

CHAPITRE 7

L'alimentation et la nutrition

Charles-Édouard de Suremain

INTRODUCTION

À l'instar des champs étudiés par l'anthropologie, l'alimentation présente un caractère d'universalité et une extrême diversité au niveau des discours, des pratiques et des représentations. Cependant, si elle occupe une place de choix dans plusieurs monographies fondatrices de la discipline, elle n'en constitue que rarement le fil conducteur. Parce que l'alimentation y est envisagée comme un trait culturel parmi d'autres – au même titre que les techniques du corps ou la parenté – permettant de mieux connaître le groupe ou la société étudiés, elle ne permet pas de répondre aux préoccupations de l'anthropologie de l'alimentation et de la nutrition et, plus largement, du développement. Dans l'histoire, on retiendra plus particulièrement les travaux de Richards (1932), Malinowski (1935), Evans-Pritchard (1940), Firth (1959), Foster (1967) et Vogt (1976)¹.

Les études anthropologiques qui portent sur l'alimentation et la nutrition sont peu nombreuses et récentes dans le domaine du développement (*a fortiori* dans l'humanitaire), et se regroupent, pour la plupart d'entre elles, sous la bannière de l'anthropologie nutritionnelle. Elles se focalisent essentiellement sur l'alimentation de l'enfant (*cf.* étude de cas 1), les origines sociales et culturelles de la malnutrition, ainsi que sur les relations entre l'alimentation, la santé, la

1. En France, il faut attendre les études de De Garine (1962), Mahias (1985), Hubert (1985) et Katz (1990).

croissance et le développement, le corps et les soins (*cf.* étude de cas 2). D'autres recherches, plus rares encore, portent sur les différentes déclinaisons des politiques publiques (sécurité alimentaire, environnement, santé, migration) et le rôle que peut y jouer l'anthropologie de l'alimentation et de la nutrition (*cf.* étude de cas 3).

Les trois études de cas présentées dans ce texte (Congo, Bolivie-Pérou, Maghreb-Asie-Arctique) traitent de l'une ou l'autre des thématiques mentionnées ci-dessus, sachant que ces dernières se recoupent fréquemment. Pour autant, les études s'inscrivent dans des configurations de recherche suffisamment distinctes les unes des autres pour pouvoir illustrer et discuter les divers modes d'implication de l'anthropologie de l'alimentation et de la nutrition dans le domaine du développement (engagement appliqué, approche critique, regard intermédiaire).

L'IMPORTANCE DE L'ALIMENTATION ET DE LA NUTRITION POUR LES PRATICIENS DE L'AIDE ET DU DÉVELOPPEMENT

Depuis des décennies, la lutte contre la malnutrition et pour la sécurité alimentaire s'impose comme une préoccupation majeure dans les milieux de l'aide et du développement. Les actions menées en ce sens s'intègrent à des projets plus vastes visant à vaincre l'extrême pauvreté et à instaurer le développement durable. ONG et structures étatiques, para-étatiques et privées relaient les objectifs des grandes institutions internationales (FAO, OMS, Unicef) afin d'éradiquer la faim en améliorant la nutrition dans les sociétés et les groupes les plus vulnérables (pauvres, femmes, enfants). Des dizaines d'indicateurs quantitatifs¹ ont ainsi été élaborés à différentes échelles (individu, ménage, population, pays) en vue de détecter les malnutritions, chroniques et sévères, et l'insécurité alimentaire², celle-ci dépendant de plusieurs facteurs : la disponibilité des aliments, leur accessibilité, la stabilité des approvisionnements, et l'acceptabilité culturelle associée à ces aliments. Le but est d'en identifier les causes et de définir des priorités d'action.

1. *Cf.* le guide de référence de Maire & Delpeuch *et al.* (2004).

2. L'insécurité alimentaire est définie par les grandes institutions internationales comme le fait de ne pouvoir avoir accès, à tout moment, à une nourriture suffisante pour mener une vie saine et active.

Parmi ces causes, les praticiens de l'aide et du développement incluent les déterminants sociaux et culturels de l'alimentation, lesquels sont complexes, intriqués, peu quantifiables et hiérarchisables. Or, comment faire la part du social et du culturel dans les préférences alimentaires individuelles ? La valeur économique des aliments est-elle plus importante que leur valeur symbolique, et pour qui ? L'acte de manger, ou de nourrir quelqu'un, peut-il être confondu avec un soin ? Les répercussions de l'alimentation sur le corps sont-elles dissociables de celles sur l'identité individuelle et collective ? Quelle est l'importance des relations sociales et familiales sur l'état nutritionnel d'un individu ?

Semblables préoccupations sont à l'origine d'importants rapprochements entre recherche anthropologique fondamentale et recherche appliquée. Elles ont notamment entraîné le développement de méthodes qualitatives¹, mises en œuvre dans le cadre d'enquêtes rapides², que les spécialistes en santé publique ou les nutritionnistes peuvent s'approprier. Les outils de recueil de données employés, inspirés de l'anthropologie et de la sociologie, sont simplifiés (impasse faite sur l'observation) et visent à fournir des informations élémentaires sur les habitudes alimentaires en dehors de toute problématique anthropologique. Le but de ces enquêtes est d'apporter des réponses opérationnelles aux questions posées. Elles tentent aussi d'apprécier le degré de connaissance des problèmes vécus par la communauté – ce terme fourre-tout désignant les groupes pré-fabriqués par les opérateurs de l'humanitaire et du développement pour conduire leurs interventions (*i. e* les groupes-cibles) – dans le but de « renforcer ses capacités d'analyse et d'action³ ». Les critiques de ces démarches parlent de procédures standardisées visant à apporter un vernis culturel à des études quantitatives elles-mêmes détachées de tout contexte (Desclaux 1992, Hubert 2004).

Au-delà de ces travaux souvent superficiels, les anthropologues interviennent de manière plus approfondie sur différentes thématiques liées à l'alimentation et à la nutrition.

1. Cf. les manuels méthodologiques appliqués à la nutrition de Scrimshaw & Hurtado (1987) et Scrimshaw & Gleason eds. (1992). Voir aussi Grivetti & Pangborn (1973), Wilson (1977), Jerome & Pelto (1981), Gryboski (1995).
2. Il s'agit essentiellement des RAP (*Rapid Rural Appraisal*) et des CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques). Chambers (1992), l'anthropologue de référence à la Banque mondiale, qualifie de *quick and dirty* ces méthodes dont il est l'un des instigateurs.
3. L'*empowerment* est un processus au cours duquel les individus et les groupes se renforcent mutuellement par la participation à un projet, ce qui aboutirait à un développement plus conforme aux valeurs sociales et culturelles locales (Cernea 1985).

IMPLICATION DES ANTHROPOLOGUES ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

L'intérêt « développementaliste » des anthropologues pour la modification des habitudes alimentaires est récent. Annie Hubert (2000) rappelle que l'anthropologie alimentaire appliquée s'est construite aux États-Unis en période de guerre dans la foulée de préoccupations pour la sécurisation alimentaire (Mead 1943). Le courant a pris de l'ampleur au cours des années 1980, lorsque anthropologues et spécialistes en nutrition publique¹ ont participé à des recherches interdisciplinaires portant sur des thèmes identiques sur le même terrain. Étroitement associé aux actions de développement sur le terrain, il constitue le premier grand champ historique d'application des études d'anthropologie alimentaire en visant, en étroite collaboration avec les sciences nutritionnelles, à optimiser la lutte contre les différentes formes de malnutrition infantile (sévère, chronique) en Afrique et en Amérique latine. Cette mise en synergie est à l'origine de l'anthropologie nutritionnelle (Fitzgerald, ed., 1977; Jerome & Kandel *et al.*, eds., 1979; Johnston, ed., 1987; Pelto, 1996 et 2000; Goodman & Pelto *et al.*, eds., 1999)². Un second champ d'application des études en anthropologie de l'alimentation – dont le nombre s'accroît de manière significative ces dernières années – s'attache à influencer sur les prises de décision en matière de politique publique (sécurité alimentaire, santé, environnement...).

Les études anthropologiques appliquées pour une optimisation de la lutte contre la malnutrition infantile

L'anthropologie nutritionnelle se caractérise par son ancrage dans la « recherche-action participative ». La démarche adoptée ici tente de comprendre comment le monde se transforme avant d'agir sur lui avec le concours des acteurs concernés (Fals-Borda & Rahman, eds., 1991). Sur la base de l'étude des conditions d'existence concrètes et du contexte social et culturel des populations, ce type de recherche a pour objectif l'amélioration du statut nutritionnel des groupes et

1. Il s'agit d'un champ de recherche, de formation et d'action sur le statut nutritionnel des populations, les facteurs qui l'influencent et les stratégies et programmes pour l'améliorer (Mason & Habicht *et al.*, 1996).

2. En France, De Garine (1972) et Hubert (1990) font figure de pionniers en la matière.

des personnes, et vise la proposition de recommandations acceptables pour elles comme pour les décideurs (bailleurs de fonds, responsables des ministères...). De par ses options théoriques et méthodologiques¹, elle attire des anthropologues confirmés ayant réalisé des recherches répondant aux canons de la discipline (séjour prolongé, connaissance de la langue, observation... ; cf. Lefèvre & Suremain, 2002).

L'une des principales entrées de la version la plus appliquée de l'anthropologie de l'alimentation et de la nutrition dans le développement concerne l'alimentation de l'enfant. Une place importante est occupée par les études sur les modalités de l'allaitement maternel, du sevrage et de la prise d'aliments solides (cf. étude de cas 1). Dettwyler (1989a), par exemple, distingue des « styles alimentaires » (usage de la cuillère ou des doigts, conduite coercitive ou participative des mères) à partir de l'observation de pratiques de nourrissage (Dupuis, 1981 ; Lallemand, 1981 ; Suremain, 2000). Les recommandations qui en découlent envisagent de rendre plus recevables les injonctions sur l'allaitement, la promotion de la santé de la mère, la croissance et le développement, ainsi que sur l'introduction appropriée de l'aliment de complément (Bond, ed., 1981 ; Anderson, 1983 ; Akin, 1985 ; Dettwyler, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989b ; Hull & Simpson, 1985 ; Stuart-Macadam & Dettwyler, 1995 ; Bentley & Dettwyler *et al.*, 1997 ; Howard & Millard, 1997 ; Suremain & Lefèvre *et al.*, 2001). Autrement dit, ces études anthropologiques, qui s'appuient sur des techniques quantitatives, visent à optimiser les stratégies d'amélioration alimentaire et les messages d'éducation nutritionnelle (cf. étude de cas 1) (Pelto & Pelto, 1989 ; Massamba & Gami, 1996 ; Kolsteren & Lefèvre, 1997 ; Crooks, 1999 ; Goodman & Dufour, 1999).

Ces recherches définissent également un autre champ d'application de l'anthropologie dans le développement : celui de la lutte contre la malnutrition (cf. études de cas 1 et 2). Si l'on sait que celle-ci résulte de déséquilibres alimentaires liés à des situations de pauvreté, des processus d'exclusion sociale, des conditions d'hygiène défavorables et des problèmes de disponibilité alimentaire (Gruénais, 1985 ; Pagézy, 1990 ; Bonnet, 1996), les études qualitatives en nutrition publique ont également accordé une importance cruciale au fait de savoir s'il existe un équivalent de la notion de malnutrition dans les représentations populaires. En revanche, et en dépit de son importance en terme de prévalence, les études anthropologiques sur la

1. Plusieurs guides de références existent : Quandt & Ritenbaugh ed. (1986) et Pelto & Pelto *et al.*, eds. (1989). Cf. le manuel méthodologique précurseur de Guthe & Mead (1945), ainsi que la revue *Nutritional Anthropology*.

malnutrition, et plus précisément sur la façon dont la pathologie est prévenue, traitée et interprétée selon les sociétés, demeurent relativement rares (De Garine, 1984, 1987; Dasen & Super, 1988; Dettwyler, 1989, 1992, 1994; Sheper-Hughes, 1992; Jaffré, 1996). Toutefois, qu'il s'agisse de programmes de santé publique ou d'épidémiologie sociale, les travaux s'accordent sur le caractère multifactoriel et complexe de la malnutrition, comme sur l'importance des représentations et des causes sous-jacentes des comportements à prendre en compte dans la mise en œuvre des interventions (Dettwyler, 1992; Gruénais & Delpeuch, 1992; Desclaux, 1996) (*cf.* les trois études de cas).

Dans cette mouvance, une autre entrée concerne l'étude de l'entourage nourricier (Suremain, 2007; Wiessner, 1981; Raphael & Davis, 1985; Popkin, 1986) celui-ci comprenant l'ensemble des partenaires, adultes et enfants, appartenant ou non à ce qu'il est convenu d'appeler la famille et qui participent à l'alimentation de l'enfant. L'entourage nourricier varie en fréquence et en nature selon l'identité des personnes impliquées, les statuts et les prérogatives, mais aussi selon les étapes du cycle alimentaire. Les études qui lui sont consacrées permettent de repérer et d'analyser les situations présentant un risque sur le plan alimentaire et nutritionnel. Cette recherche, qui repose sur les acquis de l'anthropologie de l'enfance¹, comporte des dimensions fondamentales et appliquées qui pourraient aussi trouver un terrain d'application dans le domaine de l'humanitaire.

Dans la même perspective d'amélioration des messages d'éducation sanitaire, nutritionnelle, et, plus largement, des politiques de santé publique (Dettwyler & Fishman, 1992; Dufour, 1997; Suremain & Lefèvre, 2003), prendre en compte les étapes du développement perçues comme essentielles par l'entourage de l'enfant (stade de la marche, de l'autonomie alimentaire, acquisition du langage, sexualisation...) constitue une dimension essentielle. Pourtant, les études – articulées à l'aide ou au développement – portant sur les relations entre l'alimentation et le thème de la croissance et du développement de l'enfant sont quasiment inexistantes (*cf.* étude de cas 2). Les représentations du développement de l'enfant renvoient plus fondamentalement à des pratiques de façonnage du corps (emmaillotement, déformation crânienne...) et de fabrication de la personne, lesquelles soulignent l'intrication des dimensions rituelles, techniques, symboliques et sociales des soins (Suremain, 2003; Bonnet & Pourchez,

1. Ne sont mentionnés ici que quelques ouvrages qui abordent, entre autre, la question de l'alimentation de l'enfant : Bonnet (1988), Rabain (1979), Lallemand (1997), Razy (2007).

2007). Alimentée en amont par la psychologie (Engle & Ricciuti, 1995; Engle, 1997; Bouville, 2004), l'approche anthropologique a d'ailleurs largement renouvelé les réflexions sur la notion de soin en nutrition publique, de telle façon qu'il est désormais acquis de considérer leur qualité (définie par le rapport entre l'efficacité et le coût) – de concert avec la « capacité de prise en charge »¹ – comme un indicateur de l'état nutritionnel et de santé des populations (Saillant, 1999a).

Avec une approche très différente des précédentes, fondée sur l'usage de la statistique et des mathématiques, des études américaines ont établi des corrélations entre la disponibilité des ressources (alimentation, temps, richesses) et leur distribution dans les maisons, en tant que ces facteurs influent directement sur le statut nutritionnel de l'enfant (Messer, 1983, 1990; Popkin & Solon, 1976). Ces études font notamment ressortir les inégalités dont les filles sont victimes, ces phénomènes s'inscrivant dans la problématique plus large des relations de genre (Franklin & De Valdès, 1979; Popkin, 1980; Raphael & Davis, 1985; Engle & Pedersen, 1989; Messer, 1990, 1997). Toujours dans le registre quantitatif, des recherches en anthropologie biologique et en sociobiologie ont porté sur les stratégies alimentaires mises en œuvre par les individus pour équilibrer leurs efforts et la rentabilité sociale et économique attendue en retour (Montgomery & Johnson, 1976; Hass & Harriison, 1977; Stini, 2001). La principale limite de ces travaux, qui présentent pourtant des diagnostics très rigoureux, est de ne pouvoir saisir les raisons profondes des phénomènes observés. Le passage de la description à la compréhension et à l'action, en particulier, s'opère d'autant plus difficilement que les catégories explicatives mobilisées sont d'ordre scientifique et imposées par les chercheurs (*etic*) et non locales et induites des discours et des pratiques des populations (*emic*).

Les études de l'alimentation et leurs interactions avec la mise en œuvre des diverses déclinaisons des politiques publiques

Un vaste champ pour lequel les anthropologues sont de plus en plus fréquemment sollicités depuis une vingtaine d'années concerne l'étude de l'alimentation en tant qu'elle interagit avec les diverses

1. Il s'agit, en santé publique, de la capacité de suivi des populations par les professionnels de la santé comme par les populations elles-mêmes.

déclinaisons des politiques publiques (Van Willigen & DeWalt, 1986). Cet intérêt se manifeste concrètement par la mise en œuvre de projets de recherche pour le développement – financés par des instances internationales (du type INCO-DC, INCO-MED ou INCO-DEV¹) – conduits en partenariat pluri-institutionnel entre des équipes de chercheurs, des professionnels, des acteurs de terrain et des décideurs politiques appartenant à un voire à plusieurs ministères. La sécurité alimentaire, l'environnement, la santé et la migration sont, par exemple, des entrées qui suscitent un intérêt sans cesse croissant de la part des anthropologues impliqués dans les questions de développement.

Jusqu'à présent, peu d'anthropologues² se sont impliqués dans l'étude des politiques alimentaires et de la lutte contre l'insécurité alimentaire. Tout au plus y ont-ils contribué en fournissant un appui méthodologique partiel, limité et ponctuel (Pinstrup-Andersen, 2000). La plupart d'entre eux étudient les systèmes alimentaires – en tant qu'ensembles de règles, de normes, de valeurs, d'usages plus ou moins explicites et formalisés – et les perceptions locales de la faim, du manque ou du risque, mais pas la façon dont les politiques alimentaires résultent de l'intervention d'acteurs aux intérêts inégaux ou conflictuels, aux visions, aux moyens financiers et au capital social et politique contradictoires³.

Plus nombreux, en revanche, sont les anthropologues de la santé qui participent à des recherches visant à lutter contre les pathologies de l'abondance associées à la transition démographique, épidémiologique et nutritionnelle (marquée, entre autres, par l'importance prise par les maladies chroniques non transmissibles sur les maladies transmissibles). Ciblées sur des groupes à risque spécifiques (adolescents, jeunes mères, vieillards), les recherches s'intéressent aux modes de vie, terme qui englobe les habitudes alimentaires (*cf.* étude de cas 3). Il s'agit en particulier d'identifier celles d'entre elles qui contribuent à l'accroissement de ces nouvelles maladies (affections cardio-vasculaires, hypertension, diabète, certaines formes de cancer et d'anémie) et de l'obésité dans des régions (Maghreb) qui connaissent des changements sociaux, culturels et économiques majeurs et rapides ou dans

1. Ces différents projets, qui ressortent de la Commission européenne, se distinguent par des options plus ou moins marquées pour la recherche, le développement (au sens d'action sur le terrain) ou une aire géographique spécifique. Tous ont en commun de déboucher sur la formulation de recommandations pour le développement (au sens large).
2. *Cf.* cependant Shipton (1990), Calvo & Aguirre (2005), McMillan (1991).
3. À l'exception d'Aguirre sur l'Argentine (2004). *Cf.* Également le projet « Acteurs stratégiques, cadres normatifs de l'action et régulations des politiques alimentaires au Sahel » (2005-2008) auquel sont associés plusieurs anthropologues ayant participé à l'étude des interventions d'urgence, domaine quasiment réservé des « humanitaires », des politologues ou encore des géographes.

des pays confrontés à un développement géographique et social très inégal (Brésil, Mexique)¹.

L'analyse anthropologique est également mobilisée pour l'évaluation critique et qualitative des volets alimentaires des politiques de lutte contre la pauvreté dans les pays pauvres et émergents (Aguirre, 2004, 2008; Calvo & Aguirre, 2005). À travers les images du corps, articulées à la santé et à l'alimentation, des recherches sont conduites sur les pratiques corporelles liées aux nouvelles formes d'alimentation hors domicile et à la modification des modèles alimentaires. Elles conduisent, par exemple, à apprécier la façon dont l'obésité ou l'anorexie – définies selon des critères biomédicaux – sont vécues, intériorisées et progressivement perçues comme des états et/ou des comportements normaux ou pas par les acteurs. Ces études questionnent ainsi les mesures politiques consistant à distribuer des aides financières à des catégories de population définies comme pauvres afin qu'elles s'alimentent plus et mieux². Ces préoccupations pourraient également trouver un terrain d'application direct dans le traitement de la question du changement alimentaire en situation de migration – que cette dernière soit contrainte ou non (Bouly de Lesdain, 1999; Burns, 2004).

On relèvera enfin l'existence de recherches sur les interactions entre l'alimentation et l'environnement dans le contexte de sociétés marquées par de profonds changements écologiques, sociaux, culturels et économiques. Outre l'anthropologie, les disciplines mobilisées sont l'agronomie, l'écologie, la botanique, l'économie, la géographie et l'histoire. Leur but est de participer à l'élaboration de politiques publiques visant à sauvegarder ressources naturelles et patrimoines locaux, ces derniers étant matériels ou immatériels (Froment & De Garine, 1996; Raimond & Garine, 2005). Sur ce dernier thème, la question du patrimoine alimentaire devrait occuper une place de plus en plus importante. En effet, les transformations des modèles alimentaires – comme suite au processus de standardisation des modes de vie à l'échelle planétaire – s'accompagnent de mouvements identitaires, politiques et économiques (contestations, revendications, rejets) qui s'appuient sur la défense des patrimoines gastronomiques et culinaires (Álvarez & Medina, sous presse; Suremain & Katz, 2008).

Les champs d'étude couverts par l'anthropologie de l'alimentation et de la nutrition qui viennent d'être brièvement présentés sont

1. Sur l'Amérique latine, cf. Pelto & Pelto (1983), Bertrán (2005). Cf. Poulain & Tibere *et al.* (2002) sur la Polynésie et le projet Tahina (2003-2006) sur le Maghreb.

2. Comme c'est le cas au Brésil ou au Mexique avec le programme national *Oportunidades* (Suremain 2008).

aussi diversifiés que les manières dont les anthropologues appréhendent leur travail de terrain. Celui-ci résulte autant du *background* théorique, conceptuel et méthodologique des chercheurs que des configurations globales (scientifiques, administratives, financières, partenariales...) propres aux projets et/ou aux programmes dans lesquels et pour lesquels ils travaillent. Comme nous allons le voir, le degré d'implication des anthropologues dans leur recherche est étroitement lié à son caractère plus ou moins appliqué.

RÉFLEXION THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE

Quels sont les mécanismes et conditions de transfert des connaissances aux propositions, des propositions aux recommandations, des recommandations à l'action lorsque l'anthropologue est amené à travailler sur l'alimentation et la nutrition dans des projets de développement ? Quelles sont ses marges de manœuvre et de négociation ? Quelles adaptations ou quels compromis méthodologiques implique sa participation ? Quel travail d'interprétation et de traduction implique-t-elle entre les chercheurs, et pour quels résultats ? Pour tenter de répondre à ces questions, trois positions de recherche anthropologiques – ou études de cas – vont être présentées et discutées.

L'engagement appliqué : changement de comportement et aliment de complément (Congo)

La place assignée des anthropologues

Dans cette première étude de cas, l'anthropologie s'inscrit dans une configuration appliquée qui renvoie à l'anthropologie nutritionnelle telle qu'elle a été présentée plus haut (*cf.* 2). Il s'agit d'une intervention d'éducation nutritionnelle et de transfert de technologie alimentaire menée entre 1991 et 1994 sur le plateau Kukuya¹, une région rurale du Congo. L'anthropologue travaille ici dans le cadre d'un programme à finalité opérationnelle entièrement mis au point par des technologues alimentaires (ou spécialistes en transformation des aliments), des nutritionnistes, des épidémiologistes et des spécialistes de santé publique

1. Située à 400 km au nord de Brazzaville, cette entité de 400 km² appartient à l'aire culturelle *teke* (groupe Bateke). La population y est d'environ 20000 habitants.

issus d'équipes de recherche congolaises et françaises habituées à collaborer ensemble, ainsi que de la Direction de la santé et de la famille du ministère de la Santé publique congolais. Le financement, quant à lui, est assuré par l'Unicef, le ministère français de la Coopération et de la recherche et l'ORSTOM¹. Dans cette configuration, la place de l'anthropologue est assignée et son rôle, défini à l'avance, n'est pas négociable. Sa participation s'inscrit dans une succession d'activités de recherche et/ou d'évaluation planifiées au terme desquelles il doit rendre un rapport synthétique assorti de recommandations en vue d'améliorer les interventions de ses collègues.

À l'origine, c'est à partir des résultats livrés par l'enquête nutritionnelle nationale de 1987 – résultats selon lesquels la malnutrition était particulièrement importante sur le plateau – que le ministère de la Santé a interpellé les équipes de recherche et qu'une intervention a été mise au point. Sans qu'il s'agisse à proprement parler d'une commande, elle obéissait à un protocole rigoureux et devait déboucher sur des résultats objectifs, mesurables.

L'intervention visait à modifier le comportement des mères *kukuya* à travers la réalisation de deux objectifs : améliorer les pratiques d'allaitement par l'éducation nutritionnelle (allaitement exclusif entre 0 et 4 mois) et faire respecter le calendrier d'introduction des aliments de complément, d'une part, et inciter à la préparation d'une bouillie de complément améliorée (plus riche et mieux équilibrée que l'habituelle) confectionnée avec des ingrédients locaux, d'autre part.

Lors de la phase de diagnostic, les chercheurs se sont relayés avec les concepts et outils de leurs disciplines respectives. Outre les évaluations de processus et d'impact faisant appel aux méthodes épidémiologiques, des procédures pluridisciplinaires ont été mises en place, mobilisant la psychologie interculturelle² et l'anthropologie. Deux anthropologues ont ainsi participé au projet : Norbert Gami pendant la phase de diagnostic et l'évaluation, et moi-même lors de l'évaluation (1995). Le premier devait fournir des éléments de compréhension sur l'organisation sociale et les habitudes alimentaires, tout en réalisant sa thèse. Pour ma part, je devais évaluer l'acceptabilité, par les mères, de ce qu'il était convenu d'appeler la nouvelle bouillie, et de réfléchir avec les animatrices (les femmes ayant reçu

1. « Opération pilote d'éducation nutritionnelle et de transfert de technologie alimentaire » est l'intitulé complet de l'intervention.

2. En la personne de Jean-François Bouville, spécialiste des relations mères-enfants et de la malnutrition dans une perspective interculturelle. Pour rappel, celle-ci consiste à examiner les processus psychologiques dans leur contexte social et culturel, et par conséquent à renouveler les concepts et théories parfois ethnocentriques de la psychologie occidentale classique (2001).

une formation pour préparer ladite bouillie, diriger les causeries et faire les démonstrations culinaires) sur la pérennisation du projet.

Méthodologie et déroulement de l'évaluation

Le temps dévolu à l'évaluation était court (mars 1995), même s'il s'agissait de porter un regard sur une pratique circonscrite. Ces conditions m'ont contraint à réunir le plus d'éléments possibles sur le système alimentaire local en révisant la littérature (anthropologie, agronomie, géographie). Je me suis également assuré le concours d'un interprète avec qui j'ai négocié une installation dans un hameau.

Du fait de l'ambiguïté de ma position sur le terrain – les habitants du plateau n'ignoraient rien de mes liens avec les équipes responsables de l'intervention – il m'a fallu, comme c'est le cas dans une configuration de recherche plus classique, procéder par observations et entretiens qui n'avaient pas directement de rapport avec les questions auxquelles on m'avait demandé de trouver des réponses. Ce faisant, je prenais le temps d'expliquer que je n'étais pas un promoteur du projet, mais un observateur de celui-ci. Je me donnais ainsi les raisons d'espérer que j'allais progressivement gagner, sinon la confiance, au moins la sympathie des habitants...

Ce n'est qu'après une quinzaine de jours entièrement consacrés à l'identification des liens (de parenté, d'alliance, de voisinage) unissant les habitants du hameau (une cinquantaine) – et à l'observation la plus exhaustive possible du déroulement de la vie quotidienne – que j'ai commencé à traiter directement le sujet qui m'avait été confié. J'ai alors multiplié les « observations ciblées » (Pelto & Pelto, 1989) sur les pratiques d'allaitement – tout en les situant dans l'ensemble des activités féminines préalablement décrites (tâches domestiques, travaux des champs) –, les modes de distribution de la nouvelle bouillie et l'attitude des mères à cette occasion. Grâce à mon interprète, j'ai mené des entretiens complémentaires sur la façon dont l'entourage (parents, voisins, « anciens ») percevait la nouvelle bouillie.

C'est finalement au terme de l'évaluation que je me suis entretenu avec les douze animatrices chargées de promouvoir le projet. Là encore, mon intention initiale – naïve s'il en est – était que mes interlocutrices ne me confondent pas avec l'un de leurs chefs (ou responsables). Il est bien évident que ces précautions étaient vaines. En dépit de la confiance que l'on m'avait volontiers octroyée, et qui m'avait permis d'obtenir des matériaux fort intéressants, je suis devenu, à la fin du séjour, le récipiendaire de toutes les frustrations et attentes des unes et des autres (mères comme animatrices) par rapport au projet :

qu'en était-il des résultats de l'enquête épidémiologique ? Quel suivi médical était prévu ? Les indemnités pour les animatrices seraient-elles toujours versées après la fin de l'intervention ? Quelles étaient les perspectives de développement pour le plateau Kukuya ?

Il ne fait aucun doute que la position d'intermédiaire que l'on m'avait attribuée – et que j'ai plus ou moins bien assumée sur le moment – a considérablement enrichi les résultats de l'évaluation. Dans la mesure où les demandes et les blâmes des acteurs renvoyaient à des ratés et à des oublis (inévitables) du projet, le document d'évaluation s'est finalement avéré plutôt critique et donc stimulant¹.

Conclusions de l'évaluation

Il y a un décalage entre le caractère extrêmement planifié du projet et la façon finalement plutôt informelle dont j'ai dû, au terme de l'évaluation, rendre compte des résultats obtenus. Il a fallu par exemple que je sollicite mes différents partenaires pour tenir des réunions de travail au gré de mes missions (internet n'était pas fonctionnel au Congo à l'époque)². Ce dénouement est sans doute lié au fait que je n'étais pas considéré comme un véritable évaluateur du fait de mon appartenance à l'équipe de nutrition de l'ORSTOM qui avait commandité l'évaluation.

Les conclusions de mes deux évaluations ont porté sur différents points.

I) La faible participation des hommes au projet qui, indépendamment de l'âge et du statut, ne se sentent guère concernés par l'alimentation de l'enfant. Ils n'ont d'ailleurs pas été invités par les animatrices à participer aux causeries et autres démonstrations culinaires. Dans la division des tâches, il revient aux femmes de nourrir leur famille. Si les cadets sociaux (hommes jeunes et célibataires) s'activent sur les plantations de haricots de leur oncle maternel, aucun ne vient prêter main-forte aux femmes sur les champs de maïs ou d'arachide qui fournissent la matière première de la nouvelle bouillie. La répartition des responsabilités et du travail contribue à renforcer l'absence d'implication des hommes dans les activités découlant du projet.

1. Et il aurait peut-être aussi été utile si la guerre civile qui a éclaté au Congo en juin 1997 n'avait pas entraîné la fin de toutes les activités de recherche et de développement dans le pays.

2. Deux ans après cette première expérience, j'ai pris l'initiative de réaliser une seconde évaluation et de rédiger un rapport (Suremain coord. 1997). J'ai pu organiser celle-ci alors que je résidais au Congo. J'ai sollicité le PAM et l'Unicef afin qu'ils participent au travail et/ou au financement de la mission (une semaine). Pour cette évaluation, des entretiens collectifs (*focus groups*) ont été conduits sous ma supervision auprès des douze animatrices et d'un groupe de mères.

II) Les femmes doivent prélever maïs et haricots sur leur récolte pour préparer la nouvelle bouillie, cette tâche s'ajoutant aux autres corvées domestiques. Si le *mpika* (le quatrième et dernier jour de la « semaine » *kukuya*) est, dans les discours, un temps libre, les femmes ne pouvant se rendre aux champs, l'observation montre qu'elles en profitent pour cuisiner le manioc pour les trois prochains jours, et réaliser bien d'autres tâches. La prise en compte de cette caractéristique forte et incontournable de l'organisation sociale locale permet d'expliquer, autrement qu'en termes de négligence ou de désintérêt, pourquoi le nombre de femmes *kukuya* qui préparent effectivement la nouvelle bouillie est très faible tandis que le nombre de celles qui savent la préparer est proche de la totalité.

III) Au terme de la période de réclusion de la mère (*ussuomi*), qui dure un à deux mois après l'accouchement, le manioc est expédié sous forme de boulettes au fond de la gorge du bébé. L'idée est qu'il absorbe ce qui fera de lui un vrai *Kukuya*¹. En outre, comme les effets de la nouvelle bouillie ne sont pas immédiats sur la croissance, les mères sont sceptiques sur ses vertus et dilettantes quant à sa distribution : si elles en connaissent les procédés de fabrication, elles ne sont pas pour autant disposées à adopter une habitude nouvelle. Ainsi nous avons constaté que lors de la cuisson, la nouvelle bouillie vire au mauve qui est aussi la couleur d'un poison mortel. Elle pourrait expliquer les réticences de certaines mères.

IV. Si la catégorie de *ngankuka* correspond bien à un ensemble de troubles physiologiques qui rappelle la malnutrition (maigreur associée à des œdèmes, ventre ballonné...), elle n'est pas toujours corrélée à l'alimentation. Contrairement à ce qui a été avancé lors de la phase de recherche, la malnutrition n'est pas répertoriée comme telle dans le système nosologique local.

V. Les conflits entre femmes, en particulier les co-épouses, sont fréquents et s'expriment par des agressions sorcières visant les enfants. Or, les jalousies et les ressentiments vis-à-vis des animatrices sont d'autant plus forts que ni leur âge ni leur statut n'ont été pris en compte par les équipes. Cette situation pourrait expliquer le manque d'entrain des animatrices elles-mêmes à poursuivre le projet au-delà de sa clôture².

1. Nourriture identitaire, le manioc est aussi censé prévenir la maladie. Les prises d'eau précoces participent de cette logique : l'enfant qui « pleure de soif » doit être réhydraté.

2. En témoigne l'échec des activités de couture découlant de l'octroi de machines à coudre aux animatrices en contrepartie de la poursuite, sans rétribution financière, des démonstrations culinaires et des causeries.

Conclusions intermédiaires

Dans cette configuration de recherche appliquée, la collaboration interdisciplinaire a posé des difficultés d'ordre épistémologique. Au cours du projet, il n'a pas été possible de reformuler ou de compléter les objectifs très spécifiques fixés par les technologues alimentaires, les nutritionnistes, les épidémiologistes et les spécialistes de santé publique. Pour les raisons exposées plus haut, cette focalisation initiale a exclu certaines catégories d'acteurs (chercheurs, population) du processus d'intervention.

Tout au long de celui-ci, l'anthropologie a été davantage perçue comme une source de connaissances, c'est-à-dire un dispositif de recueil de données susceptibles d'éclairer le sens de certains comportements alimentaires, que comme un mode de connaissances visant à situer discours, pratiques et représentations dans le contexte d'une société particulière. Pour que cette ouverture fût envisageable, les chercheurs auraient dû suivre trois étapes stratégiques : I) s'appuyer sur un cadre pratique et conceptuel élaboré collectivement dès la conception du projet ; II) tenir des séances régulières de restitution des résultats avec et/ou sans les populations ; III) accepter la réalisation d'évaluations de processus et d'impact externes, confiées à des chercheurs indépendants.

Si ces trois étapes sont *time and money consuming*, leur respect aurait pu conduire à éviter divers effets indésirables et inattendus lors de l'intervention (comme la résistance passive des animatrices) et contribuer à assurer la pérennité des actions¹. En termes strictement scientifiques, la valorisation des résultats est restée limitée et éparpillée (une thèse d'anthropologie, quelques articles en technologie alimentaire, en santé publique et en psychologie interculturelle). Surtout, en l'absence de cadre conceptuel initial, les équipes et les chercheurs n'ont pu se réunir et travailler ensemble à la restitution intégrée de leurs résultats spécifiques, sous la forme d'un colloque ou d'un ouvrage collectif. Cet exemple illustre les frustrations scientifiques pouvant découler de l'exercice de l'anthropologie dans le cadre d'un projet de recherche appliquée. Plus largement, il montre les limites inévitables de l'engagement de l'anthropologue sur le terrain (qu'il connaît par ailleurs plus ou moins bien) dans un type de configuration pour lequel il a finalement été sollicité de façon ponctuelle autour d'un objectif très resserré et très spécifique.

1. À la décharge des équipes, rappelons que l'explosion de la guerre civile (juin 1997) a brusquement interrompu toutes les activités engagées sur le plateau.

L'approche critique : perceptions de la santé, de la croissance et du développement de l'enfant (Bolivie-Pérou)

Histoire et objectifs du projet

La seconde étude de cas se fonde sur un projet de « recherche-action participative » en santé publique et en nutrition, et souligne le rôle critique de l'anthropologie en son sein. Financé par la Communauté européenne (INCO-DC)¹, qui avait lancé un appel d'offres (1996) sur le thème de la réforme des systèmes de santé, le projet réunissait des équipes pluridisciplinaires issues de quatre pays différents (Belgique, Bolivie, France, Pérou) qui avaient déjà collaboré autour d'activités de recherche ponctuelle. Les équipes étaient composées de nutritionnistes, d'épidémiologistes, de médecins (pédiatres, gynécologues, généralistes), d'infirmières... et donc d'anthropologues et de sociologues. Dans la mesure où chaque équipe pouvait compter sur au moins un anthropologue et/ou un sociologue, l'anthropologie a été associée dès le départ du processus.

Partant du constat que la santé fait l'objet d'interventions trop souvent dissociées les unes des autres, les chercheurs ont souhaité développer une approche globale et compréhensive de la santé, de la croissance et du développement de l'enfant de moins de cinq ans en Bolivie et au Pérou (1998-2001). En Bolivie, les recherches et les interventions ont eu lieu dans un quartier périurbain de Cochabamba (Chavéz Rancho) et dans le Chaparé, la région amazonienne et cocaifère du département du même nom. Dans les deux zones, les populations étaient majoritairement aymaraphone et quechuaphone. Au Pérou, les activités se sont déroulées dans un quartier populaire de Lima (Independencia) et dans une zone maraîchère située à une cinquantaine de kilomètres de la capitale (Carabayllo). L'approche recherchait un équilibre entre la prévention et les soins curatifs d'une part et l'implication des parents et des autres responsables dans la recherche de cet équilibre d'autre part. Cette implication – qui se fondait sur la prise en compte de la parole, des pratiques, des représentations, des stratégies et des contraintes des acteurs (personnels soignants, soignés, autorités locales...) – devait permettre d'accroître la couverture et l'utilisation des services de santé. Elle devait

1. Le programme dépendait de la DG 12, une commission spécialisée dans les programmes de recherche qui a disparu depuis. Il s'intitulait *Health Sector Reform : Towards a more Global Approach of Child Health* (n° IC18-CT97-0249 [DG12-WRCA]).

également induire des changements dans les représentations et les pratiques en rapport avec la santé de l'enfant, et améliorer par voie de conséquence les relations entre soignants et soignés.

La place négociée, active et critique des socio-anthropologues

Une fois le projet accepté pour financement par la Commission européenne, les deux socio-anthropologues¹ du Nord (Pierre Lefèvre et moi-même) ont rédigé un document, la « charte », dont l'intention était d'élaborer des questions de recherche, des hypothèses, des outils d'enquête et un calendrier spécifiques plus conformes aux rythmes, aux contraintes et aux ambitions théoriques de la recherche en sciences sociales. Par-delà, l'idée était également de dépasser les bonnes intentions de départ et de poser les jalons d'une interdisciplinarité « ancrée » (Saillant, 1999b). Cette volonté impliquait de passer par la déconstruction et la reconstruction de certaines notions couramment utilisées dans les documents de projet, sans qu'elles soient pour autant définies de façon rigoureuse : ce fut notamment le cas pour celle de parents dont le contenu a été à la fois contextualisé et élargi à celui d'acteurs apparentés et non-apparentés dans l'environnement de l'enfant².

En outre, conformément à l'optique participative du projet, un certain nombre d'étudiantes en anthropologie et/ou en sociologie – entre sept et douze selon les années – issues des deux pays latino-américains ont été intégrées à l'équipe INCO. Après avoir complété leur formation théorique et méthodologique, nous les avons accompagnées et supervisées sur le terrain afin qu'elles réalisent des recherches ciblées (dynamiques familiales, statut symbolique des aliments, alimentation de l'enfant, images du corps, relations de genre, relations soignants/soignés...) qui visaient à mieux situer l'enfant et la problématique de la santé dans son contexte social et culturel³.

L'implication des étudiantes ne m'a pas empêché de réaliser des enquêtes de terrain solitaires et additionnelles (recueil de récits de vie alimentaire, observations de soins infantiles divers...⁴) à celles qui étaient prévues dans la charte. Plus largement, cette façon de travailler a favorisé une production scientifique diversifiée et critique

1. Dès le départ du projet, anthropologues et sociologues ont été rebaptisés socio-anthropologues par les membres de l'équipe INCO.
2. Ce travail critique a aussi été accompli pour les notions de croissance et développement, de rôle de la famille, de croyances et de participation communautaire.
3. Ces enquêtes devaient conduire les étudiantes à présenter un mémoire de *maestria* (l'équivalent de l'ex-DEA en France) dans leur université de rattachement.
4. J'ai, par exemple, rédigé un chapitre et dirigé un film sur l'emballotement du nourrisson (Suremain, 2007).

– sous la forme d'un ouvrage collectif, d'articles, de communications ou encore de posters¹ – le plus souvent impulsée par les socio-anthropologues et qui dépassait le cadre de la valorisation plus classique que souhaitaient nos collègues de nutrition et de santé publique (un colloque international et quelques publications collectives à l'*autorship* hiérarchisé dans des revues anglophones de rang A).

Avec le temps, ces différentes initiatives ont été acceptées, en particulier grâce aux nombreux échanges par mails et à la tenue régulière de réunions auxquelles étaient conviés l'ensemble des partenaires pour discuter des résultats de l'enquête socio-anthropologique et de leur interprétation.

Recherches et propositions d'interventions

Dans les deux pays, les recherches entreprises par les socio-anthropologues ont porté sur les représentations de la maladie et les pratiques qui y sont associées dans le but d'explorer les conceptions populaires de la santé, de la croissance et du développement de l'enfant. Ont été plus particulièrement étudiés les modes de responsabilité de l'entourage vis-à-vis de l'enfant durant et en dehors des épisodes de maladie. Des itinéraires thérapeutiques – et les processus de décisions associés – ont été reconstruits et interprétés à la lumière des systèmes nosologiques locaux. L'attitude des personnels de santé (médecins, infirmières, promoteurs) a fait l'objet d'observations systématiques dans le cadre des consultations pédiatriques. La perception des étapes de la transformation du corps de l'enfant, enfin, a constitué une préoccupation transversale².

En Bolivie, les parents ont recours à des notions aux contours relativement larges, comme celles d'enfant bien portant et mal portant, pour désigner des états psychologiques, physiologiques ou comportementaux qui renvoient à des attitudes alimentaires (appétit, rejet, craintes...) dont l'état du corps se fait l'écho. Le corps de l'enfant est ainsi qualifié de beau, de bon, de gros, de maigre, de bien fait, de gai ou encore de triste. Au Pérou, des distinctions symboliques – liées à l'interprétation humorale de la maladie – sont établies entre la maigreur et la fragilité, la bonne et la mauvaise graisse, l'embonpoint et la grosseur. Au Pérou comme en Bolivie, de nombreuses considérations

-
1. L'essentiel de la production scientifique issue du projet figure dans l'ouvrage collectif (Suremain & Lefèvre *et al.*, eds., 2003).
 2. Les recherches en nutrition et en santé publique, quant à elles, ont porté sur la perception et l'utilisation du carnet de santé par les mères et les personnels de santé, les risques de santé encourus par l'enfant, les paquets d'activités préventives existant et leur performance, et le fonctionnement des services de santé.

portent sur le principe vital de l'enfant, notamment la force, la vigueur ou encore le courage. Ces vertus, dont l'enfant serait – ou non – porteur, se doivent d'être mises en relation avec la situation sociale, culturelle et économique de sa famille et, plus largement, de son entourage. Ces différentes considérations se heurtent à celles des personnels de santé, lesquelles se manifestent durant les consultations pédiatriques. À cette occasion, les mères font en effet l'objet d'une forte stigmatisation. Considérées comme les seules et uniques responsables de l'état de l'enfant, le tort leur revient entièrement en cas de maladie ou de retard de croissance : on les traite alors de mères négligentes ou de mères ignorantes. Ces accusations, qui perpétuent le climat d'incompréhension entre elles et le personnel de santé, renforcent la domination dont les femmes font déjà l'objet dans la vie quotidienne.

À partir de ces résultats, les propositions d'intervention des socio-anthropologues s'articulaient autour de quatre points complémentaires visant à favoriser – à travers le partage de tâches et d'objectifs communs – les rapprochements entre acteurs (populations, personnels de santé, décideurs, chercheurs).

I) Organiser des formations pour les professionnels de santé sur les contextes sociaux et culturels des populations qu'ils sont censés soigner. Elles porteraient sur les représentations de l'enfant, les perceptions de la santé, de la maladie et du corps, le statut symbolique des aliments, les situations familiales, matrimoniales et les relations de genre, ainsi que sur les contraintes d'existence quotidienne en milieu rural comme en milieu urbain.

II) Organiser des campagnes d'information, coordonnées par les chercheurs et les professionnels de santé, sur la complémentarité du rôle des mères et des pères dans les soins de l'enfant. Elles s'adresseraient dans un premier temps aux personnels des centres de santé qui véhiculent eux-mêmes l'idée selon laquelle la femme assume seule la responsabilité de l'enfant.

III) Promouvoir la gestion partagée (mères, pères, personnels) des supports d'information (affiches, tracts) en rapport avec l'enfant dans les centres de santé, et réfléchir à la redéfinition de supports de suivi de la croissance et du développement qui ne soient pas nécessairement écrits (matériaux audiovisuels).

IV) Inciter à la réflexion collective (mères, pères, médecins) sur le contenu des consultations pédiatriques, à condition que les discussions ne s'arrêtent pas à des considérations techniques et médicales, dans le but de comprendre et d'intégrer les enjeux cachés de la santé de l'enfant (relations intrafamiliales, violence domestique).

Fort de ces propositions, la deuxième phase du programme (2000-2001) devait consister à mettre en œuvre des interventions et des évaluations avec la participation des chercheurs, des personnels de santé et des acteurs de l'entourage de l'enfant. Pour autant, elles ont été diversement prises en considération selon les pays.

En Bolivie, aucune des trois premières propositions n'a été retenue. Lors d'une réunion, nos collègues de l'équipe ont même expliqué qu'ils auraient souhaité passer plus tôt à la phase d'intervention sur la base d'enquêtes de terrain beaucoup plus rapides. Cet aveu tardif dévoilait, en réalité, des préoccupations plus qualitatives qu'anthropologiques – au sens où ces options méthodologiques ont été définies plus haut (*cf.* 1). Pour les socio-anthropologues, il s'agissait d'une véritable volte-face par rapport à ce qu'il avait été convenu de réaliser.

Sans plus de consultation auprès des socio-anthropologues, la fabrication d'un *Manuel de Santé*, censé être culturellement plus acceptable pour les soignés, a été initiée. Divisé en quatre parties, ce *Manuel* expliquait – à l'aide de dessins et de textes simplifiés – les rudiments de ce que devaient être une « bonne croissance » et un « bon développement ». S'inspirant partiellement de la quatrième proposition et des observations réalisées lors des consultations pédiatriques, la dernière partie rappelait aux soignés (du moins ceux d'entre eux/elles qui savent lire), ce qu'ils devaient attendre d'une « bonne consultation pédiatrique ». Pour l'édition, le *Manuel* a reçu un appui financier des autorités locales (mairies). Quelques formations sur ses objectifs ont été offertes aux personnels des centres de santé où la recherche a été conduite, mais pas au-delà. Son utilisation, évaluée positivement par des membres de l'équipe (qui n'étaient pas socio-anthropologues), a cessé avec l'arrêt du projet, en partie à cause du départ de la plupart d'entre eux (retraite, mutation...).

De façon plus générale, et avec le recul, il semble que les propositions des socio-anthropologues aient aussi été écartées en raison du rayon d'action limité de l'équipe : leur mise en œuvre requérait à l'évidence des moyens politiques et logistiques trop importants, d'autant plus qu'aucun financement (public ou privé) n'a permis de prendre le relais de l'INCO et d'assurer la pérennité du projet sous une forme ou une autre.

Au Pérou, l'intervention mise en œuvre a été conforme à l'option participative du projet, notamment parce que les socio-anthropologues ont su maintenir leur place lors de cette phase du projet. Dans ce sens, l'ensemble de l'équipe locale, des professionnels de la santé et

des usagers (mères et pères) se sont réunis régulièrement pour tenir des discussions thématiques relativement formalisées (enregistrées) dans les centres de santé où s'était déroulée la recherche. Les thèmes évoqués à cette occasion faisaient écho aux résultats de la recherche socio-anthropologique et à l'ensemble des propositions formulées par les socio-anthropologues. Le rôle des pères dans les soins de l'enfant, les conséquences négatives de la violence domestique sur son développement ou encore la nécessité d'interpeller sans complexe les médecins pour obtenir des explications supplémentaires sur la santé sont quelques-unes des entrées qui ont été examinées.

Ces discussions (une vingtaine au total sur environ un an) ont abouti à l'élaboration progressive d'un guide de référence sur les conditions du « bon déroulement » d'une consultation thérapeutique (quatrième proposition), ainsi qu'à la publication d'un *Manuel sur les droits de l'enfant* en lien avec la santé et l'alimentation. Si les membres de l'équipe péruvienne rédigeaient collectivement les premières versions des textes, ces derniers étaient soumis à l'appréciation critique et aux suggestions d'amélioration des représentants de la population locale visée par le projet et qui participaient aux discussions¹. À la différence du cas bolivien, l'itérativité du procédé a abouti à un consensus autour de la construction² et de la finalisation du produit de l'intervention.

Évaluée positivement (par des chercheurs qui n'étaient pas non plus socio-anthropologues), toujours en interne, l'intervention a fait l'objet d'une promotion soutenue dans les médias locaux. Le processus de recherche-action a également été présenté par l'équipe locale au sein du Ministère de la santé dans l'espoir d'en faire une expérience pilote susceptible d'être reconduite à une échelle plus large. Cependant, compte tenu du peu de marge de manœuvre laissé par la réforme du système de santé au Pérou – laquelle est particulièrement centralisée, autoritaire, verticale et peu participative –, l'expérience n'a pu obtenir l'aval politique (et donc financier) nécessaire. Elle a, en revanche, permis aux partenaires de consolider individuellement leur situation au sein de l'Université et, à la différence de la Bolivie, de se positionner en tant qu'équipe expérimentée pour l'obtention de nouveaux fonds de recherche.

1. Du fait de l'importance du taux d'analphabétisme dans les zones d'enquête, les textes étaient lus à haute voix par les membres de l'équipe lors des séances de discussion.
2. Dans le paradigme constructiviste (Guba & Lincoln, 1994), le rôle des acteurs est même encore plus important que dans la participation puisque ceux-ci coproduisent l'ensemble du processus de recherche (conception, réalisation, intervention, valorisation).

Conclusions intermédiaires

Par-delà les différences quant à l'issue des interventions, la recherche-action participative a été marquée par la place prépondérante, critique, des socio-anthropologues. Leur investissement (en temps, en énergie, en argent...) contribue largement à expliquer la grande diversité des résultats et des productions scientifiques, tant dans les équipes du Nord que dans les équipes du Sud et entre les équipes.

Dans un cas, en Bolivie, les recherches socio-anthropologiques n'ont pas débouché sur une interdisciplinarité ancrée, comme en témoigne l'orientation de l'intervention mise en œuvre. Pour autant, en associant des chercheurs de disciplines différentes à l'analyse et à l'interprétation des résultats d'enquête, elles ont bouleversé le schéma classique du déroulement de la première étape du processus de recherche. Ce faisant, les socio-anthropologues ont également remis en cause un certain nombre de notions (parents, communauté, croyances) communément admises et utilisées à l'aveugle dans nombre de projets de développement liés à la nutrition et à la santé publique. Dans l'autre pays, le contexte était d'emblée beaucoup plus favorable à la réalisation de l'interdisciplinarité. Cette ouverture n'est pas le fruit du hasard, mais le résultat d'une option méthodologique délibérément choisie : au Pérou, les socio-anthropologues envisageaient la participation comme un mot d'ordre scientifique et politique visant à encourager l'émancipation, à faciliter, à accompagner et à renforcer la capacité des plus pauvres à prendre en charge leur propre destin. Par ce type de choix volontaire et pleinement assumé, le projet a sans doute contribué à frustrer les collègues nutritionnistes, professionnels de la santé, épidémiologistes et autres spécialistes de santé publique, au moins pour ce qui concerne leurs attentes en matière d'intervention... Toutefois, l'option choisie – sous-tendue par la démarche socio-anthropologique – lui aura fait gagner une indéniable dimension critique.

Le regard intermédiaire : modes de vie, habitudes alimentaires et cancer (Maghreb, Asie, Arctique)

Histoire et objectifs du projet

En référence au travail de Guy de Thé (biologiste, spécialiste des relations entre virus et cancers) et Annie Hubert (anthropologue, spécialiste des habitudes alimentaires), *Modes de vie et cancers*, cette troisième étude de cas s'inscrit dans une configuration où l'anthropo-

logie occupe une place intermédiaire, ou synthétique, par rapport à celles qu'elle occupait dans les cas précédents.

Dans le projet en question, l'hypothèse de départ était que les modes de vie, en particulier certaines habitudes alimentaires, influent de façon décisive sur la propension chez l'être humain à développer certains cancers digestifs et hormono-dépendants. Dans des aires géographiques et culturelles contrastées (Maghreb, Asie, Arctique), il s'agissait de découvrir les facteurs ayant des effets sur des individus déjà infectés par un virus et qui favorisent l'action cancérigène de ce dernier. L'idée était ainsi de repérer des aliments – ou des combinaisons d'aliments –, de les étudier en laboratoire, puis de soulever l'éventuelle interaction entre les cancérigènes chimiques qu'ils contiennent et le virus d'Epstein-Barr (ou cancer du rhinopharynx). Après validation par des tests épidémiologiques, des interventions focalisées sur la mise en place d'une médecine préventive étaient prévues en partenariat avec des équipes de santé publique locales.

Contrairement à la démarche épidémiologique classique, celle du biologiste est ici de rechercher non pas des différences entre des malades et des individus biens portants, mais d'identifier des similitudes entre divers groupes ethniques dont les membres auraient un comportement qui favoriserait le développement du cancer du rhinopharynx. Dans ce sens, le type de réponse qui était attendu de l'anthropologue consistait en la formulation d'hypothèses sur les facteurs liés à la progression de la tumeur cancéreuse. Pour ce faire, Annie Hubert s'est posé la question de recherche suivante : qu'est-ce qui peut être commun à des habitudes alimentaires entre des populations culturellement et géographiquement très éloignées et constituer un facteur de risque pour le cancer ?

La place revendiquée de l'anthropologue dans le processus de recherche

Au départ de cette aventure scientifique, les chercheurs avaient du mal à repérer les complémentarités entre leurs disciplines respectives : l'anthropologue voyait « des maladies issues de la culture »¹ là où le biologiste reconnaissait des individus malades qui mangeaient des aliments potentiellement dangereux... Si, à l'instar de la seconde étude de cas, l'un et l'autre étaient convaincus de la nécessité d'établir une collaboration interdisciplinaire, ce « mariage de l'eau et du feu »

1. Cette expression quelque peu ironique renvoie à une conception culturaliste étroite, que réfutent bien évidemment les auteurs qui forcent ici volontairement le trait, laquelle consisterait à appréhender la maladie uniquement en termes de construction sociale, indépendamment de sa réalité biomédicale.

(selon l'expression même des auteurs) impliquait toutefois un long cheminement intellectuel entrecoupé de traversées solitaires. Cette collaboration de sept années posait le défi, ravivé en permanence, de mener des recherches spécialisées dans des domaines très éloignés (anthropologie, biologie moléculaire, épidémiologie) et de s'y tenir, sans que l'un n'empiète sur l'autre. Il s'agissait, selon les auteurs, de « tenir les deux bouts de la chaîne », autrement dit de ne pas tomber dans la production d'un savoir entre-deux : ce dernier emprunterait un peu des connaissances de l'un et un peu des connaissances de l'autre (*cf.* étude de cas 1 et les études « qualitatives ») ou, implicitement, participerait d'une nouvelle forme de savoir, prétendument neutre, à savoir la transdisciplinarité (les chercheurs n'utilisent toutefois pas le mot).

Lors de la première phase du processus de recherche, l'anthropologue – hors-statut à l'époque – s'est trouvée confrontée à l'utilité sociale de sa recherche, c'est-à-dire à la fois aux implications de cette collaboration inédite et risquée par rapport à sa carrière académique future, à la pertinence d'être utile dans un projet dont les implications sur la connaissance d'une maladie grave sont très fortes et à la démarche à adopter pour le devenir... Sur ce dernier point, il est vrai que le rapprochement interdisciplinaire, qui passe par l'adoption d'un langage commun minimum, impliquait de grands efforts. Outre la volonté des individus, il a fallu beaucoup de temps, d'échanges et d'intuition scientifique pour « fertiliser les champs respectifs d'investigation ». Mais il a fallu également compter sur la pression institutionnelle émanant des bailleurs de fonds (*i. e.* des laboratoires de recherche publique), laquelle a finalement favorisé une certaine forme, saine, d'émulation scientifique entre la biologie et l'épidémiologie par rapport au sens même de la participation de l'anthropologie au projet.

Lors de la deuxième phase du processus, Annie Hubert a mené son travail de terrain en solitaire – ou accompagnée d'assistants (traducteurs ou techniciens pour les prélèvements d'aliments) – mais jamais en binôme (avec un biologiste ou un épidémiologiste). L'enquête anthropologique s'est déroulée sur trois microterres (Tunisie, Chine du sud, Groënland), à chaque fois auprès d'une vingtaine de familles qui comptaient au moins un individu atteint du cancer du rhinopharynx. L'anthropologue s'est entretenue avec eux et leur entourage à propos de leur histoire alimentaire, couvrant ainsi le champ des techniques, des habitudes, des croyances, des prescriptions et des interdictions... En conduisant seule son enquête (son « aventure policière »,

écrit-elle), l'objectif n'était pas tant d'éviter l'interférence du chercheur sur les acteurs que de pouvoir la mener à son propre rythme. Et c'est là une différence fondamentale avec les deux configurations de recherche exposées précédemment. Dans ce cas, Annie Hubert est parvenue à revendiquer sa place et à défendre, jusqu'au bout, les impératifs méthodologiques qu'elle jugeait justes et justifiés. Cette position, très active, n'avait rien à voir avec le fait de « s'enfermer dans une méthodologie trop étroite ». Au contraire, l'anthropologue n'a eu de cesse d'adapter ses techniques d'enquête aux objectifs visés (des questionnaires ont été employés en Asie). Simplement, Annie Hubert a sans cesse rappelé l'importance de la durée dans la réalisation d'un travail approfondi, défendu les dimensions exploratoires du travail de terrain et expliqué l'intérêt de l'« attention flottante » dans toute recherche, fût-elle finalisée. C'est, en fait, en revendiquant sa place d'anthropologue à part entière qu'Annie Hubert a pu fournir de riches et nombreux éléments de réponses aux questions qui lui étaient adressées.

Ce n'est qu'autour de résultats consolidés (stocks d'aliments, questionnaires, récits de vie, rapports d'entretiens, observations...) du point de vue anthropologique que, dans une troisième phase, la discussion a pu reprendre avec le biologiste et conduire à la formulation d'hypothèses explicatives. Après avoir identifié les points communs entre les habitudes des membres des différents groupes observés, l'anthropologue a dressé des « schémas de comportements » et des « ensembles alimentaires ». Les premiers renvoient aux pratiques et aux habitudes, ainsi qu'à la place et au sens qu'ils prennent dans un contexte culturel donné. Les seconds renvoient aux aliments en tant que « substances complémentaires » nutritionnelles et symboliques formant système et non, comme dans l'approche épidémiologique, en tant qu'éléments chimiques isolables et isolés.

Sur ces bases, et c'est là une autre différence avec les deux premières études de cas exposées, des explications ont finalement commencé à pouvoir être données aux comportements à risque. Le profil des malades a aussi pu être progressivement établi. Parmi les pratiques alimentaires potentiellement néfastes, biologistes et épidémiologistes ont pointé certaines techniques de conservation des aliments (salage, fermentation), des modalités de sevrage (précocité, préparations nocives), la surconsommation de certains aliments (poisson séché ou salé, épices) et des préparations à vertu thérapeutiques (herbes, épices). D'autres habitudes (crachat, pré-mastiquage des aliments du bébé) – en plus du stress (lié à des situations de famine temporaire ou

de changement social brutal) – ont également été identifiées comme susceptibles – selon l'hérédité et le hasard – de déclencher le cancer du rhinopharynx.

Conclusions intermédiaires

La position intermédiaire ou synthétique de l'anthropologie dans ce projet découle d'une forte volonté de la part de l'ensemble des chercheurs impliqués de l'inscrire dans une véritable interdisciplinarité ancrée, et non dans une interdisciplinarité prétexte, aveugle ou de façade.

Cette volonté a d'abord conduit le biologiste et l'anthropologue à discuter de manière critique de leurs hypothèses, de leurs questions de recherche, de leurs méthodes et outils d'enquête et des notions qu'ils comptaient mobiliser, ceci dans le but d'adopter un langage commun. Mais cet échange préalable – comme cela a été montré dans la deuxième étude de cas – peut s'avérer insuffisant. Il doit permettre concrètement à l'anthropologue de conduire son terrain à un rythme et selon une temporalité qu'il est finalement le seul à pouvoir déterminer. En outre, l'anthropologue a ici participé à toutes les phases du processus de recherche, ce qui a permis d'éviter toute perte de sens des données lors de l'intervention (comme dans la première étude de cas).

C'est à cette double condition que l'anthropologie dépasse sa fonction instrumentale de « source de connaissances » (*cf.* étude de cas 1) au service d'un projet ponctuel et qu'elle s'inscrit dans un véritable échange de connaissances. Et c'est aussi à cette double condition qu'elle permet de poser les jalons d'une intervention non pas tronquée comme en Bolivie (*cf.* étude de cas 2) mais éclairée, c'est-à-dire, en l'occurrence, qui conduise à établir des liens entre des facteurs de risque, la preuve de ces liens, au final, étant apportée par la biologie et l'épidémiologie.

CONCLUSION : ENJEUX DE L'ANTHROPOLOGIE DE L'ALIMENTATION ET DE LA NUTRITION

Quoiqu'elles ne soient pas systématiquement opposées, les trois études de cas présentées ci-dessus illustrent cependant des configurations (appliquée, critique, intermédiaire) très différentes de l'implication de l'anthropologie et des anthropologues au sein de projets de déve-

loppement liés à l'alimentation et à la nutrition. Ces configurations permettent de mieux cerner les modalités possibles du passage de la connaissance à l'action, en particulier les latitudes conceptuelles et méthodologiques dont dispose l'anthropologue pour mettre en valeur sa démarche et ses résultats.

Dans la première étude de cas (appliquée), l'anthropologie s'en est tenue à un rôle de fournisseur de connaissances dans le but de répondre à des questions très spécifiques que l'anthropologue n'avait pas contribué à poser, compte tenu de la focalisation initiale du projet. L'intervention, en l'occurrence, a été définie *a priori* par les chercheurs, pour le bien-être supposé des populations, sans consultation préalable de ces dernières. L'anthropologue a vu ici son rôle confiné à celui d'enquêteur ou d'évaluateur, sans avoir pu engager de véritable dialogue (conceptuel, méthodologique) avec ses partenaires – devenus dès lors des commanditaires. On attendait finalement de lui qu'il produise du qualitatif en dehors de toute problématique anthropologique. Dans ce cas, les efforts déployés par l'anthropologue pour prendre part à cette collaboration n'ont guère été récompensés puisque ses résultats d'enquête de terrain n'ont ni permis de modifier le cours de l'intervention prévue ni débouché sur une exploitation scientifique formelle (articles, ouvrages, communications...).

Dans la deuxième étude de cas (critique), il faut distinguer les deux pays où la recherche-action participative a été conduite. En Bolivie, le rôle de l'anthropologue, critique au départ, se rapproche, au final, de celui qu'il a joué – ou n'a pas joué – dans la configuration précédente, dans la mesure où ses résultats de recherche n'ont pas été pris en compte lors de la phase d'intervention. Ce ne fut pas le cas au Pérou où l'anthropologie a toujours été impliquée, pour ses qualités critiques, dans l'ensemble du processus de recherche. Pour autant, dans les deux pays, la durée impartie à la recherche de terrain était importante (trois années sur quatre) et la place négociée dès le départ par l'anthropologue dans le projet lui a permis de conduire des enquêtes variées en collaboration avec d'autres anthropologues et/ou sociologues de pays différents, ce qui a considérablement enrichi les résultats et la production scientifique. Cette durée et ce partenariat ont également permis d'amorcer un dialogue épistémologique fructueux – condition critique essentielle d'une véritable interdisciplinarité – avec les collègues ressortissant des disciplines biomédicales, même si, une fois encore, celui-ci n'a pas partout porté ses fruits.

Dans la troisième étude de cas (intermédiaire), l'anthropologue est invité à participer au projet de manière active à toutes les phases de la recherche, illustrant en cela une véritable interdisciplinarité ancrée. Le caractère intégré des résultats du projet, tant en termes d'intervention que de valorisation des acquis scientifiques au sens strict, est d'abord le fruit d'une longue collaboration (sept années) au cours de laquelle les chercheurs ont ouvertement discuté des apports et des limites de leurs approches conceptuelles et méthodologiques respectives. Cette phase a précédé le travail de terrain dont le cours et le rythme ont été imprimés et revendiqués par l'anthropologue. Ce dernier a en outre participé à l'intervention, non seulement dans sa phase opérationnelle, mais dans sa conception même, sur la base de la discussion collective de l'analyse et de l'interprétation de l'ensemble des résultats de recherche (anthropologiques, biologiques, épidémiologiques). Ouverte sur l'innovation conceptuelle et méthodologique, l'anthropologie, dans une configuration intermédiaire comme celle-ci, renvoie à une collaboration interactive, moins contrôlée et formalisée que dans les configurations appliquées et critiques.

Pour que l'anthropologie passe du rôle de source de connaissance à celui de mode de connaissances, la volonté de l'inscrire dans un projet réellement interdisciplinaire est un préalable nécessaire. Mais, pour que cette volonté ne reste pas lettre morte, il est essentiel que l'anthropologue revendique sa démarche, ses méthodes, ses outils et sa façon singulière d'aborder le terrain dès les prémisses du projet. Certes, le temps long nécessaire à l'observation et à l'induction des règles sous-jacentes à l'organisation des groupes et des sociétés s'accorde mal avec le temps court et souvent décontextualisé des priorités d'action fondées sur des critères de bien-être parfois éloignés du vécu et du perçu des populations-cibles. Toutefois, le défi, permanent, mérite d'être relevé.

Pour l'anthropologue, tout l'enjeu consiste précisément à résister à la tentation du repli disciplinaire, ainsi qu'à la production d'un savoir scientifique entre-deux (le qualitatif), une situation peu féconde et inconfortable au sein de laquelle ses compétences ne sont pas pleinement reconnues – parce que limitées à un savoir-faire technique débarrassé de tout substrat théorique et problématique. Comme l'écrit Hubert (1990 : 272) : « On ne s'improvise pas anthropologue, pas plus qu'on ne s'improvise nutritionniste [...] ». Éviter ces deux risques de dérive, rendus d'autant plus grands que la complexité de la thématique est importante, constitue un défi permanent pour l'anthropologie de l'alimentation et de la nutrition.

Suremain Charles-Edouard de (2009)

L'alimentation et la nutrition

In : Atlani-Duault L. (dir.), Vidal Laurent (dir.).

*Anthropologie de l'aide humanitaire et du
développement : des pratiques aux savoirs des savoirs
aux pratiques*

Paris : A. Colin, p. 175-202. (Sociétales)

ISBN 978-2-200-35073-4