du faisandé, du fermenté, et y trouver de la volupté* »... (1996, 698).

Il est difficile d'évaluer précisément la part des récoltes consacrée aux cérémonies et/ou à la consommation d'alcool. De nombreux facteurs (type de famille et formes des obligations liées à sa place sociale, statut de la personne décédée, choix de vie individuels...) influent sur la quantité allouée à ces dépenses. Cependant quelques entretiens permettent de figurer des « proportions ».

Lorsqu'on amène les récoltes à la maison, on discute ensemble avec mon mari et on décide ensemble la partie à consommer directement et la partie à conserver (...)

De nos jours, on n'utilise plus le sorgho pour préparer la pâte, c'est seulement le maïs. (...) Donc le sorgho est seulement cultivé soit pour vendre, soit pour les fêtes ou encore les cérémonies funéraires. (...) Si tu as des funéraires, ça va dépendre de tes capacités, si tu veux utiliser un sac ou un sac et demi, c'est ton choix.

Entretien avec une femme, 42 ans, mariée, 4 enfants. À Soumdina Haut.

Rien n'est entièrement fixé dans ces circonstances où la mesure doit avant tout permettre aux familles de ne pas « perdre la face » socialement. Mais au fil des entretiens, quelques propos laissent entrevoir des ordres de répartitions. « *En tout, nous récoltons 5 sacs. (...) C'est le sorgho que l'on garde pour les funéraires. Ça peut faire environ 1 sac* », nous dit une jeune femme vendeuse d'huile rouge à Soumdina Haut.

Des aspects cérémoniels aux transactions quotidiennes, cette économie non marchande lie intimement les diverses dimensions du commerce – à la fois échange et relation humaine – à des dépenses à des seules fins d'existence sociale. Le « *don cérémoniel ne doit pas être compris comme une forme première d'échange économique ou de contrat, mais bien plutôt comme une forme et un moyen de la reconnaissance publique de l'altérité. C'est en mettant l'autre au défi de rendre qu'on le reconnaît comme participant d'une commune humanité* » (Caillé, 2004, 19).

Cette forme de relation mêlant le social et le pécuniaire constitue la structure de réception des propositions de développement. Et les subsides provenant de cette économie du développement transitent le long de ces lignes de significations et de contraintes.

Mais, il est important de souligner qu'il est extrêmement difficile de refuser avec ces obligations sociales permettant de tenir une place sociale. Dès lors, la « variable d'ajustement » est la nourriture qui n'engage que le cercle de la famille restreinte. Globalement et simplement dit, il est plus simple de « se priver » entre soi que de déroger à ses obligations envers son groupe social. Et de ce fait, bien des repas « familiaux » se limitent à repousser la sensation de faim en se « remplissant » le ventre plus qu'en se nourrissant.

B : (...) moi le terme malnutrition même, ou mauvaise alimentation ... Je ne sais pas quel terme utiliser, mais nous combinons mal nos aliments c'est-à-dire nous mangeons mal... Je crois que je ne sais pas comment expliquer ça hein ! Vous prenez un enfant dans le village ou bien une famille où le papa est un grand éleveur. Il élève très bien, ça veut dire qu'en matière de protéines, on ne peut pas dire que ça manque. Mais sur 30 jours là peut-être, c'est une fois ils vont manger la viande ; mais de la grosse pâte comme ça avec une sauce claire...

A : C'est quoi la sauce claire ?

B : Bon, *gombo* sec ou bien feuille de baobab sans petits poissons ; et l'enfant se met dans ce groupe là. Il mange avec les mouches à côté, et le lendemain c'est ça qu'il continue et pourtant ce n'est pas qu'il y a pas les céréales hein ? Ce n'est pas qu'il y a pas d'autres aliments...

A : Mais pourquoi les gens fonctionnent comme ça ?

B : Ouais, c'est ce que je dis que si ça ne fait pas partie d'une ignorance des combinaisons alimentaires puisque nous dans notre stratégie... C'est ce qu'on faisait avec les femmes. On leur montre même comment il faut combiner les céréales pour la richesse... Même si c'est une petite bouillie, que ça donne une bonne forme à l'enfant ; avec le programme PAM quand on était dedans mais bizarrement moi je ne sais pas, ça s'applique ça ne s'applique pas ; vous voyez les mêmes habitudes alimentaires dans les familles.

A : Présentement ?

B : Voilà, il ne fait que bourrer, il ne fait que bourrer ! Il met, il met... et le ventre devient comme ça ! C'est bizarre. Je ne sais pas c'est malnutrition ? c'est mauvaise alimentation ? Ça je ne connais pas vraiment je cherche dans ma tête... Mais c'est vrai aussi qu'il y a la pauvreté hein ! Nos communautés, nos parents, c'est vrai que ce qu'ils cultivent, s'ils veulent quand même bien manger ça ne va pas atteindre l'autre saison.

Entretien avec le responsable des affaires sociales (en présence de 3 stagiaires). À Barkoissi , le 10 avril 2013.

Les écarts sont importants entre des agents de la santé insistant sur la régularité des repas et la qualité des aliments et des populations repoussant la sensation de faim en se « bourrant » avec de la pâte et réservant une partie des ressources valorisées – principalement les viandes – pour des circonstances sociales précises.

Les conséquences nutritionnelles de ce système sont évidemment importantes et il serait indispensable de pouvoir les évaluer précisément. Mais une des causes des situations observées provient de cette construction « socio-nutritionnelle » particulière.

L'observation à une échelle réduite permet aussi de souligner l'existence de vulnérabilités différentielles où, pour une même population et sur un fond commun de précarité, certains groupes familiaux apparaissent comme étant plus « à risque » que d'autres.

Vulnérabilité forte	Vulnérabilité faible
<p>A : Quand vous récoltez vous mettez ensemble ou séparément ? B : Non chacun garde pour lui. Sinon quand il n'est pas là et que j'ai un besoin... donc il vaut mieux que je garde. (...) C'est pour l'homme qu'on va consommer d'abord, le jour où il n'est pas là je peux puiser pour moi (...) Pour les funérailles ou les problèmes de santé, ça dépend de la quantité totale de nos récoltes. Si par exemple on voit que deux sacs peuvent suffire, alors on garde deux sacs et on conserve le reste. (...) Nos champs ne sont pas reliés, c'est en petites parcelles, (...) en tout ça peut faire un quart d'hectare.</p> <p style="text-align: center;"><i>Femme d'une quarantaine d'années à Soumdina Haut</i></p>	<p>B : Bon, si on réunit toutes les parcelles – igname, sorgho, riz, arachide,, haricot – ça peut faire 4 hectares. On fait un peu de tout. (...) On peut avoir 8 sacs de maïs, 2 sacs de sorgho, 1 sac de haricots, 5 sacs de riz. (...) Oui, si c'est le maïs, on réserve 4 sacs puisque, dans de brefs délais, on va le consommer. A : Il n'y a pas une partie réservée pour les funérailles ? B : Pour quelles funérailles. Je te l'ai dit, nous on ne fait pas funérailles... A : Comment vous gérez les problèmes de santé ? B : Comme on fait aussi le jardin c'est ce qui nous aide...</p> <p style="text-align: center;"><i>Diacre de l'Eglise des assemblées de Dieu à Soumdina</i></p>

Certes, nous opposons ici deux situations « extrêmes » et bien des familles correspondent à des situations médianes, plus nuancées. Mais, ces quelques extraits soulignent simplement combien, plus que de « communautés » il importe de souligner des inégalités et des disparités face à des risques constitués par des richesses et des obligations diverses.

Analyser ne peut se faire en homogénéisant des situations, mais en discriminant des expositions ou des situations à risque.

2. L'enfant et son alimentation

Deux termes apparemment simples, enfance et alimentation, sont ici liés. Mais quelles significations ces termes prennent-ils dans ces contextes des Savanes et de la Kara ?

Bien sûr, une nouvelle fois, les situations sociales des enfants dans ces deux régions sont extrêmement variables. Certains de ces enfants sont scolarisés, nourris par leurs familles et, au gré d'une mondialisation des conduites, des rapports intergénérationnels et des modalités affectives, ces enfants ressemblent en tous points aux enfants « nantis » tels qu'ils sont nouvellement construits par les sociétés occidentales du Nord.

Mais, dans ces contextes de grandes inégalités et de dérégulations sociales et économiques qui caractérisent l'Afrique, d'autres enfants – les plus nombreux sans doute – connaissent d'autres destins sociaux. Et ce sont leurs visages qui se profilent derrière les données statistiques évoquant des décès ou des souffrances.

Penser cette question implique donc de mieux définir les termes qui la compose et de s'attacher à décrire ce que signifie être « un enfant » et, même si cela peut paraître naïf ou par trop suspicieux, de définir le référent exact du terme « manger ».

Une manière particulière d'être « enfant »

On l'oublie trop souvent, si l'enfance peut être biologiquement ou physiologiquement définie, ce terme correspond aussi, et sans doute avant tout, à une certaine périodisation des âges. Autrement dit « être enfant » varie selon les époques et, pour ne prendre qu'un exemple les différences sont extrêmes entre les enfants du XIX^{ème} siècle européen travaillant dans les mines ou apprentis dans des ateliers et les jeunes écoliers « psychologisés » de l'époque contemporaine (Rollet 2001, Farge 1979). De manière synchronique, ce statut de l'enfance diffère aussi selon les sociétés et les situations économiques et culturelles où évoluent ces jeunes acteurs sociaux (Erny 1972, Rabain 1979, Razy 2007).

Autrement dit, le modèle « idéal » d'enfants bénéficiant d'un fort investissement affectif et économique servant souvent de référence implicite aux actions de développement est loin de concerner l'ensemble du monde (Zelizer 1994).

Dans les contextes Moba et Kabye, « être enfant » peut être défini par la conjugaison de trois caractéristiques : c'est à la fois être autonome, occupé et cependant devoir rester disponible. Quelques exemples suffisent à illustrer notre propos.

« L'ASC m'explique qu'à cause des grèves, les enfants ne sont pas à l'école et qu'ils sont partis chercher des termitières pour les poules (...). 10h56 : La deuxième femme explique à 3 autres enfants entre 5 et 8 ans d'aller chercher 25 cfa chacun chez leur père pour acheter le fromage de soja (...)

11h04 : une petite fille de 7 ans s'approche de la véranda où je suis installé avec une calebasse dans laquelle elle pétrit de la farine de *nééré* dans de l'eau... »

Observation. La maison ASC. À Kampote.

Par ailleurs – comme partout peut être – la différence des genres construit, dès le début de l'existence, des destins sociaux très divers entre les jeunes filles et les jeunes garçons. On peut ainsi figurer quelques différences remarquables entre les deux sexes. Ainsi, quelques tâches régulières organisent la journée ordinaire d'une « petite » fille :

A : Avant de partir la maman a préparé pour vous ?

B : Non, c'est moi qui ai préparé.

A : Et tu as préparé quoi ?

B : La pâte

A : Pour tous tes frères (...)

A : Dis moi, quand tu te réveilles le matin, que fais-tu à la maison avant de partir à l'école ?

B : Je balaie la cour, je lave les assiettes et je lave mes frères et je me lave et puis on part.

A : Tu ne manges pas ?

B : Oui, il y a la pâte que notre maman chauffe pour nous donner...

Entretien avec des enfants malnutris. À Tcharbongou, le 27 avril 2013.

Avant d'aller à l'école, le matin, ma fille balaye la cour, lave les assiettes et met le feu pour chauffer la sauce et la pâte de la veille au soir (*sakpel*), et elle met l'eau pour se laver...

Les poules et les animaux, c'est le garçon qui s'en occupe...

Entretien avec une femme, environ 30 ans, mariée et mère de trois enfants.

À Tcharbongou, le 25 avril 2013.

A : Comment ça se fait la répartition des tâches et à quel âge l'enfant peut commencer à travailler ?

B : Dès que l'enfant commence par marcher, tu peux l'envoyer faire de petites tâches comme « donne moi de l'eau à boire », « viens balayer ici », tu commences par l'habituer peu à peu...

A : Donc il n'y a pas un âge exact pour commencer à faire les tâches ménagères ? Il suffit qu'il commence par marcher ?

B : Oui c'est ça. On lui apprend peu à peu pour qu'il s'habitue.

A : Et quand il aura 2 ou 3 ans comme ça, quelles tâches il peut effectuer ?

B : Si tu vas au marigot, tu lui donnes une petite assiette et il te suit. Tu peux lui demander de balayer quelque part ici, de laver une assiette, ou une marmite, et tu l'habitues comme ça.

A : quand il aura 4 ou 5 ans ?

B : Là il sait ce qu'il doit faire, ce à quoi tu l'as habitué.

A : Est ce qu'un enfant de 3 ans peut préparer la pâte ?

B : Oui à 3 ou 4 ans, il commence par apprendre. Tu restes à côté et tu lui dis de faire pour que tu vois, d'abord la bouillie et ensuite la pâte...

A : Et quand il prépare, c'est pour lui seul ou pour tout le monde ?

B : Il peut parfois dire qu'il va faire pour tout le monde. Par exemple, un jour on était parti au champ, la petite était restée à la maison, à notre retour elle fait une pâte. C'était bon, mais c'était dur. Si on lance à ta tête, ça va la trouer !

A : Elle a quel âge ?

B : 4 à 5 ans environ...

A : Quelles sont les taches dévolues aux filles et celles dévolues aux garçons ?

B : De nos jours, il n'y a plus cette distinction. Tout ce que la fille fait le garçon le fait et tout ce que le garçon fait la fille aussi le fait. Maintenant ça a changé. Tout enfant est habillé depuis la naissance alors que nous, nous étions à moitié nus.

A : Et qu'est ce qui fait alors la différence dans les tâches ménagères ?

B : Pour préparer la pâte la fille peut le faire, le garçon peut le faire aussi. Pour aller puiser l'eau la fille peut le faire le garçon peut le faire. Or avant le garçon quand il sort, il suit son père au champ, il fait tout ce que le père fait, et la fille suit sa mère et fait tout ce que la mère fait. Maintenant tout est mélangé. Le Blanc est venu mélanger tout...

A : Et avant, pour le garçon qu'est ce qu'il fait en plus du fait de cultiver ?

B : Rien. Peut-être s'il revient à midi, il peut retourner le soir. Mais pour toi la fille, toi et ta maman vous amenez le fumier au champ, vous retournez puiser de l'eau, écraser la farine s'il y en a pas et vous servez aux hommes. De nos jours, les hommes peuvent préparer et te servir, les filles aussi peuvent préparer et te servir, aussi les hommes cultivent, les filles aussi cultivent.

Entretien avec une femme de 48 ans, vivant avec ses petits-fils et son benjamin.

À Soumdina Haut, le 18 avril 2013.

Une nouvelle fois, ces quelques *verbatim* soulignent combien, contrairement à ce qu'imaginent souvent *in abstracto* des projets de développement, ces enfants loin d'être passivement pris en charge par le groupe familial en sont de véritables acteurs. Très concrètement, selon une variable attribution des tâches selon les choix familiaux et en

fonction de leur place dans les genres et les classes d'âges, une large part des activités repose sur leur travail.

Par ailleurs, si l'enfant est bien sûr d'une famille et d'une parenté il est aussi socialisé au sein d'une classe d'âge dans laquelle il est relativement indépendant par rapport aux adultes.

Toutes ces caractéristiques se combinent pour composer le tableau d'une enfance spécifique dans les régions des Savanes et de la Kara. Il suffit de conjuguer ces deux dimensions d'une attribution des tâches et d'une certaine autonomie pour comprendre combien de nombreuses conduites fondamentales d'un point de vue sanitaire – lavage de la vaisselle, garde des petits animaux, petits repas à préparer, alimentation, portage et surveillance des cadets par les aînés – sont effectués de façon autonome par des groupes d'enfants pour d'autres enfants plus jeunes.

Les enfants vivent ainsi, le plus souvent, dans leur groupe et pour ce qui concerne notre étude, une large part de la prise alimentaire s'effectue en dehors d'un repas « familial » et d'une organisation construite par les parents ou des adultes.

Un simple exemple illustre aisément cette autonomie des enfants et leurs conduites alimentaires.

Nous sommes dans un petit village, une vieille femme, « tradithérapeute », est assise dans un coin de *l'apatam*.

16h40 : 4 enfants entre 10 et 4 ans entrent dans la maison. Ils sont tous pieds nus, en slip et sont couverts de sable. Ils s'approchent de *l'apatam* pour nous saluer.

La vieille les gronde parce qu'ils sont sortis depuis le matin. Elle leur demande où ils étaient et pourquoi ils sont si sales. Ils ne répondent pas, puis ils s'éloignent sauf la plus petite qui a 4 ans. La vieille commence par se plaindre de leur attitude devant mon oncle, disant que les enfants vont la tuer et que leur mère – sa belle fille – est incapable de les gérer.

Au même moment, leur mère rentre dans la cour avec une bassine d'eau. Elle est suivie par une jeune fille qui porte aussi une bassine. La plus petite, restée à côté de sa grand-mère lui explique qu'elle a faim.

Cette dernière donne alors l'ordre à sa belle fille de leur apporter le reste de la pâte préparée le matin. Elle demande à la petite fille ainsi qu'aux trois garçons restés dans un coin de la cour d'aller se laver les mains. La belle-fille, devant la cuisine, rince la pâte avec de l'eau et sert la sauce dans une autre assiette. Elle installe le tout au milieu de la cour et les enfants prennent place tout autour après s'être lavés les mains à l'eau claire en quelques secondes dans une bassine.

Il est 16h53 quand ils commencent à manger. A 17h le plus grand se lève et va se laver les mains. Une minute plus tard un autre garçon se lève et va se laver les mains et le dernier des garçons se lève aussi une minute plus tard.

A 17h05, il ne reste que la fille à manger de la pâte. Il ne reste pratiquement rien, mais elle prend son temps pour terminer l'assiette, car avec ses frères elle avait un autre rythme pour manger. A 17h08 elle a fini. Elle se lève enfin et emmène les assiettes vers la cuisine. Elle les lave et les pose.

J'en profite pour demander à la vieille, l'âge des enfants. Le plus grand a 10 ans celui qui le suit 8 ans, puis il y a le garçon de 7 ans et la fille de 4 ans. (...)

Je lui demande si les enfants mangent toujours ensemble. Elle répond oui. Qu'il faut leur apprendre à manger ensemble. Je lui demande si c'est comme ça en pays moba ou seulement chez elle ; elle répond : « *chez nous les moba on sert les enfants ensemble on leur apprend aussi à s'arrêter pour laisser le plus petit terminer l'assiette* ».

Certes, nous forçons ici un peu le trait, mais ces quelques exemples illustrent cette constante discontinuité de la présence des parents pour les enfants. De ce fait, une large part des interactions concernant les « socles » de la santé comme les toilettes et les repas se déroulent en dehors d'une réelle présence des parents et sont souvent laissées à l'initiative « d'aîné(e)s » parfois très jeunes.

Ce choix « d'autonomiser » les enfants dès le plus jeune âge est tout d'abord contraint par les activités des mères. « *Comme ses frères vont à l'école et comme il n'y a personne à la maison, je l'emmène avec moi aux champs. Mais si c'est le samedi (...), si je sens qu'il va pleuvoir, je le laisse à la maison avec ses frères et sœur...* », nous dit une femme d'un trentaine d'année, mère de cinq enfants, à Soumdina.

A ces obligations « concrètes » s'ajoute une certaine conception de l'enfant comme sachant de lui-même adopter les attitudes qui lui conviennent. C'est, par exemple, ce qu'évoque très « naturellement » cette femme de 42 ans, mère de quatre enfants, rencontrée à Soumdina-haut :

A : Est-ce qu'il y a des plats spécifiques pour les petits ?

B : C'est la bouillie. Il y a certains, dès leur naissance, ils ont le don de manger. On donne de la bouillie, et après quelque temps, il refuse. Alors on lui donne la pâte. (...)

A : Et quand il a 6, 7 ou 8 mois ? Est ce qu'il peut manger n'importe quoi ?

B : Ça dépendra de lui. S'il veut manger, il mange. S'il ne veut pas manger, il ne mange pas. (...) C'est son choix, il mange ce qu'il veut.

« Presque rien », mais une nouvelle fois, le risque se construit dans ces détails accordant trop vite une trop grande autonomie aux enfants. Ajoutons que dans ces lieux où les pathologies infantiles sont souvent à l'origine des chutes pondérales, ce petit mécanisme

peut enclencher une sorte de spirale tragique : l'enfant malade perd l'appétit, on le laisse ne pas manger, il s'affaiblit et n'a plus la force de réclamer...

Ces conduites péjoratives à la santé des enfants se retrouvent dans d'autres contextes ouest-africains, comme ceux précisément analysés par Dettwyler au Mali :

There is also a strongly held belief that children should feed themselves using their own hands rather than having food put in their mouths. Mothers usually help children learn to drink seri and moni [NDA : bouillie de mil ou de maïs] out of a gourd cup and occasionally use their fingers to put food in child's mouth, but most of the time the child is expected to feed himself. Mothers may put food in the baby's hand. More usually, they give him a cup of food, or simply let him join the family around the communal food bowl. When I asked if they ever put food directly into the baby mouth, people laughed. Typical responses were : « no, that would spoil the baby ». « He won't be strong if we do that » (...). Unfortunately, children between the ages of 6 months and 2 to 3 years are often not capable of feeding themselves adequately... (1991, 459).

Globalement, outre d'élémentaires questions d'hygiène, la consommation des aliments en fonction des goûts, la quantité de nourriture ingérée, le rythme des repas, une éventuelle répartition des nutriments disponibles entre les commensaux s'il y a pénurie..., tous ces éléments sont en grande partie laissés à l'initiative des enfants. « *Ce sont les « frères » qui marquent de la loi sociale les conduites de l'enfant, ce sont eux qui portent le regard de la société sur ce qu'il est* », dit autrement Jacqueline Rabain à propos de l'enfant wolof (1979, 73). D'un point de vue de santé publique, l'on comprend aisément combien ces conduites et ces normes sont autant de facteurs de risques de malnutrition des plus jeunes.

Des « manières de table » spécifiques

Le deuxième terme de notre sous-titre, « l'alimentation », ne va pas, lui non plus, sans poser quelques questions. En effet, autant que l'enfance, les notions de « repas » ou de « cuisine » varient selon les lieux et les époques et toute une littérature anthropologique et historique a été consacrée à l'étude de ces différences (Aron 1989). De ce fait, une nou-

velle fois, aborder ces pratiques alimentaires implique de les définir préalablement selon leurs contextes socioculturels.

Trois traits nous semblent pouvoir principalement qualifier cet ordinaire des manières de tables dans les deux sites où nous avons travaillé.

La première caractéristique est une régulière « informalisation » des repas. Autrement dit, l'idée soutenant implicitement la plupart des « messages éducatif » d'un repas ayant la forme d'un moment social de partage organisé par les parents et réunissant régulièrement un même ensemble familial est le plus souvent absent de l'univers quotidien de ces populations. Les manières de tables sont tout aussi cohérentes, mais elles sont ici différentes.

Très fréquemment, chacun vacant à ses occupations, le repas est une sorte de réponse plus ou moins immédiate à la sensation de faim et est très régulièrement laissé à l'initiative des enfants eux-mêmes.

11h04 : Une petite fille de 7 ans s'approche de la véranda où je suis installé, avec une calebasse dans laquelle elle pétrit de la farine de *nééré* dans de l'eau. Quand elle finit de pétrir, elle appelle une de ses petites sœurs et ils s'installent et chacun son tour, elles mettent les doigts dedans et sucent (...).

11h09 : Un des enfants arrive avec un petit bol dans lequel il y a deux morceaux de fromage de soja trempé dans du jus de tomate. Il s'installe à côté des deux filles, et appelle un de ses petits frères à venir manger. Il lui donne un petit morceau. Le petit se plaint de la petitesse du morceau, mais il en prend quand même... »

Observation. La maison ASC. À Kampote.

Autre paysage, autre contexte... mais où l'on retrouve, d'une autre manière, le même aspect « fluide », et autrement construit que dans les livrets éducatifs, des prises alimentaires.

11h00 : Nous arrivons chez la petite Christine.

11h15 : Un homme entre dans la maison, il porte une houe et un petit sac contenant quelque chose ... C'est le papa de Christine qui revient du champ.

11h42 : Les sœurs de Christine reviennent de l'école, l'aînée a 10 ans et s'appelle Jolie, la cadette a 8 ans et se nomme Honorine. La maman dit à Jolie de se changer et de venir faire le feu.

11h47 : Jolie sort la chambre dans son caleçon. Elle va faire le feu et y dépose la marmite. Ensuite elle fait sortir les assiettes et commence à les laver.

12h23 : Elle finit de laver les assiettes. La maman lui dit d'aller apporter la farine pour qu'elle prépare la pâte. Jolie dit à sa maman qu'elle n'en veut pas ce midi. Alors la maman enlève de l'eau dans la marmite. Elle lui dit d'aller amener un peu de farine et de chercher ce qu'elle veut préparer.

12h30 : Jolie va dans la chambre, cherche du riz local, elle vient tremper dans l'eau et essaie de trier les petits cailloux. Au même moment Honorine (8 ans) cherche un long bâton et va à la recherche des mangues sur une colline.

12h40 Elle revient avec des mangues. Elle les lave rapidement dans l'eau de la vaisselle et les suce avec sa petite sœur Christine et Judith qui était avec elles. Après avoir sucé ces fruits, elle court dans la chambre chercher le reste du petit-déjeuner, c'était de l'igname. Elle en mange et en réserve à Christine qui à son tour mange avec sa camarade Judith dont les parents ne sont pas encore revenus du champ. Après le manger, les deux petites filles, Christine et Judith, prennent un bébé en plastique. Christine s'assoit sur le tabouret et place le bébé sur ses cuisses, Judith tient les bras et les pieds du bébé et Christine met sa main contre la bouche du bébé comme pour lui donner quelque chose à boire. Je demande : « *Qu'est ce que vous lui donnez ?* » – « *C'est le médicament qu'on a écrasé pour lui donner* » répond Christine. Je demande encore : « *Pourquoi lui avez-vous écrasé ce médicament ?* » – « *Selon toi pourquoi on donne le médicament à un bébé ? Ce n'est pas parce qu'il est malade ?* », réplique Judith.

12h50 : La maman finit de préparer la pâte. Jolie met la marmite au feu, la marmite bout et elle prend le riz qu'elle a lavé pour l'y verser. Sa maman demande : toi là, tu viens d'où ? tu ne mets pas le sel d'abord ? Jolie appelle Honorine et lui dit d'aller apporter du sel. Cette dernière va et apporte du sel. Jolie puise une quantité et la maman lui dit de diminuer. Elle diminue le sel et met le reste, elle prend alors le riz et verse dans la marmite

13h00 : Elle rentre dans la cuisine et ajoute de l'eau dans la marmite, elle puise un peu de riz pour goûter. Elle attise le feu et ressort.

13h10 : Elle retourne dans la cuisine. Cette fois-ci, elle goutte d'abord et après elle ajoute encore de l'eau sur le riz. Comme si ça n'allait pas assez vite, elle reste près du feu et ramène le bois à l'intérieur du foyer. La maman lui dit : « si tu attises trop souvent le feu, ton riz va carboniser et tu retourneras affamée à l'école ». Jolie diminue un peu le bois.

13h30 : Le riz est cuit. Elle prend une assiette et se sert. Elle appelle ses sœurs pour venir manger. Il y a de la sauce d'arachide préparée depuis hier et que la maman avait chauffée pour servir à leur papa. Jolie étale la sauce sur son riz et appelle encore ses sœurs. Les deux sœurs et Judith courent et vont se laver les mains dans l'eau de la vaisselle, sans savon ; et la rejoignent.

13h41 : Elle sert le deuxième tour.

13h44 : Elle se lève, laisse ses petites sœurs et donne des consignes à Honorine de réserver un peu de riz à ses sœurs. Après quelques secondes Honorine se lève et laisse les deux petites. Elles mangent et lèchent l'assiette ensemble. Elles apportent l'assiette à la vaisselle et la laissent là-bas. Elle se rince les mains.

15h50 : Nous partons.

Observation. À Soundina, le 25 avril 2013.

Au fil des jours, comme dans cet exemple, la cuisine se présente ainsi fréquemment comme résultant « de l'occasion » ou en tout cas comme relevant d'une autonomie plus qu'elle ne correspond à une décision raisonnée qui impliquerait que l'on dispose préalablement des ingrédients nécessaires à la réalisation d'une sorte de « projet d'înatore »¹³.

Outre des questions de régularité, et l'importance d'une monotonie alimentaire incitant peu à l'appétence et à considérer le repas comme un moment festif (Arimond & al. 2004), la quantité alimentaire à consommer est laissée à l'initiative des enfants eux-mêmes. L'envie de jouer, l'obligation de s'adapter au rythme des plus grands, la sensation de satiété, la fatigue notamment en cas de maladie sont autant de facteurs qui viennent réduire la quantité d'aliments ingérés par l'enfant lui-même¹⁴.

Par ailleurs, pour la majorité des acteurs, dans ce monde précaire, si les céréales sont « fournies » en plus ou moins grande quantité selon leur disponibilité, la sauce résulte plutôt d'une sorte d'aléatoire où « l'occasion fait le larron ».

Globalement, les céréales relèvent de l'agriculture et les sauces de la cueillette.

C'est ainsi que de nombreuses femmes ont évoqué comment, « chemin faisant » au retour des champs, elles ont coupé des feuilles de baobab, trouvé quelques plantes permettant de préparer une sauce... Contournant la production agricole et l'économie pécuniaire une large partie des préparations résulte de cette activité de cueillette adaptée aux situations où la pauvreté contraint à la débrouillardise.

A : Avant de partir ton mari ne vous a pas laissé de l'argent ?

B : (rire) Quel argent ? C'est pour trouver de l'argent qu'il est parti, non ?

A : Et comment tu te débrouilles ?

B : Avec le peu de « *mane* » – mil ou maïs – qu'il a laissé. Et je demande aussi... Les gens me donnent surtout à cause des jumeaux.

A : Et c'est facile d'aller demander ?

B : Oui, et si tu n'en as pas, comment tu fais ? Comment tu vas faire avec 7 enfants...

A : Et la famille ?

B : Ses frères habitent autour, comme ça tu peux leur demander aussi. S'ils en ont, ils te donnent...

¹³ Le trait significatif de l'organisation culinaire peut bien évidemment se retrouver, pour d'autres raisons, dans d'autres contextes. Paradoxalement, il est marqué dans les contextes modernes où l'usage du four à micro-onde a « désolidarisé » la cellule familiale, chacun pouvant selon ses goûts cuire rapidement son propre plat.

¹⁴ Voir sur ces questions l'importance de l'usage de la cuiller comme mesure et marque de la décision parentale permettant d'améliorer la nutrition du jeune enfant (Dettwyler 1986, 658).

Entretien avec des enfants malnutris. À Tcharbongou, le 27 avril 2013.

A : Tu fais la cuisine combien de fois par jour ?

B : Si ce n'est pas deux fois tu fais le matin et tu regardes maintenant le soir.

Entretien avec la mère de Yendounam, enfant malnutri de 6 ans. Cultivatrice, environ 30 ans, vit avec son mari et une coépouse.

Ce qui caractérise cet univers de la pauvreté, outre un évident manque de denrées alimentaires, est que ces repas ne sont pas – et/ou ne peuvent pas être – stratégiquement anticipés. Au fil des jours, les repas relèvent plutôt d'une logique du bricolage que d'une prévision construite¹⁵. Les éléments sont précontraints par les saisons et les occasions et, de ce fait, les combinaisons possibles sont limitées (Levi Strauss 1962, 29).

Enfin, une troisième caractéristique est celle des « irrégularités nutritionnelles », et ces dernières sont diverses.

Ces irrégularités peuvent, bien sûr, se présenter à tout moment, et notamment lorsque les adultes et principalement les mères sont lourdement accaparées par d'autres tâches.

B : Oui des modérés, sinon les malnutris sévères là ce n'est pas souvent. Les modérés là c'est plein.

A : Sinon celle dont vous parlez là, je la connais je pense elle n'a pas respecté le rendez-vous.

B : Elle n'a pas respecté quand elle était venu là, elle m'a dit qu'elles avaient une construction à la maison là que c'est elle qui puise l'eau, et les maçons construisent. Donc qu'elle ne peut pas rester... J'ai dit ah ! Pourtant elle est une coépouse ? J'ai dit, si tu pars là, tu vas dire que tu vas puiser l'eau... Et à cause de l'eau, là tu vas perdre ton enfant ? Elle m'a dit qu'elle a déjà perdu trois enfants, ou c'est quatre enfants comme ça là... C'est le quatrième qu'elle tient comme ça là !

Pour divers motifs, ces irrégularités sont constantes et, bien évidemment, ces discontinuités nutritionnelles s'aggravent lorsque l'enfant s'éloigne du groupe familial.

Mais globalement, plus qu'à une temporalité précise, le repas correspond à un lieu – le foyer familial – où il est « simplement » disponible, plus qu'à la préoccupation d'une constance nutritionnelle.

A : Est ce que tu donnes de l'argent aux enfants quand ils vont à l'école ?

B : Si j'en ai, je donne, si je n'en ai pas ils se débrouillent...

Entretien avec une femme d'une trentaine d'années, mariée, mère de trois enfants. À Tcharbongou, le 25 avril 2013.

¹⁵ Sur cette question d'une pensée élaborée sur le mode du bricolage, voir Lévi Strauss (1961)

Mais cette irrégularité n'est pas qu'aléatoire ou liée à la précarité. Elle est aussi instituée et rythmée, par exemple, par les jours de marché où l'on ne cuisine pas.

B : Tu sais que les jours de marché on ne prépare pas, non ? Tout le monde se débrouille au marché pour son ventre.

A : Et les enfants, ils font comment ?

B : Les mamans apportent quelque chose, ou les enfants vont voir ce qu'ils trouvent au marché. Les mamans peuvent acheter du *wagache* de soja (fromage de soja), des beignets ou de la boule d'*Akassa*... Le jour du marché tout le monde mange au marché, et on rentre dormir. Parfois je peux rapporter de la boisson (*tchakpa*) pour les enfants...

Entretien avec des enfants malnutris. À Tcharbongou, le 27 avril 2013.

A : On m'a dit qu'ici le jour du marché, les femmes ne cuisinent pas ?

B : Oui, les hommes vont au marché et les femmes aussi. Ils vont boire et quand ils sont saouls, ils achètent un peu de *wagache* ou de *kafa* pour amener aux enfants. D'autres, ils n'achètent rien. Quand ils boivent, s'il en reste, ils vont apporter ça aux enfants. Ils mettent ça dans une bouteille d'Evian et les enfants boivent. (...) Si les enfants ne préparent pas eux-mêmes la pâte, ils vont dormir le ventre vide...

Entretien avec une femme, 28 ans, commerçante. À Barkoissi, le 1er mai 2013.

Une vieille femme m'explique que les enfants sont nombreux à la maison (...). Je lui dis qu'ils doivent avoir mangé énormément pour avoir autant d'énergie pour courir sous ce chaud soleil. Elle répond que oui « *sakpél* » et « *toukakone* ». Je lui demande si elle compte préparer à midi. Elle me répond que non. Qu'elle doit aller au « carrefour » (petit marché en face de l'USP Nangbéni) vendre ses petits poissons que c'est le *saki* qui l'a fait traîner. Si je veux, on va y aller pour que je vois comment ça se passe. Et les enfants vont manger quoi ? Elle dit : « je vais leur trouver quelque chose si ils ont faim ». Comme quoi ? « Oh je ne sais pas, au marché il y a des vendeuses de nourriture... ». Elle se lève et me dit de la suivre. Elle ne dit rien aux enfants, mais le plus petit qui a 1 an et 2 mois se met à pleurer. Elle s'arrête lui demande de venir. Il est nu, elle le prend dans ses bras, et on continue la route.

Arrivé au lieu de damage, le petit reconnaît sa mère et il crie. Sa grand-mère le met par terre il va rejoindre sa mère, lui prend la main et lui demande de le suivre à l'extérieur. La mère le suit au dehors ; il s'arrête sous un petit *apatam* et attend que sa mère s'assoit par terre. Il s'assoit à son tour sur ses cuisses et demande le sein qu'il met dans sa bouche (il ne parle pas il fait juste des gestes). La mère discute avec la grand-mère. Une autre femme apporte à boire. La mère retire les seins à l'enfant et lui donne à boire « *tchakpa* ». L'enfant refuse et pleure. Elle insiste puis comme l'enfant refuse elle lui donne à nouveau le sein. Je demande à la mère si l'enfant aime souvent « *tchakpa* » elle me répond « *c'est ça qu'il aime me plus il ne mange même pas c'est juste le lait et tchakpa* ».

Observation. Nagbéni, le 15 avril 2013.

Les différences entre les représentations « communes » de l'enfance et les pratiques habituellement subsumées sous le terme de « cuisine » sont bien éloignées des réalités localement observées. Les styles d'existences, les normes comportementales et les valeurs

affectives ne sont pas isomorphes. Pour le dire plus simplement en usant des différences iconographiques que nous évoquions au début de ce texte, les différences sont grandes entre l'idéal des projets et la réalité et les *habitus* locaux.

« Partir des populations », ou s'appuyer concrètement comme cela est souvent préconisé sur les « communautés » pour définir des projets impliquerait de tenir compte de ces manières spécifiques d'être enfant et du fait que l'alimentation correspond ici plus aux diverses façons d'assouvir pragmatiquement sa faim qu'à un repas régulier articulant des goûts et les places des commensaux.

Ancrer les transformations nutritionnelles dans ces milieux sociaux demanderait de « partir de » ces normes pratiques plutôt que de représentations abstraites – et souvent un peu idéalisées – de la réalité : *bottom up* autant que *top down*.

3. Les maladies du point de vue des populations : traductions et incompréhensions

L'Afrique compte environ 800 langues et le Togo 42 parlés différents.

D'un point de vue « humain » ou strictement grammatical, ces langues sont bien sûr « complètes », et comme tous les autres idiomes susceptibles d'exprimer toutes les complexités des mondes affectifs, techniques et matériels. Mais, pour des raisons historiques, ces langues ne sont pas – ou peu – équipées scientifiquement.

Par exemple, rien dans leur lexique courant n'exprime précisément des notions de « portabilité », de « bactérie » de nutriment... et, bien évidemment, ces langues et leurs locuteurs découpent bien différemment le champ des pathologies et des soins que ne le font les sciences médicales.

Pour le dire rapidement, alors que globalement la médecine classe les pathologies en fonction de leurs étiologies indexées sur diverses causalités biologiques, les populations nomment et ainsi ordonnent les maladies en combinant des traits relevant du visible, du ressenti ainsi que d'étiologies « sensibles » (évoquant souvent la sphère digestive) ou de causalités magico-religieuses¹⁶.

Autrement dit les champs sémantiques entre des approches fondées sur les sciences médicales et les systèmes populaires d'interprétation ne sont pas isomorphes : *disease*, la « maladie du docteur » ou des ouvrages médicaux n'est jamais équivalente à *sickness* la façon dont elle est identifiée par les populations, ou à *illness* : l'inquiétude du malade (Zempeni 1985).

Pour cela aussi, très concrètement, la question de la traduction est centrale pour établir des « passerelles » entre les « découpages » proposés par la médecine et les classifications opérées par les langues et leurs locuteurs. Mais toujours, de « messages d'éducation pour la santé » en consultations médicales, il faut construire des équivalences qui ne peuvent être entièrement de l'identique.

¹⁶ Pour un travail précis sur les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest, voir Jaffré & Olivier de Sardan (1999).

Deux tableaux, bien évidemment incomplets et bien trop « rigides » peuvent ici illustrer provisoirement et bien imparfaitement ces différences interprétatives entre des conceptions populaires et les classifications proposées par les savoirs techno-scientifiques.

On peut, par exemple, ainsi figurer quelques maladies ressenties et quelques traitements en pays Kabye et Nawden.

Maladie	Nomination Nawdem et Kabyè	Symptômes	Causes évoquées	Traitements
Paludisme	Sinao (K)	Corps chaud, les yeux de couleur jaune, l'enfant a soif	Moustique, soleil	Automédication. Hôpital.
Plaies intestinales/ plaies anales/ infections	Norgou (N) Tahén (K)	Corps chaud, manque d'appétit, langue blanche, le contour du nez est rouge, plaies buccales, selles ne sont pas bien moulées , vomissements, diarrhée, lèvres rouges...	Dentition, Consommation excessive de riz et de sucreries, « Hérité »	Automédication. Hôpital (vaccin et comprimé).
Varicelle	Koutakfinti (N) Kpan-ni-kpoho (K)	Boutons plats et blancs contenant de l'eau apparaissant sur le corps et laissant des taches	Cause ignorée	Automédication traditionnelle. Hôpital (vaccin).
Rougeole	Essoda tchouyou (K)	Corps chaud, apparition de petits boutons, les yeux rouges		Hôpital (vaccin). Guérisseur. Automédication.
Toux	Kparou (N) Kpézou (K)	L'enfant tousse et a mal à la poitrine.		Automédication traditionnelle. Hôpital.

Maladie	Nomination Nawdem et Kabyè	Symptômes	Causes évoquées	Traitements
Diarrhée	Ram (N) Kahouy-o (K)	Selles liquides.	Alimentation (Sauce d'arachide)	Automédication traditionnelle. Hôpital.
Ictère Jaunisse	Fougnagou (N) Kinamyè (K)	Corps chaud, vomissement de couleur jaune. L'enfant a soif.	Complication de « paludisme »	Automédication traditionnelle. Hôpital (prescription).
Dysenterie	Nèn-nèga (N) Aniza (K)	Maux de hanche, selles glaireuses et sanguinolentes.	Alimentation	Automédication traditionnelle.
Teigne	Bogou (N) Kaou (K)	Taches blanches et bien circonscrites sur la tête.		Automédication traditionnelle.
Fontanelle	Djouweglou (N) Piyè (K)	L'enfant pleure durant la nuit, la fontanelle bat régulièrement.	Problème « d'incarnation », éclatement du cordon ombilical	Tradithérapie.
Malnutrition	Gbaakparinga-bèyi (N) Matcho (K)	Maigre, parfois petit, ventre ballonné, pieds minces et en x, gros yeux, cheveux roux.	Abaissement de la fontanelle attribuée à adja (araignée)	Tradithérapie. Automédication traditionnelle.

Avec des différences, mais aussi bien des similitudes provenant notamment d'une sorte de « pression » des manifestations pathologiques sur les dénominations lexicales, un autre découpage est proposé par la langue Moba et ses locuteurs.

Maladie	Nomination en Moba	Symptômes	Causes évoquées	Traitements
Maladie de l'anus	Gnibone yelb	Fièvre suivie de douleurs et de plaies anales	Nourriture	Certaines plantes sont données à boire et/ou utilisées pour purger l'enfant
« Maux de tête » mais désigne souvent le paludisme	Youlgbog	Maux de tête, yeux jaunes	Moustique	Traitement : *
<i>* « Soit on prépare les feuilles du nim ou les bourgeons du nim avec de la bière Guinness »</i>				
Maladie de la fontanelle	Youlkanbog	La fontanelle s'affaisse, l'enfant maigrit et la tête se fend en deux parties.	Nombril	Traitement : * Prévention : **
<i>* « Il y a un arbre qu'on utilise et un poulet... Mais c'est le guérisseur qui sait comment on utilise la plante donc on va chez lui. Sa récompense c'est le poulet, et on ne le lui donne que si la maladie finit. La plante c'est 'boyoutaog' »</i> <i>** « C'est un guérisseur qui le fait. Ce n'est pas moi. Dès que le problème de la fontanelle est réglé l'onguent mis s'enlève tout seul en venant au-dessus des cheveux. C'est le signe que le problème est réglé. »</i>				
Plaies anales	Gnissoufielt	Selles sont comme de la morve	La nourriture que la maman mange	Traitement : *
<i>* « On utilise « gbengbelgue. C'est une écorce, on la pèle et on l'écrase pour mettre dans l'anus de l'enfant »</i>				
Diarrhée	Bindtchourg ou gninong	L'enfant fait des selles liquides tout le temps	Ce que la maman mange	Traitement : * Prévention : **

Maladie	Nomination en Moba	Symptômes	Causes évoquées	Traitements
				<p>* « On utilise les écorces de néré, le karité, le manguiier. On lave a l'enfant on le purge et on lui fait boire cette même décoction. »</p> <p>** « Ne pas manger de sauces gluantes jusqu'au moins 6 mois après la naissance du bébé. »</p>
Maladie de l'oiseau qui frappe	Nonfankap	Tremblements *	Oiseau sorcier	Traitement : ** Prévention : ***
				<p>* « L'enfant tremble et claque des dents. Après l'enfant peut finir 'wab' (paralysé) d'un bras ou d'une jambe ou mourir. Le cou s'arrête tout droit et ne tourne pas. La colonne vertébrale reste debout. L'enfant ne peut plus bouger. »</p> <p>** Traitement secret uniquement connu du guérisseur</p> <p>*** Protéger l'enfant la nuit, ne pas l'exposer au dehors.</p>
Maladie ou l'enfant respire comme un chat	Nan bond fougoude	Respiration difficile et bruyante	Plaies dans les poumons	Traitement : *
				<p>* « On ne traite pas souvent à l'hôpital mais chez les guérisseurs. Il suffit de prendre une poule de parler seulement et on lui envoie la maladie. La maladie retourne sur la poule donc la poule prend la mauvaise respiration de l'enfant. La poule va respirer comme ça jusqu'à ce qu'elle ne meurt et c'est finit la maladie meurt avec la poule »</p>

Maladie	Nomination en Moba	Symptômes	Causes évoquées	Traitements
Maux de ventre qui peut se solder par une opération	Kpabgue	Maux de ventre intense un enfant vomit et défèque des selles jaunes. Il a des maux de ventre, surtout au niveau du nombril, qui le font pleurer.	Cette maladie est due aux odeurs que dégage la terre quand il pleut. Les semences donnent des fleurs qui dégagent des odeurs qui agissent...	Traitement : * Prévention : **
<p>* « Pour guérir 'kpabgue', on cherche 'tini' [certaines plantes] que nos 'dam' [ancêtres] nous ont montrés depuis l'ancien temps. On les écrase et on donne à boire à l'enfant. On lave l'enfant et on fait 'ñaoug' une tisane pour qu'il boive aussi. On le purge aussi. On lui met l'eau de la plante dans l'anus. Pour la poudre écrasée, il peut boire avec 'tchakpa' ou avec eau chaude. »</p> <p>** « Le guérisseur suce au niveau du nombril puis utilise deux sortes de plantes qu'on appelle 'kpankpanpounoug' et 'noupoug'. Les plantes en poudre sont appliquées sur le nombril après avoir fait des cicatrices. Masser jusqu'à ce que la poudre incorpore bien les cicatrices Préparer les mêmes plantes mais pour boire avec de la bière de mil non fermentée deux à trois fois par jour. »</p>				
Hémorroïdes Prolapsus rectal	Gnimound	Pour les enfants, ils vont aux toilettes jusqu'à ce que « gnimound » (varices rouges) sorte de son anus.	Cette varice sort de l'anus de l'enfant car l'enfant a eu des infections dans l'anus et dans le ventre donc comme il pousse, il force ça sort	

Maladie	Nomination en Moba	Symptômes	Causes évoquées	Traitements
Hématie	Tchon konde	Il mange et il y a un « virus » qui prend dans le ventre et qui fait maigrir l'enfant		Traitement : *
<p><i>* « Chez le guérisseur. Il y a aussi certaines choses au marché. Il y a 'nong' [l'oiseau] qui est mort seul dans la brousse sans qu'on ne lui ait fait quelque chose. On prend ses 'kpaba' [os] qu'on mélange avec d'autres éléments pour faire le médicament. L'enfant va boire ça et les saletés vont sortir de son ventre ; comme ça il va pouvoir grossir. »</i></p>				
Ictère	N mon djoud (jaune)	Se manifeste par des fièvres intenses et les yeux vont jaunir.		Traitement : *
<p><i>* « Pour soigner ça. Il faut mettre l'eau dans 'mang pane' [une nouvelle calebasse] et débarbouiller l'enfant. Après on lui donne à boire et le guérisseur doit faire des prières et des sacrifices. »</i></p>				
Les vers	Bounfoyi	Maux de ventre	La propreté la nourriture	Traitement : *
<p><i>* « Ce sont les vers. Nous on ne peut pas comme les docteurs voir dedans (nous n'arrivons pas à faire des analyses), mais nous donnons des herbes et la personne 'k gni nan' [littéralement déféquer / va faire des selles avec tous les vers]. Mais si l'enfant est trop petit et il ne peut pas faire les selles avec les vers. On donne alors des herbes qui vont tuer les vers dans le ventre. »</i></p>				
Malnutrition	Gnatre	Enfant maigre, ventre gros, yeux mornes	Naissance rapprochée, mauvaise alimentation	Hôpital ou Chez les sœurs

Ces deux tableaux n'ont de valeur qu'illustrative. Tous les termes, et bien d'autres encore, qui le composent, devraient être analysés, leurs usages observés dans divers contextes de soins profanes et médicaux, leur impact sur les conduites rigoureusement évalué...

Mais ces quelques termes glanés au fil des entretiens soulignent à la fois que les populations ne sont pas passives face à la maladie mais, au contraire, élaborent des « savoirs empiriques » – parfois utiles mais aussi souvent nocifs – fondés sur des observations, des sensations et une mise en correspondance de diverses dimensions (type de symptôme, conduite alimentaire, « qualités sociales et identitaires de la mère »...) supposées expliquer *in fine* l'état de maigreur observé.

Cet univers de sens, construit entre les maladies et les supports interprétatifs encodés par les langues locales, est à la fois ce qui oriente les conduites des populations et ce qui correspond à leurs systèmes d'interprétations des « messages » sanitaires ou simplement des dialogues avec les soignants.

Ces systèmes nosologiques « locaux » – ou ces « entités nosologiques populaires » – sont parfois largement partagés, parfois plus idiosyncrasiques, mais toujours ils constituent le système de référence des populations.

Pour les équipes sanitaires, ces ensembles, qui pour être profanes n'en sont pas moins analytiques et interprétatifs, peuvent être, s'ils sont sagement utilisés, les supports des messages préventifs et constituer une « ouverture » éducative vers les collectivités locales.

À l'inverse, s'ils ne sont pas analysés ou pris en compte et sérieusement traités, l'incompréhension entre les équipes de santé et les populations devient la règle plutôt que l'exception.

Par ailleurs les populations sont attentives à ce qu'elles consomment et à s'attachent à respecter une certaine harmonie entre des aliments et des « moments physiologiques » caractérisant des états du corps de l'enfant. Ainsi cette femme d'une soixantaine d'année, rencontrée à Soumdina, souligne que sa petite fille « *à sa naissance avait une maladie que l'on appelle Matcho. Elle a maigri et est devenue très petite. Le lait n'était pas assez consistant et on a cherché des céréales pour lui faire de la bouillie (...). Il y a aussi un médicament (...) qui traite les plaies intestinales* ».

Tous nos interlocuteurs évoquent ces sortes de conjonctions instables ou de supputations empiriques entre des états du corps, des consommations et des sortes d'étiologies « des profondeurs » liées à l'action supposée des aliments principalement sur les viscères.

Il s'agit ici d'une sorte de nutrition profane construite à partir d'observations disparates et de causalités souvent fondées sur des analogies entre ce que l'on observe dans la vie quotidienne et ce que l'on suppose se dérouler dans le corps : les aliments peuvent ronger, abîmer, creuser... Une pensée nutritionnelle populaire complètement décalée des préceptes médicaux.

À la conjonction de ces deux ensembles, les propos de nos interlocuteurs soulignent la force des liens entre des représentations de maladies interprétées selon des étiologies évoquant des consommations alimentaires et des traitements idoines qui sont liés aux végétaux... Entre causes et traitements nous sommes ici encore dans des mondes « naturels » et d'une sorte d'épistémé des « correspondances » (Foucault 1966). Quelques extraits d'entretiens sont ici éloquentes.

A : Pour commencer j'aimerais savoir les différentes maladies que vous connaissez ou que les enfants manifestent souvent dans ce milieu ?

B : Chez nous ici, c'est la fièvre qui provoque du « jaune » (*kinamyè* en *kabyè*), surtout en ces moments de pluie là ; c'est *kinamyè* : l'enfant a le corps très chaud, il vomit.

A : Comment est ce que l'enfant est pour que tu saches qu'il fait *kinamyè* ?

B : Quand ça commence, l'enfant a le corps très chaud. Il boit assez d'eau de temps en temps et à un moment donné, il vomit. Pour celui qui vomit assez, après ces vomissements, ça va passer. Mais il y en a d'autres qui ne vomissent pas facilement et ça les dérange dans leur « côtes ».

A : Quand il vomit, c'est comment ?

B : Quand il vomit, c'est tout jaune

A : Comme la couleur du *néré* ?

B : Oui !

A : Et quand ça arrive comme ça, quel médicament tu leur donnes ?

B : Quand ça arrive tu peux malaxer la farine de graines de baobab, laisser décanter et lui donner à boire. Lorsqu'il va boire, il va vomir et ça va diminuer. Et quand le corps recommence par être chaud, tu sais que ça veut revenir, tu malaxes encore cette farine des grains de baobab et tu lui donnes à boire. S'il se plaint des maux de tête, là tu cherches un autre produit comme ça et tu lui donnes à croquer et c'est fini. S'il s'agit des plaies intestinales (*ta-hén*), là tu cherches le gingembre qui a des feuilles (*wissikoyè hatou gninrè*), avec *Azèou* mélangé avec *atingali kanafrou* et un peu gingembre ordinaire en plus *Soussi* (piment de Madagascar). Tu écrases et tu lui donnes à boire 2 à 3 jours, après ça va passer. Ça c'est pour les plaies intestinales.

A : Et le « palu » ?

B : Oui mais tu sais que *kinamyè* c'est la même chose que palu !

A : D'accord... Et comment sauras-tu que l'enfant a des plaies intestinales ?

B : Chez certains quand tu regardes dans ses yeux c'est blanc et d'une manière qui fait que si vois tu sais qu'il a les plaies intestinales ! Parfois si tu ne perçois pas ça vite, ça va ronger jusqu'à s'étendre à ses lèvres. Tu vas donc voir les plaies dans sa bouche et tu sauras que ça vient depuis son ventre, c'est rouge sur ses lèvres ainsi que dans la bouche...

A : Quand ils sont malades est ce qu'il y a certains plats qu'ils doivent manger et d'autres qu'ils ne doivent pas manger ?

B : Oui, par exemple lorsque l'enfant vomit comme ça il ne doit pas sucer les mangues. Ça donne *kinamyè*, les mangues.

A : Est ce qu'il y a une sauce qu'il ne doit pas manger, un plat qu'il ne doit pas manger ? Les sauces gluantes tout ça, la sauce d'arachide, il peut manger ?

B : C'est la sauce d'arachide là qu'il doit éviter parce que la sauce d'arachide donne aussi *sinaou*. Si tu as *sinaou* ce n'est pas bien que tu manges la sauce d'arachide.

A : C'est *sinaou* que tu appelle « palu » ou bien *kinamyè* ?

B : Oui c'est la même chose *sinaou* et palu. *Sinaou* se fait voir au niveau des yeux, c'est tout jaune et c'est comme ça aussi dans *kinamyè* il vomit tout jaune.

A : Donc *kinamyè* et palu...

B : ... empruntent le même chemin. Quand *kinamyè* (lit. fièvre & jaune) attaque l'enfant, il est affaibli et c'est quand il va vomir et que ça va lui passer et qu'il reprend ses forces. (...) Il y a des médicaments pour le doucher ou pour boire. Par exemple, il y a ce qu'on appelle *wissikoyè podolou* (gros gingembre), il est différent du gingembre ordinaire qu'on utilise souvent pour la sauce, il est plus gros et n'est pas trop piquant comme l'ordinaire. Tu peux écraser avec *tchoudoum* (grain de baobab et faire la sauce), il peut manger la pâte avec ou bien il peut boire ça seul, ça traite...

Entretien avec une femme de 48 ans, vivant avec ses petits-fils et son benjamin. À Soumdina Haut, le 18 avril 2013.

Nous ne pouvons ici commenter la complexité de ces conceptions mêlant des sémiologies sensibles et diverses interprétations des transformations de la maladie, passant d'un état à l'autre, circulant dans le corps, se différenciant selon des trajets relevant d'une physiologie populaire, s'aggravant ou se résolvant ou donnant l'impression de s'améliorer grâce à divers traitement¹⁷... Ces systèmes de représentations sont largement partagés même si chacun « brode à sa façon » sur ce canevas sémantique commun.

Une nouvelle fois, il ne s'agit là que de paroles banales constituant pour les populations une sorte d'évidence partagée bien éloignée des préceptes médicaux. Entre les pratiques

¹⁷ Nous ne pouvons une nouvelle fois que renvoyer à notre article sur la transmission des maladies et plus globalement à Bonnet & Jaffré (2003).

ordinaires et les programmes sanitaires, ces deux univers de sens et de pratiques sont plus juxtaposés que véritablement articulés. De ce fait, des uns – professionnels de santé – aux autres – populations – les mots restent parfois vides de sens et le plus souvent incertains et confus.

Ces écarts interprétatifs n'empêchent pas les populations d'utiliser très pragmatiquement les services de santé lorsque les maladies sont douloureuses, dont l'aggravation échappe à la compréhension ou face à des situations connues comme étant à risque comme les accouchements. Mais la question est fort différente pour une malnutrition affectant des enfants ne s'exprimant pas ou peu et pour un état ne relevant pas du pathologique au sens strict. Comment, dès lors, « communiquer » et prévenir sans se comprendre ?

Cet entretien réalisé dans la famille d'un enfant malnutri dans le hameau de Kampote, témoigne de la prégnance de ces systèmes interprétatifs et de leur impact sur des conduites de soins.

La mère (B) a 35 ans et l'âge du père (C) se situe aux alentours de 40 ans. Il s'agit d'une famille de cultivateurs. Le père est un polygame et la langue de l'entretien est le moba.

A : Comment vous allez ? Et la toux de l'enfant depuis hier ça c'est calmé ?

B : Non, ça ne va toujours pas. Il continue à tousser comme ça. C'est sa respiration « foyi » qui a des problèmes. Je ne sais pas si c'est ça qui a entraîné la toux ou quoi...

A : ... et le problème de sa respiration a commencé quand ?

B : Je l'ai accouché avec. Il est né avec.

A : C'est pour soigner ça qu'on a fait des scarifications sur le ventre et la poitrine de l'enfant ?

B : Oui, tu ne vois pas comment sa poitrine fait quand il respire ? Tu vois comment ça le dérange ?

A : Et on lui a fait ça quand ?

B : Dès qu'il est né on lui a fait ça.

A : Vous avez accouché où ?

B : J'ai accouché à la maison et on l'a amené à l'hôpital.

A : Les docteurs ont remarqué son problème de respiration ?

B : Oui

A : Et les docteurs ont dit quoi ?

B : Hum... Ils ont prescrit des médicaments, on a acheté. On est rentré je lui ai donné.

A : Et ça allait mieux ?

B : Non ça n'allait toujours pas.

A : Il a combien d'année comme ça ?

B : Un an un mois.

A : Et côté nourriture, il arrive à manger ?

B : Oui il mange ; mais le corps ne grandit pas c'est tout.

A : Et quand les médicaments sont finis, vous n'êtes pas retournés à l'hôpital ?

B : Non on n'est pas retourné.

A : C'est parce que le traitement de l'hôpital n'a pas marché que vous avez fait celui des « moba ñag » (lit. maison moba) ?

B : Oui c'est à partir de là qu'on a commencé par faire celui des moba.

A : Celui qui lui a fait les traitements il est du village ? Il habite par ici ?

B : Non il est loin d'ici.

C : Hum est-ce que c'est un seul même ? On a vu plusieurs...

B : Ils peuvent atteindre 9 déjà. L'un fait aujourd'hui ça ne marche pas, on essaye un autre...

C : Demain même, il y a un autre qui va faire encore !

A : Ah bon ? et il va venir ou comment ?

C : Non il m'a dit de venir pour qu'il traite mon enfant.

A : A part le problème de sa respiration, est-ce qu'il y a autre chose qui le dérange aussi ?

B : Non à part la diarrhée, les maux de ventre et le palu comme tous les enfants, il n'y a rien eu, mais c'est surtout la toux qui le tient beaucoup, c'est la respiration qui fait, c'est ça qui le dérange vraiment.

A : Est-ce qu'il mange bien quand même ?

B : Oui un peu un peu

A : Est-ce qu'il marche ?

B : Non, il ne rampe même pas

A : Quand pendant la grossesse on a repéré que l'enfant avait un problème, qu'est ce qu'on t'a dit ?

B : Ils ne m'ont rien dit. Ils m'ont dit que, quand je vais rentrer, je dois appeler mon mari. C'est quand mon mari est parti maintenant qu'ils lui ont dit de venir me dire qu'il y a une maladie.

A : Et maintenant ça va ? Depuis qu'il a commencé les ATPE ? Depuis quand il a commencé ça ?

B : L'enfant avait le corps chaud et je l'ai amené voir l'ASC c'est lui qui maintenant nous a pris les mesures et nous a donné « *nabil* » (« lait », désigne ici ATPE) et il a dit que quand ça va finir, on a qu'à revenir. Quand c'est fini, on est reparti et il nous a donné encore. C'est hier, je lui ai expliqué que l'enfant faisait la diarrhée, il a dit de passer aujourd'hui et quand on est allé, il nous a donné encore.

A : Donc ça fait combien de mois que tu as commencé à lui donner ça ?

B : Ça fait deux mois

A : Le poids de l'enfant était à 5,3 et aujourd'hui il est à 5,7kg ...

B : La respiration le dérange vraiment avec la toux.

A : Quand vous l'aviez amené à Dapaong avec la radio et le traitement ça vous a coûté combien ? C'était cher ?

B : Hum... Ça tu sais que nous les femmes, on s'assoit et ce sont les hommes qui gèrent ces choses. Il faut demander à mon mari.

A : Alors, dites moi combien le traitement de Dapaong vous a coûté ?

C : Ça a coûté cher puisqu'on écrit et tu vas acheter, on écrit encore tu vas acheter, le lendemain c'est pareil

A : Mais peux-tu me dire combien à peu près tout cela t'a coûté ?

C : 25.000f à peu près...

A : Et les traitements traditionnels comment ça se passe là-bas ? Vous payez aussi ?

C : Oui on paye ! Ça varie. Chez certains guérisseurs, tu prends une poule tu donnes. C'est avec ça qu'il va faire les cérémonies, et il va faire un produit avec une herbe que toi-même tu vas amener et ils vont faire le produit, masser l'enfant avec et faire des scarifications. On peut donner aussi à boire. Pour d'autres tu leur donnes l'argent et il te donne le produit.

A : Et ça aussi, si tu dois évaluer ça, comme tu dis que vous en avez vu au moins dix ? tu va dire que ça t'a coûté combien ? Combien tu as donné de poules ?

C : Oh ça je ne peux pas compter !

A : Ça dépasse dix ?

C : Dix ! C'est rien ça... (rire) !

B : On tient même la dette de certains. Je suis allé chez cet homme deux fois pour l'enfant... hum !

C : Celui qui va faire demain va prendre 1515 CFA et une poule. Et tous ceux qui nous font les traitements prennent comme ça hein !

B ; C'est parce que c'est un homme si c'était une fille ce serait 2020 CFA

A : C'est votre dernier né ?

B : Oui

A : Et vous avez combien d'enfant ?

B : Cinq

A : Et vous êtes la seule femme où ?

B : Il y a l'autre aussi

A : Et combien a-t-elle d'enfants ?

B : Quatre ; elle en avait 5, mais un est décédé et il ne reste que 4 (...)

C : Quand on était à l'hôpital, on m'a fait des analyses aussi pour voir si le problème vient de moi. On m'a piqué le doigt pour faire l'analyse, et on a vu que ce n'était pas de moi, mais de la maman que la maladie là vient...

A : Et c'est quel docteur qui vous l'a dit ? Celui de Dapaong ?

C : Non c'est celui de Nangbéni

A : Est-ce que la mère a eu ce genre de problème aussi ?

B : Moi c'est ma poitrine qui me fait souvent mal ... Quand j'étais enceinte, je vomissais des morves.

C : Le problème de l'enfant là vraiment, on ne sait pas quoi penser... Cette maladie là ça peut venir de ce que la maman mange. Il y a des aliments qu'on refuse à la mère et si elle mange ça c'est des choses comme ça que ça peut entraîner. Moi-même je suis ici je ne comprends rien à tout ça.

Tout est là « en vrac » : la difficulté à comprendre la maladie de l'enfant, le silence des soignants, le pluralisme des soins et les dépenses récurrentes et inutiles qui en découlent, l'usage de produits nutritionnels avec le vain espoir qu'ils « guériront » le handicap d'un enfant...

Par ailleurs, il est aussi difficilement compréhensible que dans la « série » des enfants, un seul soit malade... Comment ne pas penser, puisque le contexte est similaire, que les raisons de la « maladie malnutrition » sont plus liées au corps de l'enfant qu'à des facteurs liés à un environnement qui est partagé ...

A : Bon, si je tenais à vous voir, c'est pour discuter à propos de Yendouboam. Je voudrais savoir comment ça c'est passé jusqu'à vous ce que vous avez fini par voir l'ASC. C'est pour ça que je te cherchais...

B (père) : Ça c'est une question à la maman. Mais je peux quand même dire quelque chose.... Bon quand ça a commencé, je peux dire que ça a fait au plus un an parce que moi je croyais que c'était une autre maladie et je l'amenais chez le guérisseur. Mais quand on prenait les mesures, il ne tombait pas dans les bons chiffres, et je vois que ça ne va pas. Je fais des vas et viens dans les centres de santé et puis aussi chez les guérisseurs jusqu'à aller l'année passée... J'étais allé jusqu'à Dapaong...

A : À Tantigou ?

B : Oui à Tantigou, et on m'a dit qu'il était anémié et on m'a prélevé le sang pour lui mettre, et on est revenu. Je l'amène après tout je me suis dit qu'il faut qu'on remeure l'enfant que je vois si c'est malnutrition ou quoi même. Et quand on a fait ça il était admis, et bon c'est de là... on l'a pris en charge. Mais bon, le bon Dieu est là il n'a pas quand même duré dedans. Il a vite repris sa forme ; donc c'est ce que moi j'ai à dire sur son cas (...)

A : Et a ton avis qu'est-ce qui a fait qu'il est tombé malade ?

B : Est-ce que moi je peux savoir ?

A : Oui mais vous pouvez avoir une petite idée

B : Moi je ne sais pas ! Bon, on nous a dit que l'enfant manque de quoi même ? Mais bon... je ne peux pas savoir moi. J'ai pris ça en considération, comme c'est son organisme qui est comme ça. Il n'est pas le seul enfant et pourquoi c'est seulement lui donc quand même... Je ne sais pas ce qui a provoqué ça.

Entretien avec le père de Yendounam, un enfant malnutri de 6 ans.

Bien sûr, cette « vignette » n'évoque qu'une des versions possibles d'un parcours de malnutrition. Mais il conjugue en acte toutes les dimensions liées à une complète incompréhension de la pathologie.

Faute d'une intercompréhension éducative permettant une rationalisation de l'accès aux soins et de l'usage des traitements, tous ces efforts se révèlent infructueux, et, pire encore, décrédibilisent l'usage des ATPE. Ce n'est qu'un exemple, mais l'on peut imaginer combien cette situation est paradigmatique de la plupart de celles d'autres familles confrontées à la maladie de l'enfant.

Comment espérer un changement sans que les acteurs ne puissent agir consciemment sur les maux qui les affectent ?

Ces questions liant la traduction, la communication et l'observance des traitements sont essentielles. Pourtant, elles ne sont pas vraiment prises en charge dans les politiques de santé ou des campagnes de « communication » parlant naïvement de « traduire des messages ».

Malnutritions, trajectoires de soins et pluralisme thérapeutique

Outre ces systèmes de sens et ces sortes de motifs culturels, accéder aux soins implique, bien sûr, un ensemble d'actions très concrètes, comme se déplacer. Et la distance – une distance qui parfois décourage – est essentielle.

Et aussi la distance n'est pas encourageante. Il faut vraiment que la femme ait la volonté, et s'il y avait l'entraide le mari peut aller en vélo mais c'est pas facile...

ASC Barkoissi

Mais, outre cette sorte de « base » évidente, les trajectoires de soins résultent globalement de la conjugaison de trois types de facteurs.

Tout d'abord, ainsi que nous venons de l'évoquer, le choix du traitement est bien sûr lié, plus ou moins directement, aux représentations sociales de la maladie.

Par ailleurs, la demande est liée à l'offre de soin et à la façon dont elle est « positionnée », c'est à dire la manière dont elle émerge qualitativement ou entre en concurrence avec d'autres offres, sur le marché local.

Enfin, les choix des traitements sont liés à des dépenses.

Ces dimensions, appartenant à des ordres divers, influent sur des décisions guidées par ailleurs par des choix affectifs. Aucune décision n'est donc univoque. Il s'agit, pour chaque maladie, de délibérations internes aux groupes familiaux et de pondérer des choix selon le statut de la personne malade. Par ailleurs, comme nous le soulignons précédemment, l'urgence ressentie est souvent liée au seuil de douleur de la pathologie présentée et des pouvoirs qui autorisent les décisions. Or la malnutrition crée un état apathique.

Si l'on s'accorde sur ce qui précède, on comprend combien ce dispositif et ces variables décisionnelles péjorent la situation d'un enfant malnutri ne manifestant que très peu de douleur et souvent n'exprimant pas même sa faim, placé au bas de la hiérarchie familiale

et dont la mère ne dispose de façon autonome que de très faibles possibilités économiques. Cet agencement de variables discontinues minore l'interprétation de la gravité de l'état de l'enfant et incite à différer les soins de diverses façons qu'il nous faut maintenant présenter plus précisément.

4. L'impact des représentations sociales et de l'étiquetage de la maladie

Ainsi que nous l'avons observé et tenté de l'illustrer, ces régions sont caractérisées par un très fort pluralisme thérapeutique. Dès lors, penser la maladie c'est choisir parmi des interprétations plurielles toutes localement « disponibles » et crédibles aux yeux des populations.

Si quelques signes « relativement » pathognomoniques peuvent éventuellement assurer une certaine traduction entre des nosologies locales et médicales – comme par exemple l'exanthème pour la rougeole ou la raideur de la nuque pour la méningite – il n'en va pas de même pour la malnutrition oscillant entre une définition comme état ou comme maladie... mais sans véritable médicament ! Ce qui laisserait penser que ce ne serait pas une maladie... mais pourtant demande des soins... qui se résument avant tout à manger « normalement »

Ces questions, où la malnutrition oscille entre le statut commun de l'alimentation, de la faim et de la maigreur, et celui d'une pathologie à prendre en charge, sous-tendent de nombreuses interrogations de soignants ou de patients et expliquent le caractère erratique de bien des conduites de soins (Jaffré 1996).

L'aspect multifactoriel de la malnutrition empêche une prise en charge « mono-thérapeutique ».

Comment alors, pour les populations, comprendre que l'on évoque une maladie dont le traitement souvent préconisé dans les dispensaires, ramène au plus ordinaire des pratiques culinaires ?

Par ailleurs, outre cette sorte d'atténuation de l'évènement malnutrition par la banalité du quotidien alimentaire, diverses « maladies » intercurrentes ou liées à l'alimentation sont codées spécifiquement par les systèmes interprétatifs populaires.

Ainsi, ce qui pour le monde médical n'est qu'un signe renvoyant à un syndrome de faiblesse est le plus souvent – et a minima dans toute l'Afrique de l'Ouest – envisagé comme une pathologie à part entière ayant ses symptômes spécifiques et des causes supposées extérieures à la sphère alimentaire. Ce qu'exprime parfaitement cet homme adulte rencontré dans un cabaret à Barkoissi.

A : Est ce que vous connaissez certaines maladies des enfants ici ?

B : Sur ce plan, on ne sait pas trop, c'est peut-être les femmes qui en savent plus. Mais ce qu'on sait c'est que lorsqu'on accouche un nouveau-né, le jour même de son accouchement si on constate que le cordon ombilical (*sondou*) s'est éclaté, alors on sait déjà que l'enfant va faire la fontanelle (*piyè koudon*).

Deuxièmement si l'enfant souffre de ce qu'on appelle *hèmo*, tu vas voir qu'en pissant il va pousser comme une femme qui accouche. Il va pleurer aussi et l'urine sort en petits jets espacés de 20 minutes. Il sent des douleurs. Parfois même, certains confondent ça avec la gonococcie alors que c'est pas ça.

Pour reconnaître ça quand l'enfant dort et que tu vérifies le bout (pour le garçon) ou le bord (pour la fille) de son sexe, tu vas voir quelque chose de couleur blanche, un peu collant. Donc lorsqu'on accouche l'enfant, ce sont ces maladies qui peuvent l'attaquer en premier.

A : Et comment on traite ces maladies ?

B : Pour la fontanelle qu'on découvre lors de l'accouchement, on cherche un poussin, on tue et on verse un peu de sang sur le cordon ombilical avant d'enterrer ça et c'est fini. Il ne va plus faire la fontanelle. Ça c'est dans le cas où on a découvert précocement la maladie. Dans le cas où on ne le voit pas vite, déjà à 1 ou 2 semaines comme ça... La tête de l'enfant commence par grossir, et là il faut un traitement à base d'herbes.

A : Et qu'est ce qu'on utilise souvent ?

B : Non les spécialistes sont là. Moi je ne connais pas. Ce que je sais, c'est que tu cherches un cauris po-yo et en plus un morceau de mur en terre battue (surtout pour les cases d'autrefois). Tu frottes les deux sur une pierre et la poudre recueillie est utilisée pour passer sur le front de l'enfant. C'est ce que je connais de ce côté. Maintenant pour *hèmo*, il y a un médicament. On cherche certaines plantes qu'on met dans *tchèwou* (petite marmite en terre pour les enfants), on y ajoute du piment de Madagascar, on prépare et on lui donne cela à boire.

Outre ces formes locales de représentation de la malnutrition, les enfants présentent le plus souvent des syndromes ou plusieurs épisodes de maladie en même temps. De ce fait, la « maigreur » est parfois associée à une maladie comme en étant un des effets. Par-

fois, la malnutrition est même, plus étroitement, considérée comme une des « caractéristiques » de cette entité nosologique populaire (ou pathologie ressentie).

Mais, fort concrètement, ces constantes possibles « réversibilités » entre causes et effets laissent ouvertes toutes les interprétations sur les raisons étiologiques de ce changement corporel et sur l'interprétation des effets des produits thérapeutiques utilisés.

Ce court extrait d'entretien illustre combien ces errances linguistiques et thérapeutiques empêchent toute cohérence dans la prise en charge – et par conséquent d'une prévention – des enfants.

A : Quand est-ce que sa maladie avait commencé ?

B : Ça a commencé l'année passée. Il convulsait et on l'a amené à Dapaong. On l'a soigné, et on est revenu. Mais pendant la saison pluvieuse ça a recommencé, et cette fois ci, ça a fait comme le froid et il est couché et il tremble, tremble... Et je peux même le couvrir avec trois pagnes, mais il continue de trembler ! Et des fois, je le chauffe avec de l'eau chaude avant que ça ne cède. Mais les gens disent que c'est « *kpabgue* » (appendicite) et d'autres que c'est les plaies anales (*fiète*). Mais j'ai essayé de traiter « *fiète* » avec les médicaments, et là ça ne marche pas. On l'a amené pour traiter en faisant les scarifications qu'on fait pour « *kpabgue* ». Après ça a continué, et son papa a dit qu'il va l'amener chez l'ASC et c'est là qu'on nous a donné les produits là avec des comprimés et depuis l'enfant n'a plus eu de problème.

A : Donc c'est quand il est tombé malade là qu'il a maigrit ?

B : Oui

A : Sinon avant durant son enfance il mangeait bien ?

B : Oui il n'avait jamais eu de problème si ce n'est l'année passé ou il a « *fafag* » convulsé là.

A : Et à l'hôpital ils vous ont dit que c'était quelle maladie ?

B : Je ne sais pas ils ont parlé en français avec mon mari donc moi je ne comprenais rien. Mais il nous avait montré que c'est quelque chose qui a fait l'enfant.

Entretien avec la mère de Yendounam un enfant malnutri de 6 ans. Age de la mère estimé à une trentaine d'années, cultivatrice vit avec son mari et a une coépouse.

Ainsi que nous l'évoquions précédemment, le plus souvent, le signe le plus apparent de la faiblesse de l'enfant, associé de diverse manière à un épisode de diarrhée ou à un état de malnutrition, est l'abaissement de la fontanelle¹⁸.

Mais, une nouvelle fois, si ce signe évoque globalement pour la médecine une déshydratation et une possible malnutrition, il subsume pour les populations une « maladie » à

¹⁸ Pour une description plus précise pour l'Afrique de l'Ouest, nous renvoyons à notre travail : « La maladie de la fontanelle (Jaffré 1999).

part entière. De ce fait, cette pathologie ressentie « bénéfique » de soins spécifiques alors que ces causes alimentaires ou parasitaires ne sont pas perçues.

C'est ainsi, dans cet exemple paradigmatique de bien d'autres situations, que la « maigreux » ou la dépression de la fontanelle sont appréhendées en lien avec divers systèmes interprétatifs :

A : Tu as une fois vu la maladie de la fontanelle ici ?

B : On appelle ça po-yo, pour traiter on amène l'enfant chez le guérisseur pour qu'il enlève ça. Il s'agit d'une si petite pierre toute blanche, et quand on enlève ça, on te donne le produit à passer à cet endroit-là, et ça va se recoller. De nos jours c'est des parfums que vous utilisez, ou bien j'ai menti ?

A : Quels sont les éléments à apporter chez le guérisseur pour ce traitement ?

B : Un poussin blanc, on prend cette pierre enlevée pour emballer dans la peau du poussin, et on coud. On fait sous forme de collier pour porter à l'enfant jusqu'à ce que l'enfant lui-même le perde.

A : Et les enfants qui sont tous maigres avec de gros yeux, les cheveux roux, tu en a vu ici ?

B : Ah oui, c'est les *wolo-n'guiti-gnima* ça, on appelle cette chose là aussi *matcho*

A : Qu'est ce qui cause ça ?

B : Comme tu es assise là, moi-même je l'ai, donc comme tu es assise là il peut venir, monter sur toi mais tu ne le vois pas. C'est une forme d'araignée, il y a le blanc et le noir. Comme tu es assise là, il va venir monter. Tu ne le vois pas, mais tu le sens sur ton corps.

A : Est ce qu'il monte sur les petits enfants aussi ?

B : Par exemple au moment de ta grossesse, il peut te monter dessus et donc agir sur l'enfant. (...) Quand l'enfant naîtra, après une ou deux semaines de sa naissance tu peux savoir s'il fera cette maladie ou pas. S'il va le faire, il va manifester les contractions de ses membres supérieurs par derrière et il forme souvent des pointes. Aussi si tu regardes autour de son cou, il y a des chaînes tracées. Si tu le constates et tu l'amènes tôt chez le guérisseur ; on va le traiter et ça va lui passer. (...)

A : Et si on ne traite pas ça tôt ?

B : Dans ce cas, tu n'as pas su. Sinon quand il commence les signes tu l'amènes directement chez le guérisseur,

A : Quels sont les signes que la personne va présenter ?

B : Il est tout maigre et se comporte comme un squelette

A : Et comment on traite ça ?

B : Ça c'est le guérisseur qui le sait. Quand tu l'amènes, c'est lui qui sait quelle plante chercher pour écraser et lui donner à boire, si tu revois cet enfant tu ne vas pas le reconnaître !

A : Comment ça s'appelle ce médicament ?

B : Non, je ne sais pas. Les spécialistes sont là. Quand on m'avait guéri moi c'était certaines feuilles qui sont minuscules. C'est chez les peuls, ils cherchent ça, et ils mélangent avec

chaque graine de toutes les céréales, on met dans la peau du poussin qu'on tue, on coud, et on te met ça au cou. C'est fini ça va passer.

A : Et il ne va plus monter sur toi ?

B : Même s'il monte il n'aura plus aucun effet sur toi.

A : Si tu ne fais pas cette maladie dans l'enfance, est ce que tu vas la faire à l'âge adulte ?

B : A l'âge adulte tu ne sauras même pas que c'est ça. Tu va maigrir seulement comme le caméléon décédé et on va même dire que c'est le caméléon qui te fait ça. C'est pourquoi on dit souvent que si tu vois un caméléon décédé tu ne dois en parler à personne sinon tu vas faire cette maladie...

18 avril, femme de 60 ans environ, veuve, vivant avec son petit-fils, sa petite-fille et sa fille dans sa maison à Soumdina Haut

Il ne s'agit que d'un récit et de propos mêlant une certaine observation de la nature, une habitude « interprétative » à partir des éléments de proximité disponibles et de regroupements sémiologiques.

Ces procédures interprétatives sont constantes et les exemples pourraient être innombrables qui illustrent la constante juxtaposition de deux univers de sens : celui des représentations savantes et celui des conceptions populaires du corps et des soins.

Cognitivement ces deux systèmes sémantiques « s'ignorent » et, fort simplement, s'opposent par « indifférence ». Mais en pratique ces modalités de soins sont « poreuses ».

Les acteurs, au gré des circonstances, de l'évolution des symptômes, de la crédibilité du « soignant » passent de l'un à l'autre, attribuant souvent indistinctement la réussite d'un traitement à l'un et/ou à l'autre des acteurs ayant pris en charge le jeune malade.

En fait, le seul terme partagé par tous les « soignants » qu'ils soient bio-médicaux ou populaires est celui de « vitamine » ou de « manque de vitamine ». Dès lors, « soigner » la malnutrition revient pour les parents à trouver des vitamines ou « le » médicament « qui donne de la force » ...

B : Elle tombe malade quand même. Quand elle est née, elle n'était pas comme ça. Quand elle est entrée dans son deuxième mois (...) elle a commencé par pleurer. Le corps n'était pas chaud, mais elle pleurait. Elle peut pleurer du matin jusqu'au soir... Alors son père l'a amenée à Nangbéni, et là, on lui a fait deux piqûres et le lendemain aussi on est allé faire une injection encore, ça allait mieux mais trois jours encore et ça a refusé. On a dit que c'est problème de poisson. On est parti voir un guérisseur et lui aussi il a fait et après trois jours encore ça a refusé l'enfant continue de pleurer. Et on l'a amenée à Barkoissi, ils ont fait aussi, ça n'a pas marché et après on est allé chez « Ghanadjoa » c'est un pharmacien. Lui aussi il nous a choisis des vitamines, on a acheté chez lui... Mais ça n'a pas marché encore. Et on est allé à Tantigou et après ça allait on est revenu.

A : A Tantigou on lui a fait quoi ? Ils ont dit quoi ?

B : On lui a fait des piqûres et des sérums. Après ils nous ont donné une boîte de vitamines avec une injection. Quand on est revenu ici ça a encore refusé, et on est allé à Nangbéni faire l'injection. Mais ça ne va toujours pas et on l'a amené maintenant à Borgou chez les sœurs.

A : Et elles ont dit quoi ?

B : On lui a fait des injections et donné des vitamines, mais ça ne va pas toujours (...)

A : A ton avis ton enfant a quoi ?

B : On me dit que la vitamine lui manque.

Observation. Dans la maison de la mère de Lalba, enfant malnutri d'une famille de 19 membres : 15 enfants, trois femmes, le père.

Le parcours de soins est guidé par la recherche du « bon médicament » qui pourra guérir rapidement et visiblement l'enfant, et au gré de cette démarche, tous les « soignants » sont mis en équivalence. Aucune perception de la malnutrition ne semble ici constituée. Par ailleurs, toutes les injections sont confondues. Et rien n'est compris d'un suivi lent et patient qu'impliquerait un suivi nutritionnel de l'enfant. Comment espérer une sorte d'observance des soins alors qu'aucun conseil ne semble avoir été assimilé – furent-ils prodigués ? – par les parents.

Ces produits et « vitamines » sont, bien évidemment, beaucoup plus présents sur les marchés informels que dans les dispensaires ... L'offre rejoint ici – et sans doute construit en partie – la demande ; et le marché hebdomadaire, hors de toute réflexion médicale, correspond au plus important espace de soins et d'échanges « médicaux ».



Un guérisseur au marché

5. L'offre plurielle de soins

De fait, une des caractéristiques de ces régions est leur très fort pluralisme thérapeutique¹⁹. Coexistent divers soignants se réclamant soit de la « tradition²⁰ », soit d'une sorte de phytothérapie locale, soit du secteur « pharmaceutique » illicite (mais connu de tous et toléré), des divers « soignants » émanant d'anciennes « formations » plus ou moins succinctes liées à des projets (Soins de Santé Primaire, ONG, anciens ou actuels « bénévoles », etc.) et de soignants formels.

Ces pratiques de soins constituant des réseaux informels de soins basés sur l'interconnaissance et les « on-dit » sont donc extrêmement diverses. Et cet entretien, que nous présentons dans sa forme originale, réalisé dans un cabaret avec un guérisseur ambulancier, n'est qu'un exemple parmi d'autres.

A : Bonsoir Monsieur.

B : Merci pour la boisson.

A : De rien... Vous êtes d'où ?

B : Burkinabé.

A : De Cinkandouri ou quoi ?

B : Non, Burkina direct !

A : D'accord. Vous vendez des médicaments ?

B : Oui, il y a maux de ventre, maux de rein, celui qui pisse le sang, celui qui chie le sang, celui qui gratte, les plaies intestinaux. Je m'appelle chef « tout rouge » c'est moi.

A : Est-ce que vous ne vendez pas des médicaments pour les enfants, pour les maladies des enfants ?

B : Quelles sortes d'enfants ?

A : Les enfants... Les nourrissons de 0 à 6 mois...

B : Mais ça, c'est dans les forêts, on te montre les graines, tu prends tu les utilises.

A : Vous les connaissez ?

B : Pourquoi pas ? (...) C'est ce que je dis. J'ai les racines ici. Ici il y en a plein... Mais dans la ville, ici il y en a pas.

A : C'est dans les forêts, les savanes ?

B : Non c'est sur la route de Nagbéni.

¹⁹ Sur l'importance de ce secteur de vente et sur les raisons d'acheter dans ces marchés informels, voir notamment Jaffré (1999) ou Baxerre & al. (2011).

²⁰ Il va de soi que ce terme ne désigne aucune réalité historique, mais est une façon de légitimer une action au présent. Voir notamment (Hobsbawm 1995)

A : Ok, est-ce qu'un enfant qui est très maigre, comme si il n'a pas le sang ...

B : Non, ce n'est pas problème de sang. C'est-à-dire là il y a un microbe là qui retire le sang. Il a le gros ventre, mais il ne peut pas grossir. On prend une plante là. Si c'est garçon, 3 jours ; fille 4 jours. On le lave, on le purge et il boit. Et c'est fini.

A : Vous connaissez le nom du médicament là ?

B : Non, les arbres je connais...

A : Donc vous ne connaissez pas le nom, mais si vous voyez l'arbre vous pouvez montrer ?

B : (...) Ça ne se dit pas !

A : Mais, est-ce que, étant donné que vous êtes là depuis longtemps, vous avez l'habitude de voir les enfants malades... Quels sont les genres de maladies que vous rencontrez souvent ?

B : Vous savez les gens disent que le ver, les gens disent que ce sont les oiseaux, les gens disent on appelle ça quoi là... Le front tu comprends non ? Le front...

A : La fontanelle chez les enfants ?

B : Voilà !

A : Quand la fontanelle est baissée chez les enfants , combien vous vendez le médicament ?

B : 500 CFA, quelles sortes d'enfants ?

A : Chez le nouveau-né qui a la fontanelle baissée ?

B : Ça on ne vend pas à 500 CFA

A : C'est à combien ?

B : Là c'est à 200 CFA

A : 200 CFA... et comment on utilise ça.

B : On écrase, on met sur le front tu as compris ? On donne à boire et c'est fini...

A : En combien de jour on fait ça ?

B : Non... La femme, on donne ça moins 14 jours ou deux semaines. Garçon, 13 jours c'est fini ça.

A : Garçon c'est 13 jours, la fille ça fait 14 jours ?

B : C'est ça. Mais il ne faut pas enlever le truc sur le front. Vous le laissez, il va s'enlever tout seul quand les cheveux vont commencer, il va enlever ça.

A : Et maintenant pour les enfants qui sont maigres là ?

B : Non, « faut pas dire tous les secrets mon ami fait attention ». Ils mangent bien, mais ils ne grossissent pas, mais le ventre pousse...

L'espace « thérapeutique » local est donc loin de se limiter au dispensaire officiel et à l'action d'un ou de quelques projets de développement sanitaire.

Il conjoint étroitement des systèmes de soins hétérogènes : ceux locaux usant de plantes et/ou de croyances en certaines pratiques symboliques, des commerces plus ou moins transfrontaliers usant de produits « pharmaceutiques » et des propositions « médicales »

souvent portées par des agents de santé périphériques diversement formés et utilisant souvent eux-mêmes l'ensemble des recours – populaires et savants – disponibles.

Outre leurs modèles interprétatifs de la maladie, ces pratiques articulent des systèmes diversement ancrés dans de plus vastes dimensions sociales : les langues et croyances locales versus des « importations » techniques et linguistiques, temps long versus la diversité et la labilité des « projets », des parcours construits sur l'écriture d'ordonnance versus l'immédiateté orale des « diagnostics »...

C'est pourquoi, comprendre les pratiques de soins signifie analyser les agencements variables effectués par les populations selon les maladies, les offres, les obstacles et les pouvoirs internes aux familles. Ce qu'évoque, à propos de ses activités habituelles, cette soignante religieuse :

B : Des fois, elles nous disent, surtout avec la déshydratation de l'enfant, là il y a la fontanelle de l'enfant qui descend. Donc eux, ils pensent que c'est une maladie comme ça, et elles traitent ça traditionnellement avec des choses sur la tête de l'enfant. Mais, toi tu sais que c'est des signes de la malnutrition de l'enfant. Mais elles se disent que c'est des maladies comme ça.

Si arrivée ici [au dispensaire] la personne n'a pas encore fait ça, on lui conseille de ne pas le faire. Mais une fois que la mère a passé par là avant de venir... Là on n'y peut rien ! C'est lui expliquer seulement que c'est dû au fait que l'enfant ne mange pas. Que l'enfant est déshydraté et malnutri là et tout. Elles vont comprendre ; mais dans leur mentalité, c'est autre chose...

A : Parce qu'il y a certaines quand l'enfant est maigre comme ça, et on donne des herbes et tout ça ?

B : Ça c'est fréquent. Même si l'enfant n'est pas maigre. J'ai beaucoup d'enfants comme ça. En tout cas, si ils viennent ici et que je constate, je réfère. Mais il y a certains qui n'arrivent même pas à Dapaong avant de mourir parce qu'elles ont leur propre système. Même quand l'enfant fait la diarrhée, elles vont lui faire des lavages, et avec quelles herbes ! Des fois, ce sont des herbes très amères. Des herbes qu'on ne peut même pas utiliser ! C'est ça qu'elles vont prendre pour faire et ça va créer des problèmes maintenant les intestins troués !

A : Et il y a beaucoup de cas comme ça ?

B : Il y a beaucoup de cas. Si l'enfant tombe malade, la première des choses là, c'est faire la pompe [un lavement en utilisant une sorte de clystère local] à l'enfant. Même si tu vas crier chaque fois faut pas faire la pompe. A chaque fois on crie ici ... Sinon, ce lavage [en fait « lavement »], elles en font !

A : Mais quand vous leur expliquez ? Elles comprennent ?

B : Oui surtout les jeunes mamans, elles comprennent. Les anciennes, elles se disent qu'elles ont déjà fait cela et elles ne trouvent pas d'inconvénients à ça. Mais les jeunes, tu leur dis : « ah la pompe là ce n'est pas bon surtout l'enfant fait la diarrhée » ! Elles vont comprendre facilement, mais avec les anciennes, ce n'est pas facile !

Pour dialoguer, il faudrait recenser ces pratiques. Constituer des groupes de discussions. Aborder ces pratiques et en débattre ... Mais faute d'être clairement identifiées et discutées, ces pratiques restent dans une sorte d'extériorité éducative alors qu'elles sont centrales pour les soins accordés à l'enfant et sans doute conditionnent en grande partie sa survie.

Ce très fort pluralisme thérapeutique s'accompagne d'une très forte porosité entre les domaines « médicaux officiels » et « médicaux populaires »...



« Pharmacies par terre »

Ce pluralisme est ancré dans les gestes quotidiens, et cet infirmier n'est pas sans bien connaître – et sans doute lui-même éventuellement utiliser – ces produits. Simple exemple, bien sûr, mais il souligne une nouvelle fois l'écart important entre les normes édictées et préconisées et les normes pratiques régissant les conduites réelles les plus habituelles. Une nouvelle fois, le clivage est important entre les discours officiels et les pratiques effectives.

A : Et les produits du marché ? Il doit en avoir beaucoup qui dérangent ?

B : Bon, il y a vraiment l'automédication, c'est-à-dire qu'ici on est confronté à beaucoup de problèmes, à beaucoup de difficultés et surtout dans ce Centre. Sinon moi, j'ai commencé ici en 2008. J'étais le premier à commencer à ouvrir le Centre, et j'ai vraiment constaté que ceux du Centre même de Bougou, même eux ne fréquentent pas notre Centre en tant que tel, parce que les cas qu'on reçoit, ce ne sont que des cas graves. Des fois, on les réfère pour la transfusion ou bien pour autre chose à Dapaong chez le pédiatre. Donc les femmes se permettent d'aller acheter leurs produits au marché soit disant que là bas c'est moins cher ! C'est comme ça avec 25 ou 50 francs, elles peuvent avoir 10 comprimés de « para » du Ghana ! Là c'est comme ça...

A : Donc est ce que vous connaissez les médicaments qu'elles achètent là-bas ?

B : Hum... Bon au fait, en tout cas moi je leur en veux aux produits du marché parce que les noms là, ça me paraît un peu bizarre. Ça n'a pas de nom en tant que tel. Il y a certains produits qu'on fabrique au Nigeria, ils mettent les noms en Yorouba là, ce n'est pas clair. Mais les produits qui ont des noms vraiment ... Il y a tétracycline, *cotri* qu'ils vendent, il y a ampicilline... Bon il y a certains qui vendent leur *grip water* chez nous c'est *pinkoo*.

A : Oui c'est pour la toux...

B : Pour les douleurs chez les enfants...

A : Et la dentition non ?

B : Oui ça aide aussi la dentition. Oui, c'est *pinkoo*. Sinon nous présentement on utilise « sirop Armand ».

A : Oui ça vient du Bénin.

B : Oui c'est ça qu'on utilise actuellement donc leur *pinkoo*. Là c'est sur ça qu'ils ont écrit leur *gripp water* et c'est du Ghana que ça vient, et ils achètent.

A : Et ce n'est pas cher ?

B : Non avec 300 francs, tu as ça !

A : Or sirop Armand c'est dans les 1000 quelque chose... francs ?

B : C'est dans les... Ici on vend ça à 1800 francs. Bon au fait, je ne sais pas les composants de leur *grip water* et moi j'ai peur surtout pour les jeunes enfants. Si on l'utilise ça peut créer des problèmes et ici le grand problème même il y a beaucoup de mamans qui purgent leurs enfants c'est ça.

Entretien le 30 mai 2013 avec infirmier du Centre Nutrition pédiatrie de B. Homme d'une trentaine d'années.

Le clivage entre des savoirs techniques médicaux et des pratiques populaires est double. Il sépare les soignants des populations, mais il disjoint aussi les personnels de santé entre des connaissances médicales qu'ils s'efforcent de transmettre et des conduites de soins où ils agissent selon les mêmes critères socio-culturels que leurs patients qui sont souvent leurs parents.

Ces recompositions complexes entre connaissances et pratiques rendent fragiles les « messages » sanitaires : rien n'est vraiment cohérent ni vraiment congruent.

Les effets des différences entre la « maladie médicale » et celle qui est vécue, ainsi que les divergences entre les conseils de prise en charge de la malnutrition et les pratiques effectives de soins sont, sans aucun doute, une des dimensions à améliorer en premier lieu.



Plaque de guérisseur

6. Les sphères décisionnelles et l'accès aux soins

Ces représentations de la maladie et de ses traitements constituent des configurations larges et partagées et cet étiquetage complexe de la maladie ainsi que la pluralité des offres « de soins », sans bien sûr déterminer absolument des parcours, configurent les choix des familles. Mais, sur cette trame, d'autres dimensions, comme celles des pouvoirs intrafamiliaux ou des économies vécues constituent d'autres contraintes et induisent d'autres variations. Tout d'abord, la question économique est essentielle. Mais elle ne se réduit absolument pas à des questions de disponibilités financières. En effet, il ne s'agit pas d'une sorte de gestion « froide » et « mathématique » des revenus, mais plutôt d'une sorte de « comptabilité affective » croisant une évaluation de la situation du malade, de son statut, des autres contraintes et des dépenses en cours. Il ne s'agit donc pas de raisonnements pécuniaires abstraits, mais d'une économie morale mêlant indissociablement des dimensions sociales et monétaires (Fontaine 2008). Concrètement et au quotidien, il s'agit de choix, d'évaluations empiriques, de décisions négociées dans l'intimité des relations de couple ou des divers cercles constituant les familles.

A : Si j'ai tenu à revenir seule c'est pour discuter avec toi... Je veux que tu m'expliques ce qui se passe car tu devais amener l'enfant prendre des ATPE. Mais tu n'es pas allé pourquoi ?

B : Quand le moment d'y aller vient, tu demandes à ton mari pour prendre une voiture. Il refuse. Il dit qu'il n'a pas l'argent .Comment je vais faire pour y aller ? Je n'ai rien moi non plus...

A : Et tu lui dis quoi ?

B : Qu'est-ce que je peux dire encore ? Je ne peux rien faire si ça dérange sa conscience, il peut donner sinon c'est fini !

A : Mais ça lui arrive de donner quand même ?

B : Oui il donne parfois ? (...)

A : Comme l'enfant est malade qu'est ce qu'on dit ?Que c'est ta faute ? Que tu ne le regardes pas bien ?

B : Hum... Chez nous les Moba, quand ton mari commence par faire les dépenses pour soigner ton enfant, il arrive un moment où il va te dire qu'il est fatigué avec l'enfant là. Ou que ta fille tombe trop malade et c'est comme si c'est toi qui ne t'en occupes pas bien. Et comme nous sommes nombreux là et chaque jour c'est toi toujours toi ton enfant.

Observation. Dans la maison de la mère de Lalba, enfant malnutri d'une famille de 19 membres : 15 enfants, trois femmes, le père.

Cette économie vécue conjoint ici des asymétries de genres, une évaluation du statut de l'enfant, une certaine perception du travail de santé des mères, et une tension implicite entre des coépouses. Cet autre exemple illustre, sous une forme critique, ce feuilleté complexe des valeurs, des statuts et des pouvoirs débordant largement l'économie « froide » des rationalités financières.

B : Ce qui fait le problème, parce que quand tu donnes des conseils à la femme, elle n'ira pas observer tes conseils. Là non, on ne va pas faire ça...

A : Pourquoi elles ne viennent pas avec leur mari ?

B : Ça c'est un autre problème du milieu. Ça c'est un problème à part. Les hommes ne viennent pas, et un enfant dans ce milieu est laissé à la charge de la maman. Ça c'est un autre problème à part (rire)

A : Vous ne les sensibilisez pas ?

B : Oh je crie ! Moi, on dit que je crie trop. L'assistant ne t'a pas dit ça ? Il t'a dit ça non ? Que je crie trop. Moi je crie c'est l'arme que moi aussi j'ai (...) parce que c'est grave de voir ça. Quand je vois ça, ça m'énerve, ça me monte sur la tête. Je crie. Un papa, son enfant est malade depuis 4 jours. Il ne dit rien alors que tu le vois là-bas... Il prend « *tchakpa* » et c'est quand l'enfant commence par faire les crises après les crises là il va commencer par les choses là ! Hum... la tradition ! Et c'est seulement après ils viennent chez toi et tu leur dis : « tu ne peux pas aller ailleurs à cause des crises là aller au CHP ? C'est un problème. Ils ne veulent pas partir. Moi je crie, je vais toujours crier monsieur, ça c'est grave ! Je ne peux pas concevoir ça. Comment un enfant malade on le garde à la maison pendant une semaine sans soins, maintenant on vient me dire que « je n'ai pas d'argent » ça veut dire quoi ?

A : Et ils trouvent l'argent où pour boire « *tchakpa* » ?

B : C'est ça même le problème. Un homme ici sa femme a accouché ; il n'a pas encore trouvé l'argent pour payer les frais d'accouchement, mais il a déjà payé un « Ducros » [environ 10 litres]. Ses camarades sont assis là en train de boire ! Et ça là on va dire que je ne vais pas crier ? Non je ne peux pas tolérer ça !

Infirmier

Sans doute, ces propos seraient-ils à nuancer. Il faudrait notamment étudier comment les patients sont reçus dans les structures de santé et le CHR. Nous y reviendrons. Autant que des sortes « d'habitudes sociales » ces conduites sont sans doute aussi des formes d'évaluation « par les pieds » de la qualité ressentie de l'accueil et des soins par les plus démunis.

Mais il apparaît clairement que les formes de pouvoirs internes aux familles sont déterminantes pour les soins ainsi sans doute que l'effet d'une addiction à l'alcool redoublée par diverses obligations sociales contraignantes comme « payer à boire à ses amis ». Fort

simplement ces modestes exemples démontrent que « savoir » et « vouloir », notamment pour les femmes les plus jeunes, ne sont aucunement synonymes de « pouvoir ».

Ces tractations et pondérations statutaires sont parfois plus discrètes. Mais, d'hésitations en choix incertains, tout ceci construit des itinéraires, ou des trajectoires de soins, trop longues au regard de l'urgence médicale. Qu'il suffise ici d'évoquer l'exemple malheureux d'un enfant ayant souffert d'une fièvre.

A : L'autre enfant qui est décédé il a vécu combien de mois avant de mourir ?

B : 1 an 4 mois

A : Qu'est-ce qui lui est arrivé ?

B : Il est tombé malade ... Ici aussi les histoires de sorciers ... Maladie de trois jours ?

A : Vous l'avez amené au CMS, ici ?

B : Non Dapaong

A : Et ils ont dit quoi ?

B : Ils ont juste dit qu'il n'a pas de sang dans le corps, jusqu'à ce qu'on ne l'emène à l'hôpital... On ne l'a pas vite emmené aussi... Jusqu'à ce qu'on arrive là-bas on lui a mis tout de suite l'oxygène, et on nous a demandé d'aller chercher le sérum... Quand on a apporté ça, on cherchait là où on va lui mettre ça... Jusqu'à c'est sur la tête, ils ont trouvé, et il l'ont coiffé un peu pour lui placer ça. Donc sérum a commencé par sortir et ça n'allait plus, et il est mort.

A : Il mangeait bien ? Comment il était ?

B : Il était bien. Il était bien en forme et il mangeait bien. Il y a même sa photo chez ma sœur. Si tu vas, elle va te montrer ça.

A : Et à l'hôpital on vous a juste dit qu'il n'avait pas le sang ils n'ont rien ajouté ?

B : Non

A : Comment ça a commencé ?

B : Il faisait les selles... Il ne vomissait pas...

A : Et ça a commencé depuis combien de jours ? Vous n'avez pas utilisé des plantes.

B : On a utilisé des plantes.

A : Quelles plantes ?

B : Quand il est malade souvent il y a une plante là qu'on appelle « *gbengbélgue* », c'est ça que je lui prépare.

A : Et tu lui donnes à boire d'abord ? Si ça ne va pas mieux avant d'aller à l'hôpital ?

B : Oui.

A : Et combien de jours êtes vous restés à la maison à utiliser ça avant d'aller à l'hôpital ?

B : Deux jours et on l'a amené ici au CMS et on nous a dit qu'il n'a pas le sang, de l'amener à Dapaong et on l'a amené.

A : Pourquoi c'est les plantes tu lui fais en premier ?

B : Parce qu'on a dit que si l'enfant a le palu on lui fait d'abord les plantes et après si ça ne va pas tu l'amènes à l'hôpital.

Nouvelle accouchée, mère d'un enfant décédé, 1er Mai, Barkouassi

Une fois de plus apparaît ici la redoutable conjugaison de variables discontinues mêlant des dimensions sémantiques, sanitaires, économiques et statutaires. Ces questions touchant à la décision comme choix raisonné selon des critères pluriels et profanes sont déterminantes. Et un dernier exemple peut encore l'illustrer.

A : Elle, c'est un cas de malnutrition sévère ? C'est eux que vous gardez ?

B : Oui, des fois nous gardons les « modérés ». Ça dépend de la maman parfois les mamans là elles sont un peu négligentes. Si tu les laisses partir l'enfant là va encore chuter. Par exemple pour celle-là c'est un cas de malnutrition sévère. Tu lui demandes de rester ; elle ne veut même pas rester. Pourtant dans les cas de malnutritions sévères, obligatoirement elles devraient rester. On va remonter l'enfant là avec les F 100 et 75 là. Mais le problème aussi qui est avec les cas de malnutritions sévères, il y a certains enfants qui ne tolèrent pas F 100 et F 75. Donc, il y a des fois où tu forces. L'enfant commence par faire la diarrhée, et dans les cas de malnutritions avec diarrhée, là c'est des complications ! Le poids ne fait que de diminuer de jour en jour !

A : Est ce qu'il y a beaucoup de mère qui sont négligentes comme ça ?

B : Il y a quelques-unes. Surtout avec les enfants qui ne tolèrent pas F 100. Là, nous sommes obligés de faire l'allaitement artificiel surtout que le lait de maman là n'est pas bon. Mais d'autres fois tu vas voir le biberon de l'enfant, c'est pas lavé... L'enfant a pris le lait et le biberon n'est pas lavé... Demain, elle prépare encore le lait fermenté ! L'enfant prend ça, et c'est des ballonnements, la diarrhée. Déjà ici c'est déjà comme ça, imagine à la maison comment ça sera...

A : Et les pères ?

B : De temps en temps, par exemple celle qui était ici hier, là elle a fait au moins trois ou quatre fois ici. Mais c'est comme c'est une seule fois j'ai vu son mari ici. Même une fois là elle est venue ici, j'ai regardé dans le carnet hier là les ordonnances là ce n'est pas payé. Elle dit que son mari dit de rester, il va aller chercher l'argent pour venir... Peut-être que c'est à cause de ça, lui-même il ne met pas pied. C'est cette femme-la. Son village est un peu loin que Barkoissi. Moi-même je ne connais pas.

Entretien avec un infirmier Centre de Barkoissi

La notion de « négligence » est souvent utilisée par les personnels de santé pour disqualifier les conduites des mères d'enfants malades (Bonnet 1996). Mais, la lecture de ce court *verbatim* souligne combien ce terme est insuffisant. Outre qu'il culpabilise inutilement les plus démunies, il ne rend pas compte de la complexité de leurs situations. Ces femmes doivent, en effet comprendre l'état de leur enfant, se débrouiller des contraintes pécuniaires, tenir compte des risques sociaux liés à leurs choix thérapeutiques puisque si

l'enfant décède elles en seront tenues pour « responsables », s'occuper de l'enfant malade sans négliger les soins à accorder aux autres...

Leurs hésitations, et cette « irritante » lenteur ressentie par les soignants, correspondent à la complexité de leurs prises de décisions face aux risques liés aux traitements et à l'obligation de négocier avec leurs maris à chaque étape du processus. « Ethnic » differences in mortality between the study populations do not reflect variations in beliefs about illness management and disease causation nor socioeconomic disparities, but rather result from real variations in women's social power within their domestic environments (Castle 1993, 155).

On comprend qu'il ne suffira pas ici de « crier » ou d'uniquement tenter de « convaincre » les mères. Comprendre pour convaincre consiste à délinéer ce jeu complexe des contraintes et de négocier avec des groupes familiaux sur ce qu'il est possible de faire.

Ce travail de lecture des aléas et des déterminants des itinéraires est essentiel et devrait faire l'objet d'une explicitation constante à la fois comme modalité des soins mais aussi comme évaluation de fait de la qualité de l'offre.

Les services de santé et les interactions entre soignants et soignés

Du point de vue des populations, dans ces contextes du nord du Togo où nous travaillons, les services de santé, ou les programmes qui leur servent d'appui ne sont qu'un des recours face à la maladie de l'enfant.

Mais, outre cette sorte de pléthore anarchique de l'offre, d'autres difficultés caractérisent ces services de santé et peuvent expliquer leurs difficultés à établir un lien durable avec les populations.

Les uns tiennent à une certaine dynamique « historique » des « projets de développement ». Les autres, à un certain type d'interactions entre les populations et les acteurs de ces services de santé.

7. L'accès aux soins et l'histoire des programmes « de développement »

Les projets de développement sanitaires sont certes utiles. Mais, selon une perspective historique, il est non moins évident « qu'ils passent », se transforment et sont aussi, le plus souvent, « amnésiques » de leurs propres actions ou des objectifs qui justifiaient leurs actions.

Ils sont surtout, la plupart du temps, bien peu soucieux des « effets historiques » – ou à long terme – des choix qu'ils ont effectués, pendant la durée, plus ou moins brève, de leur existence. Ainsi au gré de choix de santé publique, aux soins de santé primaire ont

succédé l'initiative de Bamako et son recouvrement des coûts, puis maintenant une gratuité – ou plus précisément une exemption de paiement – au point de contact (Ridde & alii 2011). Mais les populations restent, se souviennent et définissent en partie leurs actions et « tactiques » en fonction de ce qui est résulté de leurs ou des choix antérieurs faits en leur nom : échecs perçus ou avantages acquis grâce à ces actions. Et d'une certaine façon décider d'accéder aux soins médicaux ou d'accorder sa confiance aux soignants est aussi l'expression d'une certaine évaluation des interactions médicales et des programmes sanitaires antérieurs.

Par ailleurs, les populations adoptent souvent un raisonnement « de type syndical » où l'on ne revient que très difficilement sur les avantages acquis.

Qu'il suffise ici d'évoquer ces moments où la nourriture était distribuée gratuitement dans les centres de santé. Pour diverses raisons, elle ne l'est plus.

Mais, quelles explications sont données aux populations et aux acteurs de terrain lorsqu'un projet s'interrompt ? Quelles sont les raisons des changements effectués et de leurs effets concrets voire de leurs aspects négatifs ?

Les choix – et « objectifs » qui les concrétisent – sont pour les projets de simples hypothèses de travail. Mais par leur mise en acte ils prennent corps. Ils deviennent, au fil des actions engagées, des tensions qu'elles induisent et des résultats observés, des mémoires sociales. La perspective focalisée du projet – en quelques années il faut atteindre un objectif – est bien éloignée de ce temps mémoriel – et comparatif – des populations. Mais ce qui n'est pas pris en compte dans les « papiers des projets » fait retour dans le réel des conduites des populations...

B : Oui la malnutrition aussi normalement c'est à partir de janvier jusqu'en juin juillet même mais dans ces derniers temps les quelques cas qu'on reçoit c'est dans la malnutrition sévère et on leur sert ATPE et F75 mais maintenant le problème se pose au niveau de la malnutrition modérée il n'y a pas la nourriture. Quand la femme vient une deux fois et surtout qu'au début, avec le PAM, on distribuait CSB et autres les femmes venaient.

Entretien avec un infirmier du centre nutrition, homme d'une trentaine d'années. À Barkoissi, le 30 mai 2013

B : Hum... Pourquoi ça ne marche plus ? Peut-être je ne suis pas le mieux placé pour vous donner les informations. Mais nous sommes quand même des partenaires du PAM ou bien bénéficiaires... Le PAM nous venait en appui pour que nous aussi nous soulignons un peu les souffrances de nos communautés ; surtout en matière de vivres. Moi c'est depuis 2009 que je suis ici, et effectivement en 2009 et 2010 il y a eu deux vagues de

dons de vivres du PAM. La première vague, on nous disait que c'est suite aux inondations de 2007 ou de 2008. En 2008 il y avait des inondations et c'est suite à ça que le projet avait initié ces dons. Ces dons sont arrivés en 2009. Les familles à qui on devait remettre un peu de maïs, du haricot, du gari étaient déjà identifiées. Donc les vivres étaient arrivées ici et nous on a partagé ça à nos communautés. Ça c'était la première phase. La deuxième phase, c'est avec le projet qui accompagnait les agriculteurs ? J'ignore un peu le projet... Mais les vivres étaient venues. On n'était pas associé. Comme je vous dis, les vivres arrivent et alors on dit la zone de B. ! Comme je suis au centre ici il y a un certain nombre de vivres destinées à certaines personnes ici. Quand j'ai voulu comprendre, au fait c'était pour accompagner les agriculteurs en période de soudure qui devaient utiliser les réserves pour manger : quand le moment de la culture va arriver il n'arrive plus à semer ou quoi que ce soit donc on donne un stock à un agriculteur pour laisser les vivres que lui-même il avait cultivé. C'est ça qu'on m'a expliqué. Donc on lui donne du maïs du riz tout ça là pour qu'il en consomme et qu'il laisse ce qu'il avait produit localement pour servir de semence après. Donc le PAM aussi était venu en appui avec la complicité de la Croix Rouge pour aider à distribuer les vivres qui étaient avec nous ici.

Ce sont les deux projets que moi je suis venu trouver ici. Mais avant ça c'est par rapport à la nutrition des enfants... Il y avait un centre de nutrition des enfants ici à B... Dans les années 90, on amenait des stocks de farine de blé et quoi encore... pour donner à des mamans, qui venaient en consultations pour palier le problème de malnutrition chez ...

A : C'était au centre ?

B : Oui on appelait CNI : Centre de Nutrition infantile quelque chose comme ça. J'ai même une grande table, on m'a dit que c'est la table du Centre de Nutrition Infantile. Au début c'étaient les affaires sociales qui pilotaient le projet mais entre temps la santé a pris ça en charge. Actuellement c'est la santé qui gère ces histoires de nutrition infantile. Voilà un peu ce que moi j'en sais.

A : Et actuellement tous ces projets par rapport aux cultivateurs, par rapport aux malnutris par rapport aux inondations, tout est suspendu ?

B : Tout n'est pas suspendu. Je pense qu'ils ont continué un peu avec cette histoire de malnutris là au niveau de l'hôpital. Jusqu'à l'année passée, je sais quand même qu'il y a des séances où des mamans arrivent. Je ne sais pas si c'est PAM ou bien ? Les farines enrichies pour les enfants, je ne sais pas si c'est PAM encore, mais je sais que ce système existe encore. Je ne sais pas si c'est les vivres de PAM encore ou un autre projet parrainé, mais avec nous quand même le PAM...

A : Et les gens ne réclament pas ?

B : Si ! Même hier on était à une réunion. Je ne sais pas vous étiez avec moi là-bas (s'adressant aux stagiaires présentes dans la salle). On dit que les affaires sociales ce n'est plus comme avant. Je dis pourquoi ? Il n'y a plus de vivres. Je dis, ah les vivres n'étaient pas affaires sociales, elles étaient du PAM et effectivement c'est un problème. C'est vrai que les stratégies, les politiques ont changé. Moi selon mon analyse personnelle, ce que je dis qu'on aurait entendu que PAM n'amène plus les vivres parce que le pays n'est pas un pays pauvre. Le pays ne serait pas un pays souffrant ; nous avons l'autosuffisance alimentaire. Bon, ça c'est certains langages qui le disent mais sincèrement, pour vous à dire vrai, on a besoin quand même d'appui. J'ai une association de veuves ici plus de 300 à 400 femmes veuves de B. où elles s'initient un peu dans cette histoire de tontine. Elles se cotisent 200 ou 300 Cfa, elles remettent à une ou deux un nombre de 5 000 Cfa par mois, et le mois prochain tu ramènes un intérêt de 500 Cfa. Bon c'est cette

activité qu'elles mènent. Mais entre-temps vers les périodes de soudure et autre tout ça là, c'est un sérieux problème à la maison parce qu'elles n'ont pas de force pour faire la culture. C'est des veuves et c'est des âgées. Cultiver ce n'est pas leur point fort. Peut-être le petit commerce, ça peut aller, mais il y a des moments où elle ne trouve pas à manger et il n'y a pas de structure qui peut leur venir en aide c'est un problème ! Mais dans les analyses aussi on s'est rendu compte aussi que les vivres PAM étaient un truc d'assistantat. Ça rendait un peu paresseux certains parents qui attendent toujours que l'on apporte les sacs de riz et les sacs de maïs et leur distribuer gratuitement

A : C'est un couteau à double tranchant ?

B : Voilà donc on prend tout ça, on analyse (...) On se dit que les vivres ne peuvent pas quand même faire du mal à une communauté !

A : Ah oui et d'autres programmes ?

B : « Bonnefondon », bon c'est un partenaire technique qui est financier en même temps . Mais on n'est pas dans ce système de partage de vivre. Eux plutôt ils donnent de l'argent aux familles. Ça aussi ça tire vers l'assistance ...

A : Comment ça se fait ? Comment ils font les sélections ?

B : Bon c'est des identifications. Eux ils passent par le parrainage des enfants, donc quand ils ciblent une école, dix quinze enfants dans une école. Les enfants et leurs familles sont pris en charge par « Bonnefondon » santé,, éducation, agriculture, commerce tout ça là. Ils arrivent même à octroyer le crédit aux familles pour faire le petit commerce. Ils donnent de l'engrais aux familles pour faire le champ à travers l'enfant parrainé. A travers l'enfant parrainé toute la famille est prise en charge. Même on arrive à changer le toit de la famille si on trouve que l'enfant n'est pas dans de bonnes conditions pour apprendre et pour évoluer. On est même allé jusqu'à acheter une lampe à un couple ou bien à une maman parce que l'enfant disait qu'il n'arrive pas à apprendre pendant la nuit. C'est une seule lampe dans le foyer, et on utilise cette lampe pour la cuisine ! Donc lui il n'arrive pas à apprendre donc on a acheté une lampe pour l'enfant alors que logiquement si la lampe là arrive je ne suis pas sûr que l'enfant même va pouvoir utiliser ça. Ça ne peut ne pas être utilisé par l'enfant. Vous voyez un peu les approches sont comme ci comme ça, et nous les techniciens on nous traite d'assistance...

A : Mais ça, ça continue jusqu'à présent ?

B : Si ça continue !

Entretien avec un responsable de centre à Barkoissi.

Une nouvelle fois, l'approche « par le bas » souligne les effets complexes de certains programmes de développement et la réalité des usages que les populations peuvent faire des différents éléments composant ces initiatives économiques et sociales.

Par exemple, comment pour les populations comprendre la cohérence de ces actions lorsqu'elles se succèdent parfois de façons antagoniques, alors que se sont les mêmes personnels qui « parlent au nom » de plusieurs projets et sont parfois, du fait de ces contradictions, dans l'obligation de tenir des discours différents et parfois

contradictoires ? Comment après avoir vanté l'absolue nécessité d'un recouvrement des coûts militer maintenant pour la même « absolue nécessité » d'une gratuité des soins ?

Par ailleurs, la plupart des structures de santé « bénéficient » ou « doivent gérer » – tenter d'harmoniser – plusieurs programmes qui sont eux-mêmes, comme nous l'évoquions précédemment, en constante évolution et en changement. Aux yeux des acteurs, les programmes apparaissent toujours comme liés à une certaine opacité et peuvent être qualifié par une complexité de leur gestion. De ce fait, ici comme ailleurs, face à des décisions extérieures auxquelles il faut bien se plier, la posture générale des acteurs consiste à « faire au mieux » sans trop se poser d'inutiles questions...

B : Oui... dans ces moments, comme ça je ne sais pas pourquoi, on a beaucoup de cas comme ça. Il y a des femmes elles accouchent, il n'y a même pas le lait comme ça et c'est avec le lait artificiel qu'on se défend. Mais souvent s'il y a un peu au moins on essaye de rester sur le lait maternel. On demande à la mère de donner régulièrement, et puis il y a une manière de donner la bonne position au sein ; les femmes ici n'ont pas trop le temps. Elles ne maîtrisent pas ça.

A : C'est pour la subvention Coartem ça ?

B : Oui présentement c'est gratuit...

A : Ah bon c'est gratuit ?

B : Oui pour les enfants de 0 à 10 ans

A : Et vous donnez les moustiquaires aussi ?

B : Bon, nous on vend ça à 500 parce que c'était un don de L'OCDI central, parce que comme il avait eu une campagne de sensibilisation, ils avaient distribué... et il n'y avait plus à acheter... Donc nous on prenait ça là-bas à 275 Cfa, et on revenait vendre ça à 500 Cfa. De même Coartem, on achète ça le prix d'achat c'est la moitié du prix de vente. C'est comme ça, mais il s'est fait que ces derniers moments Coartem, la boîte de 18, ça tend vers la péremption et le niveau central a autorisé de vendre ça au prix d'achat c'est comme 250 Cfa...

Entretien avec un infirmier du Centre nutrition pédiatrie de C. Le 30 mai 2013.

Les logiques d'acteurs et la réalité des conduites mises en œuvre afin de s'adapter aux réels des situations rencontrées est donc bien éloignée des objectifs abstraits des programmes. Ces systèmes de contraintes, ce travail de mémoire, ces demandes plurielles voire une certaine « iatrogénie » d'objectifs antagoniques... constituent le véritable référentiel des programmes.

Ajoutons que de façon diachronique, d'autres « projets » sont toujours à venir et à intégrer dans les pratiques concrètes de soins sans que ne soient véritablement interrogés, les « effets d'interface » entre soignants et populations :

B : Ouais, ils ont expérimenté ça au Bénin, au Sénégal et ça a marché. La consultante nous disait qu'au Bénin ... c'était une béninoise que voilà et voilà... ce qu'ils ont fait... On leur a posé la question au village on dit que le transfert monétaire cash power c'est-à-dire que la personne reçoit directement l'argent ; quelle structure ? C'est les gens qui vont se promener distribuer ? Ou bien la personne a une carte, ou bien qu'il va aller prendre comment ça va se faire ? Ils disent qu'au Bénin ou bien au Sénégal il y a quoi et quoi ... des portables ; tu as un message et tu vas-tu prends ton argent, dans la discrétion. Au Togo est-ce qu'on a cette structure ?

Une responsable des affaires sociales. À Barkoissi.

En fait, les villages conjuguent le paradoxe d'être dans un grand dénuement et d'avoir souvent à « gérer » une très – voire trop – importante quantité de projets. Un seul exemple, bien modeste, illustre la somme de confusions que cela peut entraîner. « Avez-vous déjà vu des enfants qui sont très maigres, avec de gros yeux et des cheveux roux ? De nos jours, il y a beaucoup de maladies et ce que tu décris là, on peut dire que c'est le sida » (femme d'une trentaine d'années, vendeuse de galettes à Soumdina). Certes, il ne faut ici durcir le trait. Ces actions sectorielles et verticales sont indispensables. Mais quel programme se charge de faire la synthèse des programmes et d'expliquer la cohérence de cette totalité plurielle aux populations ?

Le plus souvent ces programmes sont « top down » et bien peu co-construit avec les animateurs locaux. Les populations et des cadres locaux sont, de ce fait, non pas considérés comme des acteurs locaux mais le plus souvent mis dans la position de simples exécutants ou de bénéficiaires « à sensibiliser ». La « participation communautaire » est plus souvent un slogan qu'une réalité qui impliquerait que des programmes « bottom up » soient initiés, évalués par les bénéficiaires et qu'ils soient financés de manière « souple » sur de longues périodes.

8. Les difficultés de « l'administration sanitaire » et de l'articulation des programmes

Si les programmes sont cohérents pour ceux qui les promeuvent, ils sont parfois plus complexes à comprendre et à articuler pour ceux qui en sont, « à la base », la véritable « cheville ouvrière ».

Tout d'abord, si chaque programme pense en fonction de ses objectifs, les acteurs ont à agir dans l'ensemble des dispositifs et des dynamiques mêlant le social et le technique.

Ces différences sont essentielles. Là où les programmes raisonnent par objectifs « théoriques », ces praticiens de la santé ont à agir dans un monde réel depuis une « pensée du tout » : des recours et des prises en charge, des statuts sociaux ...

Par ailleurs, à la permanence supposée des objectifs et des fonctions, s'oppose bien souvent le fait que les personnels de santé changent d'affectation après une formation.

A : On est là pour essayer de voir les problèmes de la malnutrition, comment vous les prenez en charge par rapport à d'autres programmes s'il y en a. Par exemple, le problème de malnutrition est ce que vous en avez ici ?

B : Non mais il y a quelques rares cas, quelques rares cas mais ce n'est pas tellement... et c'est malnutrition modérée, ce sont des cas modérés qu'on prend. C'est l'année passée qu'on a eu un cas sévère, et on l'a référé à Tcharè pour CRENI. Donc nous sommes... Nous avons un village CTC

A : CTC ?

B : Oui bon, il y a... Ils ont choisi un village où il y a l'ASC dans le sens de la nutrition. Il sensibilise sur les... comment prendre en charge les enfants malnutris, les aliments... Mais seulement que l'ASC n'est pas dans notre aire sanitaire. C'est dans le canton de Soumdina, mais il est basé à Soumdina-bas. Donc il vient ici pour... bon sensibiliser la population sur les cas de malnutrition...

A : Le village CTC c'est quel village ?

B : C'est kassi

A : Est ce qu'il y a une unité de prise en charge aussi là ?

B : Non c'est, c'est... l'ASC là. Il vient là-bas de temps en temps voir s'il y a des cas de malnutrition et la sensibilisation. On a choisi les villages les plus éloignés du centre pour la sensibilisation.

A : Est ce que vous vous avez été formé pour la prise en charge... ?

B : Prise en charge...disons non. C'est Tcharè qui est centre CRENI qui prend en charge les cas sévères ou aigus

A : Mais, il y a un projet de formation pour...

B : Oui, mais il y a un projet, bon je suis sûr qu'il y a un projet parce qu'ils font des formations chaque 2 ans. L'année surpassée, c'est mon accoucheuse qui était formée. Mais elle n'est plus ici. Elle était formée pour la prise en charge des cas de malnutrition. Elle est affectée dans les régions des plateaux, elle est à Danyi.

A : Et dans la prise en charge des cas modérés là, comment vous le faites ?

B : A notre niveau, à part la sensibilisation, on nous a donné les sachets, euh... les cartons de Plempy nut pour faire les tests d'appétit. Donc c'est ça, et entre-temps on avait reçu aussi pour les cas d'anémie, fer folidine plus vitamine... A. Donc c'est les choses là qu'on a... Pour le moment on a une quantité de Plempy nut qui reste, plus la vitamine A.(...) Ici on a... bon en matière de santé nous avons les... le programme de prise en charge sur les cas de paludisme. Il y a, bon, il y avait l'accoucheuse qui était formée pour la prise en charge des cas de malnutrition. Quand nous faisons les enfants, nous prenons les pesés, nous faisons les pesés au niveau du centre, l'enfant a une courbe inférieure à B, on va voir si on peut.... On lui donne des conseils nutritionnels, et bon si l'enfant mange on lui donne Plempy nut pour voir le test d'appétit. Donc il y a aussi le programme de... programme PTME, que nous prenons en charge les femmes. Il y a aussi la vaccination, nous faisons aussi la vaccination comme d'habitude dans tous les centres. Sinon presque... à part l'accoucheuse qui est affectée il n'y a pas quelqu'un qui est formé, mais nous autres qui sommes là. (...) tout récemment l'Unicef a formé 5 ASC pour le programme PECIME-Communautaire

A : PECIME-communautaire, comment ça se définit ?

B : Prise en charge intégré des maladies de l'enfance

A : Vous dites que la Croix Rouge n'a plus d'intrants, et avant les intrants c'était quoi ?

B : C'était les Coartem, les TDR pour faire le test de paludisme, pour faire les tests voir si le test est positif. Ils donnent pratiquement les... Coartem.

A : Ils ne donnent pas de moustiquaires ?

B : Bon, entre temps, il y avait... Ils avaient les moustiquaires à leur niveau, qu'ils vendaient, qu'il livrait ça à 500 Cfa à la population, mais ça fait longtemps qu'il y en a plus.

A : Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ici dans la prise en charge de ces enfants malnutris ?

B : Les difficultés, comme on n'a pas tellement de cas surtout l'année passée, on a eu un cas, on n'a pas tellement de difficulté à prendre en charge et surtout que bon, Tcharè c'est à quelque 7 à 8 kilomètres d'ici, et on réfère les parents vers là.

A : Donc cette année vous n'avez pas enregistré...

B : Si, il y a eu des cas, mais des cas modérés.

A : Des cas modérés ?

B : Oui, qui s'arrêtent à notre niveau. Quand c'est sévère ou aigu là qu'on réfère...

A : Ils sont nombreux ?

B : Pas tellement. Ce mois-ci on n'a enregistré que 2 nouveaux cas. Hier seulement j'ai reçu le dernier cas hier.

A : On peut les repérer quand même dans le village ?

B : On peut les repérer, oui. Le dernier cas que j'ai reçu c'est un cas à kassi (une localité du village), donc je ne sais pas si ...

A : Après on va prendre les coordonnées de cet enfant pour voir la famille et comment ça se passe. L'ASC est ce qu'on peut avoir ses coordonnées ?

B : Bon, je ne sais pas, c'est Soumdina-bas qu'il y a ses coordonnées. (...) Lui c'est pour le traitement de masse. Ce sont eux qu'on vient de former pour PECIME-Communautaire. C'est à Sétidè ça. Celui dont je parle c'est Sadowa (Soumdina-bas)...

A : Ok, comme il y a beaucoup de gens qui sont... Il y a une vaccination aujourd'hui ?

B : Oui.

A : Contre quoi ?

B : Euh contre bon, contre presque toutes les maladies... Il y a contre BCG, Rougeole, et autres...

A : Donc vous n'avez pas encore commencé ?

B : Non, on vient de les enregistrer, donc comme l'accoucheuse n'est pas là bon... Il y a la gérante plus une matrone là. Comme ils ne savent pas vacciner, après l'entretien, je vais vacciner, ils m'attendent là-bas.

Entretien²¹ avec l'infirmier à l'USP de X. 40 ans environ. Le 23 avril 2013.

Il ne s'agit aucunement de blâmer. Mais une nouvelle fois, le « terrain » révèle de nombreuses difficultés : affectation des personnels formés à d'autres postes, diverses méconnaissances du calendrier vaccinal, incohérence des références, utilisation des personnels à d'autres fins que celles prévues par l'organigramme...

Par ailleurs, si les projets sont légitimes et nécessaires, ils produisent aussi des sortes « d'effets secondaires » liés à leur « empilement non réfléchi » dans les structures périphériques. Il en résulte une sorte de désorganisation « à la base », fait à la fois de complexité du dispositif, de difficultés du suivi et aussi de la multiplicité des choix effectués par les divers programmes intervenants dans les aires géographiques.

Un entretien, se présentant comme une sorte de « réflexivité à vif » sur le développement « vu d'en bas », souligne la complexité de cette « structure de base » qui devrait pourtant être l'échelon efficace, ou l'interface utile avec les populations.

B : (...) Pour recruter des enfants malnutris c'est un peu difficile. Souvent on nous réfère ça des autres centres. Depuis que le service avait commencé, il y avait... Mais maintenant avec l'évolution, ça devient rare, de plus en plus ça devient rare, on a même pas encore trouvé un cas !

²¹ Entretien en français.

A : Donc depuis janvier jusqu'à présent ?

B : C'est-à-dire des cas qu'on peut prendre charge sur place, donc il y a un village CTC au niveau de Wiyamdè qui...

A : Ils font quoi ?

B : qui suit CTC c'est-à-dire un enfant qui est sorti déjà de la malnutrition, il y a les ASC qui les accompagnent... Ils font l'accompagnement.

A : Et Tcharè ce n'est pas un village CTC ?

B : Non, c'est un centre de prise en charge. Nous on prend en charge la malnutrition. Lorsque l'enfant sort de la malnutrition, on l'envoie dans le village CTC.

A : Il n'y a pas d'ASC qui puisse suivre ?

B : Ici, non dans la localité. On estime que si l'enfant est proche d'ici on le suit en même temps ici, quand bien même il est sorti, mais quand c'est éloigné c'est le village CTC.

A : Je pensais que même si l'enfant est ici on peut l'envoyer dans le village CTC.

B : Mais, le problème, c'est que ici même, il y en a pas, c'est très rare.

A : Alors, le programme de santé à votre niveau, quels sont ces programme que vous avez ?

B : Les programmes qu'on pilote ici ? Bon, on pilote tout. Tous les programmes, mais c'est que ces programmes ne sont pas vivants, ça ne se ressent pas ? Par exemple, actuellement le programme qui marche le plus c'est PÉCIME communautaire avec les ASC. Donc nous avons 5 ASC que nous suivons dans la prise en charge du paludisme, de la diarrhée, de la toux. Ça c'est financé par l'Unicef

A : Et ça se passe bien ?

B : Oui pour le moment, ça se passe bien. On n'a pas encore eu notre... notre première supervision (...)

A : La prise en charge même des enfants malnutris comment ça se passe ?

B : Bon, il y avait une personne chargée spécialement pour ça. C'est la sage-femme, puisque les enfants... Le recrutement, peut se faire lors d'une consultation. Quand tu trouves un enfant que tu soupçonnes, tu prends les mesures et si c'est un enfant qu'il faut mettre sous traitement, on l'envoie à la maternité. Donc la majorité, on les prend au niveau... des pesés. C'est là, les enfants de 0 à 3 ans, le suivi se fait dans toutes les maisons ; et s'il y a un cas, on le prend directement en charge sinon le matériel tout ça là... C'est à la maternité.

A : Et vous accompagnez les familles en matière de vivres ?

B : Ah, le programme là est décédé depuis !

A : Donc ça se faisait, c'était quel programme ?

B : PAM, c'est PAM qui accompagnait. On donnait la farine le haricot, le maïs à la famille, mais maintenant ça n'existe plus.

A : Depuis quand c'est parti ?

B : Bon, moi je suis venu ici quand c'est déjà parti hein... Donc c'était en 2010. Au fait avec le programme PAM, on recrutait les femmes enceintes aussi. Donc on donnait la nourriture aux femmes enceintes, et ça poussait les femmes à venir en consultation, et toutes les femmes aussi venaient aux pesées dans l'espoir qu'on puisse prendre son

enfant. Mais depuis que ça s'est arrêté, les femmes ne viennent pas. Même en consultation CPN, là c'est difficile. Des fois même il faut aller à la maison la chercher !

A : Hum, il n'y a plus de motivation ? (...) Et Aide et Action ?

B : Non

A : PTME ?

B : Le programme PTME, lui c'est la prise en charge des femmes séropositives : femmes enceintes séropositives. C'est sur le plan médicament seulement, il n'y a pas des mesures d'accompagnement.

A : Et la collaboration avec les familles des malnutris, est ce que quand vous les rencontrez... Comment faut-il faire pour faire la farine enrichie tout ça là ? Ça se passe bien ?

B : C'est difficile de... puisque normalement il devait avoir un suivi à la maison pour voir s'ils le font ou pas, puisque ici on leur dit que voilà... il faut prendre telle et telle mesure de ceci pour faire... Ils partent, quand ils reviennent tu leur demandes, ils vont te dire oui. Mais en réalité on ne sait pas si c'est vrai, puisque nous-mêmes on n'a pas le matériel pour faire la démonstration ici.

A : Le matériel, c'est-à-dire ?

B : Nous n'avons pas les vivres. Avant avec PAM ça se faisait, donc après les consultations et tout, on sort au dehors, on met le feu devant eux, on leur montre les quantités qu'il faut et ils prennent le reste et ils continuent à la maison.

A : Et avec les ASC, l'Unicef dit qu'il leur donne 5000 Cfa par mois. Est ce que avec ça ils font efficacement le travail ?

B : Bon depuis qu'ils ont commencé, ils n'ont pas encore été payés. Par exemple, le secteur... Puisque c'est secteur par secteur, ils ont formé secteur par secteur, dans la Kozah ils ont formé 75 ASC. Donc les derniers à être formés ne sont pas encore payés, c'est les premiers qui ont été payés deux mois. Donc je ne sais pas, c'est lorsqu'ils vont passer en Mai qu'ils vont payer ?

A : Et vous, vous les motivez d'une manière ou d'une autre ?

B : Bon, nous on avait des motivations standard. C'est à dire par année on fait deux motivations. Il y a une certaine somme qu'on leur donne en début d'année et en fin d'année, c'est ça qui continue.

A : C'est discret cette somme ?

B :(rire)...

Entretien²² avec l'assistant médical du CMS de T. Le 25 avril 2013.

²² Entretien en français et en Kabyè.

9. La complexité des interactions entre soignants et soignés

Nous avons, à plusieurs reprises, évoqué les incompréhensions entre les populations et les soignants à propos des maladies et des soins, et nous avons souligné combien les diverses questions liées à la traduction étaient centrales dans l'acte de soin et la prévention.

Si nous « réduisons la focale » et nous situons à l'intérieur des structures de santé, ces difficultés, liées aux interactions elles-mêmes, apparaissent « en acte ».

En effet, l'écart ressenti par les soignants entre eux-mêmes et les populations, loin de déclencher une sorte de surcroît d'attention incite plutôt à « baisser les bras » et à se résigner à une certaine incompréhension.

C'est ce que souligne, une nouvelle fois, cet extrait choisi parmi bien d'autres. Un dialogue, comme ils s'en déroulent de nombreux au quotidien. S'y mêlent des interprétations différentes de l'abaissement de la fontanelle, le fait d'oublier de dire à la mère qu'elle doit s'approvisionner en farine et lui reprocher, en même temps, de ne pas le faire...

A : La croix sur la tête de l'enfant c'est ?

B : Ah... normalement c'est un signe que la fontanelle a chuté, souvent chez les mamans elles se disent qu'elles ont un nom pour la maladie

A : youlkpanbo ?

B : Voilà alors que c'est la déshydratation. Sinon nous on avait soupçonné chez cet enfant comme un cas de malnutrition mais ce n'était pas grave.

A : C'était modéré ?

B : C'était modéré et on l'avait mis sous farine enrichie. C'était le 25 bon et l'enfant avait 5 kilos 85.

A : Pour combien de mois ?

B : C'était en décembre, donc pour 8 mois.

A : Et maintenant elle est à combien ?

B : Je vais la prendre maintenant pour voir si ça évolue.

A : C'est une belle fille, un joli bébé. Elle est à combien maintenant ?

B : Il n'y a pas d'évolution en tant que tel 5,84 Kg. L'autre fois c'était 5,85 Kg.

A : Elle est souriante.

B : Mais bon apparemment aujourd'hui ça va l'enfant est amusant. Moi je dirai que c'est bon parce que l'enfant était malade, donc le poids normalement ça n'a pas chuté. C'est

resté stable... Comme on avait oublié de la servir en farine enrichie. On ne l'avait pas servi.

A : Et ça combien de jour ?

B : 5 jours. Donc elle va retourner à la pharmacie pour prendre de la farine.

A : Mais vous ne lui avez pas dit qu'elle devrait aller prendre de la farine ?

B : Bon normalement le problème, c'est au niveau de la pharmacie.

A : C'est-à-dire à elle-même quand vous faites l'ordonnance vous ne lui dites pas ?

B : Bon, quand on fait l'ordonnance, nous on dit mais il y a certaines mamans qui ne sont pas actives. Et comme c'est des femmes qui sont à la pharmacie aussi, c'est comme c'est la peur. Mais bon, des fois, on leur dit de revenir après être passée à la pharmacie et nous on contrôle. Mais dès fois quand elles prennent les produits, elles rentrent directement à la maison. Mais, il se peut qu'en sortant elle n'a pas trouvé la farine, et on lui a dit d'aller à la maison chez les sœurs... Et quand les sœurs ne sont pas là-bas il faut aller vers leur bâtiment or il y a certaines femmes qui ne sont pas courageuses.

Entretien avec l'assistant CMS. À Barkoissi, le 8 avril 2013.

Ces dimensions semblent bien prosaïques. Mais, une nouvelle fois, ces craintes, ces incompréhensions, la responsabilité imputée aux femmes, et sans doute quelques usages privés de certains produits construisent la réalité des interfaces entre soignants et populations.

Par ailleurs, faute d'être abordée, la question du pluralisme des soins, mine la consultation. L'essentiel des véritables conduites de soins n'est pas dit. De ce fait, les interactions de soins correspondent à une juxtaposition de divers univers qui ne communiquent finalement pas. Les discours contrastés, entre membre de la famille et personnels de santé, se côtoient et peinent à construire une sorte de « relation fonctionnelle » de soins, pourtant indispensable à une prise en charge cohérente des enfants malnutris.

A : Bonjour Madame

B : Bonjour

A : Vous attendez l'assistant ?

B : Oui

A : C'est pour faire quoi ?

B : J'ai amené l'enfant

A : Et on va lui faire quoi ici ?

B : Je vais prendre la nourriture des enfants pour aller lui faire ça avec la bouillie... (...)

A : Et elle prend ça combien de fois par jour ?

B : Je lui fais le matin à midi et le soir

A : Comment êtes-vous arrivée jusqu'ici ? Elle était malade ?

B : Non elle n'était pas malade. C'est le monsieur là qui nous a vu et m'a demandé de l'amener au niveau de la vaccination. Après il nous a amené ici et on lui a donné la chose, et on nous a dit aussi de revenir la semaine suivante...

A : Avant ça elle n'avait rien ?

B : Non elle allait bien

A : Et pourquoi on t'a demandé de l'amener ?

B : Elle ne pesait pas lourd, mais maintenant ça va mieux (...)

A : Elle a quel âge maintenant ?

B : 3 ans

A : Et à part la bouillie ?

B : Elle tète aussi

A : Jusqu'à aujourd'hui, elle continue de téter ?

B : Non depuis que je prends les choses là, elle ne tète plus.

A : Donc c'est seulement depuis deux mois qu'elle ne tète plus ?

B : Oui

A : Mais elle ne mange pas la pâte non plus ?

B : Non, non...

A : Tu ne lui donnes pas ou c'est elle qui ne veut pas ?

B : Je ne lui donnais pas. Mais comme on est venu ici on a dit de lui donner. Mais quand je donne elle ne veut pas, elle boit la sauce et laisse la pâte...

A : Et tu mets quoi dedans ?

B : « Tonou » et « Djinbid »

A : Comme elle a refusé la pâte et elle ne prend pas les seins non plus, c'est seulement la bouillie ?

B : Oui

A : Et cette bouillie, c'est avec quoi tu la prépares ?

B : Je fais la bouillie avec « di » (mil)

A : Et elle boit ça bien ?

B : Oui je lui fais ça. Elle boit toute la journée et maintenant je mets le truc dedans je chauffe et elle boit bien...

A : Et tchakpa (alcool de mil) elle boit ?

B : Oui

A : Et elle a commencé par boire « tchakpa » à combien de mois ?

B : A quatre mois.

A : Et c'est toi-même qui lui donne ?

B : Oui oui...

A : Après ton accouchement tu as lavé ton enfant avec certaines feuilles et racines ?

B : Oui on l'a lavé avec des racines.

A : Comment on appelle ces racines ?

B : « Nassieg »

A : Et quoi d'autre ?

B : « Tatable »

A : Et ça fait quoi à l'enfant ?

B : S'il y a une maladie dans son corps ça va sortir...

A : Et tu l'as lavé jusqu'à quand ?

B : Jusqu'à trois mois et je le lave de temps en temps avec (...)

A : Ton enfant a eu le problème de fontanelle ?

B : Oui

A : Et comment vous avez traité ça ?

B : Tu connais la femme qui fait les traitements sur la route de Nassiègou ? C'est elle qui nous a fait ça.

A : D'accord, et pour ce traitement vous avez dépensé combien ?

B : Oh deux poules.

A : Et ça a bien marché ?

B : Oui très bien.

Certaines conduites pathogènes, comme faire consommer de l'alcool à des enfants de quatre mois, sont passées sous silence. « C'est ainsi », et pourtant...

Par ailleurs, aux conseils « mono thématiques » du soignant répondent la multiplicité des actes des mères. Les logiques d'actions sont différentes. Celles des soignants sont axées sur une « pathologie ». Celles des populations correspondent à une vie où l'on tente ce qui est à sa portée, car après tout, quelles pratiques et quels discours sont aux yeux des parents les plus fiables ?

Les soins dans la vie quotidienne

10. Les gestes « sans même y penser »...

L'ensemble de nos observations est ancré dans ces préoccupations, contraintes et rythmes quotidiens. Mais, nous les avons, avant tout observés sous l'angle de la santé, alors qu'heureusement, l'univers des populations ne se limite pas à ce contexte pathologique. La maladie est même, au contraire, un événement exceptionnel qui ne perturbe qu'épisodiquement le cours ordinaire des choses et oblige à définir autrement ses conduites.

C'est pourquoi comprendre le « travail de santé des mères » et des parents doit aussi se faire depuis ce quotidien des vies : ce qui se passe quand il ne se passe rien. Ce que certains historiens nomment des régimes de faibles intensités pour en souligner l'apparente « légèreté » et une sorte d'évidence vécue (Veyne 1996).

Plus encore que dans le cas des épisodes de maladie, ces dimensions fluides sont difficilement observables. Pourtant elles sont essentielles. Au fil de la vie quotidienne, ces attitudes préventives allant parfois jusqu'au « thérapeutique » sont transformées – ou appropriées – par les gestuelles les plus courantes et des attitudes populaires mêlant le plus banal des dimensions de la vie au plus focalisé des soins.

Une fois de plus, nous ne prendrons que quelques exemples, mais on comprend aisément que ces sortes « d'histoires sans paroles » ou de pratiques sans « véritables raisons » si ce n'est celle d'une sorte d'économie gestuelle (« c'est plus simple, et on n'y pense même pas ») et cognitive (« faire ainsi parce que l'on a toujours fait ainsi... ») délitent les propositions sanitaires et construisent éventuellement des situations à risques. 14h20 : Les parents sont assis sous l'arbre et décortiquent le néré. Il y a deux vieilles qui sont aussi assises à décortiquer. Bamitien est assis sur les genoux de sa sœur d'à peu près 8 ans qui lui donne du « plumpy nut ». Les autres enfants de la cour jouent à côté.

14h27 : La petite qui donne à manger à son petit frère appelle l'un de ses frères et lui demande d'apporter de l'eau.

14h29 : L'autre sœur a emmené de l'eau.

14h30 : La grande sœur donne de l'eau à Bamitien. Il boit un peu et commence à pleurer. La sœur insiste encore pour lui donner. Bamitien se met à tousser puis il pleure. Sa mère gronde la grande sœur... La grande sœur pose la calebasse et reprend le sachet de plumpy nut qu'elle avait posé à côté d'elle sur un tronc d'arbre en forme de lit. Elle lui donne, mais Bamitien refuse et continue de pleurer.

14h32 : Elle insiste, mais Bamitien refuse toujours. Finalement elle le laisse. Elle lèche la partie du sachet d'où le plumpy nut sortait puis va le rendre à sa mère. Cette dernière lui demande ce qu'elle veut qu'elle en fasse. Alors la grande sœur ramène le produit ouvert à l'intérieur de la maison.

14h37 : La grande sœur revient de la maison. Elle prend Bamitien et le met au dos et va rejoindre ses frères qui jouent non loin de là sous un arbre.

14h45 : Bamitien pleure sa grande sœur le ramène et le donne à sa mère. Celle-ci lui donne le sein. Puis il se calme. Bamitien est resté dans les mains de sa mère jusqu'à mon départ.

Observation. Dans la maison de Bamitien, enfant malnutri souffrant d'une insuffisance cardiaque. Le 25 avril 2013.

Le produit est disponible et il est aussi proposé. Mais les gestes patients d'accompagnement permettant de nourrir un enfant malnutri ne sont pas « intégrés » dans les pratiques des enfants qui, de délégation de tâches en délégation de tâches, se retrouvent en fin de parcours, responsables de cette nutrition.

Ces conduites résultent d'une certaine forme d'éducation de l'enfant où les soins quotidiens s'effectuent selon une socialisation. Mais il s'agit aussi d'une certaine attitude socioculturelle où la notion « d'imposer » la prise alimentaire – ou une certaine quantité et qualité nutritionnelle – n'est pas incluse dans des pratiques populaires où l'enfant n'est très largement nourri qu'en fonction de ce que l'on suppose être son propre vouloir.

15h03 : Six enfants jouent sous un arbre à côté. Quatre sont nus et deux portent un slip. Je m'approche et demande leurs parents. Le père est parti dans une maison mortuaire et les mères sont au marché. Je demande s'il n'y a personne avec eux. Ils répondent non.

15h04 : Je m'approche de la cour où j'entends un enfant pleurer. Je rentre et me dirige vers la chambre de la mère de Lalba. C'est Lalba qui pleure car sa mère l'oblige à manger de la pâte. Je la salue.

15h07 : Elle continue à « gaver » la petite qui ne veut pas. C'est de la pâte avec de la sauce de « toukala ». Elle me dit de voir comment la petite refuse la nourriture !

15h10 : Elle a fini de lui donner à manger. La petite est couverte de sauce. Elle la rince à côté.

15h11 : On sort dans la cour. Les enfants y sont toujours. L'un des enfants de ses coépouses tient une hache. Elle le lui arrache des mains sans rien dire. Elle me donne de l'eau. Après avoir bu, je lui rends la Calebasse. Elle la pose à côté contre un arbre. Le plus petit des enfants qui a un an et 2 mois vient et met la main dedans. Elle le regarde et gronde un peu puis se tait. Les enfants continuent à jouer assis à côté de nous.

15h19 : Les enfants jouent à se porter les uns les autres et tout le groupe tombe violemment par terre. Ils se mettent tous à rire.

15h25 : Elle pose Lalba par terre... Elle s'amuse toute seule les autres ne s'approchent pas d'elle. Ils s'éloignent pour jouer.

15h32 : Les enfants s'éloignent encore plus, mais la mère de Lalba n'a pas l'air de s'en inquiéter. Je lui demande où vont les enfants. Elle répond qu'elle ne sait pas.

Dans le carnet de Lalba, je vois qu'à 3 mois, elle pesait 4,2 kg, 6 mois 4,8 kg, à 8 mois 4,7 Kg puis 4,9 kg à 9 mois... Elle a maintenant 13 mois et pèse 5,3 kg. La mère me promet de l'emmener le lendemain car ils ont arrêté les ATPE depuis 3 mois déjà...

Observation. Dans la maison de la mère de Lalba, enfant malnutri d'une famille de 19 membres : 15 enfants, trois femmes, le père.

Ici encore, une sorte d'attitude « habituelle » oriente les pratiques. Mais elle souligne combien « *finally, there is the belief that only the child himself knows when he is hungry and when he is full* » (Dettewyler, 1986, 659). Et l'on comprend combien il est difficile de comprendre une « maladie » dite de l'alimentation alors que les enfants, gavés de « pâte » et de bouillies de céréales, ne manifestent aucune envie de manger !

Et d'autres « modestes » habitudes gestuelles construisent ce quotidien que la santé publique tente de transformer, espérant ainsi réduire des « facteurs de risque » largement construits par cette succession de façons d'être sans réflexivité. En témoigne encore cette autre scène de la vie ordinaire.

Nous sommes arrivés à 12h48. L'enfant était par terre, la maman était dans la cuisine. Je voulais prendre l'enfant quand elle m'a dit de le laisser parce qu'il vient de faire les selles et qu'elle ne l'a pas encore nettoyé.

12h51 : La maman sort de la cuisine. Elle cherche une petite assiette et y met un peu d'eau froide. Elle prend l'enfant et le trempe dans cette eau. L'enfant essaie de fuir pour s'accrocher à sa maman.

Père : « *Est ce que cette eau n'est pas trop fraîche ? Comme il a plu, tu devrais chauffer !* »

Mère : « *C'est juste pour rincer son corps* » (elle rince le corps de ses mains).

12h58 : Elle finit de rincer le corps sans savon ni éponge. Elle cherche un petit caleçon et lui porte.

13h17 : Elle donne la tétée à l'enfant.

13h30 : L'enfant commence à dormir. La maman entre dans la chambre et étale un pagne sur le ciment. Elle le fait coucher dessus.

13h40 : L'enfant se réveille et se met à pleurer. La maman le reprend et lui donne de nouveau le sein.

14h : L'enfant recommence à dormir. Elle l'amène et le fait encore coucher sur le pagne.

14h15 : L'enfant se réveille à nouveau et se met à pleurer. La maman commence à le gronder.

Père : *« Est ce que le sol n'est pas refroidi ? Peut-être que c'est ça qui fait qu'il n'arrive pas à dormir ? Fait le coucher sur le matelas pour voir. »*

La maman reprend l'enfant et lui donne encore le sein.

14h30 : elle rentre dans la chambre et se couche avec lui sur le matelas.

Nous sommes partis à 14h35.

Observation. Un enfant malnutri. Le 2 mai 2013.

Aucune représentation ne guide ces gestes. Ils correspondent au mouvement le plus « gestuellement économique » et s'expliquent, bien sûr, plus par une certaine lassitude que par une volonté délibérée de nuire à l'enfant.

Il s'agit là de « presque rien ». Mais, de diverses manières, ces conduites corrodent les pratiques plus complexes que sont celles de la re-nutrition qui a contrario demanderaient des efforts, une attention particulière et une gestuelle inhabituelle et donc volontairement maîtrisée.

A : ... Et les jumeaux, ils ne vont pas manger ?

B : Oui, il y a leur bouillie, je vais leur donner

A : Ah, d'accord, et aujourd'hui ils ont pris leur ATPE ?

B : Non pas encore... En partant au marché, j'ai oublié d'en emmener, donc ils n'ont pas pu en prendre... Mais il ne faut pas penser que je ne leur donne pas, hein ?

A appelle sa fille et lui demande d'apporter les ATPE pour les enfants.

A : Et Bensougui, tu as fini par l'emmener à Nangbéni pour voir l'infirmier ?

C : Non, je n'ai pas eu le temps !

Observation. Dans une maison, avec des enfants malnutris. À Tcharbongou, le 27 avril 2013.

Enfin, du point de vue des populations, quelle est la norme pondérale ? Dans ce contexte où de nombreux enfants sont malnutris, ce qui, au regard des soignants, fait « signal » et « alerte » est, au contraire, estompé par l'habitude. D'une certaine façon le pathologique est ici inclus dans une certaine « normalité statistique ».

Par ailleurs, la malnutrition peut être réintégrée « socialement amortie » dans la normalité de diverses façons, comme ici, par des plaisanteries. Comme une sorte d'approvisionnement social où l'écart pondéral est replacé dans une sorte d'amusement créant une euphémisation protectrice. Et ici encore, ces mécanismes de gommage des écarts normatifs se font d'une très simple façon.

A : Et les enfants sont où ?

B : Ils ne sont pas ici.

A : Ils sont où ? Dans la maison de leur père ?

B : Non chez ma mère.

A : A ton avis ton enfant a quoi ?

B : On me dit que la vitamine lui manque.

A : Et qu'il faut faire quoi ?

B : Ils prescrivent des vitamines...

A : Ta fille ne marche pas ?

B : Non.

A : L'enfant a quel âge ?

B : Un an et six mois.

A : Quand elle a commencé les ATPE ? Ce que ton beau-frère te donnait ?

B : C'était en saison des pluies qu'on a prescrit ça. L'enfant n'avait pas encore un an.

A : Et comment on appelle ton enfant souvent à cause de sa maladie. On s'amuse avec ?

B : « po batt » (lit. chef des femmes)

A : Pourquoi on l'appelle comme ça ?

B : (rire) C'est les femmes de Borgou qui blaguaient avec l'enfant comme ça.

A : C'est parce qu'elle ne tétait pas ou comment ?

B : C'est parce qu'elle ne marchait pas.

Certes, ici comme ailleurs, le rire dissimule souvent de l'inquiétude. Mais un euphémisme est utilisé pour désigner l'état de faiblesse. Un nom et une plaisanterie sont disponibles pour se rassurer par la langue. Façon de dire ; façon aussi de souligner que rien dans cet état n'est véritablement « exceptionnel » puisque des noms existent pour nommer.

11. Le jeu des contraintes adverses

La fatigue n'était sans doute pas absente des précédentes raisons d'agir. Mais certaines pratiques relèvent plus directement – ou plus visiblement – d'un ensemble de contradictions entre les obligations de travail et les conduites de santé des mères ou plutôt de femmes qui, chargées de bien d'autres activités, sont aussi des mères.

Parler des « mères » est toujours restrictif ; le rôle des femmes étant bien plus vaste que l'unique maternité. De ce fait, évoquer ces actrices sociales conduit plutôt à désigner pour chacune d'entre elles un ensemble d'activités cumulées – de poly-activités – qu'elles doivent « gérer » souvent de façon contradictoire dans les divers rôles qui leurs sont dévolus tout au long de leurs journées selon leurs âges et leurs statuts.

Une nouvelle fois, on ne peut ici tout lister. Mais quelques remarques permettent aisément de comprendre combien ces femmes sont particulièrement « plurielles » et combien leurs contraintes sont souvent adverses.

De ce fait, autant que de véritables choix « thérapeutiques », ce sont bien souvent des choix calculés entre des obligations qui expliquent leurs conduites « nutritionnelles ». Quelques exemples peuvent aisément figurer quelques-uns de ces désajustements.

Tout d'abord, un « trop » de travail rythme les jours et rend certaines propositions médicales difficiles à respecter.

C'est les mamans, mais bon on les comprend aussi comme elles vivent principalement des cultures, on suppose que des travaux champêtres ne leur permettent pas de faire... Quand à six mois il faut donner la bouillie d'une part parce que nous on leur dit, étant donné que la bouillie est une bouillie enrichie, on leur dit on ne peut pas faire la bouillie pour plusieurs jours, on ne peut pas faire la bouillie pour aujourd'hui jusqu'à demain... et qu'il faut faire la bouillie jusqu'au soir que l'enfant termine jusqu'au soir donc on fait une quantité pour la journée. Et chaque matin, il faut recommencer ! Et ça, bon nombre de femmes ne sont pas prêtes à se sacrifier à ce niveau ! Et c'est ça le principal problème et c'est comme ça...

Entretien avec une sœur de PMI. À Bombouaka, le 27 avril 2013.

Ensuite, ces femmes actives – mais dans le cadre limité d'activités familiales – manquent très souvent d'argent immédiatement disponible. Leurs revenus ou la possibilité de dépenser sont souvent placés sous l'autorité de leurs maris.

L'enfant mange facilement ou adémè ou les feuilles de haricot aussi, si c'est en saison sèche ou adémè ou même les feuilles de gombo sans mettre le piment (...)

Donc c'est ça notre difficulté et côté financier, acheter la quantité nécessaire pour le mois c'est un problème et là, c'est la femme si on peut au moins atteindre les hommes les maris ; et peut être si les maris participaient à ce stade de transition, peut être ça pourrait aider, parce que les femmes seules n'ont pas d'argent, que leur mari ne donne pas l'argent. Et on a quelques femmes dont les maris s'en chargent. Mais quand les maris acceptent, participent et achètent eux-mêmes la farine, ça va... Mais sinon les femmes seules... Si les maris ne participent pas... Elles donnent beaucoup d'arguments pour ne pas acheter, comme par exemple que l'enfant a refusé parce qu'il n'y a pas de sucre dedans ou d'autres argument pour ne pas acheter, ou soit elles achètent seulement pour 100 Cfa ...

Entretien avec un responsable de centre social.

Et, bien évidemment, joue aussi très lourdement le poids des inégalités sociales, faisant, qu'ici comme partout, ce sont souvent ceux qui le nécessitent le moins qui profitent le plus des aides à la nutrition.

Dans certains villages, on a apporté les céréales et on leur a appris comment faire. Mais bon, imaginez s'ils ne peuvent pas faire la bouillie tous les jours, préparer les céréales ce serait encore plus difficile. Sinon on a essayé de tout faire surtout au fin fond des villages. Là c'est très difficile. Alors que les gens instruits... la farine là, même quand on fait on garde un peu ici souvent c'est la femme des enseignants des policiers des infirmiers qui l'achètent. Dès que l'enfant commence par manger, elles viennent acheter. Même des fois leurs maris viennent. Même curieusement, même les militaires... les maris viennent acheter, pour faire la bouillie. On en vend assez, beaucoup viennent acheter ça ici et tous les enfants qui sont nourris à cette bouillie, quand ils se présentent là, à la PMI le poids suit normalement, sauf si l'enfant est malade.

Ce bref extrait d'entretien réalisé avec un agent des affaires sociales, pourrait être largement commenté. À sa suite, soulignons simplement combien, d'une certaine manière, ce travail nutritionnel est un travail sur les normes. Ces activités sanitaires et de « développement » consistent de fait à tenter de produire des changements sociaux liées à des habitudes de « classes sociales » et à remanier des styles de vie. D'après Goody, op. Cit. 1984 (305) :

Activité / Couche sociale	Inférieure	Moyenne	Supérieure
Production	Les épouses participent aux travaux agricoles et à la vente sur les marchés	Les épouses font le commerce	Des femmes dans le commerce et les professions libérales
Distribution			
Cru	Grenier	Marché/magasin	Magasin
Cuit	Marché	Restaurant local	Hôtel
Personnel	Femmes	Femmes, hommes	Hommes
Préparation			
Mode de cuisson	Foyer de pierres	Fourneau à bois	Cuisinière électrique
Matériel	Poteries	Ustensiles en métal	Vaisselle et ustensiles
Personnel	Épouses et parentèle	Épouses et bonnes	Domestiques/cuisiniers
Consommation			
Instrument	Doigts	Doigts & cuillère	Couverts
Récipient	Bol	Assiette	Vaisselle
Support	Sol	Table	Table et nappe
Service	Par les épouses	À table	Par des maîtres d'hôtel et des serveurs

Il n'est pas simple de transformer des conduites sans changer les socles matériels et éducatifs auxquels elles correspondent. D'autant plus que le jeu des conditions socio-économiques ne peut à lui seul transformer ces pratiques alimentaires²³.

Enfin, dans ces mondes extrêmement précaires, prendre soin d'un enfant peut rapidement devenir synonyme d'un certain abandon d'autres enfants. Et si les personnels de santé focalisent, à juste raison sanitaire, leur attention sur la personne malade, la mère doit aussi penser à assurer la continuité de vie de l'ensemble des siens.

B : Nous nous efforçons de les aider. Mais il y a quelques petites défaillances. C'est que les femmes ne veulent pas rester... Une femme est venue avec son enfant. On lui a donné RDV : de revenir le lendemain. Elle n'est pas venue. C'est une semaine après qu'elle est venue. Quand elle est venue je pensais qu'elle était venue pour rester. Mais, elle m'a dit qu'elle est venue pour compléter son ordonnance et puis qu'elle va retourner. Je dis : « *tu vas retourner, mais cet enfant tu vas faire comment* » ? Elle me dit qu'il y a les enfants à la maison et qu'elle ne peut pas les laisser et venir rester ici. J'ai insisté. Elle a refusé, et en tout cas elle a acheté les produits et elle est partie. (...)

Elle va dire qu'elle va rentrer et revenir dans une semaine. Effectivement, il y en a certaines qui reviennent. Elles rentrent, elles voient ceux qui sont là-bas, et peut-être 3 jours après elles reviennent. Mais, il y a certaines qui partent et c'est un mois après qu'elles reviennent. Dans ces cas l'enfant n'évolue pas rapidement comme il faut.

Entretien avec un infirmier du centre de C.

²³ D'autres travaux soulignent « *qu'on ne relève qu'une très légère progression du statut nutritionnel des enfants de moins de 4 ans lorsqu'on passe d'une extrémité à l'autre de l'échelle des statuts socio-économiques* (Raynaud 1989, 535).

12. Un monde profondément religieux

Les préventions populaires

Si, pour la santé publique, les univers médicaux et religieux sont distincts, ils constituent pour les populations un même plan d'existence. Le mal biologique et le malheur social ou destinal expliquent conjointement le risque, la maladie et sa prévention.

A : Je discutais avec ta fille et elle m'a expliqué que c'est son deuxième enfant qui est un peu malade, et que c'est pour ça qu'elle l'a amené sur le dépotoir. Pour qu'on l'achète. Comme tu es sa mère peux-tu m'expliquer ?

B : Tu vois, quand tu as une fois accouché et que l'enfant n'est plus, quand tu accouches à nouveau il faut qu'on aille jeter l'enfant au dépotoir et quelqu'un va l'acheter. C'est la personne qui l'a acheté qui donne un nom à l'enfant. C'est pour faire comme si c'est elle qui a fait l'enfant...

A : Mais l'enfant reste quand même avec sa propre mère ?

B : Oui

A : Mais pourquoi fait-on cela ?

B : C'est pour éviter que ce qui est arrivé au premier ne revienne encore. C'est comme si on avait coupé la route du malheur...

A : Est-ce que cela veut dire qu'autrement, la « chose » suivrait la femme ?

B : C'est ça ! Si on achète l'enfant, ça fait que le nouveau-né peut rester. Par exemple, il y a des enfants quand ils meurent comme ça ils reviennent téter la nuit... Donc ce qu'on a fait au niveau du dépotoir, ça permet aussi de renvoyer l'ancien. Il ne peut plus venir téter à la place de son frère. Il ne se reconnaît plus...

A : Mais qu'est ce qui est arrivé avec le premier enfant ? Il est décédé ?

B : On l'a amené à l'hôpital. Ils nous ont dit à Dapaong qu'il n'avait pas de sang... Ils ont placé l'oxygène. Ils ont mis des sérums en attendant qu'il meure. Quand il est mort, le sang coulait de son nez et de sa bouche. Donc quand on est allé chercher « bou djabat » (consulter le charlatan), et on a commencé par voir que c'est les sorciers...

A : Donc c'est le djabat qui a vu ?

B : Oui, c'est le djabat qui a vu. Et la vieille a encore poursuivi ma fille jusqu'à Lomé. Dans son sommeil ma fille l'a vue. Elle tenait un couteau et une assiette en terre cuite pour récupérer le sang. Ma fille était à Lomé. Elle m'a appelé et m'a expliqué que c'est comme ça qu'elle voit la vieille dans son sommeil. Alors j'ai convoqué cette vieille chez le chef. Quand je l'ai convoquée, elle tenait certaines choses de ma fille : un habit qu'on n'avait pas retrouvé, et cet habit, c'est celui que ma fille a porté lors de sa première grossesse. Je lui ai dit qu'on va aller chez « tingbandan ». Elle a refusé. Parce que chez tingbandan, elle-même va tout déclarer ; tous ceux qu'elle a tué ! Elle va dire ceux qu'elle a attrapés mais qu'elle n'a pas encore tués. Elle allait tout faire sortir ! (...)

B : L'enfant est mort à 1 an et quatre mois

A : Il t'était bien ?

B : Oui, il mangeait bien même

A : Mais à l'hôpital on a dit qu'il n'a pas de sang dans le corps ?

B : Oui, à l'hôpital, ils ont dit qu'il n'a pas de sang dans le corps. Les sorciers ont tout bu si bien que même le sérum qu'on lui faisait, c'est les sorciers qui le prenaient. Tu penses que ça rentre dans le corps de la personne, mais les sorciers prennent, si bien que les docteurs eux-mêmes ont détecté tout ça. On traite la personne, mais quand le lendemain arrive, il y a pas de changement ! Parce que finalement ce n'est plus le malade qui prend les sérums mais la sorcière ! C'est pourquoi maintenant, à l'hôpital, si tu tiens quelque chose pour protéger ton enfant ils ne refusent pas. Et puis eux aussi si tu vas dans la maison des Moba (chez le « guérisseur »), s'il te donne un médicament pour l'enfant tu vas lui donner. Ils ne refusent pas (...)

Quand on est parti à l'hôpital, on pensait qu'ils allaient pouvoir sauver l'enfant. Avant qu'on commence par chercher pour les médicaments des noirs. Mais malheureusement elle avait déjà tué l'enfant.

A : Et quand l'enfant meurt comme ça, il n'y a pas de cérémonies que l'on fait ?

B : Souvent les cérémonies que l'on fait, on appelle ça « big koud ». Ils vont chercher la peau d'un mouton, on va mettre l'enfant dedans et l'enterrer sans caleçon. C'est comme si on refaisait l'accouchement. Sa mère l'a accouché, il est venu comme ça et on « le retourne » (big koud). On va ensuite attendre trois jours et coiffer son père et sa mère, et on va préparer « kalma et tchécha » (beignets de haricot). On va les distribuer, et c'est fini.

A : On ne lave pas les parents ?

B : Oui on les lave pour enlever le malheur. Et c'est fini. (...)

B : Il y a des cas d'enfants comme ça qui repartent. Si l'enfant même n'est pas venu pour manger, il va repartir.

A : Mais qu'est ce qui explique ces cas d'enfants qui viennent et qui repartent ?

B : Ça signifie qu'il est venu voir le monde et que ce monde ne lui a pas plu. Il a donc décidé de repartir. Mais, pour nous, le monde avait plu à celui qu'elle a accouché premièrement. C'est pour cela, que tu vois, elle l'a encore mis au monde une deuxième fois.

A : Donc là, c'est le même enfant qui est revenu ?

B : Oui c'est lui qui est revenu. Le monde lui a plu. Il voulait rester, mais on l'a attrapé de force ! Donc il est revenu...

Entretien avec une grand-mère d'un nouveau-né.

On comprend aisément, en lisant cet extrait, combien les systèmes d'interprétations populaires peuvent prendre appui dans les discours médicaux.

Tout d'abord, chaque terme peut être entendu dans plusieurs systèmes de sens et les signifiants majeurs comme « le sang » ou « son manque » construisent des « ponts » entre

des savoirs techniques et des croyances magico-religieuses. Ces systèmes de références servent de matrice interprétative aux pratiques de soin à l'hôpital.

Par ailleurs, les systèmes d'interprétation de la mort de l'enfant – comme retour aux « limbes » – sont présents et régnants dans toute l'Afrique de l'Ouest (Zempléni 1985-A). De même, la construction d'une prévention par une sorte de « coupure » du malheur par le rachat de la personne, son changement de nom ou sa transformation sociale par un passage par une sorte d'animalité ritualisée sont utilisés dans d'autres domaines comme ceux d'une lutte contre l'infécondité (Journet 1981). Et, dans nos contextes d'étude, c'est à de semblables petits rituels propitiatoires que se réfère cette femme.

A : C'est toi-même qui a fait la croix devant ta porte ?

B : c'est moi-même qui l'ai fait

A : Et c'est pourquoi ?

B : Pour nous protéger des sorcières (...)

A : Et on lui a déjà donné un nom au bébé ?

B : Oui

A : C'est toi ou son père qui lui a donné un nom ?

B : Non c'est « komon po », la femme tchokossi qui l'a acheté

A : Qui l'a acheté ?

B : komone po, la voisine

A : Et comment elle l'a appelé ?

B : Je ne me rappelle pas. C'est un nom du calendrier...

A : Et comment toi-même, comment tu appelles l'enfant alors ?

B : (rire) Je l'appelle « bébé »...

A : Je vais demander à ta mère ? Comment on appelle le bébé ?

C : Vincent

A : Donc on peut donner les noms sur le calendrier ?

C : Oui puisque celle qui l'a acheté (...)

A : Maintenant pourquoi on a acheté l'enfant au juste ?

B : Comme j'avais déjà accouché avant et que l'enfant était mort... Comme il est revenu, on doit l'acheter...

A : Et comme on l'a acheté, maintenant qu'est qui va se passer ?

B : Il ne peut plus retourner. (...) Je ne sais pas. C'est des cérémonies. Ici, si tu accouches et l'enfant n'est plus, si après tu accouches encore on va aller déposer l'enfant au dépotoir, et on le laisse là-bas si quelqu'un passe et le trouve il va prendre sa chose.

A : Donc c'est comme ça que vous avez fait ?

B : Oui

La mort elle-même doit prendre sens. Et ces diverses interprétations de la mort de l'enfant sont largement partagées. Formes d'explication ou de consolation peut-être ?

En tout cas, dans ces sociétés, l'importante mortalité infantile trouve en ces vastes systèmes interprétatifs à la fois une explication et un soubassement à des relations sociales construites sur la définition d'un autre comme potentiellement dangereux.

Une nouvelle fois, rien dans ces croyances n'est, bien sûr, absolument homogène. Mais chaque discours est étayé par d'autres, fondant ainsi des formes de certitudes relatives plus ou moins partagées.

Partout, pour cela, des noms propitiatoires sont donnés pour éviter que « la mort ne tende l'oreille ». Une nouvelle fois, ce pluralisme identitaire est courant. Et, ici comme ailleurs, ces pratiques n'empêchent aucunement le recours à des soins bio-médicaux.

Simplement, ces conduites soulignent combien les propositions « techniques » coexistent avec d'autres dimensions symboliques et combien, protéger l'enfant consiste pour les parents à accumuler des pratiques relevant d'ordres divers. Dans certains cas, ces conduites coexistent dans d'autres circonstances, elles peuvent s'opposer.

Mais, malgré toutes ces pratiques et croyances, les enfants meurent. Et, dans ces circonstances toujours douloureuses, ici comme partout, le rituel religieux se présente comme une dernière consolation.

C : Par exemple quand Findip (fille de la dame) était décédée ici. Elle était décédée dans les environs de 14h. Quand on est venu le prêtre n'était pas là. Il était parti à Dapaong. Quand il est revenu, on l'a informé lui-même. Il a marché pour venir ici. Quand elle était malade, il venait chaque fois lui donner la communion et le jour où il est venu voir qu'elle était vraiment fatiguée, il lui a demandé si elle peut faire la confession. Et elle a fait la confession et quand il est parti pour leur réunion c'est en ce moment qu'elle est décédée. Le soir, il est venu voir le papa. Il lui a dit que non Paulette (nom chrétien de findip) est déjà avec Dieu ; donc de ne pas se presser pour l'enterrement de la laisser. On a mis un matelas ici et l'exposer dessus. Et la chorale est venue veiller toute la nuit ici. Et le matin, on a fait la prière. Quand l'heure avançait, lui-même a envoyé le catéchiste de se préparer à amener le corps à l'église. En ce moment le cercueil aussi était prêt. On l'a mis dans le cercueil, amené à la mission. Il a fait la messe l'homélie a duré. Au cimetière aussi c'est lui-même qui a fait l'enterrement. Au moment de la maladie, c'est lui qui l'a suivie, jusqu'à elle a fait la confession et qu'elle communie avant de mourir.

Entretien avec le catéchiste de Barkoissi, homme d'une trentaine d'années, père de famille. Barkoissi, le 27 avril 2013.

Pour ces jeunes disparus, n'ayant pas eu le temps d'œuvrer pour leur société, les cérémonies sociales restent modestes. Mais la tristesse est présente et d'une certaine façon la simplicité apparente de la cérémonie est inversement proportionnelle à la douleur ressentie.

A : Ici , quand il y a un décès que ce soit un enfant ou un adulte comment se font les cérémonies funéraires ?

B : Pour les enfants, c'est un seul jour qu'on fait les funérailles. On lave son père et sa mère dans une rivière, et on leur écrase le « médicament ».

A : Pourquoi c'est un seul jour ?

B : Parce que c'est un enfant. Mais s'il s'agit d'une fille qui a déjà un enfant on peut le faire en 2 ou 3 jours comme ça. Mais on ne le fait pas comme pour une vieille personne. Les cérémonies pour quelqu'un qui meurt avec ses forces diffèrent de celles d'une vieille personne. Pour un jeune, ça fait trop pitié alors que pour une vieille c'est comme une fête parce qu'elle a fait son temps.

A : Et quelles sont les cérémonies qu'on fait ?

B : C'est toujours les oncles du défunt qui viendront te laver, te raser la tête et t'écraser le médicament que ce soit le parent ou l'enfant qui meurt.

Entretien avec une femme de 48 ans, vivant avec ses petits-fils et son benjamin. À Soumdina Haut, le 18 avril 2013.

A : Est ce le même processus quand un tout petit enfant de 2 ou 3 mois meurt ?

B : Non ce n'est pas la même chose. Pour ce petit enfant, on l'enterre et le lendemain les parents du père et de la mère lavent chacun leur enfant, on vous écrase le médicament et c'est tout. Il n'y a plus rien à faire puisque c'est un tout petit.

A : Et si l'enfant a 5 ans ?

B : C'est la même chose.

A : Et si c'est un nouveau né qui meurt ?

B : On considère ça comme si c'était une mort périnatale, on ne fait rien. On met juste dans un pot en terre battue, et on enterre. C'est fini. Pour un enfant de un ou deux mois, on considère que le monde le connaît et donc il va bénéficier des cérémonies dont nous parlions.

A : Et à l'église on ne fait rien aussi pour les nouveaux nés ?

B : Non on ne fait rien aussi, on va juste prier pour lui et c'est fini.

Entretien avec deux hommes, entre 40 et 50 ans. Soumdina, 19 avril.

Ici comme partout, la maladie et la mort obligent à conjuguer des dimensions techniques et une recherche du sens de l'existence. Mais dans ces sociétés rurales, différemment des sociétés où la croyance en l'efficacité technique contient toujours une part de sécularisation du monde, le religieux fait partie intégrante du quotidien et définit l'économie du lien social et des conduites affectives.

Conclusion

Un travail bottom-up pluriel et durable

Comme d'autres travaux, les données de notre enquête soulignent – ou confirment – que l'enfant malnutri est un enfant qui conjugue diverses formes de vulnérabilités.

Certaines d'entre elles sont constituées par des socles matériels – productions agricoles, richesse, taille et composition de la famille, place dans la fratrie, niveau d'éducation – constituant, sur un fond de pauvreté largement partagée, des précarités singulières.

D'autres, englobant ce qui relève des habitudes alimentaires et des « manières de tables », peuvent être qualifiées de « culturelles » ou, plus précisément constituent un « espace social alimentaire » (Poulain 2002) où l'on est largement ce que l'on mange et boit.

Un autre ensemble de systèmes de sens compose le canevas complexe des interprétations de la maladie et des destins de l'enfant.

Des « positionnements sociaux » comme les relations de genres ou les possibilités décisionnelles internes aux groupes familiaux constituent un diagramme des pouvoirs offrant une certaine autonomie ou, au contraire, constituant des entraves aux décisions des acteurs.

Enfin, une grande part de l'accès aux soins et de l'observance des traitements est liée à la qualité des interactions entre soignants et populations et à l'existence de réseaux sociaux permettant d'être soigné ou, au contraire entravant l'accès aux soins.

Ces multiples dimensions appartenant à des sphères socio-économiques diverses pèsent de façon cruciale sur le destin de chaque enfant. Et il suffit de peu de chose, pour qu'un très fragile équilibre « bascule » et qu'une de ces lignes de tension ne vienne construire de la pathologie. Une mauvaise récolte, une obligation rituelle trop importante pour le budget familial, la maladie du chef de famille appauvrissant les récoltes, le fait de confier

l'enfant à une sœur au moment où l'enfant souffre d'une « petite » maladie ... Tous ces traits peuvent à un moment ou un autre « flocler », se « potentialiser » et découdre le fragile tissu de l'ordinaire.

Bien évidemment, en aval de ces causalités médico-sociales, ces fragilités économiques se répercutent aussi sur l'accès au centre de santé, et peuvent même être aggravées par des interprétations de la maladie entraînant de très coûteuses errances thérapeutiques.

L'enfant malnutri est celui qui à un moment cumule plusieurs de ces caractéristiques. Et d'une certaine manière, les enfants que nous avons rencontrés sont malades de ce « dispositif » ou de cette « configuration » liant des traits socioculturels spécifiques à des milieux écologiques et économiques particuliers.

Dans cet ensemble plurifactoriel, quelles sont les causes modifiables ?

Certaines dimensions, comme celles liées aux conditions écologiques et agricoles , ne sont que très difficilement modifiables.

En revanche, tout un ensemble des dimensions préjudiciables à la santé des enfants sont « accessibles » à des améliorations.

Certes, ce travail ne peut être qu'interstitiel et à l'évidence, aucune action simple ne pourra résoudre « le » problème de la malnutrition. Cependant des avancées sont possibles, si elles sont poursuivies dans le temps, sans souci d'évaluation immédiate ; et si ces actions – volontairement lentes et modifiables à chaque moment du processus – accompagnent des dynamiques sociales qui, comme l'accès à l'information ou un autre rapport aux milieux urbains, transforment rapidement ces sociétés maintenant « globalisées » (Appadurai, 2005).

Si l'on s'accorde sur ces sortes de préalables méthodologiques, quelques « pistes » de travail nous semblent pouvoir et surtout devoir être parcourues si l'on souhaite améliorer de façon durable les situations sanitaires de ces populations.

Soulignons le terme de « durable ». Il est essentiel pour qu'une certaine modernité ne se confonde pas avec un emprunt factice, provisoire et illusoire.

Cette dimension de la pérennité impliquant l'inscription profonde d'un changement dans le tissu des pratiques ordinaires, signifie un transfert de connaissances et de compétences vers le plus grand nombre ainsi qu'une autonomie des populations quant à la résolution de leurs problèmes. C'est pourquoi, plus qu'un programme toujours éphé-

mère et « jetable » dès que ses financements sont épuisés, il s'agit de trouver comment éclairer et améliorer des articulations entre les dynamiques du dedans des sociétés et les dynamiques du dehors qui induisent de rapides changements sociaux dans ces sociétés.

Plus que l'illusion d'une transformation radicale d'un ensemble humain complexe par quelques acteurs, les actions de développement que nous proposons sont ici corrélées avec un travail patient « d'accompagnement explicatif ».

1. Le manque de connaissance des populations est sans doute une des dimensions les plus déterminantes de la malnutrition des enfants. Chaque projet fixe des objectifs, chacun expose ses choix et préoccupations, mais aucun programme ne se donne comme but, en s'accordant le temps d'un vrai travail, d'améliorer globalement les connaissances des populations – et notamment des femmes – sur le thème du fonctionnement de leur corps et celui de leur enfant. Comment espérer transformer des pratiques sans que ces partenaires essentielles n'intègrent cognitivement les buts des actions préconisées ou les propositions thérapeutiques préconisées. Un large travail d'éducation populaire des « sciences naturelles », en langues nationales, usant d'exemples, de démonstrations et d'outils pédagogiques comme des mannequins anatomiques permettrait d'améliorer globalement la compréhension et ainsi une certaine autonomie des familles.

2. L'observation souligne à quel point les interactions autour de l'alimentation et des façons de nourrir les enfants sont complexes. Dans bien des cas, la cuisine est confiée à la mère, l'approvisionnement dépend du père et le repas est souvent donné aux plus jeunes par les grandes sœurs. Chacune de ces étapes est interdépendante et chacun de ces acteurs peut rompre, à chaque moment, cette « chaîne nutritionnelle ». C'est pourquoi il serait indispensable de former « éducativement » des « ensembles nutritionnels » ou des familles plutôt que de faire porter illusoirement la responsabilité de l'alimentation des enfants uniquement sur les mères.

3. Le dialogue autour des maladies et spécifiquement de la malnutrition est complexe. Ce problème de traduction – aussi bien linguistique que sémantique – loin d'être accessible, se révèle être central dans la compréhension de la pathologie et du suivi des traitements. Souligner cet aspect et agir pour améliorer le dialogue entre les équipes de santé et les populations est essentiel. Autant que de « messages sanitaires » souvent présentés hors du contexte pathologique, améliorer la communication des soignants et des familles au moment de l'acte médical est indispensable. On ne pourra améliorer l'obse-

rance des traitements sans améliorer le dialogue sanitaire et faire de toute consultation un moment d'éducation à la santé. Un ensemble de recherches-actions ayant la forme d'évaluations compréhensives et continues pourraient construire, en expliquant aux soignants ce que les populations comprennent, cet espace dialogique, sorte de « go between » entre les soignants et les populations.

4. Par ailleurs, de même que pour l'alimentation, les conduites de soins correspondent à diverses négociations entre les divers membres des familles. S'entrecroisent des connaissances, des opinions et des pouvoirs variables. C'est pourquoi les formations ne peuvent uniquement s'adresser aux mères, mais doivent s'adresser aux groupes thérapeutiques que constituent les ensembles familiaux. Les hommes qui disposent du pouvoir doivent notamment être convaincus par les mesures préconisées et un ensemble de programmes éducatifs spécifiquement adaptés à leurs situations doit être mis en œuvre.

5. Une manière d'oublier la faim, l'ennui et, sans doute, d'accéder à un certain bien-être immédiat expliquent une régulière consommation d'alcool. Si l'anthropologue ne porte aucun jugement sur ces choix de vie, il est évident que cette très forte consommation ne peut, en termes de santé publique, qu'être préjudiciable à la santé des enfants et de leurs familles. La malnutrition est sans aucun doute liée – variablement selon les familles – à une consommation d'alcool très importante dans cette zone géographique et culturelle. Cette consommation s'accorde à des raisons culturelles et religieuses, mais induit aussi une sorte d'addiction. Sans doute, est-il difficile – et peut-être n'est-il pas souhaitable – de s'opposer à ce qui fait le cœur d'une vie difficile. Cependant, il serait essentiel d'aborder les risques liés à l'usage d'alcool notamment par les enfants très jeunes. Une information « non normative » sur les risques liés à une consommation excessive d'alcool est indispensable.

6. « L'économie vécue » articule deux dimensions. L'une est celle d'une modernité fixant des coûts et permettant des échanges et des achats. Une autre est celle des liens entre dépenses ostentatoires, obligations sociales et statuts sociaux. Globalement une économie marchande côtoie une économie du don corrélée à la reconnaissance sociale de la personne. On ne pourra progresser sans desserrer l'étau de ces obligations sociales. Par ailleurs des phénomènes de vente de céréales au moment où les prix sont au plus bas et d'endettement lorsque la demande est la plus forte et les prix au plus haut constituent un mécanisme d'appauvrissement régulier de certaines parties de la population. Des réflexions et des discussions pédagogiques autour d'une simple économie familiale per-

mettant aux populations de comparer leurs revenus et leurs principaux postes de dépenses est indispensable. Dans bien des cas, et même si la pauvreté constitue largement une sorte de « lot commun », c'est l'usage des ressources, autant qu'un manque de ces ressources qui est responsable du basculement de la pauvreté à la précarité.

7. Une des difficultés ressenties – ou tout au moins vécues – par les professionnels de santé provient de la complexité des interventions externes, de la pluralité de leurs hypothèses et de leurs objectifs. Par ailleurs ces programmes semblent n'envisager leur responsabilité que pendant le temps – très court au regard de l'histoire des villages – de leur présence sur le terrain. Pourtant, la clôture d'un « projet » laisse des « agents formés » qui cherchent à se recycler parfois dans des pratiques informelles erratiques, laisse aussi des habitudes, des souvenirs et des espérances déçues bridant la crédibilité des acteurs du développement. Améliorer la coordination des programmes intervenants dans un même secteur, assurer la pérennité des actions engagées et des choix proposés, expliquer les raisons des objectifs aux acteurs de terrain et co-produire les programmes seraient des actions indispensables. Faute de réaliser ces actions, les programmes restent externes à l'histoire des régions et à leurs véritables acteurs sanitaires. Des actions communes et transversales pourraient intégrer soit des secteurs différents – santé, agriculture, petit élevage – soit des programmes sous sectoriels à la santé comme la nutrition, la prévention de la transmission du HIV de la mère à l'enfant, les vaccinations... Cela est heureusement parfois déjà le cas. Mais, sans doute faut-il encore intégrer « à la base » ces actions. Faute d'une articulation réfléchie, Bien des programmes se côtoient au lieu de « potentialiser » leurs actions.

Concrètement, ces quelques axes pourraient se traduire sous la forme d'actions simples, peu coûteuses et très concrètes.

Tout d'abord, l'ensemble des propositions éducatives pourrait consister en des formations – sanitaires ou d'économie familiale – qui pourraient utiliser des moyens pédagogiques modernes ayant la forme de « tournées éducatives itinérantes ». Une sorte d'éducation populaire pour adultes usant de cars et développant des discussions et des informations sous une forme audio-visuelle, tant pour les adultes que les enfants et les écoles.

Ensuite, l'usage de micro-crédit – avec obligation stricte de remboursement afin que l'action soit pérenne – permettrait d'effectuer certaines transitions saisonnières sans souffrir de prêts à des taux trop élevés, voire usuraires.

Il faut aussi « occuper le terrain » des discussions et constituer des moments de réflexion sur les choix sociaux et sanitaires. Un ensemble de bourses de thèses ou de mémoires incitant des étudiants à venir dans les familles d'enfants malnutris pour leur suivi, la production de monographies comparatives sur des enfants bien nourris et d'autres malnutris, à travailler sur l'analyse des effets des produits pharmaceutiques illicites, à étudier les effets de l'alcool sur la santé... Toute cette activité mêlant le savoir au quotidien contribuerait à ouvrir des discussions et pourrait mettre en question certaines conduites.

Par ailleurs, une réflexion ouverte sur les obligations rituelles permettrait peut-être de conserver le lien social qu'elles construisent tout en allégeant les charges qu'elles constituent.

Enfin, des évaluations régulières – ayant la forme de recherche actions simples avec restitutions collectives des résultats aux acteurs de terrain – de la qualité de l'offre de soins permettraient d'améliorer les liens entre les demandes des populations et les « réponses » des services de santé.

Notre recherche prend en compte le fait que « *produire plus ne suffit pas pour bien nourrir les enfants* » (Dury & al. 2012).

Elle oriente aussi la réflexion vers des formes peu coûteuses d'animations constantes ayant pour but de constituer de multiples pôles de « réflexivités socio-sanitaires » ainsi que des suivis de processus plutôt que vers le choix d'actions ponctuelles ayant toujours la forme d'une extériorité à la fois institutionnelle et « culturelle ».

Comme nous l'évoquions précédemment, des interventions externes créent, le plus souvent, une sorte d'artificialité liée au moment d'intervention du programme qui peut se révéler, à long terme, préjudiciable aux populations dès la clôture des financements externes (découragement des acteurs, matériaux en déshérence, personnes formées cherchant à se recycler dans un « informel clandestin », souvenirs « iatrogènes » des acquis précédents ...).

Des actions concrètes liées à une recherche-action sur les thématiques proposées permettraient de recentrer régulièrement les objectifs initiaux selon les évolutions des contextes

et d'améliorer les situations en s'appuyant sur, et en utilisant autant que possible, les « forces disponibles ».

Notre conclusion est modeste. Ne pas ajouter artificiellement des personnels ou des financements, mais ouvrir cet espace rural aux savoirs scientifiques, à la confrontation d'expériences et rendre les populations plus autonomes dans leurs actions et plus conscientes des conséquences de leurs choix et des évolutions sociotechniques de leur société. Un « projet » véritable et pérenne ne peut être qu'un projet de soi.

Références bibliographiques

- Appadurai A., 2005, *Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la globalisation*, Paris, Payot.
- Appadurai A., 2007, *Géographie de la colère. La violence à l'âge de la globalisation*, Paris, Payot.
- Arimond M, Ruel MT, 2004. « Dietary diversity is associated with child nutritional status: evidence from 11 demographic and health surveys ». *The Journal of Nutrition* 134 : 2579-85.
- Aron J.-P., 1989, *Le Mangeur du XIXe siècle*, Paris, Payot.
- Bard D., Malkin J. E., Potocka A.C., Brucker G., Gentilini M., 1985, « La consommation d'alcool dans les pays en voie de développement. Revue des données existant pour trois pays », *Bull Soc Path EX.*, 78, 529-535.
- Bayart J.-F., Mbembe A., Toulabor C., 2008, *Le politique par le bas en Afrique Noire*, Paris, Karthala.
- Baxerres C. & Le Hesran, J.-Y., 2011, « Where do pharmaceuticals on the market originate ? An analysis of the informal drug supply in Cotonou, Benin », *Social Science & Medicine*, Vol 73 (8), 1249-1256.
- Bonnet D, 1996, « Présentation. La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant », *Sciences Sociales et Santé*, Vol 14, N°1, 5-16.
- Bonnet D. & Jaffré Y., 2003, *Les maladies de passage. Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.
- Caillé A., 2004, Présentation, in *De la reconnaissance. Don, identité et estime de soi*, Paris, La découverte Cahier du MAUSS, 1-28.
- Castle S., 1995, « Children's illness management in rural Mali », *Health Transition Review*, Vol 3, N°2, 137-157.
- Colleen M. A., Piyadasa W. K., Hay A., Molteno C. D., Viljoen D., May P. A., 2001, « Patterns of cognitive-motor development in children with fetal alcohol syndrome from a Community of South Africa », *Alcoholism: Clin and Expres* 25, 557-562.

- Corbin A., 2000, *Historien du sensible*, Paris, La Découverte.
- Dettwyler K. A., 1986, « Infant Feeding in Mali, West Africa : variation in belief and practice », *Social Science & Medicine*, Vol 23, N°7, 651-664.
- Dettwyler K. A., 1991, « Growth status of children in rural Mali : implication for nutrition education programs », *American Journal of Human Biology*, 3, 447-462.
- Dumestre G., 1996, « De l'alimentation au Mali », *Cahiers d'Etudes Africaines*, 144, XXXVI, 689-702
- Dury S, Bocoum I, 2012. « Le « paradoxe » de Sikasso (Mali) : pourquoi « produire plus » ne suffit-il pas pour bien nourrir les enfants des familles d'agriculteurs ? ». *Cah. Agric.* 21, 324-36.
- Erny P., 1972, *L'enfant et son milieu en Afrique Noire*, Paris, Payot.
- Farmer P., Furin J.J., Katz J.T., 2004, « Global health equity », *The Lancet* Vol 363, N° 9423, 1822-1832
- Fontaine L, 2008, *L'Economie morale. Pauvreté, crédit et confiance dans l'Europe préindustrielle*, Paris, Gallimard
- Foucault M., 1966, *Les mots et les choses*, Paris, Gallimard
- Frémont A., 1999, *La région, espace vécu*, Paris, Flammarion
- Gado A. B., 1993, *Une histoire des famines au Sahel : Etude des grandes crises alimentaires (XIX - XX Siècle)*, Paris, L'Harmattan
- Godelier M., 1973, *Horizon, trajets marxistes en anthropologie*, Paris, Maspero
- Goody J., 1984, *Cuisines, cuisine et classes*, Paris, Centre de création industrielle/Centre Georges Pompidou
- Guigbile B., 2001, *Vie, mort et ancestralité chez les Moba du Nord Togo*, Paris, L'Harmattan
- Hobsbawm E., 1995, « Inventer des traditions », *Enquête* (2), Paris, EHESS, 171-189
- Hubert A., 1990, « Ethnologie et nutrition. L'alimentation comme pratique culturelle chez les Yao de Thaïlande », in Fassin D. & Jaffré Y., *Sociétés, développement et santé*, Paris, Elipses/AUPELF, 259-272

- Hubert A., 1991, « L'anthropologie nutritionnelle : aspects socio-culturels de l'alimentation », *Cahiers Santé* (1), 165-168
- Jaffré Y., 1996, « Dissonances entre les représentations sociales et médicales de la malnutrition dans un service de pédiatrie au Niger », *Sciences Sociales et Santé*, Volume 14 - 1, 41-71
- Jaffré Y., 1999, « Pharmacies des villes, pharmacies "par terre" », LIT VERLAG, Münster – Hamburg, London *Bulletin de l'A.P.A.D.* (Association Euro-Africaine pour l'Anthropologie du Changement social et du Développement), N° 17, 63-70.
- Jaffré Y., 1999, « La maladie de la fontanelle » in *La construction sociale des maladies*, Paris, PUF, 293- 304
- Jaffré Y., 1999, « La maladie et ses dispositifs » in *La construction sociale des maladies*, Paris, PUF, 41-68
- Jaffré Y., 2003, « La description en actes », in *Pratiques de la description*, Paris, Editions de l'EHESS, 55-73
- Jolly E., 2004, « Boire avec esprit. Bière de mil et société dogon », Nanterre, *Société des Africanistes*, 18
- Journet O., 1981, « La quête de l'enfant. Représentation de la maternité et rituels de stérilité dans la société Diola de Basse Casamance », *Journal de la société des Africanistes*, 5, 97-105
- Klotz F., Guisset M., Laroche R., 1992, « Alcool et pathologie en Afrique Noire », *Med Afrique Noire*, 39 (3), 201-203
- Lefrèvre P., Suremain (de) C. E., 2002, « Les contributions de la socio-anthropologie à la nutrition publique : pourquoi, comment et à quelles conditions », *Cahiers Santé*, 12, 77-85
- Le Roy E., 2010, *La terre de l'autre, une anthropologie des régimes d'appropriation foncière*, Paris, LGDJ Coll. « Droit & Société »
- Lévi-Strauss C., 1962, *La pensée sauvage*, Paris, Plon
- Marie A., in Marie A. (ed.), « Avatars de la dette communautaire, crise des solidarités, sorcellerie et procès d'individualisations », in *L'Afrique des Individus*, Paris, Karthala, 1997, 249-328

- Nahoum-Grappe V., 1995, *L'ennui ordinaire*, Paris, Austral,
- Olivier de Sardan J.-P., 2008, *La Rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain, Academia Bruylant
- Pélicier P., 1995 « Transition Foncière en Afrique Noire. Du temps des terroirs au temps des finages », in *Campagnes africaines en devenir*, Paris, Arguments, 19-34
- Pison G., 1989, *Enquête socio-démographique chez les Moba-Gurma (Nord Togo)*, Lomé, ORSTOM
- Poulain J.-P., 2002, *Sociologies de l'alimentation*, Paris, PUF
- Rabain J., 1979, *L'enfant du lignage*, Paris, Payot
- Raynaud C., 1973, « La circulation marchande des céréales et les mécanismes d'inégalité économique. Le cas d'une communauté villageoise Haoussa », Université de Bordeaux 2, *Cahiers du centre d'Etude et de Recherches Ethnologiques*, N°2, 1-48
- Raynaud C., 1989, « Disparité et homogénéité à Maradi (Niger) », in *Pauvreté et développement dans les pays tropicaux*, Presses Univ de Bordeaux, 525-540
- Razy E., 2007, *Naître et devenir. Anthropologie de la petite enfance en pays soninké (Mali)*, Paris, Société d'ethnologie
- Revel J., 1996, *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience*, Paris, Hautes Etudes/ Gallimard/ Le Seuil
- Revel J., 2004, *Le vocabulaire de Foucault*, Paris, Ellipses
- Ridde V., Yaogo M., Kafando Y., Kadio K., Ouedraogo M., Bicaba A., Haddad S., 2011, « Targeting the worst-off for free health care: A process evaluation in Burkina Faso », *Evaluation and Program Planning* 34, 333-342
- Setlalentoa BMP, Pisa PT, Thekisho GN, Ryke EH, Loots D., MSc, 2010, « The social aspects of alcohol misuse/abuse in South Africa », *S Afr J Clin Nutr* 23(3), 11-15
- Tata P. K., 2006, *Approche sociologique des causes internes du sous développement : la politique de « l'authenticité africaine » et paupérisation : cas des cérémonies funéraires traditionnelles des kabiye au Togo*, Dissertation Inaugurale, Université de Trèves
- Veyne P., 1996, *L'interprétation et l'interprète. À propos des choses de la religion*, Paris, EHESS, Enquête 3, 241-272

Willis J. 2006, « Drinking crisis: Change and continuity in cultures of drinking in sub-Saharan Africa ». *Afr J Drug Alcohol Stud.* 5(1), 1-15

Zelizer V. A., 1994, *Pricing the priceless child : the changing social value of children*, New Jersey, Princeton University Press

Zempleni A., 1985, *La « maladie » et ses « causes »*. Introduction, *L'ethnographie* 2, 13-44

Zempleni A., 1985 (A), « L'enfant Nit Ku Bon. Un tableau psychopathologique traditionnel chez les Wolofs et le Lebou du Sénégal », *Nouvelle Revue d'ethnopsychiatrie*, 4, 9-57

Achévé d'imprimer en décembre 2014
par le Centre Littéraire d'Impression Provençal
42, bd de la Padouane - Artizanord N°203
13015 Marseille
Dépôt Légal : Janvier 2015

ENFANCES ET MALNUTRITIONS AU NORD DU TOGO

Réflexions anthropologiques sur les dimensions sociales
de la nutrition dans les régions de Kara et des Savanes

L'UNICEF, préoccupée par cette question nutritionnelle depuis de très nombreuses années, a jugé indispensable de prendre le temps de comprendre et pour cela de financer une étude portant sur ces questions de nutrition dans les régions du Nord Togo.

Pour tenter de répondre au plus juste à cette proposition, notre équipe de recherche s'est attachée à décrire, non pas des « cas de malnutrition », mais à analyser une situation alimentaire dans des contextes écologiques et socioculturels spécifiques. Aucun jugement n'est porté ni sur les programmes engagés ni sur les conduites des populations.

Nous nous sommes simplement efforcés de comprendre les logiques sociales et comportementales des populations que nous souhaitons accompagner dans leurs transformations.

Nos orientations et hypothèses peuvent être aisément résumées.

On ne peut dialoguer sans se comprendre, et ce travail « bottom up » doit permettre une meilleure compréhension réciproques des populations et des agents de la santé ainsi qu'une adaptation des projets aux réalités quotidiennement vécues par les collectivités locales.

Espérons que ce travail puisse servir d'outil à d'autres et qu'ils puissent l'utiliser, le critiquer, le « faire à leur main » pour mieux analyser et accompagner les rapides transformations nutritionnelles et alimentaires de nos sociétés mondialisées .

JAFFRÉ Yannick
Anthropologue, Directeur de Recherche CNRS, UMI 3189

ALINON Kokou Nouwame
Psychologue de la santé

BARMA KUTOLBENA Marodégueba
Psychologue clinicienne

DOUTI-GBABGUE Pack Yendou
Psychologue de la santé

PALOUKI ESSOHAM Dieudonnée
Psychologue

Photos UNICEF/ Togo 2013/ Marine Vignon
Un enfant dans les bras de sa mère pendant la campagne de vaccination à Bagida.



ISBN 979-10-90520-05-09



9 791090 520059

GRUPE RÉSURGENCES

RECHERCHE ET ACTION
EN SCIENCES SOCIALES

www.resurgences.eu

