

Séminaire n° 30  
(9 décembre 1996)

**"AUTORISÉS À MOURIR"  
OU  
LA NOTION DE "NÉGLIGENCE SOCIALE" :**

**Le cas de l'enfant malnutri  
en Afrique de l'Ouest**

par

Doris BONNET<sup>1</sup>

Fonds Documentaire IRD  
Cote : B \* 22045 Ex : 1

Les enfants malnutris sont-ils des enfants négligés ? En 1980, Henri Collomb, médecin psychiatre à Dakar, avait interrogé le corps médical sur la dimension relationnelle de la mère et de son enfant dans les cas de malnutrition. Il allait même, d'une façon peut-être un peu provocante, jusqu'à écrire : "La malnutrition est-elle une forme d'anorexie mentale ?"<sup>2</sup>. En effet, on sait qu'un enfant malnutri perd paradoxalement l'appétit et se désintéresse progressivement de son environnement immédiat. L'interaction mère/enfant peut, dans ce cas, se détériorer et provoquer une apparente indifférence mutuelle entre l'enfant et la mère qui, au lieu de stimuler celui-ci, risque de le laisser mourir.

Des psychologues ont fait valoir que, en cas de malnutrition, la mère, qui n'est plus gratifiée par son enfant apathique, lui parle moins, prévient moins les dangers qu'il encourt et adopte des attitudes exclusivement "fonctionnelles" (c'est-à-dire mécaniques) de maternage. Cette observation clinique est reconnue par le milieu médical, qui se réfère dans ces situations à la notion de "dépression maternelle", générant une carence des soins maternels.

La chronicisation d'une maladie infantile peut ainsi provoquer chez une mère un sentiment d'impuissance, qui la conduit à se replier sur elle-même. Confrontée à une détresse morale, la mère a un sentiment de "deuil anticipé". Dans les pays d'Europe, les psychologues observent parfois, dans des situations difficiles (enfants prématurés, nés avec un handicap, etc.), ce qu'ils nomment "une coupure dans la contingence", c'est-à-dire une rupture du lien ou un dysfonctionnement de l'interaction mère/enfant. La mère se désintéresse d'un enfant qu'elle craint de perdre. Ce comportement d'"indifférence maternelle" a conduit des chercheurs en sciences sociales à considérer qu'il pouvait aussi s'agir d'une forme de négligence sociale appliquée à l'enfant en bas âge.

## I - LA NOTION DE "NÉGLIGENCE SOCIALE"

Une première thèse socio-démographique<sup>3</sup> suggérait, dès 1978, que certains enfants sont moins investis que d'autres au sein d'une famille, soit parce qu'ils ne sont pas désirés (et que la notion même d'"enfant désiré" n'existe pas dans ces sociétés), soit parce que, en cas de descendance élevée avec de petits espacements de naissance, les derniers-nés seraient moins

<sup>1</sup> Directeur de recherche en Anthropologie à l'ORSTOM. Les travaux de terrain de l'auteur ont surtout porté sur le Burkina Faso.

<sup>2</sup> H. Collomb et S. Valantin : "Le kwashiorkor, anorexie mentale de l'enfance", in F.J. Anthony, C. Chiland et C. Koupernik (éd.) : *L'enfant à haut risque psychiatrique*. Paris, 1980, PUF, coll. L'Enfant dans la famille.

<sup>3</sup> S.C.M. Scrimshaw : "Infant mortality and behaviour in the regulation of family size" *Population and Development Review*, 1978, n° 4, pp. 383-403.



investis que ceux qui ont passé le cap de la première année. La négligence maternelle et sociale, dans cette thèse, place la mortalité infantile comme une réponse à une forte fécondité : la taille de la famille correspond au temps et aux ressources dont on dispose. Ainsi, pour Susan Scrimshaw, le manque de "compétence maternelle" invoqué par certains organismes internationaux n'est pas un manque d'intelligence, de savoir ou d'habileté, mais plutôt une absence d'engagement de la mère vis-à-vis de l'enfant. Ce n'est pas l'élévation minimale du niveau scolaire (jusqu'à la fin du cycle primaire) de la mère qui peut avoir une réelle incidence sur ses comportements en matière de santé grâce à l'acquisition de connaissances, mais plutôt une scolarité poussée jusqu'à l'enseignement supérieur, qui entraîne l'adhésion à des valeurs nouvelles, à de nouveaux modes de vie et, consécutivement, une maîtrise de la fécondité et une modification de la valeur accordée à l'enfant.

Une deuxième thèse, celle de l'anthropologue américaine Nancy Scheper-Hugues<sup>1</sup>, s'appuie essentiellement sur des critères culturalistes. La négligence sociale est liée non seulement aux conditions de pauvreté ou de famine, mais surtout aux croyances des populations : statut de l'enfant en bas âge et théories interprétatives de la maladie. En effet, d'une part, la notion d'attachement maternel s'est construite et adaptée à la forte mortalité infantile : l'enfant, durant les premières années de sa vie, est considéré comme étant au seuil de deux mondes. Sa survie résulte de sa "bonne volonté" à vivre. D'autre part, la réaction de la mère à la maladie de l'enfant dépend des interprétations sociales proposées par la société : les explications exogènes de la maladie (sorcellerie, génies, ancêtres, etc.) provoquent un retard dans les réponses apportées aux besoins de l'enfant.

N. Scheper-Hugues rejoint néanmoins les explications de S. Scrimshaw, puisqu'elle considère que la négligence est sélective, mais davantage pour des raisons culturalistes (interprétation de la maladie et de la mort de l'enfant) que pour des raisons démographiques (taille de la famille, enfant non désiré). Elle ajoute même à son argumentation la notion d'ethno-eugénisme ("l'enfant est un mauvais numéro", autrement dit : dans l'esprit de la mère, il est d'avance condamné).

## II - QUI EST RESPONSABLE : LA MÈRE OU L'ÉTAT ?

Cette problématique pose donc la question de la responsabilité sociale de la maladie de l'enfant. Certes, la culture a souvent été considérée comme un obstacle au développement : ici comme un obstacle à l'amélioration de la santé de l'enfant. Mais, dans ce cas, c'est la mère qui est plus spécifiquement impliquée.

La mort de l'enfant attribuée à une négligence sélective de la mère déresponsabilise, comme le souligne R. Finerman<sup>2</sup>, les services de santé, qui ont en réalité déjà tendance à culpabiliser les mères. Cela maintient l'idée d'une mère ignorante, avec pour corollaire au niveau des services de santé, une perception des relations soignants/soignés sur le modèle des relations savants/ignorants. Elle risque d'induire progressivement l'idée que la malnutrition est une forme de maltraitance à enfants.

La notion de négligence sélective pour des raisons culturalistes accrédi-te l'idée qu'il faut changer les croyances pour modifier les comportements. Là, il faut éduquer ; ici, il faut convaincre. Ne peut-on pas imaginer que les individus modifient leurs comportements lorsqu'ils sont soumis à des changements sociaux, politiques et matériels ? Dans les sociétés européennes, la notion d'hygiène est vraisemblablement davantage "entrée" dans les maisons que dans les mentalités par le développement de matériaux qui ont permis l'arrivée d'eau à domicile. Certes, il ne s'agit pas de discréditer l'oeuvre des médecins hygiénistes ; mais il ne faut pas se leurrer et penser que la connaissance des représentations sociales et symboliques des maladies dans les pays en développement permettra l'accès au changement des mentalités. Si personne n'avait cette

<sup>1</sup> N. Scheper-Hugues : *Death without weeping : the violence of everyday life in Brazil*. Berkeley, University of California Press, xiii, 1992, 614 p.

<sup>2</sup> R. Finerman : "«Parental incompetence» and «selective neglect» : blaming the victim in child survival", *Social Science and Medicine*, 1995, vol. 40 (1), pp. 5-13.

naïveté, comment expliquer la prolifération des programmes d'éducation sanitaire munis de recommandations qui ne tiennent pas compte des modes de vie des populations ?

Certains observateurs ont noté l'absence de larmes à la mort d'un enfant. N. Scheper-Hugues appuie notamment son argumentation sur l'observation de manque de manifestations affectives à la mort d'un enfant (son ouvrage s'intitule d'ailleurs "*Death without weeping*"<sup>1</sup>). Aussi, avant de reprendre et d'analyser les critères culturels évoqués par cet auteur pour développer la notion de négligence sociale, il me paraît utile d'aborder en préambule cet aspect de la question, d'autant qu'elle m'a été plusieurs fois posée par des personnels de santé intervenant dans des associations humanitaires.

### III - UNE VISION ETHNOCENTRIQUE DE L'AFFECTIVITÉ DE L'AUTRE

En effet, les réactions comportementales d'une personne à la mort d'un parent -par les larmes- ne traduisent pas toujours des sentiments et ne sont pas obligatoirement des apparences extérieures de l'attachement du vivant pour le mort. P. Metcalf et R. Huntington<sup>2</sup>, lorsqu'ils retracent les théories de Radcliffe-Brown à propos des réactions émotionnelles après la mort, distinguent les larmes des "pleurs réciproques" qui marquent dans certaines sociétés la fin publique d'un deuil et affirment la continuité d'un lien social. Les pleurs versés à l'occasion de la mort d'un vieillard sont publics et peuvent donner l'impression qu'ils reflètent une qualité d'attachement supérieure à celle d'un enfant, qu'on pleure de façon pudique et "privée".

Les pleurs que reçoit un vieillard africain à sa mort sont toujours suivis d'une grande liesse, où chacun exprime sa satisfaction de compter un nouvel ancêtre au sein du groupe, alors que la mort d'un enfant n'est jamais suivie de funérailles festives. Le sentiment ne crée donc pas toujours l'acte. L'absence de larmes à la mort de l'enfant est un comportement qui ne vise pas seulement à cacher ses sentiments, même si la pudeur et la retenue sont des attitudes culturellement valorisées dans les sociétés africaines. Les anthropologues (comme J.P. Eschlimann<sup>3</sup>) ont déjà fait valoir cette attitude qui s'associe, dans certains cas, à une série de rituels : dépréciation du cadavre de l'enfant, nomination péjorative du dernier-né ("ordure", "esclave"...), et autres procédures d'inversion (paroles conjuratoires, chosification, plaisanteries verbales) afin de déjouer les forces nuisibles à la vie de l'enfant. Dans certains cas, les rituels s'appliquent non seulement aux enfants, mais aussi aux mères infortunées lorsqu'elles commencent, précisément, à manifester des signes de dépression maternelle (voir Odile Journet). Croyances et rituels permettent une maîtrise de l'expression des sentiments et évitent une dérive psycho-pathologique des endeuillées. L'enfant mort n'occupe pas la même place et n'interroge pas le groupe de la même façon, même si l'adhésion à des religions nouvelles implique une évolution de ces croyances et l'abandon de certains de ces rituels en zone urbaine.

L'observateur étranger admet difficilement que les larmes ne soient pas publiquement versées à l'occasion de la mort d'un enfant. L'absence de manifestation visible de l'affectivité témoigne, pour certains, d'un faible lien parental. Dans une situation particulière (ici la mort d'un enfant), l'observateur étranger attend un comportement spécifique de l'observé (ici des larmes). L'inadéquation entre ce qu'il s'attend à voir -par rapport aux réactions qu'il imagine avoir dans la même situation- et ce qu'il observe provoque un jugement sur l'observé parfois très subjectif et péjoratif (l'observé est ignorant, peu intelligent, primaire, sans affects, etc.).

L'indifférence parentale est surtout un système de défense individuel et social face à un sentiment d'impuissance qui n'esquive pas "le drame personnel de la mère", selon l'expression de Marie-Cécile et Edmond Ortigues<sup>4</sup>. Ce sentiment d'impuissance, s'il se fonde sur des

<sup>1</sup> "La Mort sans pleurs".

<sup>2</sup> P. Metcalf et R. Huntington : *Celebrations of death : the anthropology of mortuary ritual*. Cambridge University Press, 1979 et 1991.

<sup>3</sup> J.-P. Eschlimann : *Les Agni de Côte d'Ivoire devant la mort*. Paris, Karthala, 1985.

<sup>4</sup> M.-C. et E. Ortigues : "Pourquoi ces mères indifférentes ? ou comment faire la part du culturel ?", *Psychopathologie africaine*, 1993, vol. XXV - 1, pp. 5-31.

croyances (représentation d'un enfant jamais mort, étiologies<sup>1</sup> exogènes de la maladie), se justifie par des conditions sociales d'existence difficiles (mortalité infantile très élevée, système de santé publique sans moyens, absence d'une prise en charge psycho-sociale, etc.). La théorie de N. Scheper-Hugues inverse la proposition en justifiant l'indifférence parentale par les croyances et en associant un comportement à un sentiment : l'attachement parental.

#### IV - LA REPRÉSENTATION D'UN ENFANT "INACHEVÉ" À LA NAISSANCE ET ACTEUR DE SA MORT

Les sociétés brésiliennes où a travaillé Nancy Scheper-Hugues ont des représentations de l'enfant communes à celles des sociétés africaines<sup>2</sup> : le nourrisson se situe à la crête de deux mondes, le prénatal, d'où il est censé venir, et celui d'ici-bas, où il est assimilé à un étranger jusqu'au sevrage (approximativement). La durée d'allaitement est le temps nécessaire au petit d'homme pour acquérir un statut social. L'enfant, durant les premières années de sa vie, est donc considéré comme étant au seuil entre ces deux mondes. Sa survie résulte de sa "bonne volonté" à vivre. Ainsi considère-t-on qu'un enfant peut avoir le désir de retourner dans le monde de l'au-delà s'il ne s'estime pas satisfait de ses conditions d'existence terrestre. N. Scheper-Hugues use de ce discours interprétatif local (généralement proposé "après-coup" comme explication d'une chronicisation ou de décès à répétition) pour argumenter qu'une mère se détache d'un enfant qui ne manifeste pas de "goût" ou de "talent" à vivre, autrement dit d'une capacité à lutter pour sa propre survie. La notion d'"ethno-eugénisme" rend aussi compte du phénomène de rejet auquel, dans certaines sociétés, sont confrontés les enfants nés avec un handicap, les malformés, voire les jumeaux. Ces représentations de l'enfant en font l'acteur de ses choix (autrement dit de sa mort).

Dans le registre alimentaire, il doit, là aussi, manifester sa volonté de manger<sup>3</sup>. S'il refuse, les mères ne sont guère incitatives. Une "bonne mère" ne précède pas le désir de l'enfant : elle sait simplement le repérer et y répondre, alors que, pour le personnel de santé, il s'agit au contraire de "mauvaises mères", qui ne savent pas anticiper les besoins de l'enfant.

Ces représentations sociales ont-elles une incidence sur les comportements de la mère et de la famille lorsque l'enfant est malade ? D'après certains auteurs, les explications exogènes de la maladie (sorcellerie, génies, ancêtres, etc.) susciteraient des réponses tardives aux besoins de l'enfant. Elles ne provoqueraient pas le mauvais état de santé de l'enfant (comme dans l'hypothèse socio-épidémiologiste de l'effet négatif de certaines pratiques culturelles) mais ne favoriseraient pas des comportements adaptés à la maladie de l'enfant. Selon N. Scheper-Hugues, les populations qui ont une représentation de l'enfant "maître de son retour" ou "qui ne manifeste aucun goût à vivre" jugent tout acharnement thérapeutique superfétatoire, car aucun traitement, dans leur système de pensée, ne peut s'opposer au désir de mort de l'enfant. Ce type de corrélation a été établi par d'autres chercheurs dans d'autres contextes socioculturels. Ainsi, au Pakistan, l'équipe d'Ifthikhar Malik<sup>4</sup> a établi un lien entre les chances de survie de l'enfant et l'étiologie sociale de sa maladie donnée par la famille. Cette enquête affirme que la détresse de la mère n'est pas de même nature selon la cause présumée (maladie naturelle ou sorcellerie, par exemple) ; de surcroît elle n'enclenche pas, selon eux, les mêmes choix thérapeutiques. Cette mise en relation entre la croyance et le comportement de la mère lorsque son enfant est malade est également proposée par Marie-Cécile et Edmond Ortigues à partir d'exemples béninois<sup>5</sup> : si la mère pense que l'enfant est soumis à la volonté des ancêtres ou à celle d'autres instances surnaturelles, elle ne réagira pas de la même façon à la maladie.

<sup>1</sup> Recherche et définition des causes (ici : extérieures).

<sup>2</sup> Doris Bonnet : *Corps biologique, corps social : la procréation et l'interprétation de la maladie de l'enfant chez les Moose du Burkina*. Paris, ORSTOM, 1988, 138 p.

<sup>3</sup> Katherine A. Dettwyler : "Infant feeding in Mali : variations in belief and practice", *Soc. Sci. Med.*, 1986, vol. 23, n° 7, pp. 651-664.

<sup>4</sup> I.A. Malik (et al.) : "Mothers Fear of Child Death due to acute diarrhea : a Study in urban and rural communities in northern Punjab, Pakistan". *Soc. Sci. Med.*, 1992, vol. 35, n° 8, pp. 1043-1053.

<sup>5</sup> Op. cit.

La relation entre une représentation et un comportement est opérante dans la mesure où elle est fondatrice d'un lien social. La mère qui se rend auprès du devin parce que son enfant est malade témoigne, par cet acte, de son attachement aux valeurs de son entourage familial, de son groupe social. Aujourd'hui, les représentations sociales évoluent par l'adhésion des individus à des valeurs nouvelles véhiculées par les Églises ou diverses associations. L'éducation des populations ne peut donc se réaliser par la modification en soi des représentations. Sinon, on est en droit de penser que les individus changent davantage de comportements sous la pression d'intérêts divers (amélioration des offres de soins, de l'hygiène domestique, de l'habitat, du niveau de vie, etc.).

## V- "MONDIALISATION" DES VALEURS ET PARTICULARITÉS CULTURELLES

Si la problématique mise à jour par la notion de "négligence sociale" est critiquable, elle a l'intérêt de poser la question de la responsabilité sociale de la maladie de l'enfant (l'enfant-acteur, la mère, la famille, le groupe social, l'Etat) selon la place d'où l'on se situe. Elle est critiquable parce que la culture est considérée comme un obstacle au développement - ici un obstacle à l'amélioration de la santé de l'enfant, et même à sa survie. La mort de l'enfant attribuée à une négligence sélective de la mère déresponsabilise les services de santé qui ont déjà tendance à culpabiliser les mères. Ce message de "mauvaise mère" ne peut avoir que des effets négatifs, et conduire la femme à ne plus se présenter au service de santé, selon Alice Desclaux<sup>1</sup>.

La notion de négligence sélective introduit aussi l'idée que la malnutrition est une forme de maltraitance à enfants, par "délit" d'indifférence parentale<sup>2</sup>. Si cet argumentaire, pris au cas par cas, peut s'avérer parfois exact, il suggère, au regard de la protection de l'enfance, l'éventuelle condamnation de parents d'enfants malnutris pour "mise en danger de la vie d'autrui". Or, là aussi, en terme de santé publique ou de stratégie de développement, la condamnation morale - voire judiciaire- des parents doit-elle suppléer les difficultés de la prise en charge psycho-sociale ?

Enfin, elle est critiquable car elle pose l'adéquation "enfant bien soigné = enfant désiré" dans des sociétés où les femmes ne sont pas encore maîtresses de leur sexualité et de leur fécondité. Le raisonnement, qui paraît fondé lorsque la femme a les moyens de gérer sa fécondité, se retourne contre elle si cette autonomie n'est pas effective. Actuellement, de nombreuses femmes rurales d'Afrique ont encore, avant tout, l'obligation d'assurer la descendance du groupe : le refus d'enfant est incompréhensible et ne peut s'expliquer qu'à la suite d'une union prohibée. L'enfant est objet de convoitise et l'unique moyen pour les femmes rurales d'exercer un pouvoir social, notamment par le contrôle des alliances et l'accès aux décisions familiales. Dans l'esprit des populations, la femme stérile est non seulement une femme qui ne parvient pas à avoir d'enfants d'un point de vue biologique (la stérilité est rarement attribuée à l'homme dans les campagnes), mais aussi une femme qui ne parvient pas à les garder en vie (avortements spontanés, mort-nés, décédés en bas âge). Les accusations de sorcellerie s'appliquent souvent à ces femmes qui, dit-on, "n'ont pas d'enfant pour les défendre". La maladie ou la mort d'un dernier-né dans la famille sera parfois à l'origine d'une suspicion qui va l'exclure définitivement de l'unité familiale. Exprimer un désir de contraception, dans ce contexte, reste encore assez marginal en zone rurale, même si les démographes observent, d'une manière générale, une baisse de la natalité.

La notion d'enfant-désiré, associée à celle d'enfant-aimé -aimé parce que désiré- et bien soigné parce que aimé, bien que provenant des sociétés européennes, est véhiculée par le personnel de santé des pays en voie de développement. Là aussi, appliqué à des sociétés où le statut de la femme, les conditions d'accès à la nourriture, les niveaux de vie ne permettent pas de poser ces questions en ces termes, ce précepte dénonce et condamne une culture parce qu'elle n'est pas au même niveau de développement que les autres sociétés. Cette attitude négative du

<sup>1</sup> A. Desclaux : "De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant", in J. Benoist (éd.) : *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris, Karthala, 1996, pp. 251-280.

<sup>2</sup> Margaret Mead : "La carence maternelle du point de vue de l'anthropologie culturelle", in *La carence de soins maternels : réévaluation de ses effets*. "Cahiers de Santé Publique" n° 14, 1962, OMS, Genève.

corps médical a pour résultat de provoquer chez la mère un sentiment d'impuissance, qui la conduit à se replier sur elle-même.

A l'heure du discours sur l'universalité des droits de l'enfant et donc de son statut dans les sociétés, cette notion de "négligence sociale" pose ainsi la question de l'adaptation de ces universaux aux spécificités culturelles et, inversement, de l'adaptation de ces sociétés à de nouveaux modèles de comportement et d'idéaux de fécondité.

Aujourd'hui, il est temps de sortir d'un raisonnement dichotomique ("la faute en incombe au système de santé des Etats", ou "elle incombe au système de pensée des populations"), de façon à faire valoir la nécessité d'une meilleure adéquation entre les deux causalités, unique condition à ce que les Anglo-Saxons nomment la "*compliance*", terme que l'on peut traduire en français par l'observance du traitement, mais qui correspond plutôt à une relation de confiance entre soignants et soignés, à une adhésion du milieu familial au protocole thérapeutique global.

Pour que la "*compliance*" existe, il importe que les recommandations du personnel de santé tiennent compte, quasiment au cas par cas, de l'organisation sociale des familles auxquelles il s'adresse, de leur niveau de vie, de leur lieu d'habitation par rapport au centre de santé, etc. Pour ce faire, la connaissance de ces modes d'organisation socio-familiale et des systèmes de représentations auxquels les individus se réfèrent est indispensable. Les uns et les autres étant nombreux, il revient aux chercheurs en sciences sociales d'exposer leur diversité et leurs points communs, afin que leur travail puisse être utilisé par les éducateurs sanitaires, les médecins de santé publique et les cliniciens.

## Résumé du débat

En Afrique, le mépris des fonctionnaires pour les usagers est un comportement banal (et pas seulement en Afrique). Chez les femmes qui exercent dans les services de santé, ce qui aggrave particulièrement ce mépris est qu'elles supportent mal l'image de la femme traditionnelle que leur renvoient sans cesse leurs patientes, alors qu'elles-mêmes prétendent avoir rompu avec cette image, qu'elles ont appris à rejeter au cours de leur formation. Le Sida brouille particulièrement le jeu et provoque le désarroi des personnels de santé, confrontés à leur impuissance et renvoyés à la menace de leur propre mort.

La mère africaine n'est jamais la seule à agir sur son enfant (y compris avant même l'accouchement). C'est là un fait que les pratiques médicales modernes passent totalement sous silence. Cela est vrai aussi avec les immigrés en France : un enfant qui a des problèmes sera conduit chez le pédo-psychiatre par toute sa famille (alors que l'adulte sera amené par une institution), démarche qui manifeste déjà une rupture sensible (et pénible) avec la tradition. Cette diversité des pratiques médicales autour de l'enfant est d'ailleurs un excellent révélateur des rapports de pouvoir au sein de la famille (qui fait quoi ? qui décide ? qui paie ?). Il est fréquent que chacun des intervenants tente de tirer vers une thérapie ou l'autre pour des raisons qui n'ont rien de médicales.

Beaucoup de pays recherchent un syncrétisme institutionnel entre les soins modernes et traditionnels. Mais on constate que cela marche rarement. La médecine moderne veut bien récupérer le savoir pratique des guérisseurs (les vertus chimiques des plantes...), mais en refuse tous les aspects magico-religieux (alors qu'en Afrique, la maladie n'est jamais "naturelle"), ou même psycho-sociaux. De plus, les guérisseurs qui acceptent de coopérer ne sont en général pas les plus authentiques, mais ceux qui cherchent de la considération sociale (et de l'argent). C'est en fait le patient qui réalise lui-même le syncrétisme, en additionnant comme il le peut les diverses pratiques. La juxtaposition des croyances est constante, aboutissant en ville à l'invention de nouvelles pratiques. La médecine chinoise, elle, envisage le patient dans sa globalité, d'où son vif succès dans le Tiers-monde, moins par l'envoi de médecins en coopération officielle que par la vente qui se généralise de "médicaments" chinois, distribués sans aucun contrôle.

Les bébés négligés ont-ils tendance à devenir des enfants de la rue ? Il n'y a pas d'études là-dessus au Burkina Faso. Par contre, le fait d'être un orphelin de mère est un sérieux handicap social, qui conduit souvent à la marginalisation. C'est un thème fréquent dans la littérature orale : l'orphelin est décrit "comme une chèvre boiteuse", c'est-à-dire très défavorisé. En cas de décès ou de départ de la mère (volontaire ou non : elle peut être chassée de chez elle sous l'accusation de "sorcellerie"), l'enfant appartient au mari, mais cela signifie en fait qu'il n'est plus protégé, surtout en cas de problème avec la marâtre : c'est là l'une des raisons majeures du départ vers la rue à Ouagadougou.

Le problème des enfants "confiés" a beaucoup intéressé les anthropologues, qui raisonnent en termes flatteurs d'échanges et de logiques sociales. Mais on ne prend guère en compte la souffrance que cela peut représenter pour l'enfant ainsi ballotté comme un objet. Il faudrait travailler davantage sur les individus et leur vécu. Est-il possible d'envisager une "anthropologie des sentiments" ?