

## APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE DE LA MALNUTRITION

M.E. GRUENAI

Un premier travail réalisé de juillet à novembre 1984 m'a permis de procéder à un premier "repérage" du phénomène de la malnutrition à Brazzaville. Les directions de recherche proposées ci-dessous visent à un approfondissement des questions qui sont apparues au cours de mon séjour.

La recherche que je propose serait orientée selon trois directions :

- 1) quelles sont, dans les croyances, les causes et les maladies associées à ce que nous désignons comme un état de malnutrition?
- 2) Quel est le parcours thérapeutique que peut réaliser un enfant qui souffre de la malnutrition ?
- 3) Quelles sont les attitudes adoptées par les familles (entendues au sens large) face à la malnutrition ?

Ces trois directions de recherche sont étroitement liées.

### 1. Causes et "maladies" associées à la malnutrition.

Dans notre enquête, nous n'avons pu relever à ce jour un équivalent vernaculaire aux termes malnutrition, marasme, kwashiorkor. En revanche, nous avons pu identifier trois types de "maladie" qui se caractérisent par des signes de malnutrition. Ces "maladies" relèvent de paradigmes très différents.

- L'état de malnutrition, en l'occurrence il s'agit plutôt du marasme, peut être provoqué par l'absence de ngândaka, "luette" en lingala. Cette maladie se manifeste par une impossibilité pour l'enfant d'ingérer quoi que ce soit. Cette maladie, qui viendrait du Zaïre, est mortelle si l'enfant n'est pas soigné.

- Le non respect d'interdits sexuels (avant la naissance ou pendant que l'enfant allaite) est avancé comme cause d'une maladie qui a, entre autres, tous les symptômes du kwashiorkor.
- Une autre explication du kwashiorkor nous a été donnée : le lien entre un enfant et la "puissance surnaturelle" à laquelle le premier était associé avant sa naissance.

Ces trois "maladies" ont en commun au moins deux caractéristiques : elles sont considérées comme ne pouvant être soignées dans une structure sanitaire ; elles sont connues de groupes d'origines aussi différentes que les Kongo (gens du sud) et les Mbochi (gens du nord).

Ces quelques remarques m'amènent à formuler deux interrogations qui seront autant de directions de recherche :

\* existe-t-il d'autres explications données à l'état de malnutrition ? D'une manière générale, il s'agira d'approfondir les connaissances déjà acquises sur les représentations qui ont trait à la malnutrition. L'enquête sera effectuée auprès des spécialistes et auprès des familles.

\* Dans quelle mesure les connaissances relatives aux différentes explications de la malnutrition sont-elles partagées par les citoyens indépendamment de leurs origines culturelles ? Le cas de la maladie dont on situe l'origine au Zaïre par exemple (le Zaïre est souvent présenté comme la source de tous les maux) pourrait être la marque d'une nouvelle croyance qui s'est instaurée, croyance dont le référent culturel ne s'exprime plus en terme d'origine ethnique mais en terme de relations de pays à pays, voire de ville à ville dans la mesure où, pour les brazzavillois, le Zaïre est avant tout Kinshasa. Il me semble légitime de se demander s'il y a "production" de nouvelles croyances sur la maladie pour lesquelles les différenciations ethniques ne seraient plus pertinentes.

## 2. Les parcours thérapeutiques

La concentration urbaine s'exprime, entre autres, par une concentration d'instances susceptibles de prodiguer des soins, multipliant ainsi les recours thérapeutiques possibles.

Nous nous proposons ici d'établir un schéma "idéal typique" des recours thérapeutiques possibles en matière de soins aux enfants. Certes, les différentes instances de soins auxquelles on a recours pour les enfants et pour les adultes ne sont guère différentes. En fait, il s'agira moins ici d'appréhender le système d'offres de soins en général que de l'analyser en fonction d'une pathologie particulière, la malnutrition.

Il s'agira plus particulièrement ici de savoir pourquoi on a recours à telle instance de soins plutôt qu'à telle autre, et quelles sont les raisons qui amènent à modifier l'itinéraire thérapeutique d'un malade qui ne parvient pas à être soigné. Deux exemples préciseront notre centre d'intérêt.

Une mère de famille nous a déclaré préférer avoir recours à une "secte" plutôt qu'à un "féticheur" parce que la première ne fait que soigner les enfants, alors que le second, en plus des soins, peut identifier l'"auteur" de la maladie. Or les soupçons de sorcellerie que risque de faire planer sur la famille la consultation chez un "féticheur" pourraient provoquer une segmentation du lignage. Autre exemple : une infirmière nous disait qu'il est des cas face auxquels la médecine occidentale est impuissante; mais étant donné que sa profession lui interdisait de conseiller les mères d'avoir recours à la médecine traditionnelle, elle préférerait alors évacuer l'enfant à l'hôpital...

Ces deux exemples soulignent l'existence d'enjeux "non thérapeutiques" dans l'itinéraire des malades. Ce sont ces enjeux et, d'une manière générale, les fonctions attribuées aux différentes instances de soins que nous voudrions découvrir.

Nous procéderons ici par études de cas et par des enquêtes d'opinion sur les attentes des usagers et des praticiens de différentes natures au sujet des recours thérapeutiques possibles.

### 3. La santé des enfants et la famille.

La maladie met en jeu des solidarités familiales ou, au contraire, accentue les antagonismes familiaux. Par famille nous entendons ici le segment de lignage ou le lignage. Pour le citadin, le groupe lignager ce sont des parents résidant à Brazzaville ou au village. Les premiers sont souvent sous la responsabilité d'un aîné qui peut faire face aux situations urgentes. Mais les véritables maîtres d'oeuvre en matière d'affaires de famille semblent rester les parents du village.

A partir d'études de cas auprès de familles au sein desquelles on trouve des enfants malnutris, nous voudrions analyser les "mécanismes" familiaux qui s'actualisent à l'occasion de la maladie d'un enfant.

Un tel travail demande en premier lieu de procéder à une enquête généalogique fine afin de localiser les parents dans l'espace et pour identifier le (ou les) groupe(s) lignager(s) pertinent(s) en matière notamment de résolution des conflits. En d'autres termes, il faudra parvenir à caractériser ce qu'est une "famille" à Brazzaville.

Dans un deuxième temps, il s'agira de procéder à des entretiens auprès de plusieurs membres d'un même lignage pour connaître leurs attitudes, comportements et opinions face à la maladie d'un de leurs descendants.

Brazzaville  
novembre 1984

Gruénais Marc-Eric

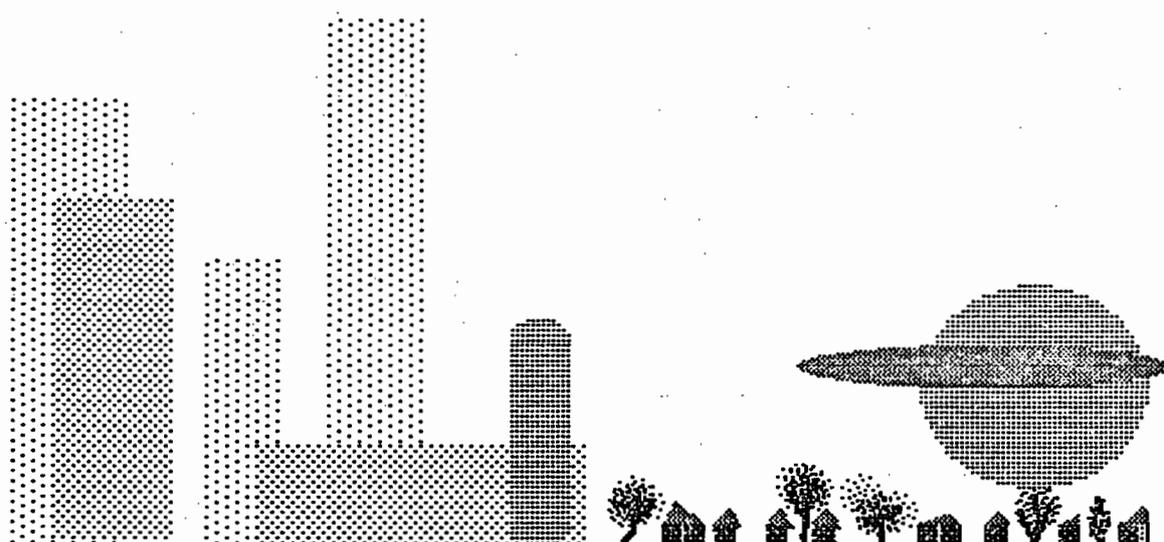
Approche anthropologique de la malnutrition

In : Santé et urbanisation. Paris : ORSTOM, 1985, p. 76-79  
multigr..

**SANTÉ**

**et**

**URBANISATION**



**ORSTOM**

**Institut Français de Recherche  
Scientifique pour le Développement  
en Coopération**

**Correspondance : Marc LALLEMANT**

**Département "Urbanisation et Sociosystèmes Urbains "**

**24, rue BAYARD, 75008 PARIS**

## CONTRAT MRT N° 83L0439

Ce rapport intermédiaire 84-85 est présenté de la façon suivante :

- I - Rappel de la problématique et de la démarche adoptée pendant la première phase du programme
- II - Liste et calendrier des opérations de la première phase terminées ou en cours.
- III - Etat d'avancement en Janvier 1985 des opérations principales.  
Bibliographie.
- IV - Perspectives 85-86
- V - Annexe A : publications et rapports  
Annexe B : questionnaires d'enquête