

Ethnologies comparées

Le CERCE

N°3
Automne 2001
SANTÉ ET MALADIE :
QUESTIONS CONTEMPORAINES
Sommaire

*Ethnologies
comparées*

LES IMPLICATIONS D'UN RITUEL ORDINAIRE

Réflexions sur les conséquences opérationnelles
d'une recherche sur la croissance et le
développement
de l'enfant en Bolivie

Charles-Edouard de Suremain

Pierre Lefèvre

Edgar Sejas

Emilio Zembrana

[Télécharger l'article en format Word \(284 Ko\)](#)

À chacune des étapes de l'évolution physiologique qui marquent le passage de l'enfance à l'état d'adulte, correspondent des pratiques d'apprentissage liées à la sociabilité (échange verbal, relations au corps et à celui d'autrui, don et contre-don, etc.), des pratiques socio-religieuses (initiations rituelles) et aussi des pratiques alimentaires et de soins spécifiques[1]. Or, ces dernières — qui varient selon les contextes socioculturels — se fondent sur des systèmes de représentations de la personne, du corps, des organes et des substances[2], mais également de la croissance et du développement de l'enfant.

Dans le champ des sciences sociales et humaines, ce dernier thème a fait l'objet de nombreuses recherches en psychologie, en psychanalyse et en psychopathologie, mais n'a pas vraiment occupé une place importante en socio-anthropologie[3]. Cette dernière devrait pourtant se proposer de placer l'enfant au centre de ses préoccupations et d'étudier les perceptions, les discours et les

pratiques locales qui se rapportent à sa croissance et à son développement[4].

Le projet sur lequel se fonde cet article[5] envisage de développer une approche globale et compréhensive de la santé de l'enfant de moins de cinq ans en Bolivie et au Pérou[6]. Dans un premier temps, la recherche s'est attachée à étudier les logiques de la compréhension de la maladie et de la santé de l'enfant auprès des différents responsables de sa santé, y compris du groupe des professionnels de santé[7]. Elle a également permis d'élucider les rapports entre ces groupes d'acteurs, c'est-à-dire d'analyser les relations de pouvoir dont l'enfant et sa santé sont l'enjeu[8]. Dans un deuxième temps, la recherche a tenté de répondre à la question de savoir comment modifier les activités de suivi de la croissance de l'enfant (y compris l'utilisation de la courbe de croissance comme support) compte tenu des représentations des différents acteurs et des contraintes propres aux services de santé[9].

À travers cette étude, l'objectif est de rechercher un équilibre entre la prévention et les soins curatifs d'une part et la prise en compte du rôle des parents et des responsables de la santé de l'enfant d'autre part. Le projet vise donc à une plus grande implication des utilisateurs du système de santé et des professionnels vis-à-vis de la santé de l'enfant. Dans cette optique, le rôle du personnel de santé, des responsables de l'enfant et leur complémentarité est essentielle. L'ensemble du processus devrait permettre d'améliorer à la fois la couverture et l'utilisation des services de santé et induire progressivement des changements dans les pratiques, les comportements et les représentations en rapport avec la santé de l'enfant. Ce sont les principaux résultats du volet socio-anthropologique sur le thème de la croissance et du développement dans ses rapports à l'alimentation qui sont rapportés ici[10]. Leur implication opérationnelle dans le cadre de ce programme de santé particulier sera également discutée. Nous concluons brièvement sur la nécessité d'approfondir le champ de recherche que constitue la socio-anthropologie de la croissance et du développement de l'enfant.

Contexte de la recherche

La zone de colonisation du Chaparé

En Bolivie, la recherche s'est déroulée dans la périphérie urbaine de Cochabamba (Chavez Rancho), la troisième ville du pays, et dans la région amazonienne et rurale du Chaparé. Ne seront présentées ici que les données recueillies en Amazonie bolivienne[11]. Les populations d'origine *quechua/aymara* du Chaparé sont originaires des hautes terres des Andes qu'elles ont progressivement quittées pour des raisons de survie[12]. La distribution de lots de colonisation à partir des années 60, puis l'explosion du marché de la feuille de coca dans les années 70-80, ont accéléré le processus et attiré des milliers de familles (Dory et Roux 1998 ; Cortes, 2000). Indépendamment de leur ancienneté dans la région, les mères interviewées se présentent spontanément comme « natives » du Chaparé, tout en valorisant leurs origines indiennes (« *somos indígenas* »)[13]. Elles maintiennent aussi certains traits culturels propres à leur groupe d'origine, comme la langue et le costume. Les représentations de la maladie, de l'alimentation et les pratiques qui y sont associées attestent également de l'attachement des mères pour leurs origines andines. Même brièvement, il semble important de rappeler les grandes caractéristiques de ces représentations.

L'omniprésence de la conception humorale de la maladie

Grâce à l'abondante littérature ethnographique qui existe sur le sujet, on sait que les modèles thérapeutiques en vigueur dans les systèmes nosologiques andins reposent sur une conception dite « humorale » de la maladie[14]. La distinction entre le « froid » et le « chaud » est en particulier très répandue dans le contexte *quechualaymara*. Dans ce modèle, la santé de la personne dépend de l'équilibre toujours précaire entre les éléments « froids » et « chauds » qui prédominent en elle à un moment donné[15].

Deux principes importants découlent de ce modèle et de la distinction perçue entre le « froid » et le « chaud ». Le premier principe est celui de l'« utilisation sélectionnée des contraires ». Par exemple, lorsqu'une personne est malade, il s'agit de lui proposer une alimentation dont les propriétés « chaudes » ou « froides » sont symboliquement opposées à celles des maux dont il souffre. Le second principe est celui de l'« évitement des extrêmes » qui consiste, lors des périodes de bien-être, à ne pas nourrir la personne avec des aliments dotés de propriétés symboliques opposées. Le respect de ce principe permet en quelque sorte de protéger et de préserver sa santé. Dans les régions andines, ces deux principes s'appliquent aux aliments, aux maladies, aux médicaments, aux remèdes domestiques, aux personnes et à l'espace[16]. Ici, nous nous limiterons cependant à montrer dans quelle mesure ils influencent plus spécifiquement l'alimentation dans ses rapports à la santé, à la croissance et au développement du jeune enfant du Chaparé.

Les implications symboliques et pratiques de la conception humorale

Les implications symboliques et pratiques de la conception humorale sur l'alimentation et la santé de l'enfant se retrouvent à plusieurs niveaux.

L'alimentation du jeune enfant

Les mères du Chaparé perçoivent une relation directe entre leur alimentation pendant la grossesse, l'état du nourrisson à la naissance (poids, état de « dénutrition ») et la qualité/quantité de leur lait. Aussi, dans la mesure où les mères considèrent la grossesse comme une « maladie » et que le lait est perçu comme « chaud », leur régime alimentaire doit s'adapter en conséquence, et respecter le principe de l'« utilisation sélectionnée des contraires » pour rétablir un certain équilibre. En l'occurrence, les femmes enceintes mangent davantage de fruits (agrumes) et des légumes (soja) classés comme « froids » afin que leur lait, perçu comme « chaud », soit suffisamment bon et abondant pour l'enfant qui va naître. À travers ce régime, les mères tentent aussi de retrouver, sinon d'améliorer, leur état de santé général.

Après l'accouchement, les mères ont coutume d'attendre plusieurs heures, voire plusieurs journées, avant d'allaiter. Les enfants ne prennent donc pas le colostrum. Puis, elles ont pour habitude de froter de l'anis sur leur téton afin de stimuler la succion et de « fortifier » le nouveau-né. On peut interpréter cette

pratique au regard de l'application du même principe. Dans la mesure où l'anis est perçu comme « froid » dans le contexte *quechua/aymara*, on peut penser que sa combinaison avec le lait maternel perçu comme « chaud » a pour finalité de rétablir la santé de l'enfant fragilisé après l'accouchement. Conformément au principe de l'« utilisation sélectionnée des contraires », la consommation d'anis mélangé au lait maternel permettrait de « guérir » le nouveau-né[17].

C'est la même logique qui semble être à l'œuvre lors de la préparation des biberons. En principe, le lait perçu comme « chaud » est mélangé à de l'eau perçue comme « froide ». Or, on sait que ce mélange de « chaud » et de « froid » est bon pour soigner, mais potentiellement néfaste pour l'enfant bien portant en vertu du principe de l'« évitement des extrêmes ». Aussi, pour conjurer les effets pernicioeux de cette combinaison symbolique, les mères ajoutent à la préparation des aliments « froids », par exemple quelques gouttes de mandarine ou cuillerées de papaye finement broyée, pour rétablir l'équilibre soit au profit du « chaud » soit au profit du « froid ». L'exemple du biberon est intéressant, car, dans la mesure où son emploi n'est pas vraiment répandu ni ancien, il montre à quel point les mères sont promptes à donner du sens à de nouvelles pratiques tout en respectant les cadres de représentations préexistants.

Pour les mères, le maintien de l'équilibre entre le « froid » et le « froid » ou le « chaud » et le « chaud » n'est pas mesurable en terme de cuillerées ou de verres mesureurs. Le principe de l'« évitement des extrêmes » relève du domaine de l'expérience, du savoir-faire, de la perception spontanée et, surtout, de la volonté ou de l'intention des mères. Autrement dit, si la dimension systématique des pratiques qui viennent d'être décrites est bien réelle, il ne faut pas non plus sous-estimer la part de libre-arbitre dans les interprétations et combinaisons symboliques parfois compliquées et apparemment contradictoires qui en découlent.

La maladie et les soins

La part de libre-arbitre des mères ressort clairement lorsque l'enfant tombe malade, qu'il s'agit d'identifier les causes et les symptômes de sa maladie, de décider d'une cure ou d'un itinéraire thérapeutique. Dans la mesure où l'alimentation rentre souvent en jeu dans la cure, les compromis symboliques sont souvent complexes. Ainsi, les mères allaitantes associent-elles leur état d'énerverment ou de contrariété passager avec la fièvre et la diarrhée du nourrisson. Cet état, disent-elles, leur donne le « sang chaud », lequel est directement transmis à l'enfant. Dans ce cas de figure, les mères tentent de le soigner en lui faisant passer, à travers le lait maternel, des aliments « froids » aux propriétés bienfaisantes qu'elles auront pris soin de consommer (Dettwyler 1988 ; 1989).

Pour les enfants définitivement sevrés, le problème se pose différemment. Sur les vingt-cinq maladies infantiles identifiées par les mères, on retiendra surtout les cas de la diarrhée et de la fièvre, lesquelles sont perçues comme des maladies à part entière et non pas seulement comme des symptômes. Or, en cas de fièvre ou de diarrhée, les enfants sevrés sont traités simultanément par des bains, des frictions, des infusions et des préparations culinaires spéciales. Ces cures, qui procèdent par tâtonnements successifs, sont difficiles à reconstruire et à comprendre si on ne les observe pas *in extenso*. Elles recherchent, par des combinaisons complexes et parfois inédites, l'équilibre entre le « froid » et/ou le « chaud » qui permettra à l'enfant de se remettre. Le discours des mères sur les médicaments qu'elles administrent éventuellement à leurs enfants atteints de fièvre ou de diarrhée

n'échappe pas à cette logique. Les sirops achetés à l'étal du village sont investis de propriétés « chaudes » ou « froides », ces perceptions entraînant parfois des accidents thérapeutiques (Meer 1987).

Les enfants atteints de *susto* passent généralement chez le guérisseur (*curandero*), lequel tient un discours et exerce des pratiques plus rigides. Rappelons que le *susto* est considéré comme une maladie occasionnée par une frayeur brutale qui provoque la séparation de l'âme et du corps. Les symptômes généralement associés au *susto* sont un état d'agitation extrême et la perte de l'appétit. Mais la fièvre et la diarrhée peuvent également manifester le *susto*, changeant ainsi de place dans la chaîne de causalité perçue de la maladie. En général, les mères sortent de chez le guérisseur avec des potions toutes faites ou des recettes culinaires qu'elles prépareront chez elles et qui ont pour finalité explicite de rétablir les équilibres humoraux[18].

En dehors du moment très particulier de la naissance, il est notable que les mères n'établissent pas de distinction entre les filles et les garçons au niveau des cures alimentaires et des soins, en tous cas jusqu'au sevrage. Avant cette étape décisive, l'enfant est en effet désigné par le terme générique de *wawa*, qui signifie « enfant » en langue *quechua*, et qui n'induit aucune information sur le genre. C'est seulement après le sevrage que la distinction s'opère explicitement entre les « petites filles » (*mujercitas*) et les « petits garçons » (*varoncitos*). Des nuances, qui s'accroissent avec l'âge, apparaissent alors au niveau de l'alimentation et des soins.

Croissance et développement de l'enfant : images du « beau corps bien fait »

Il convient maintenant de s'arrêter sur les représentations des mères *quechua/aymara* en matière de croissance et de développement, et de voir comment ces notions sont reliées aux conceptions humorales de l'alimentation et de la santé. Quoique les mères du Chaparé emploient, de façon indifférenciée, les expressions de « croissance » et de « développement » de l'enfant, elles ont davantage recours à des notions, aux contours relativement larges, comme celles d'« enfant bien portant » ou « mal portant », lesquelles englobent des caractéristiques comportementales et physiques[19]. Ainsi, à la question de savoir s'il existe une relation entre l'alimentation de l'enfant et sa croissance, les mères ont presque toutes répondu par l'affirmative : c'est la bonne alimentation, distribuée à des heures régulières et préparée convenablement, qui explique qu'un enfant est sain, se développe bien et qu'il est « bien portant ». Inversement, l'enfant qui ne reçoit pas une bonne alimentation présente des signes physiques qui associent la maigreur excessive à un état de faiblesse générale. L'enfant qui n'est pas « bien portant » serait comme « déstructuré » dans son comportement alimentaire (horaires, appétit), cette déstructuration pouvant aboutir à ce que les mères appellent parfois la « dénutrition » ou l'« anémie » [20].

Les réponses données par les mères à la question de savoir « à quoi ressemble un enfant qui croît et se développe bien » recourent souvent les précédentes. Mais la précision demandée montre que les mères observent régulièrement le corps de leur enfant et qu'elles le qualifient spontanément de « beau », de « bon », de « gros », de « gai », de « maigre » et, bien entendu, de « bien portant » ou de « mal portant » (Allen 1982). Les données sur l'image de ce que les mères appellent elles-mêmes un « beau corps bien fait » (*un buen cuerpo bien hecho*) mettent en évidence une grande homogénéité dans les représentations. Pour résumer ces

dernières, on peut dire qu'un « beau corps bien fait » doit être harmonieux, avec une tendance à l'embonpoint bien réparti sur tout le corps (Garine 1987). L'enfant qui croît normalement n'est pas forcément grand, mais plutôt bien proportionné. L'âge n'est pas souvent mis en relation avec son poids et sa taille. Dans la mesure où l'enfant ne présente pas d'excès de grosseur ou de maigreur, il connaît donc une croissance et un développement harmonieux. Ainsi que l'affirme une mère : « L'enfant sain est un petit gros jovial, qui court partout, qui est toujours content et qui ne se plaint pas parce qu'il est sain ».

Même si l'usage du diminutif est fréquent en Bolivie, l'emploi quasi-systématique de l'expression « petit gros » (*gordito*) est très significatif. Les mères font en effet la distinction entre la mauvaise grosseur, qui est la marque d'une perturbation de l'état de santé, et la « petite grosseur » qui signifie que l'enfant est « plein » ou « rassasié ». Dans les perceptions du « beau corps bien fait », la référence au poids ressort donc assez fréquemment, mais celle-ci n'est que rarement exprimée en kilos. Les mères « sentent » ou « voient » que leur enfant n'a pas un aspect normal. Pour elles, c'est l'embonpoint — c'est-à-dire la répartition harmonieuse du poids sur l'ensemble du corps — qui atteste de la bonne alimentation, de la bonne santé, de la croissance et du développement normal de l'enfant (Pelto et Pelto 1989).

De l'ensemble de ces remarques, il est important de retenir que la perception des relations entre l'alimentation, la santé, la croissance et le développement s'exprime pleinement dans la notion de « beau corps bien fait ». Cette notion combine en effet les implications symboliques et pratiques de la médecine humorale. D'une part, elle reprend à son compte les principes d'« évitement des extrêmes » et d'« utilisation sélectionnée des contraires » ; d'autre part, elle donne à ces principes un contenu concret puisqu'elle se fonde sur l'observation du corps de l'enfant et de ses transformations pour en justifier, ou non, le bon usage. Dans ce fond de représentations, l'alimentation occupe une place essentielle, puisque la façon dont elle marque le corps de l'enfant signifie que celui-ci connaît ou non un bon développement. Dans la mesure où elle respecte les principes de la médecine humorale, elle le protège aussi des perturbations liées à la maladie. Si celle-ci est déclarée, elle lui permet également, comme on l'a dit plus tôt, de le soigner et de lui faire retrouver sa santé.

L'alimentation de l'enfant : un rituel ordinaire

À un niveau très général, l'alimentation appelle la répétition et favorise la mise en œuvre de procédures ritualisées. En outre, quand elle devient « protectrice », comme dans les exemples évoqués précédemment, elle fait appel à la croyance et partage de ce fait une caractéristique essentielle du rituel. Il faut, « pour que ça marche », que les acteurs y croient. Dans ce cas, l'« efficacité symbolique » (Lévi-Strauss 1958) de l'alimentation est perçue comme réelle par les mères qui partagent au départ des représentations assez homogènes dans le domaine de la santé, de la croissance et du développement de l'enfant[21].

Néanmoins, dans le contexte *quechua/aymara* du Chaparé, on ne peut pas dire que l'alimentation envisage la fabrication d'une « nouvelle personne » à partir d'une mise en scène fixée à l'avance. Ici, les deux moments essentiels du déroulement du rituel que constituent la « séparation » et l'« agrégation », tels que les a définis Van Gennep (1909), n'apparaissent pas de façon explicite et spectaculaire. En matière d'alimentation de l'enfant, il n'y a pas non plus de

références particulières à une mythologie fondatrice. Compte tenu de ces particularités, il semble que l'alimentation du jeune enfant du Chaparé procède davantage d'un ensemble de pratiques de soins quotidiens, relevant de la sphère domestique et familiale, que d'une activité rituelle au sens cérémoniel et religieux du terme. Hormis les cas de *susto* ou le guérisseur intervient directement sur l'alimentation, à travers ce que Smith (1991 : 630) appelle des « rituels occasionnels et individuels », l'alimentation de l'enfant serait plutôt une sorte de « rituel ordinaire » au sens de Goffman (1973).

Les implications opérationnelles de la recherche

Mais quelles sont les implications potentielles de ces résultats ethnographiques dans un programme de santé centré sur l'enfant ? Partant de l'hypothèse qu'une compréhension approfondie des perceptions que les mères ont de l'alimentation, la santé, la croissance et le développement de l'enfant doit permettre d'améliorer les interventions au sein des structures de soins (centres et postes de santé) et des populations, plusieurs recommandations ont été formulées par les socio-anthropologues. Les recommandations les plus importantes étaient les suivantes : (1) redonner au Carnet de Santé Infantile en usage en Bolivie un contenu plus conforme aux perceptions que les mères ont de l'alimentation, la santé, la croissance et le développement de l'enfant ; (2) faire participer les personnels de santé et des professionnels de la communication au processus de transformation de l'outil ; (3) enrichir ces deux étapes du processus par l'évaluation de la forme et du contenu de l'outil par les mères ; (4) fournir un effort important pour améliorer les aptitudes à la communication et l'attitude générale du personnel de santé.

L'introduction d'un nouvel outil

Suite à ces recommandations et après avoir croisé les données socio-anthropologiques avec les données de santé publique, l'intervention a porté sur l'amélioration du Carnet de Santé Infantile[22]. Pratiquement, un nouvel outil, appelé Manuel de Santé, a été introduit dans la zone d'intervention (Equipo de Investigación 2000). Sous forme de dessins et de tableaux, censés être compréhensibles et culturellement acceptables pour le plus grand nombre, il présente des informations sur la « bonne alimentation », le « bon suivi de la croissance et du développement », les « principaux contrôles médicaux à effectuer » pour l'enfant et ce que l'usager doit attendre du contenu d'une consultation médicale en général.

Ce type d'intervention a non seulement pour objectif que la population comprenne mieux et suive les recommandations du Manuel, mais aussi qu'elle exige d'elle-même les services qui devraient lui être offerts par les systèmes de santé. L'idée est que l'information et la formation de la population rendra celle-ci plus consciente des besoins des enfants et que cette prise de conscience devrait progressivement favoriser les prises de décisions nécessaires et adéquates en matière de suivi de la croissance et du développement de l'enfant. L'hypothèse forte est que le nouvel outil soit suffisamment instrumental pour provoquer les changements de perceptions et d'attitudes souhaités.

La participation des mères et des personnels de santé au processus de fabrication de l'outil

Dans le projet, la fabrication du nouveau Manuel de Santé n'a finalement réservé aux mères qu'une participation très limitée. On aurait pu en effet envisager la « triangulation » des discussions autour de l'outil entre les chercheurs, les personnels de santé et, surtout, les mères pour parvenir à un consensus (Trosset 2001). Dans la mesure où la présence de ces dernières n'est pas envisagée comme un alibi, leur participation au processus de réflexion sur l'outil aurait probablement été très constructive[23]. Un tel processus pourrait inciter les personnels de santé à prendre du recul par rapport à leurs propres pratiques et représentations, à les faire réfléchir sur celles-ci, et à tenter de mieux les expliquer. Les personnels de santé devraient ainsi articuler leurs explications en tenant compte des perceptions des mères. L'objectif serait d'atteindre un certain niveau de consensus (sur le fond et la forme) qui satisfasse chaque groupe d'acteurs.

Indépendamment des résultats du projet (impact, changements d'attitude, redéfinition des rôles, modification des perceptions), les recommandations, exposées ici de façon lapidaire, montrent *a contrario* qu'une recherche interdisciplinaire sur l'enfant devrait se fonder et conduire à une recherche-action de type participative[24]. L'objectif serait de rechercher, avec l'appui des chercheurs et des professionnels de la santé, des solutions concertées aux problèmes de santé identifiés par les mères. La question de fond reste en effet de savoir si, dès le départ, les problèmes étudiés ont été suffisamment bien identifiés et formulés par elles. D'une façon générale, on sait en effet que, sans cette condition préalable, les meilleures intentions opérationnelles demeurent souvent lettre morte.

L'amélioration des aptitudes à la communication et de l'attitude générale du personnel de santé

Cependant, l'introduction d'un nouvel outil au sein des services de santé et des populations risque de rester sans conséquences si elle ne s'accompagne pas d'un effort important pour améliorer les aptitudes à la communication et l'attitude générale du personnel de santé (Baker *et al.* 1967 ; Dettwyler 1997). Dans le contexte bolivien, il s'agit d'une véritable condition préalable. En termes pratiques, il a été proposé d'organiser une formation visant à modifier les attitudes des personnels de santé vis-à-vis de leurs patients. Le contenu de cette formation reste à développer, mais on sait d'emblée qu'elle ne doit pas se limiter à la communication autour du Manuel. Elle devrait englober tous les aspects de la relation au patient, y compris tenter de modifier les pratiques discriminantes à l'égard de certaines populations. Cette formation s'accompagnerait d'un cours sur le contenu et l'emploi de l'outil, toujours auprès des personnels de santé.

Remarques finales : vers une socio-anthropologie de la croissance et du développement de l'enfant ?

En dépit de ces quelques réserves sur la phase opérationnelle, il demeure que les acquis de la recherche sont importants au niveau ethnographique et potentiellement porteurs au niveau théorique. Au niveau ethnographique, le thème

a été peu souvent traité ou dans une toute autre perspective. Les données qui portent directement sur le sujet sont rares et il y a là un important champ de recherche à développer. Au niveau théorique, le thème de la croissance et du développement de l'enfant se situe à la croisée de plusieurs sous-disciplines anthropologiques (anthropologie de la maladie, de la santé, de l'enfance), psychosociologiques (psychologie, psychanalyse, psychopathologie) et biomédicales (médecine générale, nutrition, pédiatrie, santé publique). Aussi, la complexité de la problématique implique-t-elle nécessairement des apports, des contributions et des réflexions communes ou fédératrices entre ces différents domaines.

L'une de ces réflexions pourrait porter sur les systèmes de représentations. À travers l'exemple de la croissance et du développement, c'est plus particulièrement le thème des modalités de la transformation des représentations en matière de santé qui se pose. À l'heure où supports de communication, informations et messages biomédicaux se multiplient et circulent de plus en plus rapidement, il semble essentiel de connaître la façon (le rythme, la transformation du contenu et de la forme) dont les populations les plus pauvres ou culturellement marginalisées se les approprient.

Ce type d'approche devrait également prendre en compte les différents contextes socio-économiques et culturels, ainsi que les politiques nutritionnelles, les contraintes des systèmes alimentaires ou des systèmes de santé en vigueur dans les populations. L'intérêt pour une approche socio-anthropologique globale des problèmes liés à la croissance et au développement de l'enfant, caractérisée par la pluralité des disciplines impliquées, devrait se renforcer, notamment dans les projets de recherche où l'attention est focalisée sur la prévention et la promotion de la santé des populations les plus vulnérables.

Références bibliographiques

AGUILO F., 1985, *Enfermedad y salud según la concepción Aymara-Quechua*. Sucre : Qori LLama.

ALLEN C. J., 1982, « Body and soul in Quechua Thought », *Journal of Latin American Folklore*, 8 (2), pp. 179-196.

BAKER J. A., HUMPHREY S. I. E., WOLFF H. S., 1967, « Socially acceptable monitoring instruments (SAMI) », *Journal of Physiology*, 188, pp. 4-5.

BENONY H., 1998, *Le développement de l'enfant et ses pathologies*. Paris : Nathan Université.

BERCHE T., 1998, *Anthropologie et santé publique en pays dogon*. Paris : Karthala.

BERNARD C., 1985, *La solitude des Renaissants. Malheur et sorcellerie dans les Andes*. Paris : Presses de la Renaissance.

BLACKING J. (ed.), 1977, *The Anthropology of the Body*. London : Academic Press.

BONNET D., 1990, « Anthropologie et santé publique. Une approche du paludisme au Burkina Faso », in FASSIN D. et JAFFRÉ Y. (dir.), *Sociétés, développement et santé*. Paris : Ellipses/AUPELF, pp. 248-258.

BONNET D., 1991, « Thérapeutiques », in BONTE P. et IZARD M. (dir.), *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. Paris : PUF, pp. 707-708.

BOUGEROL C., 1983, *La médecine populaire à la Guadeloupe*. Paris : Karthala.

CHRISTINAT J.-L., 1976, « Conception, grossesse, naissance et soins *post-partum* dans une communauté indienne des Andes péruviennes », *Bulletin de la Société Suisse des Américanistes*, 40, pp. 5-19.

CORTES G., 2000, *Partir pour rester. Survie et mutation de sociétés paysannes andines (Bolivie)*. Paris : IRD Éditions.

CURRIER R., 1966, « The hot-cold syndrome and symbolic balance in Mexican and Spanish-American folk medicine », *Ethnology*, 5, pp. 251-263.

DAVIDSON J., 1983, « La sombra de la vida : la placenta en el mundo andino », *Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines*, (12) 3-4, pp. 69-81.

DETTWYLER K. A., 1988, « More than nutrition : breastfeeding in urban Mali », *Medical Anthropology Quarterly*, 2, pp. 172-183.

DETTWYLER K. A., 1989, « Styles of infant feeding : parental / caretaker control of food consumption in young children », *American Anthropologist*, (91) 3, pp. 696-703.

DETTWYLER K. A., 1991, « Growth status of children in rural Mali : implications for nutrition education programs », *American Journal of Human Biology*, 3 (5), pp. 447-462.

DETTWYLER K. A., 1997, « Throwing a curve at growth charts », Sydney, Australia, Conference papers, *Breastfeeding : the natural advantage. Nursing mother's association of Australia*, pp. 56-61.

DORY D. et ROUX J.-C., 1998, « De la coca à la cocaïne : un itinéraire bolivien », *Autrepart*, 8, pp. 21-46.

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN (Bolivia), 2000, *Manual de Salud : Aprendiendo a cuidar la salud de nuestros niños. Información básica para responsables de niños menores de 5 años*. Cochabamba (Bolivia), Proyecto INCO, 14 p.

ERNY P., 1988, *Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique noire. Naissance et première enfance*. Paris : L'Harmattan.

FAINZANG S., 1986, *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*. Paris : L'Harmattan.

FAINZANG S., 2000, « La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale », *Ethnologies Comparées*, 1, [<http://alor.univ-montp3.fr/cerce/revue.htm>].

FALS-BORDA O., RAHMAN M. A. (ed.), 1991, *Action and knowledge : breaking the monopoly with participatory action research*. New York : Immediate Technology/Apex.

FOSTER G. M., 1987, « On the origin of humoral medicine in Latin America », *Medical Anthropology Quarterly*, (1) 4, pp. 355-393.

GARINE I. (de), 1984, « De la perception de la malnutrition dans les sociétés

traditionnelles », *Information sur les Sciences Sociales*, 23 (4-5), pp. 731-754.

GARINE I. (de), 1987, « Massa et Moussey : la question de l'embonpoint », *Autrement*, 91, pp. 104-115.

GOFFMAN E., 1973, *La mise en scène de la vie quotidienne*. Paris : Minit.

JAFFRÉ Y., OLIVIER de SARDAN J.-P., 1995, « Tijiri, naissance sociale d'une maladie », *Cahiers des Sciences Humaines*, 31 (4), pp. 773-795.

JAFFRÉ Y., OLIVIER de SARDAN J.-P. (dir.), 1999, *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris : PUF.

JAMARD J.-L., TERRAY E., XANTHAKOU M. (dir.), 2000, *En substances : textes pour Françoise Héritier*. Paris : Fayard.

LALLEMAND S., 1997, « Enfances d'ailleurs, approche anthropologique », in GUIDETTI M., LALLEMAND S. et MOREL M.-F. (dir.), *Enfances d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui*. Paris : Armand Colin, pp. 7-57.

LAPLANTINE F., 1986, *Anthropologie de la maladie*. Paris : Payot.

LE BRETON D., 2001, *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : PUF.

LEFEVRE P., HOERÉE T., 2000, *Étude de la perception du Carnet de Santé Infantile et de son utilisation chez la mère de l'enfant de moins de cinq ans en Bolivie à travers la technique des groupes de discussion focalisée (Chapare et Chavez Rancho)*, rapport, IMT, Anvers, 25 p.

LESTAGE F., 1987, « La pathologie du semblable à propos d'une maladie infantile des Andes péruviennes : la *mipa* », *Bulletin d'Ethnomédecine*, 38, pp. 3-29.

LESTAGE F., 1999, *Naissance et petite enfance dans les Andes péruviennes. Pratiques, rites, représentations*. Paris : L'Harmattan.

LÉVI-STRAUSS C., 1958, « L'efficacité symbolique », in *Anthropologie structurale*. Paris : Plon, pp. 205-226.

LOGAN M. H., 1977, « Anthropological research and the hot-cold theory of disease : some methodological suggestions », *Medical Anthropology*, (1) 4, pp. 87-107.

MAC KEE L., 1982, « Los cuerpos tiernos : simbolismo y magia en las prácticas post-parto en Ecuador », *América Indígena*, (42) 4, pp. 615-628.

MASSÉ R., 1995, *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal/Paris/Casablanca : Gaëtan Morin Éditeur.

MEER K. (de), 1987, « Enfermedad infantil y cultura aymara », *Boletín del Instituto de Estudios Aymara*, 27, pp. 9-25.

MITCHELL W., 1977, « Changing others : the anthropological study of therapeutic systems », *Medical Anthropology Newsletter*, (8) 3, pp. 15-20.

MOLINIÉ A., 1999, « 'Te faire la peau pour t'avoir dans la peau'. Lambeaux d'ethnopsychanalyse andine », *L'Homme*, 149, pp. 113-134.

PELTO G. H., PELTO P. J., 1989, « Small but healthy ? An anthropological perspective », *Human Organization*, 48, pp. 11-15.

PFEIFFER J., GLOYD S., LI L. R., 2001, « Intrahousehold resource allocation and child growth in Mozambique : an ethnographic case-control study », *Social Science & Medicine*, 53 (1), pp. 83-98.

PLATT T., 1978, « Symétries en miroir. Le concept de Yanantin chez les Macha de Bolivie », *Annales ESC*, 5-6, pp. 1081-1108.

RABAIN J., 1979, *L'enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge*. Paris : Payot.

RUBEL A., 1964, « The epidemiology of a folk illness : susto in Hispanic America », *Ethnology*, 3, pp. 270-271.

RUBIN DE CELIS E., LEFEVRE P., SUREMAIN (de) C.-E. et KOLSTEREN P., 2000, « Transdisciplinarity in practice. Lessons from an international action-research and development project », *Proceedings of the International Transdisciplinarity 2000 Conference (Transdisciplinarity : Joint Problem-Solving among Science, Technology and Society, Workbook II : Mutual Learning Sessions)*. Zurich : Swiss Federal Institute of Technology (Suisse), pp. 124-128.

SMITH P., 1991, « Rite », in BONTE P. et IZARD M. (dir.), *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. Paris : PUF, pp. 630-633.

SUREMAIN C.-E. (de), 1993, « De la coopérative à la communauté. Ethnogenèse, organisation sociale et identité d'un groupe de colons (paroisse d'Alluriquín, Équateur) », *Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines*, 21 (2), pp. 551-584.

SUREMAIN C.-E. (de) et LEFEVRE P., 1999, *Rapport du volet socio-anthropologique (Bolivie)*, version finalisée, La Paz / Cochabamba (Bolivie), (versions préliminaires en français et en espagnol-juin 1999), 118 p.

SUREMAIN C.-E. (de), 2000 a, *Croissance, développement, santé et relations à l'alimentation. Étude des perceptions de la mère de l'enfant de moins de cinq ans en Bolivie à travers la technique des entretiens semi-directifs (Chapare et Chavez Rancho)*, Rapport, La Paz / Cochabamba (Bolivie), tome 1 (61 p.) et tome 2 (33 p.) (versions en français et en espagnol).

SUREMAIN (de) C.-E., 2000 b, « Dynamiques de l'alimentation et socialisation du jeune enfant à Brazzaville (Congo) », *Autrepart*, 15, pp. 73-91.

SUREMAIN (de) C.-E., LEFEVRE P. et PECHO I., 2000 c, « Les relations de genre à l'épreuve de la maladie de l'enfant. Exemples boliviens et péruviens », *Recherches Féministes*, 13 (1), pp. 27-46.

TAMISIER J.-C. (dir.), 1998, *Dictionnaire des peuples. Sociétés d'Afrique, d'Amérique, d'Asie et d'Océanie*. Paris : Larousse.

TROSSET C., 2001, « Triangulation and confirmation in the study of welsh concepts of personhood », *Journal of Anthropological Research*, 57 (1), pp. 61-82.

VALSINER J. (ed.), 1989, *Child Development in Cultural Context*. Toronto : Lewiston, N.Y.

VAN GENNEP A., 1909, *Les rites de passage*. Paris : Nourry.

VEGA A., 2000, *Une ethnologue à l'hôpital*. Paris : Éditions des Archives Contemporaines.

YOUNG A., 1976, « Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology », *American Anthropologist*, (78) 1, pp. 5-24.

[1] Pour des études anthropologiques sur le processus de socialisation de l'enfant, cf. Erny (1988), Rabain (1979), Lallemand (1997), Lestage (1999) et Suremain (2000 b).

[2] Sur ces thèmes, cf. Blacking (1977), Jamard *et al.* (2000) et Le Breton (2001).

[3] On peut toutefois citer les travaux de Dettwyler (1991 ; 1997), Pelto et Pelto (1989), Valsiner (1989) et Pfeiffer *et al.* (2001).

[4] Si les questions d'environnement social et familial ne sont pas exclues de la perspective psychologique, l'accent a surtout été mis sur les dynamiques et les troubles du développement de l'enfant dans le contexte des relations familiales (troubles cognitifs, relationnels, sexuels, moteurs, psychomoteurs ou encore troubles des grandes fonctions du sommeil, de l'alimentation et du langage). Cf. Bénony (1998).

[5] Ce texte est la version modifiée et augmentée d'une communication donnée le 5 octobre 2000 au colloque international « Soins et rites. Approches interdisciplinaires de l'enfance » à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) à Paris (France) organisé par S. Lallemand et D. Bonnet.

[6] Financé par la communauté européenne, il s'agit d'un projet de recherche INCO-DC intitulé *Health sector reform : towards a more global approach of child health* [n° IC18-CT97-0249 (DG12-WRCA)].

[7] Sur l'anthropologie de la santé et de la maladie en Bolivie, cf. Aguilo (1985). Sur la socio-anthropologie des personnels de santé, cf. Berche (1998) et Vega (2000).

[8] Cf. Suremain et Lefèvre (1999), Suremain *et al.* (2000 c) et Suremain (2000 a).

[9] Cf. Lefèvre et Hoérée (2000).

[10] Dans ce projet, le volet socio-anthropologique et le volet de santé publique sont étroitement intégrés et complémentaires. Néanmoins, seuls les résultats du premier sont présentés dans cet article. Pour des approches combinant l'anthropologie, la biomédecine et la santé publique, cf. Young (1976), Mitchell (1977), Bonnet (1990) et Massé (1995).

[11] Pour mener cette recherche, plusieurs techniques de recueil des données ont été employées : (i) l'enquête quantitative par questionnaire ; (ii) les entretiens semi-directifs ; (iii) les groupes de discussion focalisée (*focus groups*). Mais les résultats présentés s'appuient essentiellement sur l'analyse des 19 entretiens et des deux *focus groups* qui ont été réalisés dans la région du Chaparé.

[12] Les Quechua et les Aymara constituent des groupes linguistiques amérindiens qui occupent les vallées interandines (*valles*) et les hauts plateaux (*altiplano*). Ils

représentent à eux deux environ 40% de la population bolivienne (Tamisier 1998).

[13] Ce type d'identification est fréquent dans les zones de colonisation d'Amérique du Sud, comme si les acteurs tentaient de s'approprier au plus vite leurs nouveaux lieux de résidence. Sur des processus similaires en relation à l'organisation sociale et aux activités agricoles, mais en Équateur, *cf.* Suremain (1993).

[14] Sur la conception humorale de la maladie et ses principes fondamentaux, *cf.* Logan (1977), Fainzang (1986), Laplantine (1986), Foster (1987) et Bonnet (1991).

[15] Sur les perceptions du « froid » et du « chaud » appliquées à la maladie, voir également Currier (1966) et Bougerol (1983).

[16] *Cf.* Bernand (1985), Platt (1978), Lestage (1987 ; 1999) et Molinié (1999).

[17] Sur le statut du nourrisson, la diversité des rituels de naissances et des pratiques post-partum (alimentation, traitement du placenta, etc.) dans le monde andin, *cf.* Christinat (1976), Mac Kee (1982), Davidson (1983) et Lestage (1999).

[18] Il existe une abondante littérature sur le *susto*, considéré comme un « symptôme culturel ». *Cf.* surtout Rubel (1964).

[19] Les caractéristiques comportementales du développement de l'enfant ne seront cependant qu'effleurées ici, car elles font encore l'objet d'analyses.

[20] L'appropriation et la réinterprétation de ces notions biomédicales par les mères sont des processus complexes qui demanderaient à être étudiés de manière plus approfondie (Gariné 1984 ; Jaffré et Olivier de Sardan 1995 ; Jaffré et Olivier de Sardan 1999).

[21] « (...) Il existe une nécessaire congruence entre le remède et le mal à soigner, conforme à une vision du monde, que l'anthropologue ne peut ignorer, puisque l'une de ses tâches est précisément de saisir les lois de la pensée symbolique » (Fainzang 2000).

[22] En plus de ceux mentionnés en note 11, six entretiens et deux *focus groups* ont été réalisés sur le thème de la perception et de l'utilisation du Carnet de Santé Infantile dans la région du Chaparé (Lefèvre et Hoérée 2000).

[23] Une participation plus active des mères est toutefois prévue lors de l'évaluation du nouveau Manuel de Santé en janvier 2002.

[24] Sur la recherche-action participative en général, *cf.* Fals-Borda et Rahman (1991). Pour une réflexion sur ses limites dans le projet présenté dans cet article, *cf.* Rubín de Celis *et al.* (2000).

RETOUR AUX PAGES D'ACCUEIL

Le CERCE

N°3
Automne 2001
SANTÉ ET MALADIE :
QUESTIONS CONTEMPORAINES

Ethnologies
comparées

Sommaire