

**Croissance, développement, santé et relations à l'alimentation.
Étude des perceptions de la mère de l'enfant de moins de cinq ans
en Bolivie à travers la technique des entretiens semi-directifs
(Chapare & Chavez Rancho)**

- Tome 1 -

Rapport présenté par Charles-Édouard de Suremain (IRD)

Phase de recherche socio-anthropologique complémentaire (2000)

Projet INCO

I - Introduction

1 - Bref rappel des objectifs du projet INCO et du volet socio-anthropologique

L'un des principaux objectifs du processus de recherche mis en œuvre dans le projet INCO est de tenter de répondre à la question de savoir comment modifier les activités de suivi de la croissance de l'enfant de moins de cinq ans (y compris la carte de croissance comme support) compte tenu des représentations des différents acteurs et des contraintes propres aux services de santé.

Dans cette optique, l'objectif de la recherche socio-anthropologique complémentaire est de comprendre, de façon approfondie, les « cadres de référence » ou les représentations et les pratiques des responsables de la santé de l'enfant (*caretakers*), en particulier des mères, en rapport avec la croissance, le développement et l'alimentation de celui-ci. Cette compréhension approfondie devrait permettre d'améliorer les interventions ciblées sur l'enfant au sein des structures de soins (centres et postes de santé) et des populations.

2 - Objectifs et questions de recherche (appliquées aux entretiens semi-directifs)

À la suite de la deuxième réunion des partenaires (Cochabamba - juin 1999) et des discussions engagées sur la base du rapport socio-anthropologique (*cf. Rapport du volet socio-anthropologique I - 1999*), deux pistes de recherche spécifiques et complémentaires ont été dégagées par l'ensemble des partenaires. Ces pistes de recherche concernent : (i) les perceptions des mères sur la croissance et le développement de l'enfant de moins de cinq ans ; (ii) les perceptions des mères sur les relations entre l'alimentation et la croissance et le développement de l'enfant de moins de cinq ans.

Dans la mesure où ces deux pistes de recherche entretiennent des liens étroits, l'analyse des résultats sera présentée ici de façon intégrée et globale. On pourra cependant revenir ultérieurement sur certaines données plus spécifiques à chaque thème afin d'en approfondir l'analyse.

Dans le cadre de la phase de recherche complémentaire du volet socio-anthropologique, plusieurs techniques de recueil des données ont été employées : (i) l'enquête quantitative par questionnaire ; (ii) les entretiens semi-directifs ; (iii) les groupes de discussion focalisée (*focus groups*).

Si quelques références aux *focus groups* apparaissent dans le texte (cf. Rapport Pierre Lefèvre & Tom Hoérée), l'essentiel des résultats présentés dans ce document provient de l'analyse des entretiens semi-directifs.

Les questions de recherche : perceptions de la croissance et du développement de l'enfant par les mères

Sur ce thème, les principales questions de recherche sont les suivantes¹ :

1. Quels sont, pour les mères, les critères de définition et les signes (physiques, comportementaux) qui caractérisent l'enfant bien portant et mal portant ? [Thèmes associés : perceptions du bien-être et du mal-être / perceptions de la maladie ; seuil de gravité de la maladie ; images du corps ; relations santé / alimentation]
2. Quelles sont les étapes de la croissance perçues comme les plus importantes par les mères ? [Thèmes associés : perceptions de la croissance / différenciation filles-garçons ; images du corps]
3. À quoi les mères voient-elles qu'un enfant se développe normalement ? [Thèmes associés : images du corps ; relation croissance / alimentation / comportement]
4. Quels sont les facteurs qui, d'après les mères, influencent le bon et/ou le mauvais développement de l'enfant ? [Thèmes associés : risques perçus ; relations croissance / alimentation / maladie]
5. Selon les mères, qui sont les acteurs qui – en dehors d'elles - influencent la croissance et le développement de l'enfant ? [Thèmes associés : rôle de l'entourage familial et médical ; suivi de la croissance]

Les questions de recherche : perceptions des mères sur les relations entre l'alimentation, la croissance et le développement de l'enfant

Sur ce thème, les principales questions de recherche sont les suivantes :

1. D'après les mères, en quoi l'alimentation de la femme enceinte, de la femme allaitante et l'alimentation de l'enfant influencent-elles la croissance et le développement de celui-ci ? [Thèmes associés : relations alimentation / croissance ; relations lait maternel / alimentation de complément / croissance]

¹ Les « thèmes associés » correspondent aux thèmes qui apparaissent dans la grille de codification (cf. Annexe 3).

2. Quelles sont les modalités de l'allaitement, du sevrage et du passage à l'alimentation adulte ? [Thèmes associés : perceptions des étapes de la croissance / pratiques alimentaires ; socialisation de l'enfant]
3. Y-a-t-il des aliments spécifiquement distribués aux enfants ? [Thèmes associés : différenciation filles-garçons / croissance ; images du corps]
4. L'alimentation peut-elle être préventive et/ou curative ? [Thèmes associés : relations alimentation / maladie / santé]
5. Selon les mères, qui sont les acteurs qui - en dehors d'elles - influencent l'alimentation de l'enfant ? [Thèmes associés : rôle de l'entourage familial et médical ; suivi de la croissance-alimentation]

3 - Méthodologie

Pour répondre à ces questions, deux guides d'entretien et une grille d'observation ont été progressivement élaborés (cf. Annexes 1 et 2)².

Dans les entretiens semi-directifs, les questions sont formulées et ordonnées à l'avance, ce qui permet de recueillir le même type d'information auprès de plusieurs acteurs (en l'occurrence des mères d'enfants de moins de cinq ans) sur un thème spécifique³. Cet outil a semblé particulièrement bien adapté aux objectifs de recherche du projet INCO.

Les entretiens semi-directifs ont été conduits par trois étudiantes en sociologie qui participent, pour deux d'entre elles, à la recherche socio-anthropologique depuis la première phase (1998-1999)⁴.

En tout, 28 entretiens ont été menés, entre janvier et mars 2000, auprès de mères d'enfants de moins de cinq ans : soit neuf à Chavez Rancho et 19 dans le Chapare (région de Puerto Aurora)⁵.

² Ces thèmes et outils ont été discutés : (i) lors de la mission d'Edgar Sejas à l'IMT d'Anvers en septembre 1999 ; (ii) durant la Mission n°8 réalisée par Charles-Édouard de Suremain à Cochabamba (octobre 1999) au cours de laquelle un plan de rédaction pour les différents protocoles de recherche a été accepté par les étudiantes et leur tuteur Emilio Zembrana ; (iii) lors de la réunion, tenue en octobre 1999, à l'IMT d'Anvers avec la participation d'Emma Rubín de Celis de l'équipe péruvienne. Pour la liste des documents venant en appui des protocoles de recherche et des *licenciaturas*, cf. Annexe 5.

³ Sur les entretiens dans une perspective socio-anthropologique, cf. ALBARELLO, L. & DIGNEFFE, F. & HIERNAUX, J.-P. *et al.* (ed.), 1995, *Pratiques et méthodes de recherche en sciences sociales*. Paris : Armand Colin ; BLANCHET, A. & GOTMAN, A., 1992, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Nathan Université ; PATTON, M.Q., 1990, *Qualitative evaluation & research methods*. Beverly Hills : Sage Publications.

⁴ Sur les modalités de la participation des étudiantes, l'encadrement scientifique (formation continue à la recherche) et les autres activités réalisées entre 1998 et 1999, cf. *Rapport du volet socio-anthropologique I* (1999).

⁵ Sur la localisation précise de ces deux zones d'enquête et leurs caractéristiques socio-économiques et culturelles générales, cf. *Rapport du volet socio-anthropologique I* (1999).

Ces entretiens s'accompagnent en principe du même nombre d'observations, lesquelles devaient se dérouler au domicile des mères interviewées pendant au moins une journée entière (cf. Annexe 2)⁶.

Pour le présent document, la codification et l'analyse des 28 entretiens a été réalisée par Charles-Édouard de Suremain⁷. La grille des codes (cf. Annexe 3) appliquée aux données d'entretien est la même que pour les groupes de discussion focalisée et les entretiens portant sur l'évaluation du Manuel de Santé (cf. Documents de travail « Santé Publique »). Ce choix méthodologique, discuté puis approuvé par l'ensemble des partenaires, devrait faciliter la synthèse des données et leur interprétation⁸.

Quelques catégories de données, de qualité insuffisante ou qui n'étaient pas prioritaires par rapport aux questions de recherche, n'ont pas été systématiquement analysées ici : c'est le cas des conditions de l'accouchement de la mère [CP], des données portant sur les aliments (préférés [AP], tabous [AT], consommés actuellement par l'enfant [ACA], nourriture adulte [AA]), celles portant sur l'influence des pratiques religieuses sur la croissance [PR]), les changements de régime alimentaire [CD] et le nombre de repas pris par l'enfant au cours d'une journée [NCD].

⁶ Il n'est malheureusement pas possible d'intégrer les données d'observation à l'analyse des données d'entretien dans la mesure où aucun rapport correspondant n'a été rendu par les étudiantes aux chercheurs responsables.

⁷ Des versions préliminaires du document ont cependant circulé entre les partenaires, notamment Pierre Lefèvre et Tom Hoorée (IMT).

⁸ Les trois étudiantes de sociologie codifient, analysent, présentent et interprètent également leurs données, mais dans le format imposé par la *Carrera de Sociología* de l'Université Mayor de San Simón de Cochabamba, et selon les thèmes qui les intéressent le plus. Pour ce faire, elles sont appuyées par leur tuteur (Emilio Zembrana) et leur co-tuteur (Charles-Édouard de Suremain).

II - Présentation des résultats

1 - Synthèse des « données générales »⁹

Remarques préliminaires

Cette brève présentation donne une idée du contexte d'existence quotidien et du profil socioculturel et économique des mères interviewées¹⁰.

Elle a été établie à partir des « données générales » recueillies dans les 28 entretiens semi-directifs conduits par les trois étudiantes de sociologie dans le Chapare et à Chavez Rancho. Les « données générales » regroupent 14 types de données¹¹, lesquelles sont systématiquement présentées en Annexe 7 sous forme de tableaux et assorties de commentaires.

Dans la mesure où l'échantillonnage retenu pour les entretiens semi-directifs n'est pas représentatif en termes statistiques (contrairement à l'enquête quantitative par questionnaire, cf. Rapport de Emilio Zembrana), aucun calcul (moyennes, fréquences) n'a été effectué. En outre, toutes les questions prévues dans les guides d'entretiens n'ont pas été systématiquement posées. Il existe également plusieurs non-réponses.

Comparaison entre les profils des mères interviewées dans le Chapare et à Chavez Rancho

À Chavez Rancho, les mères sont surtout originaires de Potosí (Altiplano) et de Cochabamba (Vallées interandines) alors que, dans le Chapare, elles sont plutôt natives de la province du même nom et, dans une moindre mesure, d'autres provinces ou départements (Cochabamba, Beni, Potosí, Chuquisaca).

Les mères de Chavez Rancho parlent surtout l'espagnol, parfois le *quechua*, alors que les mères du Chapare, parlent fréquemment une langue indienne (*quechua*, *yuracaré*, *aymara*) en plus de l'espagnol¹².

⁹ La codification des « données générales » a été effectuée par Charles-Édouard de Suremain. Leur regroupement et analyse ont été menées par Ingrid Brugioni (agronome), recrutée et supervisée pour ce travail par Charles-Édouard de Suremain.

¹⁰ Des données beaucoup plus précises sur la géographie, les activités économiques et l'habitat (croquis) sur les deux zones d'enquête ont déjà été présentées de façon complète dans le *Rapport du volet socio-anthropologique I* présenté en juin 1999 lors de la deuxième réunion des partenaires à Cochabamba (Bolivie).

¹¹ Codes de référence utilisés : E / LN / I / ME / EN / NN / A / R / AEM / AEP / V / SB / NPR / NNR (cf. Annexe 3).

¹² Les Quechua et les Aymara forment un groupe linguistique amérindien de l'altiplano bolivien et péruvien. Ces populations représentent environ 40% de la population bolivienne. Le groupe *yuracaré* occupe un vaste territoire

Les niveaux d'éducation scolaire des mères sont plus élevés à Chavez Rancho que dans le Chapare.

Du point de vue du statut matrimonial, les cas de concubinage ou de célibat sont plus fréquents dans le Chapare qu'à Chavez Rancho.

On trouve plus fréquemment deux enfants de moins de cinq ans dans les familles du Chapare, tandis que celles de Chavez Rancho en comptent rarement plus d'un.

Toutes les mères ont déclaré vivre de façon permanente à Chavez Rancho, tandis que, dans le Chapare, on mentionne des voyages (parfois de longue distance) s'étalant sur des périodes plus ou moins longues.

Dans les deux zones d'enquête, les mères se dédient plutôt à l'entretien de la maison. On note cependant que celles du Chapare ont davantage d'activités exclusivement liées au milieu rural (agriculture ou exploitation du bois). Une majorité des pères du Chapare travaille soit dans l'agriculture soit dans l'exploitation de ressources naturelles (chasse, pêche) ; à Chavez Rancho, les conjoints sont essentiellement maçons ou menuisiers.

À Chavez Rancho, le statut d'occupation du logement relève soit de la propriété (du ménage, des parents, des beaux-parents) soit de l'antichrèse (*leasing*). Dans le Chapare, les familles sont généralement propriétaires ou, dans quelques cas, simples occupantes au titre de gardiens.

On constate aussi que les familles de Chavez Rancho ont davantage accès aux services de base (eau et électricité) que celles du Chapare.

Enfin, le nombre de personnes résidentes par foyer est beaucoup plus élevé dans le Chapare qu'à Chavez Rancho.

Remarques méthodologiques

Dans la recherche qualitative, l'exemplarité des situations et des contextes décrits importe davantage que la représentativité. L'échantillonnage retenu est donc lié à sa fonction heuristique, c'est-à-dire à ce que les situations singulières apportent à la compréhension du problème traité. Néanmoins, et même s'il ne s'agit pas de présenter des résultats statistiques, quelques précisions peuvent être fournies sur la particularité du profil social des 28 mères interviewées.

Deux mères (Chavez Rancho) ont suivi une formation médicale pour exercer la fonction de promotrice de la santé ou d'infirmière (fonction qu'elles n'ont

forestier (situé essentiellement dans les départements de Cochabamba, provinces Carrasco et Chapare, et du Beni) qui commence non loin de Puerto Aurora.

jamais exercé régulièrement). Cette originalité s'est surtout faite sentir dans les réponses portées aux questions sur l'accouchement et le suivi médical de l'enfant, mais pas sur les perceptions de la croissance et du développement. Dans ce domaine, leur discours ne se singularise pas particulièrement de celui des autres femmes (qui n'ont reçu aucune formation médicale).

Le fait que la plupart des mères du Chapare vivent chez elles et déclarent « ne pas travailler » ne signifie pas qu'elles soient « aisées », bien au contraire. D'une part, s'il est vrai que la moitié de la population du Chapare est fluctuante, l'époque à laquelle se sont déroulés les entretiens ne correspond pas à celle des grandes migrations saisonnières (pour la récolte de la pomme de terre ou de la quinoa en juin). En outre, s'agissant d'une population d'agriculteurs ayant bénéficié de lots de colonisation, il n'est pas étonnant que la plupart soient propriétaires de leur maison.

À une autre échelle, c'est également ce qui se passe à Chavez Rancho. Le quartier étant peuplé de mineurs relocalisés sous l'impulsion de l'État bolivien dans les années 60, il n'est pas surprenant que la plupart des mères soient propriétaires de leur logement.

Le niveau scolaire relativement élevé des femmes (surtout à Chavez Rancho), n'est pas exceptionnel pour la Bolivie qui a mis un point d'honneur à rendre l'école accessible au plus grand nombre (surtout dans les zones minières dont sont originaires la plupart des femmes interviewées) depuis la réforme sociale, agraire et politique de 1952. Même si le système éducatif se délite actuellement, les mères interrogées (de 20 à 25 ans) ont pu bénéficier d'avantages sociaux certains, liés à une époque aujourd'hui révolue.

Enfin, la proportion relativement élevée de concubins / concubines ayant un ou plusieurs enfants est assez caractéristique du contexte bolivien, surtout en milieu *quechua / aymara*. On sait en effet que les couples s'unissent temporairement pour une sorte de « mariage à l'essai », reconnu et valorisé socialement, avant de s'engager dans un mariage civil et/ou religieux. Cette institution typiquement andine n'est pas en perte de vitesse, bien au contraire (cf. *Rapport du volet socio-anthropologique I - 1999* ; cf. aussi la situation des femmes interviewées par les partenaires péruviens dans la zone de Independencia à Lima).

2 - Données d'entretiens : les perceptions des mères sur la santé, la croissance et le développement de l'enfant¹³

2.1 - Perceptions de la santé de l'enfant

L'enfant « bien portant » et l'enfant « mal portant »

De façon générale, les mères interviewées emploient rarement les expressions de « croissance », de « développement » ou encore de « santé » de l'enfant. Dans les entretiens, elles ont recours à des notions, aux contours relativement larges (« enfant bien portant » ou « mal portant »). Celles-ci englobent des caractéristiques physiques et comportementales que les mères mentionnent de façon spontanée. Pour cerner de plus près ces notions, il s'agit d'approfondir la discussion en prenant des exemples concrets empruntés aux soins et/ou à l'alimentation de l'enfant.

Ainsi, indépendamment de son âge, un enfant qui ne va pas bien ou un enfant « mal portant » (*un niño no sano*) présente des troubles de comportement généraux ou alimentaires. On dit alors qu'il « tombe malade » et qu'il prend un aspect physique anormal. Pour la plupart des mères, ces signes sont immédiatement perceptibles. D'après une mère du Chapare :

C'est clair [quand l'enfant ne va pas bien] : il est toujours malade, maigre, abattu, pâle - Chapare / JC / E 2 / p. 5.

La manifestation de ces signes extérieurs de mal-être est immédiatement associée avec un trouble de la santé. Les mères disent alors que leur enfant est « malade » (*enfermo*) sans nécessairement mentionner de quelle maladie il s'agit.

La modification du comportement général de l'enfant (sommeil, cris, pleurs excessifs) sont également de sérieux indices pour les mères :

Quand il est malade, il ne fait pas de bêtises, il ne se sent pas bien ; il faut l'emmener chez le médecin - Chavez Rancho / MD / E 1 / p. 10 ; Quand elle tombe malade, elle est très pleurnicheuse, enquiquinante, elle se plaint beaucoup et, le soir, elle pleure énormément - Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 10 ; Elle, quand elle va tomber malade, elle a sommeil, juste sommeil, elle ne va déjà pas bien, je dois l'emmener ou je dois lui donner un médicament quelconque ici - Chavez Rancho / MD / E 6 / p. 12 (cf. aussi Chapare / JC / E 2 / p. 5 ; Chapare / JC / E 7 / p. 6).

¹³ Codes de référence : NNS / NS / RAE / REC / RAE / IT / EN.

Le fait que l'enfant ne mange pas normalement (perte d'appétit), et qu'il vomisse, est un signe de gravité¹⁴, car son aspect physique est modifié (amaigrissement, peau de l'estomac relâchée) :

Parce que, quand il tombe malade, (...) mon enfant a commencé à maigrir ; sa peau est devenue flexible, au niveau de ses jambes, de son estomac ; et comme elle était un peu grosse, elle est devenue mal fichue ; elle est devenue toute ridée, comme ça ; et là, je le vois bien, si ça va pour son alimentation, pour tout - Chavez Rancho / MD / E 6 / p. 10 ; Souvent, quand les enfants sont maigres et qu'ils ne veulent pas manger, ma fille, tout du moins, elle vomit toujours et elle ne veut pas manger, quand elle tombe malade, on a beau insister, elle vomit tout le temps - Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 11.

En revanche, l'enfant qui se porte bien ou « bien portant » (*un niño sano*) se caractérise, quel que soit son âge, par le fait qu'il n'est pas malade, qu'il mange bien, qu'il « remue » ou qu'il dort bien :

Un enfant [qui se porte bien, c'est qu'il n'a pas de maladies, qu'il ne tombe jamais malade, qu'il ne présente aucun problème de croissance, d'alimentation ; un enfant « bien portant » se sent bien, il court en tous sens. Quand il est malade, il ne veut pas jouer, il veut seulement manger des choses sucrées, ça veut dire qu'il ne va pas bien - Chapare / JC / E 3 / p. 6 ; Il mange, il boit son lait, il joue - Chapare / JC / E 5 / p. 4 ; Il tâte bien le sein, il dort tranquillement - Chapare / JC / E 6 / p. 6 ; Il marche juste, il joue, il ne pleure pas - Chapare / JC / E 8 / p. 5¹⁵.

Même si elles ne s'attardent pas sur le développement psychomoteur, et qu'elles ne le nomment pas comme tel, cet aspect est bel et bien perçu par les mères : un enfant qui ne « bouge » pas bien, qui n'a plus de goût pour jouer ou qui ne dit rien n'est pas « bien portant ». Aussi, il est probable que l'observation quotidienne de l'enfant paraît tellement évidente que les mères ne parlent pas spontanément de son comportement. En revanche, lorsque l'on insiste et qu'on les interroge directement sur cet aspect, les mères sont très claires :

Quand il se porte bien, il est très gai ; quand il tombe malade, il donne bien du travail. (...) Comme ça, bien portant, il joue, il est calme, il mange bien, de tout ; quand il est malade, il pleure, il n'a envie de rien, il donne bien du travail - Chapare / JC / E 2 / p. 5.

Références à l'alimentation

La mauvaise alimentation (en qualité comme en quantité) a des conséquences immédiates sur la santé de l'enfant. Un enfant mal ou insuffisamment nourri

¹⁴ Cf. aussi Chapare / JC / E 8 / p. 8 ; Chavez Rancho / MD / E 6 / p. 17 ; Chavez Rancho / MD / E 9 / p. 10 ; Chapare / JC / E 9 / p. 4 ; Chavez Rancho / MD / E 5 / p. 20.

¹⁵ Sur l'enfant bien portant, cf. aussi Chavez Rancho / MD / E 9 / p. 11 ; Chavez Rancho / MD / E 3 / p. 11-12 ; Chapare / JC / E 4 / p. 6 ; Chapare / JC / E 7 / p. 6 ; Chavez Rancho / MD / E 6 / p. 11 ; Chavez Rancho / MD / E 9 / p. 9-10).

tombe rapidement malade et présente les signes physiques de la maladie (amaigrissement excessif notamment)¹⁶ :

Si nous ne [lui] donnons pas à manger, il ne grossit pas, il ne grandit pas, il est maigre, malade, et à partir de là, tout ce qu'il mange lui donne la diarrhée ; mais si on s'en occupe bien, il va bien - Chapare / JC / E 1 / p. 5.

La mauvaise alimentation et la maladie sont généralement associées (cf. Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 9-11), la deuxième étant parfois présentée comme la conséquence de la première. Certaines mères emploient alors des termes empruntés au registre de la biomédecine pour désigner la faiblesse de l'état de santé de l'enfant :

La dénutrition [en est la conséquence], parce que, parfois, ils ne sont pas bien nourris ou on ne les nourrit pas bien (...) - Chavez Rancho / MD / E 10 / p. 27.

Mais le schéma de causalité peut s'inverser et les mères disent que c'est parce que l'enfant est malade qu'il ne mange pas :

(...) c'est-à-dire, [mes enfants ont eu de] l'anémie et aussi de la diarrhée, parce qu'ils ne peuvent pas manger ; s'il n'y a pas d'alimentation, ils ne se développent pas - Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 19 ; Si [mes enfants ne grandissent pas], parce qu'ils ne mangent pas, parce qu'ils sont malades - Chapare / JC / E 6 / p. 11 ; (...) [l'enfant est malade] parce que, (...), il ne peut même plus manger - Chapare / JC / E 9 / p. 7.

Références à la maladie

Aborder avec les mères le thème de la maladie de l'enfant permet de cerner de façon plus concrète les conceptions locales de la santé. Parce qu'elle touche au quotidien, la maladie révèle des représentations et des pratiques. Les données abondent sur le sujet (maladies infantiles, itinéraires thérapeutiques).

La fièvre est souvent perçue comme une véritable maladie, indépendamment de la multiplicité de ses causes :

En général, il est pris de fièvre, je lui donne juste des médicaments et je l'emmenais toujours à l'hôpital - Chapare / ME / E 8 / p. 11 ; Ils sont morts de fièvre intestinale, ça leur a pris, l'un est mort le matin et l'autre l'après-midi - Chapare / JC / E 4 / p. 2 ; Ils ont attrapé la gale ; leurs pieds se sont enflés ; ils ont eu des démangeaisons ; ils sont tombés malades de fièvre - Chapare / JC / E 4 / p. 10 ; Oui, c'est ça ; ils sont pris de toux, ils ont de la fièvre, la fièvre jaune - Chapare / JC / E 6 / p. 11 (cf. aussi Chapare / JC / E 7 / p. 3 ; Chapare / JC / E 10 / p. 8 ; Chapare / ME / E 8 / p. 11)¹⁷.

¹⁶ Cf. aussi Chapare / JC / E 4 / p. 6 ; Chapare / JC / E 7 / p. 6 ; Chapare / ME / E 7 / p. 13.

¹⁷ Une seule mère (Chapare) mentionne la typhoïde (Chavez Rancho / MD / E 3 / p. 11).

Force est de constater les nombreuses références explicites faites à l'anémie, sans que les mères expliquent exactement de ce dont il s'agit :

L'anémie, la fièvre, en général, c'est juste ça qu'ils attrapent - Chapare / JC / E 4 / p. 9 ; (...) ce [bouillon] c'est bon aussi contre l'anémie, quand il a eu de l'anémie, je l'ai guéri avec ça - Chapare / ME / E 6 / p. 18 ; Parfois, il commence à avoir de l'anémie - Chapare / ME / E 2 / p. 23 (cf. aussi Chapare / ME / E 7 / p. 13).

D'autres mères, en revanche, relie le manque d'appétit à l'anémie, en hésitant toutefois sur le fait de savoir si cette dernière est la cause ou la conséquence du premier :

[Les enfants ne vont pas bien quand ils ont] une maladie grave, c'est-à-dire de l'anémie, ou encore de la diarrhée, parce qu'ils ne peuvent pas manger ; s'il n'y a pas d'alimentation, ils ne se développent pas - Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 19 ; Ils ne mangent pas de nourriture y de là, ils attrapent [l'anémie] - Chapare / ME / E 2 / p. 23.

Pour soigner l'anémie, une mère fait prendre à son enfant un bain d'herbes spécialement cueillies :

(...) ce [bain d'herbes] est bon aussi contre l'anémie, quand il a eu de l'anémie, je l'ai guéri avec ça - Chapare / ME / E 6 / p. 18

Plus rarement, les mères citent la pneumonie (Chavez Rancho / MD / E 6 / p. 11) ; la leucémie (Chavez Rancho / MD / E 8 / p. 22) ; les amygdales (Chavez Rancho / MD / E 2 / p. 12) ; les paralysies (Chavez Rancho / MD / E 1 / p. 13) ; le *susto* (Chapare / JC / E 6 / p. 7-11) et la dénutrition (Chavez Rancho / MD / E 10 / p. 27).

Il est notable que certaines mères emploient des notions biomédicales (anémie, dénutrition) qu'elles investissent parfois d'un sens très spécifique, parfois d'un sens très large, un peu à la manière d'une catégorie fourre-tout¹⁸ :

La mauvaise nutrition, la mauvaise alimentation joue aussi [sur le développement] - Chavez Rancho / MD / E 6 / p. 19 ; (...) certains (...) sont grands, (...) d'autres non, parce qu'on ne leur a pas donné beaucoup de nourriture et ils sont dénutris. Les enfants à la peau blanche sont plus délicats. Celle-ci a une peau foncée et l'autre est blanche et, elle, bon sang, d'où ça lui vient, mais toujours est-il qu'elle se remplit de petits boutons et on lui met du Mentisan, [de la pommade à base de menthol], et il reste des petits boutons noirs, comme ça, partout sur son corps - Chapare / ME / E 7 / p. 17.

¹⁸ L'appropriation et la réinterprétation de ces notions biomédicales par les mères sont des processus complexes qui demanderaient d'être étudiés de manière plus approfondie.

Types de maladie, causes et symptômes perçus par les mères et itinéraires thérapeutiques associés

Il est possible de présenter de façon plus systématique les problèmes de santé (localement appelés « maladies ») perçus par les mères, ainsi que les causes, les symptômes et les itinéraires thérapeutiques qui y sont associés.

Les problèmes de santé, causes, symptômes et itinéraires thérapeutiques qui apparaissent dans les trois tableaux ci-dessous ressortent des 19 entretiens menés avec les mères du Chapare. Quatre types d'itinéraires thérapeutiques peuvent être distingués, mais tous n'ont pas pu être reconstitués¹⁹.

Le tableau 1 dénombre les problèmes de santé identifiés par les mères, sans faire allusion aux causes et symptômes perçus qui y sont associées. Chaque problème (ou « maladie ») se rapporte à un épisode vécu par les enfants des mères interviewées.

Tableau 1 - Problèmes de santé de l'enfant de moins de cinq ans, mentionnés par les 19 mères interviewées dans le Chapare, et itinéraires thérapeutiques associés

Problèmes mentionnés	Nombre de cas	Itinéraires thérapeutiques
Anémie	4	1 MC / 1 M
<i>Cutuchi</i>	1	-
Crise cardiaque	1	-
Dénutrition	3	2 M
Diarrhées	19	6 MC / 3 AM / 1 M / 1 M+AM+MC
Douleurs de ventre	2	1 AM / 1 MC
Faiblesse générale	1	-
Fièvre	12	3 MC / 1 M / 1 AM / 1 AM+M
Fièvre jaune	1	-
Grippe	5	1 M / 1 AM / 1 MC
Mal de dos	1	1 C
<i>Mal de ojo</i>	3	1 MC / 1 C
<i>Puchichis</i> (infection de la peau)	2	-
Refroidissement	3	1 M / 1 M+MC / 1 AM+MC
<i>Sarnas</i> (gale)	1	1 M
<i>Susto</i> (frayeur)	15	1 MC / 12 C / 1 MC+M+C
<i>Tembe</i>	1	-
Toux	5	3 MC
Vers dans le ventre	2	1 M / 1 MC+AM
Vomissements	3	-

MC : *Medicina Casera* ou médecine domestique qui comprend les bains, frictions, infusions, régimes alimentaires ou recettes spéciales ;

M : *Médico* ou recours à un spécialiste officiel de la santé dans une structure de soins ;

AM : *Auto-Medicación* ou automédication ;

C : *Curandero* ou guérisseur.

¹⁹ Il serait possible de faire la distinction entre les structures de soins fréquentées selon les maladies ou encore de préciser les types de médecines domestiques administrées à l'enfant. Ces analyses pourraient être menées ultérieurement en revenant sur la base de données. Sur ces thèmes, cf. également *Rapport du volet socio-anthropologique I* (1999).

Quelques entretiens permettent de relier certains des problèmes de santé mentionnés ci-dessus à leurs causes, telles que les perçoivent les mères ou telles qu'elles leur auront été dévoilées lors d'une visite dans une structure de soins (cf. les itinéraires thérapeutiques se rapportant à la codification M - *Médico* du tableau 2). Mais certaines causes apparaissent également sans être reliées à des problèmes spécifiques. Dans ces cas-là, les mères ont simplement indiqué que l'enfant était « tombé malade ». On note que certains problèmes apparaissent comme des causes, et *vice versa* (vers dans le ventre, anémie, fièvre, diarrhée). Enfin, les itinéraires thérapeutiques n'ont pas été systématiquement enregistrés ou reconstitués.

Tableau 2 - Causes perçues des problèmes de santé de l'enfant de moins de cinq ans, mentionnées par les 19 mères interviewées dans le Chapare, et itinéraires thérapeutiques associés

Problèmes de santé	Causes perçues	Nombre de cas	Itinéraires thérapeutiques
Diarrhée, vomissements	Alimentation de complément	2	-
Dénutrition, anémie, faiblesse générale, mort	Alimentation déficiente (en quantité)	5	1 AM
Diarrhée, vers dans le ventre	Alimentation « sélective » (trop sucrée)	3	1 AM / 1 M
-	Biberon sale	1	-
-	Changement chaud / froid	4	1 MC+M
-	Consommation d'eau sale	2	-
<i>Susto</i> (frayeur)	Disputes / violence familiale	1	-
Mort	Faible poids de naissance	1	-
Diarrhée, fièvre, vomissements	Ingestion de fruits (« froids » / verts)	4	1 MC
Diarrhée	Ingestion de terre / déchets	1	1 MC
Dénutrition	Internement à l'hôpital	1	1 MC
-	Manque d'affection	1	-
Diarrhée	Marche à quatre pattes (ingestion de terre / déchets)	6	1 M / 1 MC
<i>Susto</i> (frayeur)	Marche à quatre pattes (chutes, frayeurs)	1	-
Mal de dos (colonne vertébrale)	Marche à quatre pattes	1	1 C
Diarrhée, <i>susto</i> (frayeur)	Négligence de la part d'un parent	2	-
-	Piqûres (moustique / fourmis)	2	1 M
Diarrhée	Refroidissement	2	-
Diarrhée	Sortie des dents	4	-
Diarrhée, fièvre	« Sang chaud » de la mère (énervement)	1	-
Fièvre	Vaccins	1	-
Diarrhée, vomissements	Vers dans le ventre	3	1 M / 1 MC / 1 AM

MC : *Medicina Casera* ou médecine domestique qui comprend les bains, frictions, infusions, régimes alimentaires ou recettes spéciales ;

M : *Médico* ou recours à un spécialiste officiel de la santé dans une structure de soins ;

AM : *Auto-Medicación* ou automédication ;

C : *Curandero* ou guérisseur.

Les mères confondent parfois les symptômes et les causes de la maladie, comme le montre le tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3 - Symptômes perçus des problèmes de santé de l'enfant de moins de cinq ans, mentionnées par les 19 mères interviewées dans le Chapare

Problèmes de santé	Symptômes associés	Nombre de cas
Diarrhée, vers dans le ventre	Alimentation « sélective » (trop sucrée)	1
Dénutrition, anémie	Apathie	4
Faiblesse générale, <i>susto</i> (frayeur)	Chutes	1
-	Douleurs du corps	1
Alimentation « sélective » (trop sucrée)	Diarrhée	1
Vers dans le ventre	Enflure du ventre	1
Dénutrition, anémie	Maigreur excessive	4
<i>Susto</i> (frayeur)	Manque de sommeil	2
Anémie	Petite taille	1
Diarrhée, douleurs du corps	Pleurs	-
-	Vomissements	1

Pour détecter d'éventuelles maladies, ou désordre de la santé, l'attention de la mère se porte sur le comportement (*cf.* ci-dessus), mais également sur le corps de l'enfant (le ventre en particulier). C'est en effet l'état général du corps (amaigrissement anormal ou enflure) qui indique si l'enfant couve quelque chose (*cf.* Partie II - Images du corps, ci-dessous) :

(...) Il faut toujours regarder, n'est-ce pas ? Que son corps aille bien - Chavez Rancho / MD / E 8 / p. 15 ; On peut seulement s'en rendre compte parce qu'il est maigre, un peu malade - Chapare / JC / E 9 / p. 7.

Comme on pouvait s'y attendre, la notion de « santé » est, pour les mères, étroitement liée à la notion de maladie. Simplement, celle-ci revêt des acceptions extrêmement diverses et combine des ordres de réalité très différents. En effet, la relation entre les causes, les symptômes et la maladie n'est pas unilinéaire. Cette relation combine, plus qu'elle n'ordonne, ces différents niveaux qui interagissent de façon permanente. De façon spontanée, la (bonne) santé est donc associée à l'absence de maladie, même si, comme le rappelle une mère de Chavez Rancho, il s'agit d'un état idéal que ne connaissent pas les enfants :

(...) mais très peu d'enfants sont bien portants, parce que les enfants tombent toujours malades de quelque chose ; si ce n'est pas une chose, c'est l'autre - Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 9.

2.2 - Perceptions de la croissance et du développement de l'enfant

Dans les guides d'entretien, plusieurs questions induisaient des réponses sur les perceptions de la croissance et du développement de l'enfant, en relation avec la santé et l'alimentation. Les réponses permettent de baliser de façon plus précise les notions locales de croissance et de développement.

La relation maladie / croissance

En général, les mères affirment que les maladies nuisent à la croissance de l'enfant :

Les maladies sont nuisibles (...). Elles retardent sa croissance, son alimentation - Chavez Rancho / MD / E 6 / p. 16.

Parmi les maladies spécifiques qui affectent la croissance de l'enfant, les femmes mentionnent fréquemment la diarrhée et les symptômes qui y sont associés :

La diarrhée, ensuite, euh, la fièvre. Quoi d'autre ? Une autre maladie de la toux, ce serait ça - Chavez Rancho / MD / E 9 / p. 16 ; Je ne sais pas qu'est-ce qu'il a bien pu manger et il a eu de la diarrhée et il est devenu tout maigre et il n'avait pas de force, même pas pour se tenir debout - Chapare / JC / E 8 / p. 8²⁰.

De façon assez récurrente, les mères associent la mauvaise croissance à une perte ou à une stagnation du poids de l'enfant, rarement à un problème de taille, même si celle-ci est parfois mentionnée (cf. Partie II - Images du corps, ci-dessous) :

Ils ne grossissent même pas, parce qu'ils ont tout le temps de la diarrhée et ils ne grossissent pas - Chapare / JC / E 1 / p. 5 ; Elle n'est plus [malade], mais elle est maigre ; alors que l'autre elle est presque de la même taille et plus grosse ; l'une va avoir sept [ans] et l'autre cinq [ans] et elles sont presque pareilles - Chapare / JC / E 1 / p. 11 ; (...) quand ils tombent malades, ils ne grandissent presque plus, parce qu'ils maigrissent - Chapare / JC / E 8 / p. 8.

Deux mères définissent la croissance de l'enfant en mettant l'accent sur la taille :

La taille, c'est la croissance. (...) Parce qu'ils lui mesurent la croissance, de combien il a grandi, combien de centimètres en fonction de son âge et le poids en fonction de l'aliment - Chavez Rancho / MD / E 6 / p. 14 ; Quand ils grandissent, nous voyons que certains enfants qui ont le même âge grandissent et pas lui ; c'est comme ça qu'on se rend compte et nous disons que lui il grandit et pas le mien ; c'est pour ça que nous l'emmenons chez le médecin, pour voir comment va sa croissance - Chapare / JC / E 3 / p. 6

La relation alimentation / croissance²¹

À la question de savoir s'il existe une relation entre l'alimentation de l'enfant (allaitement, alimentation de complément ou nourriture adulte) et sa croissance, les mères, sauf de rares exceptions, répondent par l'affirmative :

²⁰ Cf. aussi Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 16 ; Chavez Rancho / MD / E 5 / p. 17 ; Chapare / JC / E 3 / p. 7 ; Chapare / JC / E 7 / p. 3).

²¹ Cf. aussi Chavez Rancho / MD / E 6 / p. 13-19 ; Chavez Rancho / MD / E 9 / p. 11-12-13 ; Chavez Rancho / MD / E 5 / p. 12-15-16.

Bon, moi, je pense que si on le nourrit bien, il grandit bien, et si on ne s'en occupe pas, [il ne grandit] pas [bien] - Chapare / JC / E 1 / p. 4 ; Parce que [ça dépend] d'une bonne alimentation, moi, je crois que ça dépend de ça, n'est-ce pas ? - Chavez Rancho / MD / E 9 / p. 12 ; Oui, la croissance et l'alimentation, je crois que c'est juste ça, n'est-ce pas ? Si un enfant n'est pas bien nourri, la croissance doit aussi être au niveau de son alimentation - Chavez Rancho / MD / E 3 / p. 15.

C'est la bonne alimentation (distribuée à des heures régulières, préparée convenablement) qui explique qu'un enfant est sain et se développe bien :

Un enfant sain, ça veut dire qu'il est bien nourri, que sa croissance va bien, qu'il n'est pas dénutri - Chavez Rancho / MD / E 8 / p. 15 ; (...) s'il est aussi fort, aussi sain, c'est grâce à la bonne alimentation que lui donnent ses parents, parce qu'ils s'en occupent beaucoup - Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 10 ; Quand il est bien nourri, quand il mange à son heure - Chapare / JC / E 6 / p. 6.

Inversement, l'enfant qui ne reçoit pas une bonne alimentation présente des signes physiques qui associent la maigreur excessive à un état de faiblesse générale (cf. Références à l'alimentation ci-dessus) :

Je crois que, (...) comme il n'y a pas beaucoup de nourriture, ça les affaiblit beaucoup - Chapare / JC / E 3 / p. 10 ; Si je ne leur donne pas à manger, ils ne grandissent pas, ils deviennent tout maigres - Chapare / JC / E 5 / p. 5.

Au contraire donc :

[Cet enfant a un bon corps] parce qu'il est bien nourri - Chapare / JC / E 2 / p. 5.

L'enfant qui n'est pas bien portant serait comme « déstructuré » dans son comportement alimentaire (horaires, appétit). Cette déstructuration peut aboutir à ce qu'une mère appelle la « dénutrition » :

Moi, je m'en rends compte quand il ne se nourrit pas bien ; il ne mange pas à son heure, il ne boit pas son lait, il ne mange pas de fruit - Chapare / JC / E 6 / p. 7 ; Ils sont dénutris, pour tout, et ce n'est plus pareil que quand ils se portaient bien - Chapare / JC / E 9 / p. 10.

Exceptionnellement, les mères évoquent l'influence néfaste d'une mauvaise alimentation sur le développement psychomoteur de l'enfant :

Si on ne les nourrit pas bien, ils ont plus de retard pour penser, n'est-ce pas ? Ils ne pensent pas rapidement ; ils ne sont pas bien formés - Chavez Rancho / MD / E 6 / p. 19.

La relation croissance, hygiène et bien-être psychologique

Quelques mères insistent sur l'hygiène ou la propreté comme autant de pratiques favorisant la croissance et le bien-être de l'enfant :

Un enfant bien portant, c'est qu'il est lavé ; qu'il soit bien propre et savoir s'en occuper et savoir à quel moment lui faire prendre son bain, à quelle heure ; ensuite, pour mes enfants, le médecin même me disait qu'il fallait les mettre au soleil, la moitié du corps le matin, pour qu'ils prennent le soleil - Chavez Rancho / MD / E 10 / p. 19 (cf. aussi Chapare / JC / E 10 / p. 9 ; Chapare / JC / E 9 / p. 10).

À la question de savoir si l'état psychologique de l'enfant influe sur sa croissance et son développement, les réponses sont restées extrêmement vagues. Une mère explique que les aspects psychologiques, parce qu'ils sont invisibles, ne « disent » pas grand-chose, contrairement au signes du corps, notamment le fait de grandir :

(...) par exemple, on ne peut pas dire à l'enfant qu'il ne va pas bien psychologiquement, parce qu'on ne peut pas le noter ; mais physiquement, oui, parce qu'il n'est pas abattu, mal à l'aise, il n'a pas de douleurs non plus ; ensuite, dans l'aspect physique, on voit qu'il grandit - Chavez Rancho / MD / E 3 / p. 12.

Une seule mère mentionne l'importance de l'état psychologique sur la croissance et le développement de l'enfant sain :

Psychologiquement, elle est éveillée, elle est calme, elle joue, elle chante, elle rit, et tout ça, elle est tranquille, elle n'a rien de bizarre (...). Mentalement, elle est bien éveillée, d'après moi, elle n'a aucun traumatisme, je vois qu'elle va bien, elle joue, elle rit, elle fait des bêtises, elle comprend ce que je lui dis - Chavez Rancho / MD / E 6 / p. 12.

Les notions de croissance et de développement

À titre illustratif, le tableau 4 ci-dessous récapitule le nombre approximatif de fois où les notions de « croissance » et « développement » ont été explicitement mentionnées par les mères interrogées. Dans la mesure du possible, les thèmes auxquels correspond l'emploi de ces notions sont précisés. Mais il faut rappeler qu'au moins les deux tiers des réponses font l'objet d'une codification multiple et qu'elles se rapportent donc à plusieurs thèmes simultanément. Ce décompte n'est donc qu'indicatif et partiel.

Tableau 4 - Emploi explicite des notions de « croissance » et « développement », et thèmes associés

Alimentation	Maladie	Maladie / Alimentation	Environnement	Âge / Taille	Poids
32	25	21	16	15	4

Genre (dif. filles/garçons)	Facteurs psychologiques	Comportement	Soins
39	8	8	4

Globalement, les notions de santé, de croissance et de développement ont des contenus assez proches dans les perceptions des mères. En fait, une lecture attentive des entretiens fait apparaître que les éventuelles distinctions ou

précisions opérées entre ces notions sont souvent induites par le questionnement. Ainsi, dans la mesure où, pour maintenir l'attention des mères, de nombreuses questions ont été posées sur les soins et l'alimentation quotidiens de l'enfant, il semble cohérent que ces thèmes ressortent davantage que les autres.

3 - Données d'entretiens : images du corps de l'enfant, perceptions des étapes de la croissance et différenciation entre les filles et les garçons²²

3.1 - Images du corps

Les réponses données par les mères à la question de savoir « à quoi ressemble un enfant qui croît et se développe bien » recourent souvent celles rapportées plus haut sur les perceptions de la santé (cf. L'enfant « bien portant » et l'enfant « mal portant » ; cf. aussi *Focus Group* 204). Mais la précision demandée, portant sur les marqueurs physiques, montre que les mères observent régulièrement le corps de leur enfant et qu'elles le qualifient de « beau », de « bon », de « gros », de « gai », de « maigre » et, bien entendu, de « sain »²³ :

Quand il est bien portant, [il a un bon corps] - Chapare / JC / E 9 / p. 7 ; Il est calme, c'est ça, il a un corps normal, n'est-ce pas ? - Chapare / JC / E 4 / p. 6 ; Quand il est bien nourri, [il a un bon corps] - Chapare / JC / E 8 / p. 5 ; [Un bon corps ?] Ça, ça doit être quand il n'a aucune maladie - Chapare / JC / E 7 / p. 6 ; Il grossit, il est gai, bien portant - Chapare / JC / E 5 / p. 4 ; Qu'il soit grassouillet, bien portant, gai - Chapare / JC / E 6 / p. 6²⁴ ; Certains ont des [perturbations physiques] parce qu'ils sont grands, pour d'autres, ce n'est pas le cas ; parce qu'ils ne leur donnent pas assez à manger et ils sont dénutris. . Les enfants à la peau blanche sont plus délicats. Celle-ci a une peau foncée et l'autre est blanche et, elle, bon sang, d'où ça lui vient, mais toujours est-il qu'elle se remplit de petits boutons et on lui met du Mentisan, [de la pommade à base de menthol], et il reste des petits boutons noirs, comme ça, partout sur son corps - Chapare / ME / E 7 / p. 17.

Qu'est-ce qu'un « beau corps bien fait » ?

Les données concernant l'image du « beau corps bien fait » mettent en évidence une grande homogénéité des représentations, indépendamment des zones d'enquête et du profil des mères interviewées.

Un « beau corps bien fait » doit être harmonieux, avec une tendance à l'embonpoint bien réparti sur tout le corps. L'enfant qui se développe normalement n'est pas forcément grand, mais plutôt bien proportionné. L'âge réel n'est pas souvent mis en relation avec son poids et sa taille (sauf pour certaines mères, cf. ci-dessous). Enfin, le genre induit parfois quelques nuances entre les enfants au niveau du poids et de la taille perçus, sans toutefois

²² Codes de référence : IC / PC.

²³ Les perceptions associées à ces différents qualificatifs pourraient être reprises et analysées plus finement. Des entretiens complémentaires pourraient être menés sur ces thèmes.

²⁴ Cf. également Chapare / JC / E 3 / p. 6 ; Chapare / JC / E 9 / p. 7 ; Chapare / ME / E 7 / p. 17.

remettre en cause les représentations du « beau corps bien fait » (cf. ce point en détail en 3.3 ci-dessous).

Ainsi, dans la mesure où l'enfant ne présente pas d'excès de grosseur ou de maigreur, il connaît une croissance et un développement harmonieux :

Quand il est très grassouillet et qu'il est content, qu'il court en tous sens et qu'il est toujours gai, et qu'il ne se plaint pas beaucoup, c'est parce qu'il se porte bien, et quand il est malade, il est toujours geignard, en train de nous enquiquiner - Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 10.

Une grosseur mal placée, comme l'excroissance de l'estomac, est un signe de maladie (cf. aussi *Focus Group* 602) :

(...) quand son estomac grossit, ça veut dire qu'il a une maladie ou des vers ; mais quand son corps est normal, ni trop gros, ni maigre, ça veut dire qu'il va bien - Chapare / JC / E 3 / p. 6.

Pour les mères, la maigreur excessive est associée à la pâleur et constitue un signe évident de maladie (cf. aussi *Focus Group* 618). Le comportement de l'enfant est dès lors perçu comme anormal (il ne joue pas) :

Bon, moi, quand mes enfants sont un peu pâles, qu'ils ne mangent pas bien, qu'ils sont maigres, qu'ils n'ont pas envie de jouer ni de faire quoique ce soit. Mais, quand ils vont bien, ils jouent, ils ne sont pas pâles - Chapare / JC / E 1 / p. 1.

Qu'est-ce qu'un bon poids ?

Même si l'usage du diminutif est particulièrement fréquent en Bolivie, l'emploi quasi-systématique de l'expression *gordito* (littéralement « un petit peu gros ») appliquée à l'enfant est très significatif. Les mères font en effet la distinction entre la mauvaise grosseur, qui est la marque d'une perturbation de l'état de santé, et la « petite grosseur » qui signifie que l'enfant est « plein » ou « rassasié » (cf. aussi *Focus Group* 218).

La référence au poids ressort donc assez fréquemment chez les mères, mais celles-ci ne le traduisent que très rarement en kilos. La plupart des mères n'ont pas non plus d'idée précise sur la notion biomédicale de « poids idéal » de l'enfant :

Je ne sais pas ; qu'il soit normal, qu'il ait un poids normal - Chavez Rancho / MD / E 9 / p. 10.

De l'ensemble des mères interrogées, une seule mentionne le carnet de santé comme un référent permettant de détecter une anomalie dans l'évolution du poids de son enfant :

En fonction du carnet de contrôle de l'enfant - Chapare / JC / E 9 / p. 7.

Le poids de naissance est parfois mémorisé et mentionné avec précision. Dans ce cas, son importance ou sa faiblesse est mise en relation avec l'état de santé de l'enfant et son appétit :

Ma fille (...) était très petite, bien que nous l'emmenions au centre de santé, elle était bien maigre, à chaque fois elle tombait malade, elle toussait et toussait ; on l'emmenait au centre de santé, ils lui faisaient des piqûres, ils lui donnaient des sirops, elle avait toujours la diarrhée ; elle était bien maigre, toute petite, elle pesait 2,50 kg à la naissance ; elle était très maigre (...). L'autre n'est pas tombée aussi souvent malade; elle était plus grosse, elle faisait 3,50 kg quand elle est née - Chapare / JC / E 1 / p. 1-2.

Il semble qu'un « bon poids », exprimé en termes de kilos, n'existe pas pour la plupart des mères : celles-ci « sentent » ou « voient » que leurs enfants n'ont pas un aspect ou un comportement normaux. Le « bon poids » est donc un « poids perçu », mais pas mesuré ni traduit en kilos. Pour les mères, c'est l'embonpoint - c'est-à-dire la répartition harmonieuse du poids sur l'ensemble du corps - qui atteste de la bonne santé, de la croissance et du développement normal de l'enfant.

La relation entre le poids, la taille et l'âge

On retiendra cependant que quelques mères de Chavez Rancho, qui disent se rendre régulièrement au centre de santé, établissent la relation entre le poids, la taille et l'âge de leurs enfants. Elles rendent d'ailleurs compte de cette relation de façon quasi scientifique (cf. aussi *Focus Group* 162 ; 196) :

Pour qu'il ait une croissance normale, les signes sont qu'on voit qu'il est actif et on contrôle sa taille, son poids, on regarde ses mains, ses pieds, qu'il n'ait pas de défauts (...). [L'enfant doit avoir] la taille exacte correspondant à son âge, n'est-ce pas ? alors, moi, je crois que c'est suffisant pour que nous voyions s'il a un bon corps et un développement normal - Chavez Rancho / MD / E 3 / p. 12 ; Moi, je m'en rends compte quand je l'emmène à ses contrôles, je demande comment il va, s'il prend du poids ; le docteur me dit, à moi, il prend du poids, il a bien grandi pour sa taille, pour son âge, il est bien développé, c'est pour ça que je vous le dis, parce que le docteur me le dit à moi - Chavez Rancho / MD / E 5 / p. 11 ; La taille, c'est la croissance. (...) Parce qu'ils lui mesurent la croissance, de combien il a grandi, combien de centimètres en fonction de son âge et le poids en fonction de l'aliment - Chavez Rancho / MD / E 6 / p. 14.

Pour ces deux mères, en revanche, seuls la taille et l'âge comptent, indépendamment du poids de l'enfant :

Un enfant bien portant doit être de bonne taille - Chapare / JC / E 9 / p. 7 ; Ils n'ont pas le corps qu'ils doivent avoir à son âge, ils ne font pas leur âge - Chavez Rancho / MD / E 6 / p. 19.

Pour les autres mères (de Chavez Rancho comme du Chapare), la relation entre le poids, la taille et l'âge relève du constat d'observation spontané, sans référence au carnet de santé ou aux commentaires des personnels de santé :

Maintenant que [mes enfants] sont grands, ils ne pèsent pas le poids qu'ils devraient peser - Chavez Rancho / MD / E 2 / p. 9 ; [Mon] enfant est vraiment maigre, il ne veut pas manger, il n'atteint pas la taille qu'il devrait avoir, ni le poids, [du moins] c'est ce qu'il me semble - Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 11 ; Si nous ne donnons pas à manger, il ne grossit pas, il ne grandit pas, il est maigre, malade, et à partir de là, tout ce qu'il mange lui donne la diarrhée ; mais si on s'en occupe bien, il va bien - Chapare / JC / E 1 / p. 5 ; Oui, quand ils tombent malades, ils ne grandissent presque plus, parce qu'ils maigrissent - Chapare / JC / E 8 / p. 8 ; Quand il a la diarrhée, le bébé commence à maigrir, je ne sais pas, il s'affaiblit pour la moindre chose, le bébé ne grandit presque pas, il se déshydrate - Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 16.

Une mère rappelle qu'elle observe d'abord autour d'elle la façon dont grandissent les enfants du hameau qui ont le même âge que les siens avant d'aller éventuellement consulter le médecin :

Quand ils grandissent, nous voyons que certains enfants qui ont le même âge grandissent et pas lui ; c'est comme ça qu'on se rend compte et nous disons que lui il grandit et pas le mien ; c'est pour ça qu'on l'emmène chez le médecin, pour voir comment va sa croissance - Chapare / JC / E 3 / p. 6.

Même si les données sur le sujet font défaut, il est probable que l'observation des mères de la croissance et du développement des autres enfants soit un comportement que l'on retrouve aussi en ville à l'échelle des quartiers.

3.2 - Les principales étapes de la croissance

Les données d'entretiens concernant la perception des principales étapes de la croissance de l'enfant, ainsi que les risques spécifiques ou encore les modifications physiques et comportementales qui y sont associées (selon les sexes), sont peu nombreuses et imprécises. Cette faiblesse est liée à la difficulté du sujet et à des problèmes techniques au niveau de la récolte des données²⁵.

Motricité, développement psychomoteur et langage

Seules trois mères de Chavez Rancho et une mère du Chapare mentionnent la motricité, le développement psychomoteur (attention accrue, mouvements d'accompagnement) et l'acquisition du langage comme des étapes essentielles de la croissance et du développement de l'enfant :

²⁵ La faiblesse des données sur ce thème est due au fait que les mères ne parlent pas spontanément de ce thème de façon abstraite, mais en relation à une situation concrète. C'est le même type de difficulté que l'on rencontre lorsque l'on tente de reconstruire des itinéraires thérapeutiques. Si l'on n'observe pas ceux-ci au moment de leur déroulement, il est extrêmement difficile d'en restituer la complexité. Dans la mesure où les rapports d'observation n'ont pas été rendus par les étudiantes, l'analyse des perceptions sur les étapes de la croissance s'en trouve donc considérablement réduite. Autant que possible, les données seront donc complétées par les observations de l'auteur (Charles-Édouard de Suremain).

A partir de l'âge de six mois, [c'est important]. Pour l'aspect mental, le médecin le voit, n'est-ce pas ? Et aussi la mère voit les mouvements du bébé, s'il capte la conversation ; les mouvements des lèvres, ou s'il a, dans sa façon de regarder, si l'enfant répond quand on lui parle, ne serait-ce que par un geste. (...) Dans le mouvement, avec lequel l'enfant bouge, capte ce qu'on lui dit, parce qu'une maman parle toujours à son enfant depuis la naissance ; ses mouvements commencent - Chavez Rancho / MD / E 10 / p. 20 ; Dans la croissance, je crois, à partir d'un an (...). Parce que c'est très beau, ils commencent à dire leurs premiers mots, ils commencent à marcher, à nous demander, à dire : « je veux ça », ils apprennent beaucoup de choses ou nous apprenons d'eux, nous apprenons à les connaître - Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 11 ; Il me semble que l'état d'esprit de l'enfant joue beaucoup - Chavez Rancho / MD / E 3 / p. 12 ; Quand ils apprennent à parler, à marcher, à marcher à quatre pattes ; ces trois [choses] sont importantes (...) - Chapare / JC / E 9 / p. 8.

Acquisition de la marche et sortie des dents

La quasi-totalité des femmes de Chavez Rancho et du Chapare ont en revanche identifié l'acquisition de la marche et la sortie des dents comme les étapes les plus importantes de la croissance et du développement de leur enfant :

Quand il marche et qu'il fait ses dents - Chapare / JC / E 8 / p. 5.

Dans les perceptions des mères, l'acquisition de la marche (entre huit mois et un an) n'est pas précédée par le stade de la marche à quatre pattes. À la lecture des entretiens, on sent très bien qu'elles appréhendent tout particulièrement cette période où l'enfant encourt des risques d'infection et de blessure (cf. *Risques encourus...* ci-dessous). Pour éviter ces risques, les mères semblent vouloir absolument accélérer le processus d'acquisition de la marche :

[Mon fils a commencé à marcher] à l'âge de huit mois. Il n'a pas marché à quatre pattes ; il a marché debout directement - Chapare / JC / E 8 / p. 6 ; Il n'a pas marché à quatre pattes ; aucune [de mes filles] n'a marché à quatre pattes ; elles sont passés de la position assise à la position debout pour marcher ; elles n'ont jamais rampé ; l'aînée avait son trotteur et elle marchait seulement avec ça ; l'autre était assise sur sa chaise, mais je ne l'ai jamais mise sur le sol - Chapare / JC / E 1 / p. 2.

Quoique les données manquent sur le sujet, il est probable que l'attention des mères pour la sortie des dents de l'enfant soit liée à l'étape du sevrage définitif et au passage à l'alimentation adulte (cf. 4 - *Modalités du sevrage* ci-dessous). La sortie des dents pourrait en effet signifier qu'il est définitivement temps de sevrer l'enfant et que celui-ci prenne davantage d'autonomie alimentaire.

L'association de ces deux étapes de la croissance (acquisition de la marche et sortie des dents) semble indiquer que les mères souhaitent la prise d'autonomie rapide de l'enfant. L'autonomie, perçue à travers la mobilité et l'alimentation, est d'ailleurs induite par des comportements très incitatifs (Observations Charles-Édouard de Suremain ; Chapare / JC / E 2 / p. 14) : on empêche l'enfant, par exemple, de traîner par terre ; on lui impose de manger de la

nourriture adulte (cf. 4 - ci-dessous) ; on l'incite à participer à certaines activités domestiques (balayage, ramassage de petit bois, remplissage d'un seau d'eau).

Risques encourus par l'enfant et étapes de la croissance

L'attitude des mères, qui semblent vouloir accélérer l'acquisition de la marche, est liée à la perception des risques d'infection intestinale (diarrhées) encourus par l'enfant lors de la période où il marche à quatre pattes et pendant laquelle il a tendance à tout mettre à la bouche :

Quand ils marchent à quatre pattes, tout va directement à leur bouche, parfois ils mangent des cochonneries, avec ça ils tombent malades - Chapare / JC / E 2 / p. 6 ; Quand ils commencent à marcher à quatre pattes, qu'ils apprennent à marcher, ils mettent des choses à la bouche, c'est pour ça qu'ils tombent malades - Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 9 ; [Il faut éviter] qu'ils ramassent des cochonneries, qu'ils ramassent des choses par terre et les mettent à la bouche, ça leur provoque des infections - Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 17 (cf. aussi Chapare / JC / E 9 / p. 8) ; C'est la diarrhée ce qui affecte le plus les enfants, parce que quand ils commencent à marcher et qu'ils attrapent la diarrhée, ils oublient et, ici, il y a beaucoup d'enfants qui ne peuvent pas grandir à cause de la diarrhée - Chapare / JC / E 3 / p. 10 (cf. aussi Chapare / JC / E 7 / p. 6 ; Chapare / JC / E 10 / p. 6).

Hormis la diarrhée, dont une mère dit explicitement qu'elle freine la croissance de l'enfant, d'autres risques sont identifiés, comme les infections et les champignons aux pieds, les chutes et les brûlures. Mais ces risques n'inquiètent pas autant les femmes que les infections intestinales (cf. Chavez Rancho / MD / E 3 / p. 12 ; Chapare / JC / E 10 / p. 6 ; Chapare / JC / E 3 / p. 7). Une mère mentionne le *susto* (ou état de « frayeur » lié à une chute brutale ou à la crainte de l'eau) comme un risque pouvant provoquer des diarrhées et, par conséquent, freiner la croissance et le développement de l'enfant (Chapare / JC / E 6 / p. 7).

L'apparition des dents provoque aussi la diarrhée (Chapare / JC / E 6 / p. 8 ; Chapare / JC / E 7 / p. 8). N'étant pas associée à une infection d'origine externe ou à un *susto*, elle n'inquiète cependant pas vraiment les mères. Dans leurs perceptions, ce type de diarrhée n'entrave pas la croissance de l'enfant :

L'autre a attrapé la diarrhée ; ma belle-mère me disait que c'était à cause de sa dent ; ça lui arrive aussi quand elle va sortir, n'est-ce pas ? - Chapare / JC / E 6 / p. 8.

Dans ce cas, on leur donne tout au plus un régime spécial censé calmer la douleur :

[Quand il a fait ses dents], je lui ai surtout donné du lait, parfois je lui donnais de l'oeuf, je lui donnais juste des aliments blancs - Chapare / JC / E 2 / p. 6.

3.3 - Différenciation²⁶ de la croissance selon le sexe

Les données d'entretien sur les causes de la différenciation entre les filles et les garçons sont souvent tautologiques ou redondantes. Comme dans certains *focus groups* (352 ; 356 ; 477), les mères expliquent la différence par la différence, sans plus d'explications.

À la question de savoir si, indépendamment de l'alimentation et de la maladie de la mère ou de l'enfant (pendant et après la grossesse), la croissance et le développement des filles et des garçons est « naturellement » différent, une dizaine de mères a répondu par la négative (« non ») et une autre dizaine par l'affirmative (« oui »)²⁷.

Si l'on demande en quoi la croissance et le développement sont-ils différents entre les filles et les garçons, quelques réponses font jouer le poids, la grosseur et la taille. Mais ces facteurs ne sont que rarement mis en relation entre eux ou avec l'âge. Le poids exact (en kilos) ou la taille (en cm) ne sont, quant à eux, jamais donnés.

Ainsi, une mère du Chapare considère que les filles pèsent toujours plus lourds que les garçons parce qu'elles se développent plus vite :

Les filles pèsent toujours plus que les garçons. (...) D'après ce que je vois, les filles pèsent plus, elles ont plus de corps, elles se développent plus vite, physiquement et mentalement, les filles - Chapare / JC / E 3 / p. 8.

Deux mères du Chapare estiment que les garçons pèsent toujours plus lourd que les filles :

Oui, les petites filles sont bien maigres ; lui, c'est un garçon, [il est] gros (...) - Chapare / JC / E 1 / p. 4 ; (...) on dit que le garçon est plus lourd à porter, c'est possible - Chapare / JC / E 2 / p. 8.

Selon huit mères du Chapare, les filles grandissent plus rapidement que les garçons²⁸, même si ces derniers finissent toujours par être plus grands à l'âge adulte :

Je ne sais vraiment pas [pourquoi], mais la fille grandit plus vite que le garçon - Chapare / JC / E 9 / p. 8 ; Le garçon grandit, mais la fille le dépasse toujours.

²⁶ Je préfère employer le terme de « différenciation », qui renvoie au processus de construction sociale de la distinction entre les filles et les garçons, à celui de « différence » qui renvoie à des caractéristiques fixées une fois pour toutes.

²⁷ Cf. Chapare / ME / E 3 / p. 13-14 ; Chapare / JC / E 2 / p. 9-10 ; Chapare / JC / E 10 / p. 7 ; Chapare / JC / E 8 / p. 6 ; Chavez Rancho / MD / E 3 / p. 14 ; Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 13 ; Chavez Rancho / MD / E 6 / p. 13 ; Chavez Rancho / MD / E 9 / p. 12 ; Chavez Rancho / MD / E 1 / p. 11-12 ; Chavez Rancho / MD / E 10 / p. 23-24 ; Chavez Rancho / MD / E 8 / p. 19 ; Chapare / JC / E 3 / p. 8 ; Chavez Rancho / MD / E 3 / p. 14 ; Chapare / JC / E 7 / p. 7.

²⁸ Cf. Chapare / ME / E 6 / p. 16 ; Chapare / JC / E 4 / p. 7 ; Chapare / JC / E 5 / p. 5 ; Chapare / JC / E 6 / p. 8 ; Chapare / JC / E 7 / p. 7 ; Chapare / ME / E 3 / p. 13-14.

(...) *Parce que je le perçois comme ça, les filles sont toujours les premières pour la croissance* - Chapare / JC / E 2 / p. 10.

D'après quatre mères, ce sont au contraire les garçons qui grandissent plus vite que les filles :

Parce que les garçons se développent plus rapidement et les petites filles mettent plus de temps - Chavez Rancho / MD / E 1 / p. 12 ; *Le petit garçon grandit plus vite* - Chapare / JC / E 1 / p. 4 (cf. aussi Chapare / JC / E 8 / p. 6 ; Chapare / ME / E 2 / p. 13).

Quelques mères établissent une relation entre le poids et la taille. Certaines soulignent la relation entre ces deux facteurs en distinguant les filles et les garçons :

Ils ne sont plus pareils, [les filles et les garçons], parce que [les garçons] grandissent, ils deviennent plus gros, [les filles], plus maigres - Chapare / JC / E 6 / p. 9 ; *Le garçon est le premier pour ce qui est du poids ; pour la taille, la petite fille est presque toujours plus grande* - Chapare / JC / E 4 / p. 7 ; *Oui, [il y a une différence entre les filles et les garçons], parce que le garçon est toujours plus gros et la petite fille est plus maigre ; quand ils naissent, c'est pareil pour la taille, le garçon est plus grand, la fille plus petite* - Chapare / JC / E 9 / p. 9 ; *Je ne sais pas [à quoi c'est dû], mais [le garçon] grandit plus vite ; le petit garçon grossit plus* - Chapare / JC / E 1 / p. 4.

Ces données parfois très contradictoires sur les différences et la différenciation entre les filles et les garçons ne remettent pas en cause les perceptions sur le corps idéal du petit enfant. Jusqu'au sevrage définitif, ce dernier est souvent appelé, de façon significative, du terme générique de *wawa* (« enfant » en langue *quechua*), lequel n'induit aucune information sur son genre. Dans ce contexte, les perceptions extrêmement homogènes des mères sur le « beau corps bien fait » de l'enfant, indépendamment de son sexe, constitue une sorte de « représentation générique ». Celle-ci permet aux mères de distinguer, au premier coup d'œil, l'enfant « bien portant » de l'enfant « mal portant » ou celui qui se développe normalement de celui qui se développe anormalement (cf. aussi *Focus Group* 230 ; 232 ; 233).

4 - Données d'entretiens : relations perçues entre l'alimentation (de la mère et de l'enfant), la croissance et le développement²⁹

4.1 - Alimentation de la femme enceinte et croissance de l'enfant

Relations entre l'alimentation de la femme enceinte et la croissance de l'enfant en général

À l'exception de deux d'entre elles, les mères de Chavez Rancho et du Chapare perçoivent une relation directe entre leur alimentation pendant la grossesse et la croissance et le développement de l'enfant en gestation :

La nourriture que j'ai consommée pendant la grossesse, c'était plus pour le bébé que pour moi, parce que tout ce que l'on consomme pendant la grossesse joue beaucoup pour que le bébé se fortifie à l'intérieur - Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 7 ; L'alimentation, [c'est] pour nourrir l'enfant aussi (...) - Chapare / JC / E 8 / p. 3 (cf. aussi Chapare / ME / E 1 / p. 5).

Seules quelques mères disent que la qualité de l'alimentation durant la grossesse pourrait avoir une influence à long terme sur la croissance et le développement de l'enfant (après sa naissance donc) :

[Il faut] bien se nourrir pour que l'enfant grandisse en bonne santé et soit vigoureux - Chapare / JC / E 6 / p. 4 ; Oui, il y a [une relation], parce qu'on se nourrit, on mange de tout et l'enfant se développe plus - Chapare / JC / E 10 / p. 3.

Relations entre l'alimentation de la femme enceinte et l'état de l'enfant à la naissance

La relation entre l'alimentation durant la grossesse et l'état de l'enfant à la naissance (poids, état de « dénutrition ») est directe pour la grande majorité des femmes. Cette relation fait l'objet de commentaires explicites et témoigne d'une certaine préoccupation :

En fonction des aliments que consomme la maman avant la naissance, c'est pour ça que certains sont plus dénutris - Chapare / JC / E 9 / p. 9 ; C'est ça ; quand on mange peu, les enfants naissent tout maigres (...) - Chapare / ME / E 1 / p. 5.

La déception d'une mère illustre cette préoccupation, car le poids de naissance de son enfant ne correspond pas à ses attentes, malgré les efforts consentis pour mieux et davantage s'alimenter :

²⁹ Codes de référence : AMCN / AML / L / LC / LM / LS / ABL / ALC / AA / PC.

Tous les aliments que l'on mange, ils vont dans le lait - Chapare / ME / E 3 / p. 6 ; [Il y a] plus [de lait] si tu manges des aliments, il y a plus de lait (...) - Chapare / ME / E 1 / p. 8.

Les femmes font un effort culinaire particulier pour améliorer et diversifier leur alimentation pendant la période d'allaitement, toujours afin de fournir un lait de meilleure qualité et en plus grande quantité :

(...) Je mange toujours de la soupe ; quand il y a de la soupe, il y a beaucoup de lait - Chapare / ME / E 4 / p. 9 ; Oui, plus [de lait], [il y en a] plus et quand nous mangeons de la viande, il y en a encore plus - Chapare / ME / E 1 / p. 8 ; Du riz, parce que ça fait beaucoup tarir le lait - Chapare / ME / E 8 / p. 11 ; Oui, de la soupe de quinoa, parfois de la soupe de banane - Chavez Rancho / MD / E 9 / p. 6 ; Je fais de la salade de carottes, de concombres, je varie les salades - Chavez Rancho / MD / E 9 / p. 6.

Lait maternel vs. biberon

Les consignes des personnels de santé, selon lesquelles il est préférable d'allaiter plutôt que donner le biberon, sont parfois scrupuleusement respectées :

(...) Ce que je me souviens bien avoir appris, c'est qu'il n'est pas permis de donner le biberon au bébé, seulement du lait maternel. Finalement, ils ne m'ont même pas laissée lui donner de l'anis, à mon fils, non, nous ne lui avons pas donné d'anis. A peine était-il né, qu'ils me l'ont mis au sein, une heure après, ils me l'ont amené, une heure après, ils l'ont amené pour que je lui donne le sein, directement - Chavez Rancho / MD / E 5 / p. 8 ; A elle, je lui ai donné le biberon à six mois, [comme le médecin l'avait dit] - Chapare / JC / E 6 / p. 8.

Pour la majorité des mères, le lait maternel reste le seul vrai aliment du nouveau-né :

L'enfant, quand on lui donne du lait maternel, il est mieux nourri que quand on lui donne le biberon - Chavez Rancho / MD / E 8 / p 21 ; (...) c'est mieux de lui donner le sein que de lui donner autre chose ; c'est mieux ; c'est plus nourrissant pour eux - Chavez Rancho / MD / E 8 / p 20 ; Parce que le lait de la mère est plus nourrissant, c'est un meilleur aliment que tout ce que nous pouvons lui donner - Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 14.

Pour deux mères, le lait en poudre est considéré comme un véritable « aliment » dont les vertus seraient supérieures à celles du lait maternel. Ainsi, dès la naissance :

Je lui donnais le sein aussi, mais je lui donnais le biberon ; afin qu'il se nourrisse plus, je lui donnais du lait [en poudre] - Chapare / JC / E 6 / p. 8 ; [Moi, je lui ai surtout donné] le biberon ; surtout du lait [en poudre], c'est plus nourrissant - Chapare / ME / E 4 / p. 8.

Là-bas, [au centre de santé], ils m'ont dit que tout ce que je mange va m'affecter. « Attends d'aller mieux, tu vas voir ton bébé, il va bien naître, bien gros ». Il n'était pas gros quand il est né, mon fils, il était maigre - Chapare / ME / E 6 / p. 6.

Une mère emploie la notion biomédicale de « dénutrition » pour expliquer la mort de son enfant, comme si sa mauvaise alimentation pendant la grossesse s'était fatalement répercutée sur lui :

(...) [le docteur] me disait : « Si tu ne manges pas, ton enfant va naître dénutri ». Je crois que c'est peut-être pour ça que je ne me nourrissais pas bien ; mon fils est né, comme ça, à moitié malade, et il a fini par mourir - Chapare / JC / E 7 / p. 4.

4.2 - Alimentation de la mère, allaitement et maladie de l'enfant

Généralisation de la pratique de l'allaitement maternel

Les mères qui ne donnent pas le sein à leurs nouveaux-nés sont rares (cinq cas). La pratique qui consiste à attendre plusieurs heures ou jours avant de le leur donner est en revanche répandue (Chavez Rancho / MD / E 8 / p 17 ; Chapare / ME / E 2 / p. 8 ; Chapare / ME / E 3 / p. 5 ; Chapare / ME / E 6 / p. 7). Pour stimuler la succion et « fortifier » le nouveau-né, on frotte parfois de l'anis sur le téton de la mère (Chavez Rancho / MD / E 5 / p. 8-9 ; Chapare / ME / E 4 / p. 7).

Durant les entretiens, aucune explication n'a été demandée aux mères sur les raisons de ces pratiques. Mais on sait par la littérature ethnographique³⁰ que, dans le contexte *quechua / aymara*, l'anis est perçu comme « froid » dans les catégories locales de classement des aliments. Dès lors, on peut formuler l'hypothèse que la consommation d'anis « froid » - mis au contact du lait maternel perçu comme « chaud » - a pour finalité de rétablir la santé de l'enfant. Conformément au principe de l' « utilisation sélectionnée des contraires », propre à la conception humorale qui caractérise la thérapeutique indigène andine, l'anis permettrait de « guérir » le nouveau-né.

Quantité et qualité du lait maternel

La qualité et la quantité de lait maternel est directement mise en rapport avec l'alimentation de la mère :

³⁰ La distinction entre le « froid » et le « chaud » est très répandue dans les systèmes nosologiques andins. Elle s'applique aussi bien aux aliments qu'aux maladies ou encore aux personnes (cf. *Rapport socio-anthropologique I* (1999) ; BONNET, D., 1991, "Thérapeutiques" in *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie* (P. Bonte & M. Izard, ed.) : 707-708. Paris : Presses Universitaires de France ; LESTAGE, Fr., 1999, *Naissance et petite enfance dans les Andes péruviennes. Pratiques, rites, représentations*. Paris : L'Harmattan ; LOGAN, M.H., 1977, "Anthropological research and the hot-cold theory of disease: some methodological suggestions", *Medical Anthropology*, (1)4 : 87-107.

Biberon et risques perçus

La préparation du biberon comporte certains risques, explicitement mentionnés par les mères, qui provoqueraient de mauvaises réactions, voire des maladies, chez l'enfant :

(...) Et il ne tombe pas malade avec le lait maternel, contrairement au biberon, parce que parfois nous lui donnons soit trop froid, soit trop sucré - Chapare / ME / E 1 / p. 8 ; De temps en temps, nous ne savons pas bien le préparer, parfois nous lui donnons ce biberon un peu trop chaud, ou bien aussi trop froid, quelquefois nous ne lavons pas bien le biberon - Chapare / ME / E 8 / p. 9 ; Il me semble que c'est vraiment le lait de la mère, parce qu'alors il n'a presque jamais la diarrhée, alors qu'avec l'autre lait, ils attrapent des infections, parce qu'on ne fait pas bien bouillir le lait, on ne préparait pas bien le biberon ; il me semble que c'est comme ça ; tous les enfants que j'ai eus n'ont pratiquement jamais eu de diarrhée - Chapare / ME / E 6 / p. 9 ; Parce que le sein ne se salit pas, il n'y a pas de mouches qui viennent s'y poser, rien de tout ça, alors que le biberon, parfois, on le prépare avec les mains sales et on lui donne - Chapare / ME / E 7 / p. 9.

On note, une fois encore, la référence au « froid », quoique, dans le contexte, on ne peut pas véritablement déterminer s'il s'agit d'une appréciation de la température du lait ou d'une appréciation d'ordre symbolique. On retient en revanche qu'un lait « très sucré » est un risque pour l'enfant, ce qui recoupe les perceptions des « causes » de certaines maladies (cf. Tableau 2 ci-dessus).

Lait maternel et maladie de l'enfant

Le lait maternel aurait quant à lui l'avantage de renforcer les défenses naturelles de l'enfant contre la maladie :

(...) L'allaitement fortifie plus le bébé et c'est mieux, alors que le bébé qui a bu du lait en poudre est plus enclin à tomber malade et il n'a pas les défenses ; ça joue aussi sur la croissance et le développement du bébé - Chavez Rancho / MD / E 3 / p. 14.

Plus rarement, on utilise le lait maternel pour soigner l'enfant malade (cf. Chapare / ME / E 1 / p. 8).

4.3 - Les modalités du sevrage définitif de l'enfant

Âge du sevrage

Les dix mères interrogées sur l'âge auquel elles ont définitivement sevré leurs enfants ont répondu, toujours en terme de mois, de la façon suivante (cf. Tableau 5) :

**Tableau 5 : Âge du sevrage pour 17 enfants d'après 10 mères interrogées
(Chavez Rancho et Chapare)**

Âge du sevrage (mois)	Nombre d'enfants	Entretiens de référence*
9	2	Chapare / ME / E 6 / p. 10
12	6	Chapare / JC / E 10 / p. 5 Chapare / ME / E 1 / p. 7 Chavez Rancho / MD / E 5 / p. 15 Chapare / ME / E 6 / p. 10 Chavez Rancho / MD / E 8 / p. 17
13	2	Chapare / ME / E 3 / p. 7 Chapare / ME / E 4 / p. 8
14	2	Chapare / ME / E 6 / p. 9
18	2	Chavez Rancho / MD / E 2 / p. 8 Chavez Rancho / MD / E 10 / p. 9
16	2	Chapare / ME / E 7 / p. 8-9
20	2	Chapare / ME / E 2 / p. 9 Chapare / ME / E 10 / p. 3

* Les entretiens se rapportant parfois à des mères ayant plusieurs enfants de moins de cinq ans, le nombre d' « entretiens de référence » ne correspond pas systématiquement au « nombre d'enfants ».

Modalités du sevrage

Souvent sur les conseils de leur mère ou belle-mère, les mères appliquent des substances salées ou désagréables sur leurs tétons afin d'accélérer le processus de sevrage :

Moi, je mettais du sel sur ma poitrine; c'est fort, n'est-ce pas, pour le bébé, et après il n'en voulait plus. (...) [La belle-mère] a dit qu'il fallait lui donner de l'eau ou qu'il fallait faire comme ça - Chapare / ME / E 1 / p. 7 ; Comme ça, je lui ai mis [du dentifrice] Kolinol, ça pique quand même, n'est-ce pas, et il a dormi à part ; ensuite, je lui ai juste donné de la nourriture et comme ça, ça lui a passé et il a oublié - Chapare / ME / E 8 / p. 10.

Deux femmes déclarent avoir laissé l'enfant dormir chez leur mère pour bien marquer cette étape (Chapare / ME / E 3 / p. 7 ; Chapare / ME / E 6 / p. 9). Dans un cas, l'enfant a été confié pour plusieurs nuits à sa grand-mère qui vit à plus de 200 km (soit environ 8 h de bus) :

(...) Je l'ai juste fait dormir à part, cette fois-là, il était à Santa Cruz avec ma tante, et ma tante l'a fait dormir dans sa chambre, pendant trois nuits et trois jours, nous ne lui avons pas donné - Chapare / ME / E 7 / p. 9.

Ces pratiques de sevrage accéléré, parfois brutales, pourraient être mises en relation avec les incitations des mères concernant l'acquisition de la marche (cf. 3 - *Acquisition de la marche...* ci-dessus). Il s'agirait de faire en sorte que l'enfant soit le plus rapidement possible autonome au niveau alimentaire, autrement dit de le socialiser au plus vite.

Sevrage et maladie

De façon assez péremptoire (réponse de type « non »), les mères n'associent pas le sevrage définitif à un moment où l'enfant risque de tomber malade (Chapare / ME / E 2 / p. 10 ; Chapare / ME / E 3 / p. 7 ; Chapare / ME / E 6 / p. 10). Le manque de lait, en d'autres termes, ne provoque pas de bouleversement chez l'enfant. Comme on l'a mentionné plus haut (*cf.* 3 - *Acquisition de la marche...*), c'est plutôt la sortie des dents et l'acquisition de la marche qui occasionnent des problèmes de santé (diarrhées, champignons, etc.). L'introduction de l'alimentation de complément peut parfois poser des problèmes (*cf.* *Alimentation de complément...* ci-dessous).

4.4 - Introduction de l'alimentation de complément et passage à l'alimentation adulte

Alimentation de complément ou alimentation adulte ?

Les données disponibles sur l'introduction de l'aliment de complément et le passage à l'alimentation adulte ne sont pas très précises. Cela est dû au fait que les mères n'opèrent pas facilement cette distinction, mais aussi au manque de rigueur dans la collecte des données. On a par exemple demandé aux mères ce qu'elles donnaient aux enfants en dehors du lait sans systématiquement leur demander à quel âge ; inversement, on a parfois demandé l'âge d'introduction pour d'autres aliments que le lait, mais sans demander de quoi il s'agissait.

D'après nos observations (Charles-Édouard de Suremain), les mères accommodent les plats destinés aux adultes pour les enfants, mais ne cuisinent que rarement des plats spécifiques pour ces derniers. Sauf de rares exceptions, les enfants n'ont donc pas de régime à part. Les préparations déclinées ci-dessous sont, en réalité, destinées tout autant aux adultes qu'aux enfants³¹.

³¹ Sur les préparations culinaires destinées aux enfants (et aux adultes) : *cf.* Chapare / ME / E 6 / p. 12-13 ; Chapare / ME / E 7 / p. 12-13-14-15-16-17 ; Chapare / ME / E 8 / p. 6-8-9-13-14-15-19-20 ; Chapare / ME / E 9 / p. 13-15 ; Chapare / ME / E 3 / p. 11-12 ; Chapare / ME / E 2 / p. 12-15-16-17-18-19 ; Chapare / ME / E 1 / p. 9-10-11-13-17 ; Chavez Rancho / MD / E 6 / p. 4-16 ; Chapare / JC / E 2 / p. 3-4-8-10-11 ; Chapare / JC / E 3 / p. 9-15 ; Chapare / JC / E 4 / p. 2-8 ; Chavez Rancho / MD / E 10 / p. 26 ; Chapare / JC / E 5 / p. 5 ; Chapare / JC / E 6 / p. 10 ; Chavez Rancho / MD / E 1 / p. 10-12. L'intérêt d'une mère de Chavez Rancho pour le soja est notable, *cf.* Chavez Rancho / MD / E 1 / p. 5-6-10-11). *Cf.* aussi *Focus Group* (1132 ; 1133).

Purée de pommes de terre
Riz
Soupes et bouillons (quinoa, poulet, légumes, manioc, blé) parfois accomodées d'un œuf
Bouillie de céréales
Jus de fruits (banane relevée de citron, pêche, papaye, tomate, pomme)
Jus de légumes
Manioc écrasé
Pâtes
Chicha (boisson aux fruits fermentée qui peut être alcoolisée).
Petits morceaux de viande (à sucer)
Soja

Plusieurs mères déclarent d'ailleurs n'avoir jamais cuisiné à part pour leurs enfants :

Non, je ne lui ai pas cuisiné à part - Chapare / ME / E 2 / p. 14 ; Ce que, nous autres, nous mangions, c'est ça qu'il mangeait. (...) Non, [je ne lui préparais rien à part] - Chapare / ME / E 3 / p. 9 ; Non, j'ai la flemme de cuisiner à part ; nous devons tous manger ce que je cuisine - Chapare / ME / E 4 / p. 11.

D'autres mères indiquent que les enfants (sevrés) prennent simplement ce que mangent les autres membres de la famille, parfois avec une petite différence (viande préalablement aplatie au marteau) :

Comme ça, [ils mangent] ce que nous mangeons (...). (...) comme ça, ils mangeaient ce que nous mangions nous autres, juste de la soupe - Chapare / JC / E 1 / p. 3-4 ; Non, juste ce [que mange] la famille, (la soupe) - Chavez Rancho / MD / E 1 / p. 11 ; Bon, seulement ce que nous mangeons : du riz, des pâtes, de la soupe de pâtes avec de l'oeuf, voilà - Chapare / ME / E 6 / p. 16 ; [À un an] il mange déjà seulement ce que nous mangeons ; je ne cuisine pas à part, nous prenons un peu de ce qu'il y a et nous lui donnons avec de la viande écrasée - Chapare / ME / E 8 / p. 12 (cf. aussi Chapare / ME / E 8 / p. 13 ; Chapare / ME / E 9 / p. 4).

Pour justifier le régime de type « adulte » qu'elle donne à son enfant, une mère s'appuie sur sa capacité d'adaptation biologique :

(...) je lui donne, son estomac s'est habitué à manger de tout - Chavez Rancho / MD / E 8 / p. 18 ; (cf. aussi Chapare / ME / E 1 / p. 9-11 ; Chapare / ME / E 2 / p. 14-16).

D'autres évoquent la faim ou les problèmes économiques pour expliquer qu'elles ne peuvent cuisiner de plats spécifiques pour les enfants :

La même [nourriture] aussi, parce que, parfois, nous n'avons pas de quoi acheter d'autres choses et c'est pour ça que ça doit être la même chose - Chapare / ME / E 6 / p. 13 ; (...) parce que, eux-aussi, ils mangent quand ils ont faim - Chapare / ME / E 9 / p. 4.

Seules trois mères rappellent le caractère progressif du passage de l'alimentation de complément à l'alimentation adulte :

Bon, à partir de sept mois, je lui ai donné du Cerelac [bouillie de céréales toute faite], jusqu'à ce qu'il ait un an ; ensuite, oui, je lui donnais ce que nous avions l'habitude de manger - Chapare / JC / E 7 / p. 7 ; Au début, je lui cuisinais à part et je lui donnais de la soupe de poulet avec un peu de riz - Chavez Rancho / MD / E 1 / p. 11 ; Oui, parce que quand on mange, il nous regarde ; de plus, il se rend compte qu'on est en train de manger, n'est-ce pas, et on lui fait goûter un peu, et peu à peu, comme ça, il commence à manger - Chapare / ME / E 8 / p. 12.

Âge d'introduction de l'alimentation de complément

Le tableau 6 récapitule les réponses de 14 mères sur l'âge d'introduction de l'aliment de complément.

Tableau 6 : Âge d'introduction de l'aliment de complément pour 27 enfants d'après 14 mères interrogées (Chavez Rancho et Chapare)

Âge d'introduction (mois)	Nombre d'enfants	Entretiens de référence*
3	10	Chavez Rancho / MD / E 3 / p. 13 Chapare / JC / E 4 / p. 7 Chavez Rancho / MD / E 8 / p 17-18-19 Chavez Rancho / MD / E 9 / p. 11 Chavez Rancho / MD / E 10 / p. 12-21-22-25 Chapare / ME / E 7 / p. 11
5	4	Chavez Rancho / MD / E 1 / p. 11 Chavez Rancho / MD / E 10 / p. 21 Chapare / ME / E 2 / p. 11 Chapare / ME / E 4 / p. 10
6	8	Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 13 Chapare / JC / E 1 / p. 3 Chapare / JC / E 6 / p. 8 Chapare / JC / E 8 / p. 6 Chapare / JC / E 9 / p. 8 Chavez Rancho / MD / E 6 / p. 13 Chavez Rancho / MD / E 5 / p. 13 Rancho / MD / E 8 / p 17-18
7	1	Chapare / JC / E 2 / p. 8
9	1	Chapare / ME / E 6 / p. 12
14	2	Chavez Rancho / MD / E 2 / p. 8 Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 12
24	1	Chavez Rancho / MD / E 6 / p. 15

* Les entretiens se rapportant parfois à des mères ayant plusieurs enfants de moins de cinq ans, le nombre d' « entretiens de référence » ne correspond pas systématiquement au « nombre d'enfants ».

Une mère du Chapare explique que certains enfants sont « tentés » par la nourriture des adultes encore plus tôt :

(...) Certains, quand ils regardent ce que nous sommes en train de manger, déjà à leurs deux mois [on leur donne de la soupe] - Chapare / JC / E 4 / p. 7.

Ces données recourent largement celles obtenues dans les *focus groups* (cf. Rapport Pierre Lefèvre & Tom Hoérée) : selon les mères, on « fait goûter » de la nourriture adulte aux tout-petits « qui bavent » pour en attraper ; elles disent également que les enfants « mangent déjà » à partir de trois ou quatre mois (cf. *Focus Group* 572 ; 1111 ; 1123 ; 1144, etc.).

Surtout, ces données confirment les observations (Charles-Édouard de Suremain) selon lesquelles les mères n'opèrent pas de véritable distinction entre l'alimentation de complément et l'alimentation de type adulte.

Différences entre filles et garçons par rapport à l'âge d'introduction de l'alimentation de complément

Les données recueillies sur ce thème sont très insuffisantes en qualité comme en quantité. Par rapport à l'âge d'introduction de l'aliment de complément, une mère précise que les garçons, contrairement aux filles, doivent manger plus tôt pour être « plus fort » (ce qui laisserait sous-entendre que sa fille a été sevrée plus tard) :

A partir d'un an je lui en ai donné, parce que le petit garçon doit être dur ; il doit avoir plus de force - Chapare / ME / E 1 / p. 7.

Une autre femme, de Chavez Rancho, affirme :

A lui, je lui ai donné à ses trois mois, parce que c'est un garçon - Chavez Rancho / MD / E 10 / p. 22.

Pour approfondir ce thème, il faut reprendre les données sur l'allaitement (L), le sevrage (ABL) et les croiser avec celles portant sur les images du corps (IC), les perceptions de la croissance (PC) et l'alimentation de complément (ALC).

Alimentation de complément et maladie

À la question de savoir si leurs enfants étaient tombés malades lorsqu'ils avaient pris, pour la première fois, autre chose que du lait, cinq mères ont déclaré qu'ils avaient eu des diarrhées (Chapare / ME / E 1 / p. 9 ; Chapare / ME / E 2 / p. 14-19 ; Chapare / ME / E 7 / p. 12) et trois qu'ils n'avaient rien eu du tout (Chapare / ME / E 2 / p. 13 ; Chapare / ME / E 6 / p. 12 ; Chapare / ME / E 8 / p. 13). Mais l'idée, comme le dit une mère du Chapare, est d'habituer tôt les enfants à prendre autre chose que du lait, précisément pour éviter les diarrhées :

Non, quand ils leur donnent tout d'un coup, on dit que ça leur donne [la diarrhée] ; moi, je lui ai fait goûter depuis tout petit, son estomac est déjà habitué et alors, si

tu leur en donnes, ça ne leur fait rien ; si tu ne leur en donnes pas, alors ça leur fait du mal - Chapare / ME / E 8 / p. 13.

Une autre mère rappelle que les aliments « froids » sont néfastes pour l'enfant :

Oui, [les aliments « froids » font du mal] : (...) la papaye, la mandarine, [les aliments « froids »] - Chapare / ME / E 4 / p. 10.

La crainte exprimée par cette mère pour les aliments perçus comme « froids » est à mettre en relation avec les catégories *quechua / aymara* de classement des aliments. Dans ce système de représentations, la consommation d'aliments appartenant à des pôles opposés (« froids / chauds ») par un enfant « bien portant » risquerait de déstabiliser sa santé. Rappelons que c'est seulement dans le cas où l'enfant est malade que l'on a recours à des aliments perçus comme opposés pour rétablir l'équilibre et donc la santé (cf. 4.2 - *Généralisation...* ci-dessus).

Biberon et alimentation de complément

Trois mères du Chapare et une de Chavez Rancho continuent à donner du lait (en poudre) à leurs enfants, mélangé à la nourriture ou - plus rarement - en biberon, car elles considèrent que c'est important pour la croissance :

Oui, sa croissance s'est améliorée [avec de la nourriture et le biberon] - Chapare / ME / E 1 / p. 8 (cf. aussi Chapare / ME / E 9 / p. 3 ; Chapare / JC / E 5 / p. 5 ; Chavez Rancho / MD / E 10 / p. 21).

D'autres mères considèrent que le lait, après le sevrage, doit être définitivement remplacé par des aliments. Elles s'appuient sur ce que leur diraient les médecins pendant les consultations :

Pour l'enfant, [le docteur] dit que le lait maternel est très important jusqu'à l'âge de deux ans, ensuite, il faut leur donner plus de nourriture, des fruits, des légumes, parce que le lait n'apporte plus assez, n'aide plus assez - Chavez Rancho / MD / E 6 / p. 15 ; *[Le docteur] dit que ça ne joue plus beaucoup sur son corps, que c'est plus les fruits, les légumes et les bouillies, les soupes* - Chavez Rancho / MD / E 6 / p. 15 (cf. aussi Chavez Rancho / MD / E 3 / p. 9).

5 - Données d'entretiens : influence de l'entourage et des personnels de santé sur l'alimentation, la santé, la croissance et le développement de l'enfant³²

5.1 - L'influence de l'entourage...

...sur l'alimentation de la femme enceinte

La plupart des mères perçoivent l'influence directe du régime alimentaire pendant la grossesse sur l'enfant en gestation et son état à la naissance. La perception du problème apparaît suffisamment répandue pour que certains conjoints tentent de compléter le régime alimentaire de leurs femmes par des activités de chasse ou de pêche exceptionnelles (cf. aussi Tableau 7) :

Du lait, [des têtes de poissons de différentes espèces], du « sábaló », du « zuruchi », du « bacalao » ; mon mari les pêchait pour la plupart et nous en consommions en permanence - Chapare / JC / E 4 / p. 4 (cf. aussi Chavez Rancho / MD / E3 / p. 8).

L'influence d'autres parents/acteurs, comme la belle-mère, la mère, la sœur de la mère, les voisines, ressort également au niveau du régime « amélioré » que devrait suivre la femme enceinte :

(...) le yogurt, c'était ce que je consommais le plus ; évidemment, chez moi, ma mère, quand elle a su que j'étais enceinte, elle me faisait manger de tout : du foie, des légumes, des oeufs, du lait, et elle m'a dit que si je voulais que mon enfant soit bien portant, il fallait que je mange de tout ; comme elle a de l'expérience, elle m'a bien alimentée - Chavez Rancho / MD / E 2 / p. 6 ; C'est surtout ça que je consommais, de l'avoine au petit déjeuner, mais pour la boisson, je consommais de l'orge grillé, parce que [mes soeurs] me disaient que c'était plus nourrissant - Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 5.

Une femme raconte à propos de sa belle-mère :

(...) [qu'elle] me faisait consommer de la [soupe de quinoa]. Elle me disait que c'était plus nourrissant - Chavez Rancho / MD / E 8 / p 10³³.

À l'occasion d'un travail domestique, une mère dit avoir suivi les conseils de son employeur afin que l'enfant naisse et se développe bien :

(...) mon patron me disait de consommer plus de lait pour que l'enfant grandisse et soit plus développé, pour qu'il naisse bien - Chapare / JC / E 3 / p. 4.

³² Codes de référence : OPA / OPC / SP / SPN / PPS.

³³ Sur la qualité reconnue de la soupe de soja ou de la banane, cf. Chavez Rancho / MD / E 9 / p. 6-7-13 ; Chapare / ME / E 7 / p. 12-16.

Quoiqu'ils s'expriment dans des modalités et des termes différents, les incitations ou conseils de l'entourage en matière d'alimentation rejoignent les recommandations biomédicales émises par les personnels de santé (cf. 5.5 - ci-dessous). La convergence de ces messages pourrait expliquer les efforts, la sensibilité et l'attention toute particulière des mères sur ce thème.

...sur l'alimentation de complément

En ce qui concerne les plats qui seraient spécialement préparés pour les enfants, on retient l'influence des grands-mères (deux), des belles-mères (cinq), des voisines (trois), des maris (deux) et des belles-sœurs (une) (cf. Tableau 16).

Surtout de la soupe de quinoa, on dit, j'ai écouté quelque chose là-dessus. Ma belle-mère me faisait consommer ça et des soupes de maïs, d'après elle, elle me donnait ça. Elle me disait que c'était plus nourrissant - Chavez Rancho / MD / E 8 / p 10 ; (...) Quand j'en fais comme ça, ma maman lui donnait de la soupe de légumes, elle me disait toujours de lui en donner - Chapare / ME / E 7 / p. 11 ; (cf. aussi Chapare / ME / E 4 / p. 8-13-14 ; Chapare / ME / E 6 / p. 19 ; Chapare / ME / E 7 / p. 16-19).

L'influence des parents/acteurs sur l'alimentation de complément dépend avant tout de la proximité physique par rapport à l'enfant. À Chavez Rancho, l'entourage intervient moins souvent que dans le Chapare. Cette particularité pourrait s'expliquer par le fait que les familles urbaines ne regroupent pas plusieurs générations de parents dans le même logement comme en zone rurale (cf. « Données générales » en Annexe).

Enfin, certaines mères hésitent à confier leurs enfants à d'autres parents/acteurs, car elles ont l'impression de ne plus pouvoir contrôler leur alimentation. Les familles sont en effet parfois originaires de régions très éloignées (Chapare / ME / E 6 / p. 15 ; Chapare / ME / E 8 / p. 25) :

(...) mon fils était ici, avec sa grand-mère, durant presque un an. Moi, je voyageais du côté de Trinidad ; nous sommes allés à l'endroit d'où est mon mari et ensuite, je crois que sa grand-mère ne le nourrissait pas bien et que c'est pour ça qu'il n'a pas eu une bonne croissance ; il ne se nourrissait pas bien. (...) parce que parfois nous ne voyons pas s'ils le lavent ou s'ils ne le lavent pas - Chapare / JC / E 7 / p. 7-12.

...sur les soins portés à l'enfant malade

Le thème de la responsabilité de l'enfant malade a été largement couvert par le *Rapport du volet socio-anthropologique I* (1999). Si les mères affirment qu'elles sont les responsables exclusives de l'alimentation et des soins de l'enfant, elles reconnaissent pourtant que l'entourage intervient pour prodiguer divers conseils, parfois à leur propre demande, lorsqu'il tombe malade.

En matière de soins, l'influence des grands-mères maternelles est la plus forte (cinq), devant les belles-mères (trois), les frères et sœurs de la mère (deux), les voisin(e)s (deux) et les pères (un). Ce thème doit cependant se décomposer en plusieurs sous-thèmes ou étapes dont la chronologie n'est pas systématique : la détermination du diagnostic, l'identification des causes, le choix de l'itinéraire thérapeutique à suivre, l'administration des soins. Toutes ces étapes, qui participent de processus de micro-décisions complexes, mêlent des acteurs de la famille, de l'entourage et du secteur de la santé. Comme l'explique cette mère de Chavez Rancho :

Bon, à vrai dire, je n'ai pas soigné tant que ça avec des médicaments, j'en ai déjà fait assez avec les médicaments et rien ne le guérissait ; moi, j'étais déjà bien effrayée, parce qu'il ne faisait plus caca, mais il expulsait juste une [sorte] d'écume jaune et ça me faisait peur ; une dame m'a donné un médicament à faire à la maison : il faut sécher des graines de calebasse, les griller et les moudre et lui donner à jeun avec de l'eau de mauve et de la coquille d'œuf, et le donner avec mon lait ; j'ai fait ce traitement pendant dix jours et tout a bien marché, mais je ne l'ai pas dit au pédiatre que j'avais fait ça - Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 16.

L'influence de l'ambiance familiale sur l'alimentation, la croissance et le développement de l'enfant

Les mères reconnaissent que l'ambiance qui règne dans la famille a des répercussions sur le comportement, l'appétit et l'état de santé de l'enfant.

De façon générale, le peu d'affection donné par les pères est cité par les mères comme une cause de « fragilité » ou de maladie pour l'enfant :

On dirait que quand ils manquent [d'affection], ils sont un peu malades - Chapare / JC / E 4 / p. 11 ; Oui, moi je lui dis [à mon mari] : « Ne lui parle pas fort, parce que la petite a peur de toi. Tu n'es pas affectueux ». C'est ça que je lui dis : « Elle n'a même pas cinq ans, elle ne comprend pas ». « Il faut lui parler avec tendresse », je lui dis - Chapare / JC / E 6 / p. 15.

Parmi les référents permettant aux mères d'évaluer l'ambiance familiale, celui de la violence domestique est particulièrement important. En l'arrachant à son enfance de façon anormale, celle-ci ferait en effet « grandir » l'enfant trop vite :

Parce que quand il y a beaucoup de violence, les enfants le voient, et ça ils le retiennent aussi, ils souffrent, ils commencent à mûrir rapidement ; ce ne sont plus des enfants, comme ils devraient l'être, qui pensent à jouer ; ils mûrissent rapidement déjà - Chavez Rancho / MD / E 6 / p. 19.

Les disputes qui surgissent entre les conjoints devant leurs enfants sont fréquentes dans les deux zones d'enquête (Observations Charles-Édouard de Suremain). Même si les mères restent discrètes sur leurs causes, l'abus d'alcool est pourtant régulièrement évoqué (cf. Chapare / ME / E8 / p. 25 ;

Chapare / JC / E3 / p. 14 ; Chavez Rancho / MD / E1 / p. 15). En tout état de cause, ces disputes affectent tout particulièrement les enfants :

Je pense que ça les affecte et qu'ils ne sont pas tranquilles quand ils voient leur maman souffrir et leur père se disputer - Chapare / JC / E 1 / p. 9.

Dans la mesure où la femme qui allaite est « énervée » ou contrariée, son sang devient « chaud » et, par un effet de transmission, l'enfant tombe malade :

Quand les bébés sont en train de têter, comme le sang est chaud, si on râle, on leur transmet et le bébé aussi se sent mal - Chapare / ME / E 6 / p. 20.

En plus d'être triste, l'enfant maltraité ou qui vit une situation familiale difficile perd l'appétit, ce qui est un symptôme et une cause perçue de maladie (cf. 2.1 - *Références à l'alimentation*) :

Ils ne mangent pas et [les enfants] ne le supportent pas, à cause des disputes. (...) Ils pleurent de tristesse, ils deviennent tristes, ils ne sont pas heureux et ils ne mangent même pas bien - Chapare / ME / E 4 / p. 16 ; Ensuite, quand il ne mange pas bien et, comme ça, il n'a pas envie de jouer ou de sortir, comme ça - Chavez Rancho / MD / E 9 / p. 11 (cf. aussi Chavez Rancho / MD / E 8 / p 15).

Une mère reconnaît qu'un enfant dont les parents se disputent est fatalement « négligé » sur le plan alimentaire :

Parce que [les parents, à cause de leurs disputes], ils ne les nourrissent pas, ils ne s'en occupent pas - Chapare / JC / E 10 / p. 6.

En cas de séparation des parents, ou lorsqu'une mère élève seule son enfant, celui-ci tombe malade, « souffre » et attrapent parfois le *susto* :

Parce que quand l'enfant tombe malade, il cherche toujours sa maman - Chapare / JC / E 9 / p. 13 ; Oui, parce qu'ils souffrent quand ils ne voient pas leurs parents auprès d'eux - Chapare / JC / E 10 / p. 10 ; Oui, les enfants sont toujours effrayés [par les disputes] - Chapare / ME / E 3 / p. 16.

À la lecture des entretiens, on sent que les mères souhaiteraient s'arrêter davantage sur le manque d'affection paternelle vis-à-vis des enfants en général et sur la violence conjugale en particulier. En dépit de leur discrétion, elles semblent vouloir dire que ces deux aspects de la vie quotidienne influencent directement la santé, la croissance et le développement de l'enfant.

5.2 L'influence de l'entourage

On peut tenter de présenter sous forme de tableaux les interventions ou l'influence des parents/acteurs selon les thèmes commentés ci-dessus. Cependant, dans la mesure où les questions n'ont pas été systématiquement

posées, il est difficile de déterminer la plus grande influence d'un type de parent/acteur sur un autre vis-à-vis de l'enfant.

De la lecture de ces tableaux, on peut toutefois retenir que l'éventail de personnes susceptibles d'intervenir sur l'alimentation, la santé, la croissance et le développement de l'enfant est relativement large. Les mères distinguent en effet les pères, les belles-mères, les grands-mères et les arrières grands-mères, les belles-sœurs, les frères et sœurs de la mère, les frères et sœurs de l'enfant, les autres enfants, les voisin(e)s, un patron (cf. aussi *Rapport du volet socio-anthropologique I - 1999*).

Tableau 7 : Influence des pères

Influence des pères				
Chapare			Chavez Rancho	
	Nombre de cas	Entretiens de référence	Nombre de cas	Entretiens de référence
Alimentation (femme enceinte)	1	JC / E4 / p. 4	1	MD / E3 / p. 8
Alimentation (complément/adulte)	2	ME / E8 / p. 20-25 ME / E9 / p. 6		
Biberon	1	ME / E4 / p. 8		
Education	1	JC / E10 / p. 5		
Soins/hygiène	1	ME / E7 / p. 18		
Total	7			

Tableau 8 : Influence des belles-mères (mère du père de l'enfant)

Influence des belles-mères (mère du père de l'enfant)				
Chapare			Chavez Rancho	
	Nombre de cas	Entretiens de référence	Nombre de cas	Entretiens de référence
Alimentation (femme enceinte)			1	MD / E8 / p. 10
Achat aliments	1	ME / E1 / p. 16		
Accouchement			1	MD / E4 / p. 4
Alimentation (complément/adulte)	4	ME / E1 / p. 8 ME / E4 / p.13 ME / E6 / p. 19 JC / E7 / p. 7	1	MD / E8 / p. 10
Soins/hygiène	3	ME / E1 / p. 15 ME / E7 / p. 18 JC / E7 / p. 10		
Total	11			

Tableau 9 : Influence des grands-mères & arrière grand-mères maternelles

Influence des grands-mères & arrière grand-mères maternelles				
Chapare			Chavez Rancho	
	Nombre de cas	Entretiens de référence	Nombre de cas	Entretiens de référence
Alimentation (femme enceinte)			1	MD / E2 / p. 6
Alimentation (complément/adulte)	2	ME / E6 / p. 19 ME / E7 / p. 11-16		
Grossesse	1	ME / E7 / p. 6		
Sevrage	2	ME / E3 / p. 7 ME / E6 / p. 9		
Soins/hygiène	4	ME / E1 / p. 15 ME / E7 / p. 17 JC / E7 / p. 10 JC / E9 / p. 13	1	MD / E5 / p. 18
Total	11			

Tableau 10 : Influence des belles-sœurs

Influence des belles-sœurs		
Chapare		
	Nombre de cas	Entretien de référence
Alimentation (complément/adulte)	1	ME / E7 / p. 19
Total	1	

Tableau 11 : Influence des frères et sœurs de la mère

Influence des frères et sœurs de la mère		
Chapare		
	Nombre de cas	Entretien de référence
Alimentation (femme enceinte)	1	MD / E4 / p. 5
Soins/hygiène	2	ME / E8 / p. 21 JC / E9 / p. 12
Total	3	

Tableau 12 : Influence des frères et sœurs de l'enfant

Influence des frères et sœurs de l'enfant				
Chapare			Chavez Rancho	
	Nombre de cas	Entretien de référence	Nombre de cas	Entretien de référence
Alimentation (complément/adulte)	1	ME / E8 / p. 8		
Education			1	MD / E3 / p. 21
Total	2			

Tableau 13 : Influence des voisin(e)s

Influence des voisin(e)s		
Chapare		
	Nombre de cas	Entretiens de référence
Alimentation (complément/adulte)	3	ME / E4 / p. 14 ME / E7 / p. 11 JC / E2 / p. 14
Soins/hygiène	2	JC / E2 / p. 14 JC / E2 / p. 7
Total	5	

Tableau 14 : Influence d'autres enfants

Influence d'autres enfants		
Chavez Rancho		
	Nombre de cas	Entretiens de référence
Jeux/amitié	3	MD / E1 / p. 9 MD / E2 / p. 14 MD / E3 / p. 21
Total	3	

Tableau 15 : Influence d'un patron

Influence d'un patron		
Chapare		
	Nombre de cas	Entretiens de référence
Alimentation (femme enceinte)	1	JC / E3 / p. 4
Total	1	

Le tableau 16 présente les différentes activités auxquelles sont associées les différents types de parents/acteurs mentionnés par les mères du Chapare et de Chavez Rancho.

Tableau 16 : Intervention des différents types de parents/acteurs par activité (Chapare et Chavez Rancho)

	Pères	Belles-Mères	Grands-Mères	Belles-sœurs	Frères et Sœurs (M)	Frères et Sœurs (E)	Autres Enfants	Voisins
Grossesse			1					
Accouchement		1						
Alimentation (femme enceinte)	2		1		1			1
Alimentation (complément/adulte)	2	5	2	1		1		3
Biberon	1							
Sevrage			2					
Education	1					1		
Achats Alimentaires		1						
Jeux/Amitié							3	
Soins/Hygiène	1	3	5		2			
Total	7	10	11	1	3	2	3	4

5.3 - Les contacts et les relations des mères avec les personnels de santé : le cas des visites de contrôle pré-natales

Ces thèmes ont été amplement couverts lors de la première phase d'enquête du volet socio-anthropologique (cf. *Rapport du volet socio-anthropologique I - 1999*). Dans ce document, je ne reviendrai donc que très brièvement - et à titre de complément d'informations - sur le contenu des consultations et la (difficile) communication entre les mères et les personnels de santé. Certaines données inédites ont cependant été recueillies et sont reprises dans les paragraphes qui suivent.

Fréquence et lieux des visites

Dans le Chapare, 14 des 18 mères interrogées se sont rendues au moins une fois au poste de santé de Puerto Aurora ou dans une autre structure de soins de la région pour effectuer une visite de contrôle pré-natale. Les destinations et les fréquences des visites n'ont été que rarement précisées.

Une mère raconte qu'elle est d'abord allée au poste de santé local avant d'être « référée » à l'hôpital de Chinauta, située à environ 30 km de Puerto Aurora (Chapare / JC / E 6 / p. 4-5). Une autre mère explique qu'elle préférerait se rendre directement à Gregorio Morales (qui est encore plus éloigné) plutôt que d'aller au poste de Puerto Aurora (Chapare / JC / E 4 / p. 4). Deux autres

mères ont dit qu'elles s'étaient toujours rendues à Puerto Aurora. L'une d'entre elles précise qu'elle a accouché au poste de santé (avec l'aide du promoteur de santé local) ; l'autre explique qu'elle a accouché chez elle, mais avec l'aide de sa tante sage-femme et sans que cela l'ait empêché d'aller consulter régulièrement le promoteur de santé (Chapare / ME / E3 / p. 4-5 ; Chapare / ME / E8 / p. 6).

Deux femmes ont en revanche toujours refusé les contrôles pré-nataux. L'une d'elles explique que ses enfants sont toujours nés « sains » et, de plus, qu'elle a « peur » d'aller voir les médecins en général (Chapare / ME / E9 / p. 3). L'autre dit simplement que « ça ne lui plaît pas » d'aller voir les médecins (Chapare / JC / E10 / p. 3). Deux autres mères, enfin, ne sont allées faire les visites de contrôle que pour leur second enfant sans expliquer pourquoi (Chapare / JC / E9 / p. 5 ; Chapare ME / E10 / p. 3).

À Chavez Rancho, cinq des neuf femmes interrogées ont suivi au moins une consultation pré-natale. L'une d'entre elles y a été une fois par mois :

Oui, j'y suis allée, je suis toujours allée à mes contrôles, j'ai eu mes contrôles, moi, [quand] j'ai eu mes enfants, toujours, pour ça oui, j'ai fait attention ; chaque mois, chaque fois que le docteur me donnait rendez-vous, je suis allée à mes contrôles pour qu'ils me contrôlent - Chavez Rancho / MD / E 5 / p. 7

Une mère déclare qu'elle n'a pas vu de médecin pour son premier enfant, car elle n'avait pas d'assurance sociale « ni personne pour l'orienter » (Chavez Rancho / MD / E3 / p. 8-9). Du fait de son mariage et de l'amélioration de sa situation financière, elle dit avoir effectué les contrôles pré-nataux pour son deuxième enfant.

Contenu des visites

Dans la perception et l'expérience des mères, le contenu des consultations pré-natales se limite le plus souvent à l'administration de conseils alimentaires, à la pesée ou à la mesure du ventre :

Le médecin, il me faisait me peser, il me disait que je devais manger beaucoup et que je ne pesais pas assez - Chapare / JC / E 6 / p. 4 ; Le moment où ils font les contrôles, quand ils voient si l'enfant va bien, si le ventre grossit ou ne grossit pas, pour voir le développement du ventre - Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 8 ; [ils me disaient] que ça allait, que ça grandissait, il me prenait le tact, on dit le tact, non ? Que ça allait, ils me mesuraient le ventre, de combien il avait grossi, oui, ils me faisaient tout ça, ils me prenaient la tension, ils me pesaient - Chavez Rancho / MD / E 5 / p. 7 ; Oui, il me disait que je devrais avoir une bonne alimentation et lui, il me disait si ça allait bien, s'il avait grandi et grossi, et ensuite il exigeait que je me nourrisse de légumes frais - Chavez Rancho / MD / E 3 / p. 10.

Dans ce contexte, les femmes enceintes sortent le plus souvent déçues des consultations, même si la plupart appliquent scrupuleusement les conseils en

matière de régime alimentaire (cf. 5.5 ...sur l'alimentation de la femme enceinte ci-dessous) :

Il me disait juste : « Ton fils va bien, il a une bonne position, tu dois continuer à manger ce dont tu as envie ». - Chavez Rancho / MD / E 6 / p. 8 ; [Il me disait juste] qu'il grandissait, qu'il se développait (Chapare / JC / E8 / p. 4) ; [Il me disait juste] que je devais bien me nourrir et bien nourrir les enfants - Chapare / ME / E10 / p. 3.

À l'occasion des visites pré-natales, une mère de Chavez Rancho a reçu une formation pour lui apprendre à changer et à laver son futur enfant :

Ils m'ont appris, j'ai suivi quelques cours sur comment changer les couches, comment leur faire prendre le bain, c'est-à-dire, quand il fait froid, comment les laver pour qu'ils ne prennent pas trop froid non plus. (...). Oui, quand j'étais enceinte aussi, ils m'ont appris à sortir mes mamelons de mes seins. (...) Ils me disaient que je devais mettre de la vaseline sur mes seins et étirer mes mamelons pour qu'ils sortent, pour que j'en ai au moment voulu [du lait], que ça ne me fasse pas mal, que ça ne me fasse pas saigner - Chavez Rancho / MD / E 5 / p. 8.

Une autre mère explique :

(...) il y avait une infirmière qui nous a un peu orientées, mais pas au sujet du bébé, mais plutôt sur la manière de se prémunir pour ne pas tomber enceinte, qu'il fallait prendre ses précautions, qu'il y a beaucoup de moyens, parce que, par contre, au sujet du développement, ils ne nous ont pas bien expliqué - Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 8.

Les mères posent parfois des questions aux médecins :

Lui, parfois, il nous explique et, parfois, nous lui posons des questions aussi - Chapare / JC / E 1 / p. 10 ; (...) quand je l'emmène à ses contrôles, je lui demande comment il va, s'il prend du poids ; le docteur me dit, à moi, s'il prend du poids, s'il a bien grandi pour sa taille, pour son âge, s'il est bien développé, c'est pour ça que je vous dis, parce que le docteur me le dit, à moi - Chavez Rancho / MD / E 5 / p. 11.

Cet exemple mis à part, il est difficile de savoir à la simple lecture des entretiens si les mères posent vraiment des questions aux médecins durant les consultations de contrôle pré-natales pour en réorienter le sens. Les observations menées pendant les consultations pédiatriques lors de la première phase de l'enquête socio-anthropologique montrent plutôt la passivité de leur attitude. Mais il est vrai, comme cela a été montré, qu'il s'agit de moments où elles sont fréquemment culpabilisées pour leur « négligence ». On peut dès lors se demander si les relations entre les mères et les personnels de santé sont vraiment différentes durant les consultations de contrôle pré-natales (cf. *Rapport du volet socio-anthropologique I - 1999 ; Focus Group 341 à 345 ; 818*).

5.4 - Les contacts et les relations des mères avec les personnels de santé : le cas des visites de suivi post-natales

Premier contact, objectifs, utilisation du carnet de santé (CSI) et suivi des visites

Le tableau 17 reconstitue, sur la base d'informations qui n'ont pas été systématiquement relevées, la date du premier contact de la mère et son enfant avec une structure de soins après l'accouchement, l'objectif de la visite et le rythme du suivi de l'enfant. L'utilisation du CSI n'apparaît que si les mères l'ont mentionné spontanément.

Tableau 17 : Premier contact, objectifs, utilisation du carnet de santé (CSI) et suivi des visites (Chapare et Chavez Rancho)

Premier contact après l'accouchement	Objectif	Utilisation du CSI	Suivi	Entretiens de Référence
-	-	-	régulier (maladies)	JC / E1 / p. 2
-	-	-	jusqu'à 3 fois/mois	JC / E2 : p. 6
-	vaccins	-	aucun	JC / E4 / p. 6
-	vaccins	-	-	JC / E6 / p. 6
-	3 vaccins	oui	aucun (réaction vaccins)	JC / E10 / p. 4
-	vaccins	-	-	ME / E4 / p. 6*
-	vaccin/anémie	-	-	ME / E7 / p. 13
2 jours	poids/taille	oui	-	JC / E7 / p. 5-6
3 jours	vaccins/maladie	-	chaque 2 mois	MD / E1 / p. 9
1 semaine	dénutrition/vaccins	-	chaque mois	MD / E3 / p. 9-10*
1 semaine	vaccins	-	-	MD / E3 / p. 11*
1 semaine	vaccins	-	chaque mois	MD / E4 / p. 8
1 semaine	vaccins	-	après 8 mois (marche)	JC / E2 / p. 4
1 semaine	poids/taille/vaccins	oui	-	JC / E8 / p. 4-5
1 semaine	poids/taille/vaccins	oui	en cas de maladie	ME / E8 / p. 7
1 semaine	examen complet**	-	1 mois après (vaccins)	MD / E6 / p. 10
15 jours	vaccins/poids/taille	-	régulier	MD / E5 / p. 10
1 mois	vaccins	oui	régulier	JC / E5 / p. 3-4
après 2 mois	-	-	-	ME / E1 / p. 6
après 2 mois	vaccins	oui	-	ME / E2 / p. 7-8
1 an	vaccins/poids/taille	-	-	MD / E4 / p. 8
aucun contact	-	-	aucun	ME / E9 / p. 3
aucun contact	-	-	aucun	ME / E10 / p. 3
aucun contact	-	-	aucun	ME / E3 / p. 5
aucun contact	-	-	aucun	ME / E4 / p. 5
aucun contact	-	-	aucun	JC / E9 / p. 6

* Il s'agit de femmes ayant plusieurs enfants.

** Examen « du cœur, des jambes, des poumons de la bouche ».

L'absence de référence à l'âge exacte des enfants rend difficile l'interprétation de ces données. On peut toutefois retenir que, sur 26 mères, cinq (originaires

du Chapare) n'ont jamais emmené leurs enfants chez le médecin ; que la première visite a souvent pour objectif de vacciner l'enfant ; que l'utilisation du carnet de santé est rarement mentionnée spontanément (ce qui ne veut pas dire qu'il n'est pas rempli) ; que le rythme du suivi est extrêmement variable.

Deux des quatre femmes qui ne se sont jamais rendues aux visites de suivi sont les mêmes que celles qui n'y sont pas allées pour les visites de contrôle prénatales : celle qui dit avoir « peur » des médecins et celle qui ne donne aucune raison (Chapare / ME / E9 / p. 3 ; Chapare ME / E10 / p. 3). Parmi les deux autres, l'une ne donne pas de raisons tandis que l'autre dit qu'elle n'a pas assez d'argent (Chapare / ME / E3 / p. 5 ; ME / E4 / p. 5).

Contenu des visites

Le contenu des visites de suivi se limite le plus souvent à la vaccination, parfois à l'enregistrement du poids et de la taille. C'est, en tous cas, ce que les mères retiennent des consultations :

(...) je suis venue faire contrôler mon enfant ; (...) je l'ai juste amené, parce que nous devons faire le contrôle, j'ai dit ; « non, ton fils va bien », m'a dit [le docteur] ; il me l'a pesé, il pesait 3,5 kg ; « c'est bien », il m'a dit ; il m'a seulement dit que son nombril allait guérir et à l'âge de deux mois, je crois, ils l'ont fait vacciner - Chapare / ME / E 6 / p. 7 ; [Le] vaccin, je fais toujours vacciner - Chapare / ME / E 4 / p. 6 ; Oui, il a eu tous ses vaccins - Chavez Rancho / MD / E 3 / p. 11 ; Continuellement, depuis qu'il est né, je l'ai emmené au bout d'une semaine pour qu'ils le vaccinent, ensuite chaque mois - Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 8.

Peu de mères mentionnent l'utilisation du CSI. Lorsqu'elle y font allusion, c'est pour rappeler qu'il s'agit d'un carnet de vaccination (cf. aussi Rapport *Focus Group* de Pierre Lefèvre & Tom Hoérée) :

Oui, [le carnet, c'est juste pour les vaccins] - Chapare / ME / E 2 / p. 8 (cf. aussi Chapare / JC / E 5 / p. 4).

La fonction du CSI, comme carnet de vaccination, leur aurait été expliquée par les médecins eux-mêmes :

Oui, il m'a expliqué ; avec ça, [le carnet,] tu vas venir faire vacciner - Chapare / ME / E 2 / p. 8 ; Ah, il m'a bien dit que d'abord il faut vacciner ; le premier vaccin et ensuite il m'a donné, comment ça s'appelle ? Le carnet de vaccination. Et de peser et de faire vacciner aussi et compléter celui-ci ; il faut faire le vaccin chaque mois et en même temps, il faut vacciner - Chapare / ME / E 8 / p. 7.

Enfin, à la question de savoir si les personnels de santé fournissent des explications sur la croissance et le développement de l'enfant, les réponses sont plutôt négatives (Chapare / ME / E 2 / p. 6 ; Chapare / ME / E 3 / p. 5 ;

Chapare / ME / E 4 / p. 6 ; Chapare / JC / E 6 / p. 4 ; Chavez Rancho / MD / E 6 / p. 8) :

Non, en général, le docteur ne nous explique pas. C'est juste quand on l'emène à l'hôpital qu'il nous explique Pour les vaccins, on dit qu'il faut faire contrôler jusqu'à l'âge de cinq ans, non ? - Chapare / ME / E 7 / p. 7 ; Ils ne m'expliquaient pas ; maintenant, au contraire, ils expliquent partout, également sur comment ne pas avoir d'enfants, mais avant pas du tout - Chapare / JC / E 4 / p. 5.

Mais, pour les raisons évoquées précédemment (cf. aussi le *Rapport du volet socio-anthropologique I - 1999*), il n'est pas non plus certain que les mères sollicitent les médecins durant les consultations pour recevoir davantage d'explications sur la croissance et de développement de l'enfant en général, et la signification du CSI en particulier.

5.5 - L'influence des personnels de santé...

...sur l'alimentation de la femme enceinte

En dépit du manque de communication entre les mères et les personnels de santé, certains messages ou recommandations biomédicales semblent passer, notamment dans le domaine de la qualité/quantité de l'alimentation de la femme enceinte. C'est en effet à l'occasion des visites prénatales que les femmes reconnaissent avoir pris conscience de l'importance du problème et reçu d'éventuels traitements de complément (cf. 5.3 - *visites de contrôle prénatales*) :

C'est parce que je n'ai pas pris de vitamines que [mon deuxième enfant avait un poids insuffisant à la naissance] - Chavez Rancho / MD / E 1 / p. 6 ; Tout, comme ça, des fruits, je buvais du lait, du fromage aussi, [le docteur] me disait que j'en mange, parce que j'avais de l'anémie - Chavez Rancho / MD / E 8 / p 8 ; Moi, quand j'étais enceinte de ma dernière grossesse, j'ai eu de l'anémie, parce que généralement, j'avais des nausées, et là, ils m'ont conseillé et je prenais quelques sirops en plus - Chavez Rancho / MD / E 8 / p 8.

L'intériorisation des messages biomédicaux n'est pas le propre des femmes du milieu urbain. Ainsi, dans le Chapare :

[Le docteur] me disait de bien me nourrir et il me donnait du fer ; ça, je le prenais tout le temps, pour ne pas avoir d'anémie - Chapare / JC / E 7 / p. 5³⁴ ; [Le personnel dit] que je dois manger de la viande, des oeufs, de la soupe de légumes, du lait de soja et des céréales - Chapare / JC / E 3 / p. 5 ; Là, [les médecins] m'ont dit que tout ce que je mange aller m'affecter. « Attends d'aller mieux, et tu vas voir ton bébé, il va bien naître, bien gros » (...) - Chapare / ME / E 6 / p. 6 ; Il nous donne des vitamines, il nous donne des tablettes et il nous dit que nous devons manger de la soupe de bettes, parce que ça contient des vitamines pour les bébés, on doit manger plein de soupes - Chapare / ME / E 8 / p. 6.

³⁴ Sur l'anémie, cf. aussi Chavez Rancho / MD / E 8 / p 8 ; Chapare / JC / E 7 / p. 5.

...sur l'alimentation de complément

À quelques exceptions près, les mères de Chavez Rancho et du Chapare auraient souhaité que leurs enfants passent à une alimentation de complément ou à une alimentation adulte encore plus tôt. Pour ce qui concerne l'alimentation de complément, les messages biomédicaux posent parfois problème. Certaines mères semblent en effet avoir compris que les médecins les incitaient à réaliser cette introduction à un âge plus précoce :

[Je lui en ai donné] à l'âge de six mois, mais j'aurais dû lui en donner avant, parce qu'ensuite, j'ai souffert, parce qu'elle voyait la différence entre le lait et les bouillies, elle ne voulait pas manger ; [les docteurs] m'ont dit que j'aurais dû lui en donner bien avant. A trois mois d'âge, j'aurais dû lui donner des bouillons et des bouillies, un rien, à l'âge de six mois j'ai commencé à lui en donner tout d'un coup
- Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 13.

Ou encore pour cette autre mère (toujours de Chavez Rancho) :

Parce qu'il y a des gens qui ne donnent pas de la nourriture aux enfants, juste l'allaitement jusqu'à un an ; alors, ça les affecte ; ils n'ont pas le même développement, ni la même psychologie, non ; il leur manque la nourriture, qu'ils devraient consommer à partir de l'âge de six mois - Chavez Rancho / MD / E 10 / p. 25.

D'autres, en revanche, semblent comprendre et appliquer les conseils des médecins en matière d'alimentation de complément :

Tous les deux, n'est-ce pas, de la même façon dont j'ai élevé le premier, j'ai élevé le deuxième, comme ça, grâce aux informations du docteur ; je lui ai également donné d'abord sa bouillie, ensuite sa pomme râpée, de la banane écrasée avec du citron, comme ça, n'est-ce pas ? Peu à peu, je lui en ai donné, après l'âge de six à huit mois, de la soupe, d'abord une petite cuillère, une deuxième, une troisième, comme ça, n'est-ce pas. De façon à ce que l'enfant commence à manger, je lui en ai donné comme ça, sa bouillie, son pain trempé dans du lait ou ses biscuits trempés dans du lait, comme ça à 4 h ou 10 h du matin, comme ça, au fur et à mesure que passaient les mois, à mesure qu'ils grandissent ; moi aussi, je lui demandais au médecin, ce que je devais lui donner peu à peu, n'est-ce pas ? Lui, il m'expliquait - Chavez Rancho / MD / E 5 / p. 13 ; *De la soupe, jusqu'à ce qu'elle ait quatre ans ; alors, le docteur, sa pédiatre, m'a dit de lui donner plus de jus ; sa banane* - Chavez Rancho / MD / E 10 / p. 22 (cf. también Chapare / ME / E 8 / p. 13; Chavez Rancho / MD / E 6 / p. 15).

Toutefois, les mères et les médecins parlent très peu de l'alimentation de complément lors des consultations de suivi :

[Le docteur m'a dit que] sa nourriture devait être contrôlée et que le bébé, elle était très petite, tous les mois je devais l'emmener à son contrôle - Chavez Rancho / MD / E 3 / p. 9-11 ; *Non, il ne m'a [rien] dit [au sujet de l'alimentation], il m'a juste dit pour le vaccin* - Chapare / ME / E 2 / p. 6-8 (cf. également Rapport Focus Group, Pierre Lefèvre & Tom Hoérée).

...sur les vaccins, les contrôles médicaux et la croissance

Pour une mère de Chavez Rancho, le contrôle des vaccins passe avant l'alimentation dans les facteurs favorisant la croissance et le développement de l'enfant :

Un enfant bien portant, c'est qu'il doit avoir ses vaccins, après ça, son alimentation
- Chavez Rancho / MD / E 5 / p. 11.

Pour d'autres mères, les vaccins, l'attention portée par la mère et les contrôles médicaux sont essentiels :

Qu'il aille bien, n'est-ce pas ; et [qu'il soit] contrôlé par le médecin ; avec la maman, les soins de la maman - Chavez Rancho / MD / E 10 / p. 29 ; C'est-à-dire, qu'ils soient bien portants, qu'il se développe bien, que ses vaccins soient à jour, ce serait ça, pour moi - Chavez Rancho / MD / E 5 / p. 12 ; (...) Que les vaccins soient à jour, emmener constamment l'enfant chez le médecin pour ses contrôles, pour que le médecin aussi nous explique et comme ça, au moins ses vaccins ont toujours été faits à temps, ensuite, je l'ai emmené chez le docteur pour ses contrôles - Chavez Rancho / MD / E 5 / p. 13 (cf. aussi Chavez Rancho / MD / E 5 / p. 14).

5.6 - Les requêtes des mères vis-à-vis des personnels de santé

Discussions et séances d'information

23 femmes sont favorables à la tenue de discussions ou de séances d'information organisées par les personnels de santé sur des thèmes concernant le jeune enfant. Aucune ne s'y oppose. En général, le contenu et les objectifs de ces séances ne sont pas clairement identifiés.

Oui, j'aimerais bien, parce que, comme ça, j'ai envie d'apprendre - Chapare / ME / E 7 / p. 20 ; Oui, bien, pour moi, pour qu'ils nous apprennent - Chapare / JC / E 4 / p. 11 ; Oui, je suis d'accord avec ça, parce que certaines mamans ne comprennent pas ce que c'est, la croissance de l'enfant (...) - Chapare / JC / E 9 / p. 13 ; Parce que beaucoup d'entre nous, nous ne savons pas quoi faire ni comment le faire - Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 20.

L'une d'elles propose que les séances concernent également les futures mères, ce qui voudrait dire que ces dernières ne reçoivent aucune information avant d'être enceintes :

Oui, c'est très éducatif, pour les mamans, et aussi pour les futures mamans qui n'ont pas d'expérience, c'est bien - Chavez Rancho / MD / E 6 / p. 20.

Une mère rappelle toutefois que des séances d'information se tiennent déjà, même si c'est sur une base irrégulière :

Bon, parfois l'infirmier vient et il se réunit avec les mamans, dans l'école ; tous les deux mois, Don Celio, [le promoteur de santé de Puerto Aurora], vient et il explique comment doit être l'enfant, comment nous devons nous en occuper - Chapare / JC / E 1 / p. 10.

Lieux préférés des mères pour la tenue des discussions et séances d'information

Pratiquement, les mères proposent de s'organiser de la façon suivante :

Faire de la publicité, mettre des annonces, [dire] que c'est gratuit et quels sont les avantages pour la future maman, et comme ça, il y aura des gens intéressés - Chavez Rancho / MD / E 6 / p. 21 ; Ce serait bien de les rassembler à l'école les samedis, afin que toutes les mères qui n'ont pas reçu de conseils, puissent recevoir des informations - Chapare / JC / E 3 / p. 14.

Pour ce qui concerne les lieux, les femmes préfèrent :

L'école (6) ; la maison communale (5) ; le porte-à-porte ou le domicile (4) ; le centre (ou poste) de santé (3) ; les sièges des Clubs ou Associations des Mères (1).

Les questions adressées par les mères aux personnels de santé

Lorsque l'on demande aux mères quelles questions elles souhaiteraient adresser aux personnels de santé lors d'éventuelles discussions ou séances d'information, ce sont d'abord les préoccupations immédiates sur la santé de l'enfant qui ressortent.

Pourquoi tombent-ils malades ? Pourquoi est-ce que leurs gencives les grattent ? - Chapare / JC / E 6 / p. 15 ; Ça, oui, je voudrais lui demander à propos de mon fils aîné, s'il se nourrit bien, pourquoi il n'arrive pas à grandir plus vite ; ça, ce serait mon doute... Pourquoi ? - Chapare / JC / E 7 / p. 12 ; Pourquoi elle ne veut pas manger ma fille à son âge, depuis toute petite, elle n'aime pas manger... Pourquoi ? Elle ne buvait pas bien non plus de mon lait, ça ne lui plaisait pas - Chavez Rancho / MD / E 6 / p. 20.

Quelques mères sont préoccupées par des questions plus générales liées à l'alimentation, aux soins de santé, à la croissance et au développement de l'enfant. Ces questions sont reproduites ici de manière quasi exhaustive, car elles pourraient constituer le point de départ aux discussions ou séances d'information.

Sur l'alimentation

Je peux demander, peut-être, n'est-ce pas, qu'est-ce qui est meilleur, comment leur en donner plus - Chapare / ME / E 1 / p. 17 ; J'aime bien demander juste à propos de l'alimentation, n'est-ce pas, pour nourrir les enfants, parce que nous autres nous ne savons pas quels aliments il faut surtout donner aux petits bébés - Chapare / ME / E 2 / p. 23 ; Je demanderais quels aliments sont de bons aliments - Chapare / ME / E 9 / p. 6.

Sur les soins de Santé

Moi, je lui demanderais d'abord au sujet de la diarrhée, comment on peut la guérir, comment on peut le maintenir - Chapare / ME / E 6 / p. 21 ; Sur les malades aussi, avec quoi on peut les guérir - Chapare / ME / E 2 / p. 24 ; S'ils peuvent venir, afin de poser des questions sur certains médicaments pour les enfants, pour savoir aussi si ces médicaments sont gratuits ou pas - Chapare / ME / E 9 / p. 6.

Soins de Santé & Alimentation

Toutes ces choses-là, comment maintenir l'enfant, comment s'en occuper, toutes ces choses-là, n'est-ce pas, ou bien quels aliments on doit donner à l'enfant, tout ça - Chapare / ME / E 3 / p. 16 ; Au sujet de la santé, j'aimerais demander quel serait le meilleur aliment - Chapare / ME / E 4 / p. 16 ; Enfin, qu'est-ce que je peux lui donner de plus. Sur les médicaments aussi, je peux lui demander - Chapare / ME / E 7 / p. 19 ; Au sujet de l'alimentation, comment je peux les nourrir, jusqu'à ce qu'ils soient grands ; depuis la naissance, jusqu'à quel âge il faut nourrir et pourquoi certains gamins ont des caries aux dents ; ici aussi, ça coûte cher les soins dentaires, à Chinawata - Chapare / ME / E 8 / p. 26.

Éducation

Moi, ce que je voudrais, c'est plus d'orientation sur comment on doit éduquer les enfants - Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 20.

Éducation & Alimentation

Comme, par exemple, il y a des enfants qui sont très capricieux et qui ne font que ce qu'ils veulent, pour leur corriger ça, qu'on m'oriente sur la façon de les éduquer dans leur manière d'être et le moyen de les éduquer pour qu'ils sachent aller aux toilettes, plus d'orientation sur l'alimentation - Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 20.

Éducation & Soins de Santé & Alimentation

Comment parler aux enfants, parce qu'actuellement les enfants sont très éveillés, n'est-ce pas ; lui demander des conseils sur la façon de leur parler ; un père ne trouve pas la façon de commencer à leur expliquer ; quels soins puis-je avoir avec le bébé ; quelle alimentation je peux lui donner ou bien qu'est-ce qui peut lui faire du mal et qu'il donne quelques cours - Chavez Rancho / MD / E 1 / p. 15

Croissance & Développement

La question que je voudrais poser c'est sur comment surveiller la croissance et le développement d'un bébé, à partir de l'âge d'un an ; comment on doit contrôler tous

les mois la croissance des enfants ; il y a certains médecins qui ne leur mesurent qu'une seule fois la tête, voilà - Chavez Rancho / MD / E 3 / p. 22.

Croissance & Développement & Alimentation

Ce que j'aimerais demander, c'est à propos de la croissance des enfants, qu'on m'instruise un peu plus, n'est-ce pas ? Ou bien moi je pourrais dire les choses que je fais avec eux, comme par exemple les aliments, afin qu'ils puissent me dire en quoi je peux améliorer la qualité de l'alimentation ou si je les nourris correctement - Chavez Rancho / MD / E 2 / p. 16 ; Moi, je peux leur demander quels aliments il vaut mieux leur donner pour leur croissance et leur développement - Chapare / ME / E 7 / p. 19.

Croissance & Développement (carnet de santé) & Éducation

Non, éduquer un enfant, parfois nous ne savons même pas comment nous en occuper, ni comment en prendre soin, on voudrait même qu'ils nous apprennent à utiliser par nous-mêmes le carnet de santé, la majorité des mamans, nous ne savons pas, voilà - Chavez Rancho / MD / E 4 / p. 20

Croissance & Développement & Soins de Santé

Ce serait vraiment bien parce que certaines mamans poseraient des questions sur la maladie et sur leur façon de [les] élever - Chapare / ME / E 6 / p. 21.

Croissance & Développement & Soins de Santé & Alimentation

C'est-à-dire, comme quoi ce serait un peu nécessaire, qu'est-ce qui manque à l'enfant, afin que je sache, qu'est-ce qu'on peut lui donner dans l'alimentation, dans les soins, que faire à mon fils pour qu'il grandisse bien, mieux, n'est-ce pas ? - Chavez Rancho / MD / E 5 / p. 22.

Le commentaire d'une mère permet de resituer le problème à un niveau plus global : celui des conséquences particulièrement graves de la profonde crise économique et sociale qui affecte la région du Chapare.

Oui, parce qu'ils peuvent nous expliquer au sujet de l'alimentation des enfants, en plus, nous n'avons pas d'argent, parce qu'ils ont coupé tous nos champs de coca, je préfère qu'ils nous envoient de la nourriture pour que nous disparaissions de cette vie. Quand il y avait de la coca, je pouvais acheter des aliments, mais maintenant, on ne peut plus vivre ; avant, avec la coca, même s'il y en avait peu, mais nous recevions un peu d'argent pour couvrir nos dépenses, mais maintenant, nous n'avons rien, c'est pour ça que nous disons qu'ils feraient mieux de nous empoisonner tous et comme ça, nous ne souffrirons plus dans cette vie - Chapare / ME / E 10 / p. 6

III - Conclusions

1 - Synthèse et discussion

Les notions de santé, de croissance et de développement

Spontanément, les mères emploient rarement les expressions de « croissance », de « développement » ou encore de « santé ». Elles utilisent des notions plus englobantes, comme celles d'« enfant bien portant » ou « mal portant », qui renvoient à des caractéristiques physiques et comportementales. Les références à la maladie, aux soins et à l'alimentation de l'enfant confèrent toutefois un contenu plus concret à ces notions.

Ainsi, la notion de « santé » est étroitement liée à celle de maladie, laquelle recouvre des niveaux de réalité extrêmement diverses. La confusion entre les causes, les symptômes et la maladie elle-même est fréquente. Aussi, les aspects comportementaux (pleurs, apathie, manque d'appétit) sont très importants, car ils manifestent le bien-être ou le mal-être de l'enfant.

Les notions de croissance et de développement ont des contenus assez proches. Elles sont globalement perçues à travers l'appréciation de l'état du corps de l'enfant. Le « beau corps bien fait » auquel les mères se réfèrent combine deux caractéristiques essentielles : (i) il doit présenter un aspect harmonieux ; (ii) la tendance à l'« embonpoint » doit être marquée, sans que l'enfant soit disproportionné (ni grosseur ni maigreur excessives).

La relation alimentation / maladie

L'alimentation et la maladie orientent la formation, la déformation ou la transformation du corps de l'enfant. C'est en effet souvent en référence à ces deux thèmes que les mères expliquent le décalage éventuel entre la perception qu'elles se font du corps de leur enfant à un moment donné et ce qu'il devrait être idéalement.

L'alimentation et la maladie donnent également un sens social à la croissance et au développement de l'enfant. Un enfant « mal portant » souffre du dysfonctionnement de sa famille ou de la « négligence » de ses parents. Certaines maladies qui affectent la croissance, comme le *susto*, sont liées à des problèmes relationnels entre l'enfant et ses parents ou entre ses parents.

Les données sur l'alimentation confirment son influence sur la santé de l'enfant. Particulièrement importante pendant la grossesse et l'allaitement, elle

s'impose comme une sorte de « référent » constant pour les mères. L'enfant ne mange pas bien parce qu'il est malade ou, inversement, il tombe malade parce qu'il ne mange pas bien. Indépendamment des risques perçus par rapport à l'hygiène et la propreté, l'appétit révèle la bonne ou la mauvaise santé. Les relations entre l'alimentation et la croissance et le développement sont, en revanche, moins directes, sauf par rapport à la période très particulière de la naissance.

Les étapes de la croissance

Il ressort nettement que la relation entre le poids, l'âge et la taille réels de l'enfant ne constitue pas un critère de normalité de la croissance et du développement de l'enfant. Le sevrage, l'acquisition de la marche et le passage à l'alimentation adulte constituent les étapes essentielles d'un processus qui doit rapidement conduire l'enfant à l'autonomie. Si la fusion est étroite avec la mère jusqu'au sevrage définitif, l'enfant qui se développe normalement rejoint brutalement le monde des adultes. C'est alors que la différenciation sexuelle devient plus marquée. Elle est associée à des comportements (alimentaires ou autres) spécifiques selon qu'il s'agit d'une fille ou d'un garçon. De façon significative, les enfants qui ont franchi cette étape et gagné leur autonomie ne sont plus appelés du terme générique et sexuellement indifférencié de *wawas* : on les nomme désormais les « petites filles » (*mujercita*) ou les « petits garçons » (*varoncito*).

L'importance des messages biomédicaux dans le domaine de l'alimentation et des soins de santé

La référence à des notions biomédicales, comme l'anémie ou la dénutrition, montre que les mères tentent de s'approprier les messages émis par les personnels de santé. S'il reste à prouver qu'une telle tentative indique que les contacts avec les structures de soins sont réguliers, force est de constater qu'il n'y a pas de rejet majeur des mères vis-à-vis de l'univers biomédical.

C'est encore une fois dans le domaine des soins, de la maladie et de l'alimentation que les chevauchements et les bifurcations de sens s'avèrent importants. L'influence de l'entourage comme des personnels de santé s'exercent parfois de façon convergente, comme dans le domaine de l'alimentation de la femme enceinte et de l'allaitement. Pour l'alimentation de complément, en revanche, les recommandations biomédicales se heurtent aux perceptions locales de la croissance et de la prise d'autonomie.

Au niveau des soins, le problème est plus complexe. Comme en témoigne les données sur les étiologies locales, les représentations et les pratiques sont très souvent éloignées des conceptions et des usages biomédicaux. Aussi, ce n'est

probablement pas parce que les mères nient l'efficacité du médicament qu'elles persistent à recourir à la médecine domestique. Ce n'est probablement pas non plus des contraintes économiques qui les empêchent de se rendre dans les structures de soins (ce facteur est très peu souvent ressorti des entretiens). Les causes, en revanche, sont peut-être à rechercher du côté de la perception que se font les mères des personnels de santé, de la nature de la relation entre ces deux groupes d'acteurs et la faible communication qui la caractérise.

Faire soigner un enfant implique à l'évidence d'engager une relation avec un médecin ou tout autre personnel de santé. Or, c'est justement cette relation qui pose problème. Comme cela a été montré dans le *Rapport du volet socio-anthropologique I* (1999), le sentiment de culpabilité des mères est renforcé par l'attitude peu empathique des médecins. De leur côté, les mères renforcent cette attitude par un silence obstiné. Dans ce contexte, les consultations pré- et post-natales laissent peu de place au dialogue et aux explications sur la croissance et le développement de l'enfant.

La perception des personnels de santé par les mères

Vis-à-vis des personnels de santé, l'attitude des mères est particulièrement ambiguë. D'un côté, elles souhaiteraient prendre au sérieux les recommandations et messages qu'elles entendent lors de leurs visites dans les structures de soins. D'un autre côté, elles valorisent l'expérience et les conseils de leur entourage. Il est d'ailleurs significatif que les mères ne retiennent de leurs contacts avec l'univers biomédical que les aspects les plus instrumentaux. La raison n'est pas que les recommandations en matière d'alimentation sont relativement simples à retenir. C'est plutôt qu'elles font écho à l'expérience de la mère et aux conseils de son entourage. D'une certaine façon, les mères trouveraient chez les médecins une confirmation de ce qu'elles savent déjà. En dehors de la sphère alimentaire, il n'y a que très peu de points de convergence entre les expériences et les perceptions des deux groupes.

2 - Recommandations spécifiques par rapport au Carnet de Santé Infantile

Note : La recherche socio-anthropologique complémentaire - à travers l'application des entretiens semi-directifs approfondis - n'a pas directement porté sur le Carnet de Santé Infantile, mais sur les perceptions que se font les mères sur les relations entre la croissance, le développement et l'alimentation de l'enfant. Cette recherche a cependant produit des informations qui conduisent à quelques recommandations sur le Carnet de Santé Infantile. Ces recommandations doivent être croisées avec les recommandations du Rapport <i>Focus Group</i> .
--

Il est notable que les mères s'interrogent et souhaiteraient avoir des réponses concrètes et pratiques aux problèmes qu'elles se posent (*cf. 5.6 - Les questions des mères...*). On constate également que plusieurs d'entre elles emploient les

notions de croissance et de développement de l'enfant, mais qu'il y a peu d'interrogations sur le carnet de santé. Cela signifie sans doute que les représentations des mères et des personnels de santé ont du mal à se rejoindre. Mais cela ne veut pas dire pour autant que le carnet de santé infantile soit un outil définitivement inutile ou périmé.

Pratiquement, il conviendrait de tenter de sauver cet outil : (i) en lui redonnant un contenu plus conforme aux perceptions des mères sur la croissance et le développement de l'enfant ; (ii) en faisant participer les mères, les personnels de santé et des professionnels de la communication au processus de fabrication de l'outil ; (iii) en fournissant un effort important pour améliorer les aptitudes communicationnelles et l'attitude générale du personnel de santé vis-à-vis des patients (*cf. Recommandations du Rapport Focus Group*).

Un contenu plus conforme aux perceptions des mères

Entre la position extrême qui consiste à croire que la science médicale peut être accessible à tous et à toutes et celle qui se situe aux antipodes des perceptions locales, il y a probablement un moyen terme satisfaisant à trouver.

On pourrait d'abord simplifier l'outil en en modifiant la forme (plus courte, plus concrète). À condition d'en préciser davantage le contenu, grâce à des entretiens complémentaires, les notions locales de « beau corps bien fait », de corps « gai », « gros » ou au contraire les notions de « pâleur » et de « maigreur » pourraient être introduites dans l'outil. Des dessins, éventuellement réalisés par les mères, pourraient illustrer chaque notion.

Les références à la taille et au poids qui ne sont pas essentielles pour les mères pourraient être introduites avec plus de souplesse. Ces facteurs ne constitueraient donc plus le point de départ du carnet, mais plutôt son aboutissement. Elles viendraient après ce qui compte vraiment pour les mères.

On pourrait également envisager divers scénarios de causalité, mêlant les causes, les symptômes et les types perçus de maladies, de façon à ce que les mères retrouvent quelque part dans l'outil leurs propres perceptions du problème, et les moyens de le résoudre.

La participation des mères, des personnels de santé et de professionnels de la communication au processus de fabrication de l'outil

Dans la mesure où la communication entre les mères et les personnels de santé est très faible, il est essentiel de ne pas marginaliser les premières en ne donnant la parole qu'aux seconds. S'il va de soi que les personnels de santé

« garantissent » la qualité scientifique de l'outil, il est primordial que les mères soient également associées à son processus de fabrication, depuis sa conception jusqu'à son application.

Des équipes de travail, associant les mères, les personnels de santé et des spécialistes en communication, pourraient être constituées. La confrontation directe entre les acteurs permettrait d'« articuler » ou de positionner les explications biomédicales en tenant compte des perceptions des mères. L'objectif serait d'atteindre un certain niveau d'intégration conceptuelle qui satisfasse chaque groupe d'acteurs.

Ce travail pourrait être accompli lors de séances de travail collectives sous la supervision d'un chercheur qui bénéficie d'une bonne connaissance des problèmes posés, tant du point de vue des mères que des personnels de santé.

L'outil serait ainsi progressivement amélioré, enrichi, complété grâce à l'évaluation constante dont il serait l'objet.

L'amélioration des aptitudes communicationnelles des personnels de santé

Comme cela a été démontré dans le Rapport *Focus Group*, l'introduction d'un nouveau manuel au sein des services de santé et des populations risque de rester sans conséquences si elle ne s'accompagne pas d'un effort important pour améliorer les aptitudes communicationnelles et l'attitude générale du personnel de santé. Dans le contexte bolivien, il s'agit d'une véritable condition préalable.

Pratiquement, il est également proposé d'organiser une formation visant à modifier les attitudes des personnels de santé vis-à-vis de leurs patients. Si le contenu de cette formation reste à développer, on sait d'emblée qu'elle ne devrait pas se limiter à la communication autour du nouveau Carnet de Santé Infantile, mais englober les divers aspects de la relation au patient. Cette formation s'accompagnerait aussi d'un cours, destiné aux personnels de santé, sur le contenu exact et l'emploi correct du Carnet de Santé Infantile.

Ces quelques recommandations, complémentaires à celles du Rapport *Focus Group*, montrent qu'une recherche interdisciplinaire sur l'enfant peut conduire à une recherche-action de type participatif³⁵ dont l'objectif est de rechercher, avec l'appui des chercheurs et des professionnels de la santé, des solutions concertées aux problèmes formulés les mères.

³⁵ Cf. Rubín de Celis, Lefèvre, Suremain (de) & Kolsteren (2000) ; Suremain (de), Lefèvre, Hoérée & Arduz (2000).

Table des Matières (Tome 1)

I - Introduction	1
1 - Bref rappel des objectifs du projet INCO et du volet socio-anthropologique	1
2 - Objectifs et questions de recherche (appliquées aux entretiens semi-directifs).....	1
Les questions de recherche : perceptions de la croissance et du développement de l'enfant par les mères.....	2
Les questions de recherche : perceptions des mères sur les relations entre l'alimentation, la croissance et le développement de l'enfant.....	2
3 - Méthodologie	3
II - Présentation des résultats	5
1 - Synthèse des « données générales »	5
Remarques préliminaires.....	5
Comparaison entre les profils des mères interviewées dans le Chapare et à Chavez Rancho	5
Remarques méthodologiques.....	6
2 - Données d'entretiens : les perceptions des mères sur la santé, la croissance et le développement de l'enfant.....	8
2.1 - Perceptions de la santé de l'enfant	8
L'enfant « bien portant » et l'enfant « mal portant ».....	8
Références à l'alimentation	9
Références à la maladie.....	10
Types de maladie, causes et symptômes perçus par les mères et itinéraires thérapeutiques associés	12
2.2 - Perceptions de la croissance et du développement de l'enfant.....	14
La relation maladie / croissance.....	15
La relation alimentation / croissance	15
La relation croissance, hygiène et bien-être psychologique.....	16
Les notions de croissance et de développement	17
3 - Données d'entretiens : images du corps de l'enfant, perceptions des étapes de la croissance et différenciation entre les filles et les garçons	19
3.1 - Images du corps.....	19
Qu'est-ce qu'un « beau corps bien fait » ?	19
Qu'est-ce qu'un bon poids ?.....	20
La relation entre le poids, la taille et l'âge.....	21
3.2 - Les principales étapes de la croissance	22
Motricité, développement psychomoteur et langage	22
Acquisition de la marche et sortie des dents	23
Risques encourus par l'enfant et étapes de la croissance.....	24
3.3 - Différenciation de la croissance selon le sexe.....	25
4 - Données d'entretiens : relations perçues entre l'alimentation (de la mère et de l'enfant), la croissance et le développement.....	27
4.1 - Alimentation de la femme enceinte et croissance de l'enfant.....	27
Relations entre l'alimentation de la femme enceinte et la croissance de l'enfant en général	27
Relations entre l'alimentation de la femme enceinte et l'état de l'enfant à la naissance	27
4.2 - Alimentation de la mère, allaitement et maladie de l'enfant	28
Généralisation de la pratique de l'allaitement maternel	28
Quantité et qualité du lait maternel	28
Lait maternel vs. biberon.....	29
Biberon et risques perçus	30
Lait maternel et maladie de l'enfant	30

4.3 - Les modalités du sevrage définitif de l'enfant	30
Âge du sevrage	30
Modalités du sevrage	31
Sevrage et maladie	32
4.4 - Introduction de l'alimentation de complément et passage à l'alimentation adulte.....	32
Alimentation de complément ou alimentation adulte ?	32
Âge d'introduction de l'alimentation de complément	34
Différences entre filles et garçons par rapport à l'âge d'introduction de l'alimentation de complément.....	35
Alimentation de complément et maladie	35
Biberon et alimentation de complément	36
5 - Données d'entretiens : influence de l'entourage et des personnels de santé sur l'alimentation, la santé, la croissance et le développement de l'enfant	37
5.1 - L'influence de l'entourage.....	37
...sur l'alimentation de la femme enceinte	37
...sur l'alimentation de complément	38
...sur les soins portés à l'enfant malade.....	38
L'influence de l'ambiance familiale sur l'alimentation, la croissance et le développement de l'enfant	39
5.2 L'influence de l'entourage.....	40
5.3 - Les contacts et les relations des mères avec les personnels de santé : le cas des visites de contrôle pré-natales.....	44
Fréquence et lieux des visites.....	44
Contenu des visites	45
5.4 - Les contacts et les relations des mères avec les personnels de santé : le cas des visites de suivi post-natales	47
Premier contact, objectifs, utilisation du carnet de santé (CSI) et suivi des visites	47
Contenu des visites	48
5.5 - L'influence des personnels de santé.....	49
...sur l'alimentation de la femme enceinte	49
...sur l'alimentation de complément	50
...sur les vaccins, les contrôles médicaux et la croissance.....	51
5.6 - Les requêtes des mères vis-à-vis des personnels de santé	51
Discussions et séances d'information	51
Lieux préférés des mères pour la tenue des discussions et séances d'information.....	52
Les questions adressées par les mères aux personnels de santé.....	52
III - Conclusions.....	55
1 - Synthèse et discussion.....	55
Les notions de santé, de croissance et de développement.....	55
La relation alimentation / maladie	55
Les étapes de la croissance.....	56
L'importance des messages biomédicaux dans le domaine de l'alimentation et des soins de santé	56
La perception des personnels de santé par les mères	57
2 - Recommandations spécifiques par rapport au Carnet de Santé Infantile.....	57
Un contenu plus conforme aux perceptions des mères.....	58
La participation des mères, des personnels de santé et de professionnels de la communication au processus de fabrication de l'outil	58
L'amélioration des aptitudes communicationnelles des personnels de santé	59

**Croissance, développement, santé et relations à l'alimentation.
Étude des perceptions de la mère de l'enfant de moins de cinq ans
en Bolivie à travers la technique des entretiens semi-directifs
(Chapare & Chavez Rancho)**

- Tome 2 -

Annexes présentées par Charles-Édouard de Suremain (IRD)

Phase de recherche socio-anthropologique complémentaire (2000)

Projet INCO

Annexes

Table des Matières (Tome 2)

Annexe 1 : Les deux guides d'entretiens	2
Annexe 2 : La grille d'observation	12
Annexe 3 : Codification appliquée aux guides d'entretien, à la grille d'observation et aux <i>focus groups</i>	14
Annexe 4 : Décompte des données codifiées recueillies à partir des entretiens semi-directifs.....	16
Annexe 5 : Liste des documents fournis en appui aux protocoles de recherche et aux <i>licenciaturas</i>	18
Annexe 6 : Décompte des missions de « formation continue à la recherche scientifique » menées dans le cadre de la phase de recherche socio-anthropologique complémentaire	19
Annexe 7 : Présentation des données générales sous forme de tableaux et de synthèses pour les deux zones d'enquête (Chapare & Chavez Rancho)	20

Annexe 1 : Les deux guides d'entretiens

Guide d'entretien 1 :

Perceptions des mères sur la croissance et le développement de l'enfant de moins de cinq ans à Puerto Aurora (région du Chapare)

Cette étude a pour objectif d'analyser les perceptions des mères sur la croissance et le développement de l'enfant de moins de cinq ans dans le *sindicato* paysan de Puerto Aurora. De ce fait, nous vous demandons de bien vouloir participer à cet entretien, lequel sera strictement confidentiel et protégé par la Loi 14100.

Date

Nom du Sindicato

Localisation du Domicile

Nom de la Mère

Nom et Âge de l'Enfant

Nom de l'Enquêtrice

Numéro de l'Entretien

I. DONNÉES GÉNÉRALES SUR LA MÈRE, LE DOMICILE ET LA FAMILLE

1. Quelles langues parlez-vous et dans laquelle préférez-vous vous exprimer pour cet entretien ?
2. Où êtes-vous née (Département / Province) ?
3. Quel âge avez-vous ?
4. Quelle est la dernière classe que vous avez fréquentée ?
5. Quelle est votre situation matrimoniale (distinguer concubine, séparée) ?
6. Combien d'enfants de moins de cinq ans avez-vous ?
7. Depuis combien de temps vivez-vous dans ce *sindicato* ?
8. Vivez-vous ici en permanence ?
9. Quelle est votre principale activité / source de revenu ?
10. Que fait votre conjoint ?
11. Êtes-vous propriétaire de la maison où vous vivez ?
12. Avez-vous l'électricité ? D'où vient l'eau potable utilisée dans la maison ?
13. Avec vous, combien de personnes vivent ici en ce moment ?
14. Combien d'enfants de moins de cinq ans vivent ici en ce moment ?
15. Qui s'occupe des enfants qui ne sont pas les vôtres ?

**II. RELATIONS PERÇUES ENTRE L'ALIMENTATION
ET LA CROISSANCE DE L'ENFANT PENDANT LA GROSSESSE
(une fiche par enfant de moins de cinq ans)**

16. Combien de grossesses avez-vous déjà eu?
17. Quels sont les aliments (nourriture et boisson) que vous n'avez pas consommés pendant votre dernière grossesse ?
18. Quels sont les aliments (nourriture et boisson) que vous avez le plus consommés ou que vous avez préférés pendant votre dernière grossesse ?
19. Avez-vous changé de régime alimentaire entre vos grossesses ? En quoi avez-vous modifié votre régime ? Pourquoi ?
20. Y-a-t-il une relation entre les aliments que vous avez consommés pendant vos grossesses et la croissance de vos enfants (exemples concrets) ?
21. Quels sont les aliments les meilleurs pour votre santé pendant votre grossesse ?
22. Avez-vous été suivre les contrôles pré-nataux au service de santé ? Le personnel de santé vous a-t-il donné des informations sur la croissance de l'enfant à cette occasion ?
23. Où est né votre dernier enfant ? Y-a-t-il eu des complications à la naissance ? Qui est venu vous assister (sage-femme, promoteur) ?
24. Combien de temps après l'accouchement êtes-vous allée au centre de santé pour votre enfant ? Pourquoi (distinguer les contrôles, les vaccins, les maladies) ?

III. PERCEPTIONS DE LA MERE SUR LA CROISSANCE DE L'ENFANT

25. Pour vous, que signifie un « enfant sain » ?
26. Qu'est-ce qu'un « beau corps » pour un enfant ?
27. Quels sont les signes (physiques, de comportements, psychologiques) qui montrent qu'un enfant n'a pas une croissance normale ?
28. Quelles sont les étapes de la croissance qui vous semblent les plus importantes ?
29. Quand (à quelle étape perçue) avez-vous donné des aliments autres que le lait à votre enfant ?
30. Pensez-vous que la croissance de l'enfant est différente selon qu'il s'agit d'une fille ou d'un garçon (donner des exemples concrets) ?
31. Le poids et la taille sont-ils différents entre les filles et les garçons ?
32. À quoi sont dues ces différences de poids et de taille ?

IV. PERCEPTIONS DE LA MERE SUR LES FACTEURS QUI INFLUENCENT LA CROISSANCE DE L'ENFANT

Alimentation

33. Selon vous, la durée de l'allaitement peut-elle expliquer les différences de croissance entre les filles et les garçons ?
34. L'alimentation donnée aux enfants après le sevrage peut-elle expliquer les différences de croissance entre les enfants ?
35. Y-a-t-il des aliments que l'on donne seulement aux filles ou aux garçons ? Lesquels ?
36. Que mangent les filles quand elles restent à la maison ou qu'elles accompagnent leur mère au marché ?

Maladies

37. Pour vous, y-a-t-il des maladies qui influencent la croissance de l'enfant ?
38. Quelles maladies ont influencé la croissance de votre enfant (exemples concrets) ?
39. Connaissez-vous ou utilisez-vous des aliments qui soignent l'enfant lorsqu'il est malade (exemples concrets) ?
40. Connaissez-vous ou utilisez-vous des aliments qui préviennent l'apparition des maladies infantiles (exemples concrets) ?
41. Que peut-on faire d'autre pour éviter l'apparition des maladies infantiles ?

Changements et facteurs divers

42. Selon vous, un changement de lieu de résidence ou de climat peut-il influencer la croissance de l'enfant ? Quelle est votre expérience avec votre enfant (exemples concrets) ?
43. Connaissez-vous des pratiques religieuses pouvant influencer positivement ou négativement sur la croissance de l'enfant ? Lesquelles (exemples concrets) ?
44. La situation matrimoniale de la mère, son bien-être psychologique ou son travail peuvent-ils influencer positivement ou négativement le bien-être général de l'enfant ? En quoi (exemples concrets) ?
45. Quels autres changements ou facteurs peuvent influencer la croissance de l'enfant ?
46. Quelles seraient les questions que vous souhaiteriez adresser aux professionnels de santé sur la croissance de votre enfant ?
47. Pensez-vous qu'il serait bon que les professionnels de la santé tiennent des discussions sur ce thème ? Où ?

Guide d'entretien 2 :

Perceptions des mères sur les relations entre l'alimentation, la santé, la croissance et le développement de l'enfant de moins de cinq ans à Puerto Aurora (région du Chapare)

Cette étude a pour objectif d'analyser les perceptions des mères sur les relations entre l'alimentation et la santé de l'enfant de moins de cinq ans dans le *sindicato* paysan de Puerto Aurora. De ce fait, nous vous demandons de bien vouloir participer à cet entretien, lequel sera strictement confidentiel et protégé par la Loi 14100.

Date

Nom du Sindicato

Localisation du Domicile

Nom de la Mère

Nom et Âge de l'Enfant

Nom de l'Enquêtrice

Numéro de l'Entretien

I. DONNÉES GÉNÉRALES SUR LA MÈRE, LE DOMICILE ET LA FAMILLE

1. Quelles langues parlez-vous et dans laquelle préférez-vous vous exprimer pour cet entretien ?
2. Où êtes-vous née (Département / Province) ?
3. Quel âge avez-vous ?
4. Quelle est la dernière classe que vous avez fréquentée ?
5. Quelle est votre situation matrimoniale (distinguer concubine, séparée) ?
6. Combien d'enfants de moins de cinq ans avez-vous ?
7. Depuis combien de temps vivez-vous dans ce *sindicato* ?
8. Vivez-vous ici en permanence ?
9. Quelle est votre principale activité / source de revenu ?
10. Que fait votre conjoint ?
11. Êtes-vous propriétaire de la maison où vous vivez ?
12. Avez-vous l'électricité ? D'où vient l'eau potable utilisée dans la maison ?
13. Avec vous, combien de personnes vivent ici en ce moment ?
14. Combien d'enfants de moins de cinq ans vivent ici en ce moment ?
15. Qui s'occupe des enfants qui ne sont pas les vôtres ?

**II. RELATIONS PERÇUES ENTRE L'ALIMENTATION ET LA SANTÉ
DE L'ENFANT PENDANT LA GROSSESSE
(une fiche par enfant de moins de cinq ans)**

16. Combien de grossesses avez-vous déjà eu?
17. Quels sont les aliments (nourriture et boisson) que vous n'avez pas consommés pendant votre dernière grossesse ?
18. Quels sont les aliments (nourriture et boisson) que vous avez le plus consommés ou que vous avez préférés pendant votre dernière grossesse ?
19. Avez-vous changé de régime alimentaire entre vos grossesses ? En quoi avez-vous modifié votre régime ? Pourquoi ?
20. Pensez-vous que les aliments que vous avez consommés pendant vos grossesses ont influencé l'état de santé actuel de vos enfants (exemples concrets) ?
21. Quels sont les aliments les meilleurs pour votre santé pendant votre grossesse ?
22. Avez-vous été suivre les contrôles pré-nataux au service de santé ? Le personnel de santé vous a-t-il donné des informations sur l'alimentation ou la croissance de l'enfant à cette occasion ?
23. Où est né votre dernier enfant (domicile, hôpital)? Y-a-t-il eu des complications à la naissance ? Qui est venu vous assister (sage-femme, promoteur) ?
24. Combien de temps après la naissance êtes-vous allée au centre de santé pour votre enfant ? Pourquoi (distinguer les contrôles, les vaccins, les maladies) ?

III. RELATIONS PERÇUES ENTRE LE LAIT MATERNEL, L'ALIMENTATION ET LA SANTÉ DE L'ENFANT

Lait maternel

25. Donnez-vous ou avez-vous donné le sein à votre enfant ? À partir de quand ?
26. Les fillettes et les petits garçons ont-ils une façon différente de prendre le lait ?
27. Avez-vous déjà essayé de lui donner le biberon? Continuez-vous actuellement ou allez-vous lui donner ?
28. Selon vous, qu'est-ce qu'il y a de mieux pour l'enfant entre le sein et le biberon ?
29. Quel est le meilleur moment (pour la mère, pour l'enfant) pour arrêter d'allaiter (il ne s'agit pas seulement de faire référence à l'âge « réel », mais de déterminer étapes perçues de la croissance de l'enfant) ?
30. Comment avez-vous fait pour lui faire accepter ?
31. Le fait d'arrêter d'allaiter vous-a-t-il posé des problèmes avec des membres de la famille (mère, belle-mère, époux, sœurs, etc.) ?
32. La durée de l'alimentation au sein est-elle différente pour les fillettes et les petits garçons ?
33. Si vous n'aviez pas de problèmes d'argent, préféreriez-vous donner le sein ou le biberon ?
34. Pensez-vous que le lait maternel influe sur la santé de l'enfant ? En quoi ?
- 35. Pensez-vous que votre alimentation influe sur la qualité de votre lait ?**
36. Quels sont les aliments (nourriture et boisson) que vous ne mangez pas quand vous allaitez ?
37. Quels sont les aliments (nourriture et boisson) que vous consommez le plus ou avec le plus de goût quand vous allaitez ?
- 38. Pouvez-vous soigner votre enfant, lorsqu'il est malade, grâce à votre lait ?**

Alimentation de complément

39. À partir de quand avez-vous donné autre chose que le lait à votre enfant (il ne s'agit pas seulement de faire référence à l'âge « réel », mais de déterminer étapes perçues de la croissance de l'enfant) ? Que lui avez-vous donné ?
40. Ces premiers aliments lui ont-ils provoqué des maladies (exemples concrets) ?
41. Quand est-ce que votre enfant consommera tout ce que mange la famille (à mettre en relation avec les étapes perçues) ?

42. Quels aliments consomme actuellement votre enfant ? Combinez-vous ces aliments chaque jour ?
43. Votre enfant a-t-il des difficultés à manger ce que vous préparez ?
44. Combien de fois donnez-vous à manger à votre enfant dans la journée ?
45. Quand votre enfant a-t-il consommé des légumes pour la dernière fois ? Quand a-t-il mangé de la viande pour la dernière fois ? Quand a-t-il mangé du poisson pour la dernière fois ? Quand a-t-il pris du fromage et du lait pour la dernière fois ? Quand a-t-il consommé des fruits pour la dernière fois ?
46. D'où vient l'eau que boit votre enfant ?
47. Y-a-t-il des aliments qui se donnent seulement aux fillettes ou aux petits garçons ? Lesquels ?
48. Les fillettes et les petits garçons se nourrissent-ils de façon différente (quantité, rapidité, type de produits, de boissons, rythmes) ?
49. Votre époux, votre belle-mère ou votre mère ont-ils toujours les mêmes idées que vous sur l'alimentation de votre enfant ou êtes-vous parfois en désaccord (exemples concrets) ?
50. Que mangent les petits enfants lorsqu'ils restent à la maison où qu'ils accompagnent leur mère au marché ?
51. Quel est l'aliment le plus important pour un enfant (après le sevrage) ?
52. Pensez-vous que les aliments influent sur la santé de l'enfant ? En quoi ?
53. L'alimentation peut-elle expliquer les différences de croissance entre les fillettes et les petits garçons ?

Alimentation et maladie

54. Les produits du *chaco* peuvent-ils rendre l'enfant malade ? Quels sont les aliments qui peuvent rendre l'enfant malade (en relation aux étapes) ?
55. Y-a-t-il des maladies seulement pour les fillettes et seulement pour les petits garçons ?
56. Connaissez-vous ou utilisez-vous des aliments (nourriture et boisson) qui soignent l'enfant quand il est malade (exemples concrets) ?
57. Connaissez-vous des aliments (nourriture et boisson) qui préviennent l'apparition des maladies infantiles (exemples concrets) ?
58. Qui vous a appris ces recettes ?
59. Lorsque vous préparez ces recettes, cela pose-t-il des problèmes avec les autres membres de la famille (époux, mère, belle-mère, sœur, etc.) ?

IV. PERCEPTIONS DE LA MERE SUR LES FACTEURS ET LES ACTEURS QUI INFLUENT SUR L'ALIMENTATION ET LA SANTÉ DE L'ENFANT

60. Selon vous, un changement de résidence ou de climat peut-il influencer la santé de l'enfant ? Pourquoi ? En quoi (exemples concrets) ?
61. Connaissez-vous des pratiques religieuses qui peuvent influencer positivement ou négativement l'alimentation de l'enfant ? Lesquelles (exemples concrets) ?
62. Votre époux, votre belle-mère ou votre mère vous ont-ils déjà ordonné de changer l'alimentation de votre enfant ou de lui donner quelque chose de nouveau (exemples concrets) ?
63. La situation matrimoniale de la mère, son bien-être psychologique ou son travail peuvent-ils influencer positivement ou négativement la santé de l'enfant ? En quoi (exemples concrets) ?
64. Quels autres facteurs peuvent influencer la santé de l'enfant ?
65. Quelles seraient les questions que vous souhaiteriez poser aux professionnels de la santé sur l'alimentation de votre enfant ?
66. Pensez-vous qu'il serait bon que les professionnels de la santé tiennent des discussions sur ce thème ? Où ?

Annexe 2 : La grille d'observation

Remarques préliminaires :

La grille d'observation (élaborée par les étudiantes et dont la traduction littérale apparaît ci-dessous) n'a malheureusement pas été systématiquement appliquée lors de l'enquête. Aucun document n'a été remis par les étudiantes aux chercheurs responsables. Ultérieurement, il s'agirait de revenir aux observations qui ont été menées durant la première phase d'enquête (1999) et d'en croiser certaines avec les données d'entretiens recueillies lors de la phase d'enquête complémentaire.

1 - Agencement du logement

Nous considérerons les conditions de logement et l'utilisation des espaces pour l'élevage d'animaux, la concentration des poubelles, l'endroit où l'on cuisine, l'endroit où l'eau est emmagasinée, où dorment les enfants et les autres utilisations dans les conditions d'infrastructures.

2 - Tensions dans le noyau familial

On recueillera des informations sur l'attitude ou le comportement des membres dans leur vie quotidienne, par rapport à l'enfant, en prenant en compte d'autres variables qui jouent aussi dans ces relations, telles que l'état civil, la mobilité, etc.

3 - Le bien-être éventuel (signes extérieurs de richesse)

Il s'agit d'observer la propriété de véhicule, d'appareils électro-ménagers (TV, radio, etc.)

4 - Propreté et rangement du foyer

Vérifier l'hygiène ou la propreté et le rangement du foyer, dans toutes les pièces et l'aspect de ces pièces : le toit (de chaume, de tôle ondulée), les murs (plâtrés ou non), le sol (en terre battue, dalage).

5 - Propreté de l'enfant de moins de cinq ans

Observer quotidiennement l'état de propreté de l'enfant et des autres membres du foyer ; la façon de s'habiller ; s'il présente des piqûres d'insectes ; l'état des objets utilisés par l'enfant (biberon) ; l'état de sa chambre, etc.

6 - Stockage des aliments

Ici, nous observerons les formes et les zones de stockage des aliments destinés à la consommation familiale ; exposition au soleil ; où ils sont conservés en cas de pluie ou d'inondations ; que produisent-ils dans leur parcelle (préciser) ; s'ils consomment ce qu'ils produisent ; que consomme essentiellement l'enfant pendant la journée, etc.

7 - Hygiène des aliments

Nous vérifierons la propreté, le soin et l'hygiène des aliments que consomme la famille au moment de son utilisation pour la préparation de la nourriture pour l'alimentation respective.

8 - Services de base

On observera la mise en place ou la source des services de base tels que : l'eau, les égouts, l'électricité et autres, à l'intérieur du logement.

9 - Croquis de l'habitat

On dessinera à main levée un croquis situant les espaces les plus utilisés dans le logement, tels que : chambre, cuisine, placards, lieu de réunion de la famille en fonction des moments, et l'endroit où sont situés les services ou équipements du foyer.

Annexe 3 : Codification appliquée aux guides d'entretien, à la grille d'observation et aux *focus groups*

AA :	Alimentation Adulte
A :	Ancienneté
ABL :	Sevrage
ACA :	Alimentation Consommée Actuellement
AEM :	Activité Économique de la Mère
AEP :	Activité Économique du Père
ALC :	Alimentation de Complément
AMCN :	Alimentation de la Mère et Croissance de l'Enfant
AML :	Alimentation de la Mère & Allaitement
AP :	Aliments Préférés
APS :	Aspects Pratiques Support
AT :	Aliments Taboo
CD :	Changement de Régime
CITIL :	Citations Illustratives
CN :	Croissance de l'Enfant
CNS :	Connaissance du Support
COS :	Compréhension du Support
CP :	Conditions de l'Accouchement
CPSS :	Communication avec le Personnel de Santé en relation avec le Support
CUS :	Conditions d'Utilisation du Support
E :	Age
EC :	Étapes de la Croissance
EM :	Statut Matrimonial
EN :	Maladie de l'Enfant
I :	Langue
IC :	Image du Corps
IT :	Itinéraires thérapeutiques
L :	Allaitement
LC :	Allaitement & Croissance
LM :	Allaitement & Biberon
LN :	Lieux de Naissance
LS :	Allaitement & Santé

NCD :	Nombre de Repas par Jour
NE :	Niveau Scolaire
NN :	Nombre d'Enfants (- 5 ans)
NNR :	Nombre d'Enfants Résidents (- 5 ans)
NNS :	Enfant Non Sain
NPR :	Nombre de Personnes Résidentes
NS :	Enfant Sain
MCS :	Modification du Comportement en relation avec le Support
OPA :	Autres Personnes & Alimentation
OPC :	Autres Personnes & Croissance
PC :	Perceptions de la Croissance
PRC :	Pratiques Religieuses & Croissance
PPS :	Perceptions du Personnel de Santé
R :	Résidence
RAC :	Relation Alimentation & Croissance
RAE :	Relation Alimentation & Maladie
REC :	Relation Maladie & Croissance
RIC :	Risques & Croissance
RP :	Risques Perçus
SB :	Services de Base
SMC :	Situation de la Mère & Croissance
SP :	Suivi Prénatal
SPN :	Suivi Post Natal
V :	Habitat

Annexe 4 : Décompte des données codifiées recueillies à partir des entretiens semi-directifs

Remarques préliminaires

Sur les 3171 données indiquées, une bonne part (environ les deux tiers) fait l'objet d'une codification multiple.

Les données codifiées correspondent aux réponses, saisies en entier, données par les mères, et non à des phrases ou à des morceaux de phrases, comme c'est parfois le cas en analyse qualitative.

Le décompte porte sur 28 entretiens ; les catégories plus spécifiques au FG (5) n'ont pas été utilisées ; d'autres catégories (14) ont été regroupées dans la catégorie DG (« Données Générales », *cf.* ci-dessous) ; la catégorie CN (Croissance de l'Enfant) n'a pas été utilisée et les données refondues dans les catégories EC (Étapes de la Croissance) et PC (Perceptions de la Croissance).

Décompte des données d'entretien

Codes Appliqués	ME*	JC*	MD*	Total
AA	41	6	4	51
ABL	33	1	7	41
ACA	91	34	43	168
ALC	51	24	53	128
AMCN	11	16	24	51
AML	17	0	8	25
AP	38	19	68	125
AT	10	7	16	33
CD	10	9	27	46
CITIL	13	5	13	31
CP	28	46	86	160
DG	127	124	150	401
EC	1	51	27	79
EN	90	93	71	254

IC	13	31	37	81
IT	30	49	18	97

L	38	6	21	65
LC	7	12	15	34
LM	25	8	14	47
LS	8	0	7	15

NDC	8	0	9	17
NNS	0	13	16	29
NS	4	29	37	70

OPA	37	7	15	59
OPC	9	12	19	40

PC	50	73	65	188
PPS	31	39	44	114
PRC	13	40	27	80

RAC	14	45	41	100
RAE	40	39	39	118
REC	0	21	25	46
RIC	4	4	31	39
RP	35	47	28	110

SMC	12	18	19	49
SP	18	22	40	80
SPN	27	23	50	100

Total	3171			
--------------	-------------	--	--	--

* ME : Maria Eugenia ; JC : Jean Carla ; MD : Maria Magdalena. Les deux entretiens qui manquent à l'appel sont le n°5 de ME et le n°7 de MD.

Annexe 5 : Liste des documents fournis en appui aux protocoles de recherche et aux <i>licenciaturas</i>
--

Protocolos de recherche

1. « Propuesta para la investigación socio-antropológica : Percepción de la carta de crecimiento de parte de los padres » (Septembre 1999 - PK)
2. « Percepción del crecimiento y del desarrollo del niño de parte de los padres » (Septembre 1999 - PK)
3. « Sugerencias de mejoramiento de los borradores de protocolos socio-antropológicos - Bolivia » (Septembre 1999 - CEoS)
4. « Informe de la reunión del 22/10/1999 sobre los protocolos SA - Bolivia » (Octubre 1999 - PL, avec la participation de ERdC, TH et PK)
5. « Comentarios sobre los protocolos de investigación de JC, MD y ME para la fase de investigación complementaria » (décembre 1999 - CEoS & PL)
6. « Comentarios sobre las herramientas utilizadas en las investigaciones de JC, MD y ME - Fase de investigación complementaria » (décembre 1999 - CEoS & PL)

Licenciaturas

1. « Propuesta de plan de redacción para las licenciaturas » (Juin 2000 - CEoS & PL)
2. « Comentarios en torno al 'Borrador en Limpio' (encuesta cuantitativa) de Magdalena (MD) » (Septembre 2000 - CEoS)

Annexe 6 : Décompte des missions de « formation continue à la recherche scientifique » menées dans le cadre de la phase de recherche socio-anthropologique complémentaire

L'ensemble de ces missions s'est déroulé à la l'IIBISMED et à la Faculté de Sociologie de l'Université Mayor de San Simón de Cochabamba.

Dates : du 9 au 10 septembre 1999 (CEdS)

Dates : du 17 au 22 novembre 1999 (CEdS & TH)

Dates : du 29 au 31 mars 2000 (CEdS)

Dates : 17 mai au 8 juin 2000 (CEdS & PL & TH)

Pour chacune de ces missions, un ordre du jour a été préalablement envoyé aux partenaires pour accord. Un rapport en français et en espagnol a été rédigé à l'issue de chaque mission et distribué à l'ensemble des partenaires (y compris à l'équipe péruvienne pour les Rapports 8 et 9).

Annexe 7 : Présentation des données générales sous forme de tableaux et de synthèses pour les deux zones d'enquête (Chapare & Chavez Rancho)

Cette Annexe présente de façon détaillée et sous forme de tableaux les données générales obtenues dans la première partie des entretiens (*cf.* Annexe 1). Les éléments ci-dessous complètent la « synthèse des données générales » qui apparaît en II (*Présentation des résultats*).

1 - Présentation des résultats obtenus dans le Chapare sur 19 mères interviewées

Tableau 1 : Âge des mères (E)

<i>Classes d'âge</i>	<i>N° de mères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
De 20 à 24 ans	6	JC : E3 – E7 – E5 – E8 / ME : E7 – E2
De 25 à 30 ans	2	ME : E6 – E1
De 31 à 34 ans	2	JC : E10 – E6
De 35 à 39 ans	1	ME : E8
40 ans	1	ME : E4
Total	12	

Il manque la donnée de l'âge de la mère dans sept cas.

Les plus jeunes mères interviewées ont 20 ans et la plus âgée a 40 ans. La moitié des mères interviewées a entre 20 et 23 ans et la majorité a moins de 30 ans (sans doute lié à l'échantillonnage, c'est-à-dire au choix de s'entretenir avec des femmes ayant des enfants de moins de cinq ans).

Tableau 2 : Lieu de Naissance (LN)

<i>Département d'origine</i>	<i>N° de mères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
Cochabamba – Chapare	5	JC : E7 – E8 – E9 / ME : E3 – E10
Cochabamba – Autre province	2	JC : E10 / ME : E1
Beni	3	JC : E6 / ME : E6 / E7
Potosí	2	JC : E3 / ME : E4
Chuquisaca	2	JC : E5 / ME : E2
La Paz	1	ME : E8
Réponse imprécise	1	JC : E2
Total	16	

Quatre mères n'ont pas répondu/pas pu répondre ou ont répondu de façon imprécise au sujet de leur lieu de naissance.

Le département d'origine le plus souvent mentionné par les mères est celui de Cochabamba, essentiellement dans la province du Chapare. Les autres départements d'origine, par ordre d'importance, sont le Beni (Amazonie), Potosí (Altiplano) et Chuquisaca (Vallées interandines). Une seule mère a déclaré être née dans le département de La Paz.

Tableau 3 : Langue (I)

<i>Langues</i>	<i>N° de mères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
Espagnol	2	JC : E6 / ME : E7
Espagnol et quechua	6	JC : E3 – E5 – E8 / ME : E1 – E2 – E4
Espagnol et yuracaré	4	JC : E7 – E9 / ME : E6 – E3*
Espagnol et aymara	1	ME : E8
Total	13	

* Dans cet entretien, la mère a déclaré qu'elle ne parle pas le *yuracare*, mais le comprend.

Six mères n'ont pas répondu/pas pu répondre à cette question.

Toutes les mères ont déclaré parler l'espagnol, mais une faible proportion ne parle que cette langue. Trois autres langues ont été indiquées en plus de l'espagnol soit, par ordre d'importance, le *quechua*, le *yuracare* et l'*aymara*. Ceci est à mettre en relation avec le lieu de naissance des mères interviewées. Par exemple, la seule mère originaire du département de La Paz est également la seule qui parle *aymara* (ME / E8).

Tableau 4 : Niveau Scolaire (NE)

<i>Niveau scolaire</i>	<i>N° de mères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
«Medio»	2	JC : E3 – E8
«Intermedio»	3	JC : E6 – E7 – E10
«Básico»	4	JC : E5 / ME : E2 – E6 – E8
«Básico» et «promotora de salud»	1	JC : E9
Réponse imprécise	2	ME : E1 – E4
Total	12	

Seulement dix mères sur 19 ont répondu de façon précise à cette question.

Le niveau d'éducation scolaire des mères est assez bas : aucune n'a terminé l'école jusqu'au baccalauréat et la moitié s'est arrêtée au niveau *básico* (équivalent au primaire). Cette situation est assez courante chez les femmes en milieu rural bolivien. Cependant, l'une d'entre elles a reçu une formation

complémentaire comme « promotrice de santé », probablement dans le cadre d'un projet de développement.

Tableau 5 : Statut Matrimonial (EM)

<i>Statut matrimonial</i>	<i>N° de mères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
Mariée	5	JC : E5 – E9 / ME : E2 – E4 – E9
Concubine	8	JC : E2 – E6 – E7 – E10 / ME : E1 – E3 – E6 – E7
Célibataire	2	JC : E3 – E8
Séparée	1	ME : E10
Total	16	

Trois mères n'ont pas répondu/pas pu répondre à cette question.

La grande majorité des mères interviewées a déclaré vivre en concubinage et la plupart des autres mères a indiqué être mariées. Dans ce groupe, il y a seulement une mère séparée de son mari. De plus, deux mères ont indiqué être célibataires. Le type de mariage (civil et/ou religieux) n'a pas été analysé, cette précision n'ayant généralement pas été demandée. Cette situation pourrait être liée au milieu rural (les causes devraient être approfondies : origine andine de certaines mères (*quechua*) ? Moindre importance du mariage par rapport à la zone urbaine ? Accès plus difficile au registre civil ou à un lieu de culte (catholique) en milieu rural ?).

Tableau 6 : Nombre d'enfants de moins de cinq ans (NN)

<i>Nombre d'enfants de moins de 5 ans</i>	<i>N° de mères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
1 enfant	3	JC : E3 – E9 – E10
2 enfants	9	JC : E7 / ME : E1 – E2 – E3 – E6 – E7 – E8 – E9 – E10
3 enfants	1	JC : E6
Réponse imprécise	3	JC : E4 – E8 / ME : E4
Total	16	

Six mères n'ont pas répondu/pas pu répondre à cette question ou bien ou ont répondu de façon imprécise.

La grande majorité des mères a déclaré avoir deux enfants de moins de cinq ans. Trois mères ont déclaré avoir un seul enfant de moins de cinq ans et une seule mère a indiqué avoir trois enfants de moins de cinq ans.

Tableau 7 : Ancienneté (A)

<i>Nombre d'années de résidence*</i>	<i>N° de mères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
Moins d'1 an (1 mois)	1	ME : E10
2 ans	2	ME : E1 – E3
3 ans	2	JC : E2 / ME : E9
4-5 ans	2	JC : E5 – E7
6 ans	1	JC : E8
7-9 ans	2	ME : E2 – E6
10-12 ans	2	JC : E3 / ME : E4
14 ans	2	JC : E6 / ME : E8
Plus de 15 ans	1	JC : E10
Réponse imprécise	2	JC : E9 / ME : E7
Total	17	

*Certaines réponses semblent indiquer que la mère a vécu un plus grand nombre d'années dans la région, mais seul le nombre d'années de résidence dans l'endroit où a eu lieu l'entretien a été pris en compte.

Quatre mères sur 19 n'ont pas répondu/pas pu répondre ou ont répondu de façon imprécise à cette question.

Le nombre d'années minimum de résidence dans le lieu d'entretien est d'un mois et le maximum de plus de 15 ans. La majorité a indiqué vivre dans le Chapare depuis moins de dix ans. Par ailleurs, il n'apparaît pas de relation directe entre l'âge des mères et l'ancienneté de leur installation dans le Chapare (qui est une zone de migration).

Tableau 8 : Résidence (R)

<i>Type de résidence</i>	<i>N° de mères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
Permanent	12	JC : E2 – E6 – E7 – E8 – E9 – E10 / ME : E2 – E3 – E4 – E6 – E8 – E9
Non permanent	1	JC : E3
Voyages fréquents	2	JC : E5 / ME : E7
Réponse imprécise	1	JC : E4
Total	16	

Quatre mères n'ont pas répondu/pas pu répondre ou ont répondu de façon imprécise à cette question.

La grande majorité a déclaré vivre de façon permanente dans le Chapare. Cependant, il existe un cas de résidence non permanente et deux cas de mères indiquant voyager fréquemment.

Tableau 9 : Activité Économique de la Mère (AEM)

<i>Activité économique de la mère</i>	<i>N° de mères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
Entretien de la maison*	9	JC : E3** – E8 – E9 – E10 / ME : E1 – E2 – E3 – E4 – E6
Agriculture («Chaco»)	4	JC : E2 – E4 – E7 / ME : E9
Cuisine pour la vente	1	JC : E6
Travail du bois (coupe?)	1	ME : E7
Nettoyage et cuisine à l'extérieur	1	ME : E10
Total	16	

* C'est-à-dire « laver, cuisiner, repasser, ranger, gérer l'argent du ménage, s'occuper du mari et des enfants ».

** Cette mère a indiqué qu'en plus elle aidait ses frères à faire leurs devoirs.

Trois mères n'ont pas répondu/pas pu répondre à cette question.

La majorité des mères interviewées s'occupe de l'entretien de leur maison, indiquée dans ce cas-là comme unique activité économique. Le reste des mères se dédie surtout à l'agriculture, ce qui peut se comprendre étant donné qu'il s'agit d'une population de colons qui possède un lot à cultiver. Deux mères ont indiqué comme activité économique la cuisine et/ou le nettoyage rémunérés et une mère a déclaré travailler dans l'exploitation du bois. La plupart des activités en dehors de la maison correspondent à celles classiquement observées une zone rurale.

Tableau 10 : Activité Économique du Père (AEP)

<i>Activité économique du père</i>	<i>N° de pères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
Agriculture («chaco»)	9	JC : E2 – E5 – E10 / ME : E1 – E2 – E3 – E4 – E6 – E9
Chasse	2	JC : E4 – E9
Pêche	1	JC : E6
Agriculture et exploitation du bois	1	ME : E7
Agriculture, chasse et pêche	1	JC : E7
Chauffeur	1	ME : E10
Total	15	

Quatre mères n'ont pas répondu/pas pu répondre à cette question.

La majorité des pères travaillent dans l'agriculture (sans précision sur le type de cultures ou le type de propriété, quoiqu'il s'agisse probablement de lots de colonisation). Une minorité complète cette activité avec la chasse, la pêche ou l'exploitation du bois. Seulement trois pères travaillent en-dehors de l'agriculture et se dédient exclusivement soit à la chasse ou à la pêche soit au travail fixe de chauffeur (un cas). Le type d'activité économique dominant correspond à celui d'une zone rurale bolivienne. On pourrait toutefois nuancer entre les entretiens de JC et de ME, car, dans ce dernier cas, il semblerait que

le milieu soit plus favorable à l'agriculture, mais moins à la chasse ou à la pêche (zone plus déboisée ?). Il n'y a cependant pas de relation apparente entre l'activité et l'ancienneté de la résidence. On ne peut donc pas conclure que cette seconde zone de colonisation est plus ancienne que l'autre et, par conséquent, davantage déboisée.

Tableau 11 : Habitat (V)

<i>Habitat</i>	<i>N° de mères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
Propriété*	12	JC : E2 – E3 – E6 – E7 – E8 – E9 – E10 / ME : E3 – E4 – E7 – E8 – E9
Gardiennage	2	ME : E6 – E10
Réponse imprécise	1	ME : E1
Total	15	

* Propriété du ménage.

Quatre mères sur 19 n'ont pas répondu/pas pu répondre à cette question.

La majorité des mères a déclaré vivre dans un logement leur appartenant. Deux mères ont indiqué qu'elles gardent la maison où elles résident.

Tableau 12 : Service de Base (eau et électricité) (SB)

<i>Services de base</i>	<i>N° de mères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
Eau potable et électricité	1	JC : E8
Sans eau potable et avec électricité	1	JC : E6
Avec eau potable et sans électricité	4	JC : E9 / ME : E3 – E4 – E10
Sans eau potable ni électricité	6	JC : E3* – E5 – E7 / ME : E2 – E6 – E7
Sans eau potable / Electricité = sans réponse	2	JC : E2 / ME : E1
Avec eau potable / Electricité = sans réponse	1	ME : E8
Sans électricité / Eau = sans réponse	1	ME : E9
Eau = sans réponse précise / Electricité = sans réponse	1	JC : E10
Total	17	

Malgré le nombre total de réponses (17 mères sur 19), beaucoup de mères n'ont pas répondu/pas pu répondre de façon précise aux deux questions sur l'accès à l'eau potable et à l'électricité (cinq mères sur 17).

Globalement, l'accès à l'électricité est quasi-inexistant dans cette zone et l'accès direct à l'eau (robinet) fort peu répandu. La provenance de l'eau est parfois mentionnée, mais, dans la mesure où les réponses s'accompagnent de commentaires sur la qualité perçue de l'eau, elles ont été codifiées dans la catégorie d'analyse « Risques Perçus » (RP).

Tableau 13 : Nombre de Personnes Résidentes (NPR)

<i>Nombre de personnes résidentes</i>	<i>N° de mères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
Foyer de 2 personnes	1	ME : E9
Foyer de 3 personnes	2	JC : E2 / ME : E10
Foyer de 4 personnes	1	ME : E7
Foyer de 5 personnes	2	JC : E6 – E10
Foyer de 6 personnes	2	JC : E7 / ME : E4
Foyer de 7 personnes	2	ME : E1 – E8
Foyer de 8 personnes	3	JC : E8 – E9 / ME : E6
Foyer de 10 personnes	1	JC : E3
Total	14	

Cinq mères n'ont pas répondu/pas pu répondre à cette question.

Le nombre de personnes résidentes minimum est de trois personnes et le maximum de sept personnes. La majorité des foyers est constituée de trois à quatre personnes. Mais il est difficile de préciser la composition de la famille, puisque le nombre d'enfants résidents de plus de cinq ans, comme le nombre d'adultes autres que les parents, n'est pas systématiquement rapporté.

Tableau 14 : Nombre d'Enfants Résidents (NNR)

<i>Nombre d'enfants résidents de moins de 5 ans</i>	<i>N° de mères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
1 enfant	1	JC : E2
2 enfants	2	JC : E6 – E8
4 enfants	1	JC : E3
Total	4	

Quinze mères n'ont pas répondu/pas pu répondre à cette question (aucune réponse dans les entretiens de ME). Étant donné le peu de données disponibles, il est quasiment impossible d'analyser cette donnée. La seule observation est que le nombre d'enfants de moins de cinq ans (résidents) varie entre un et quatre.

2 - Synthèse des résultats obtenus dans le Chapare

Les mères interviewées dans le Chapare ont entre 20 et 40 ans. Le département d'origine le plus fréquent est celui de Cochabamba, essentiellement la province du Chapare. Les autres départements d'origine, par ordre d'importance, sont le Beni (Amazonie), Potosí (Altiplano), Chuquisaca (Vallées interandines) et La Paz (Altiplano). Toutes les mères ont déclaré parler l'espagnol, mais une faible proportion ne parle que cette langue. Trois autres langues ont été indiquées en plus de l'espagnol, par ordre d'importance, le *quechua*, le *yuracare* et l'*aymara*. Le niveau d'éducation scolaire des mères est assez bas : aucune n'a terminé l'école jusqu'au baccalauréat et la moitié s'est arrêté au niveau *básico* (l'équivalent du primaire). La grande majorité des mères a déclaré vivre en concubinage et la plupart des autres mères a indiqué être mariées. Une mère est séparée de son mari et deux autres mères ont indiqué être célibataires. Les mères ont entre un et trois enfants de moins de cinq ans et la grande majorité a déclaré en avoir deux.

L'ancienneté dans la zone est variable, un mois étant le minimum et plus de 15 ans le maximum. La grande majorité a déclaré vivre de façon permanente dans le Chapare. Il existe cependant un cas de résidence non permanente et deux cas de mères indiquant voyager fréquemment. La majorité des mères a déclaré s'occuper de l'entretien de la maison, comme unique « activité économique ». Les autres mères se dédient surtout à des activités liées l'agriculture. Les pères, quant à eux, travaillent surtout dans le secteur agricole, avec ou sans autres activités complémentaires telles que la chasse, la pêche ou l'exploitation du bois. Aussi bien les activités des mères que des pères correspondent à celle d'une zone de colonisation rurale tropicale.

La majorité des mères a déclaré vivre dans un logement leur appartenant. Deux mères ont indiqué que la maison où elles habitent est en gardiennage. L'accès à l'électricité semble presque inexistant dans cette zone et l'accès direct à l'eau peu répandu.

Les familles se constituent de deux à dix personnes, la majorité étant des foyers de quatre à sept personnes. Le nombre de réponses concernant le nombre d'enfants résidents de moins de cinq ans est trop faible pour pouvoir être analysé.

3 - Présentation des résultats obtenus à Chavez Rancho sur neuf mères interviewées

Tableau 1 : Âge des mères (E)

<i>Rang d'âge</i>	<i>N° de mères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
De 20 à 24 ans	3	E9 / E8 / E4
De 25 à 30 ans	3	E6 / E1 / E5
De 31 à 34 ans	1	E2
De 35 à 39 ans	1	E3
De 40 à 45 ans	1	E10
Total	9	

La plus jeune mère interviewée a 20 ans et la plus âgée 45 ans. La majorité des mères interviewées ont entre 20 et 30 ans (sans doute lié à l'échantillonnage, c'est-à-dire au choix de s'entretenir avec des femmes ayant des enfants de moins de cinq ans).

Tableau 2 : Lieu de Naissance (LN)

<i>Département d'origine</i>	<i>N° de mères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
Cochabamba – Chapare	1	E4
Cochabamba – Autre province	1	E10
Potosí	4	E1 / E2 / E3 / E6
Beni	1	E5
Santa Cruz	1	E9
Pando	1	E8
Total	9	

Le département d'origine le plus souvent mentionné par les mères est celui de Potosí, dans les hauts-plateaux de Bolivie. Seulement deux mères sont natives du département de Cochabamba. Trois mères sont nées en région tropicale, dans d'autres départements de Bolivie (Beni, Santa Cruz, Pando).

Tableau 3 : Langue (I)

<i>Langues</i>	<i>N° de mères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
Espagnol	5	E1 / E5 / E8 / E9 / E10
Espagnol et quechua	4	E2* / E3 / E4 / E6
Total	9	

* Dans cet entretien, la mère a déclaré qu'elle ne parle pas le *quechua* mais le comprend.

Toutes les mères ont déclaré parler l'espagnol et la majorité ne parle d'ailleurs que cette langue. Une seule autre langue a été indiquée en plus de l'espagnol, le *quechua*, caractéristique à mettre en relation avec les « Lieux de naissance »,

puisque la majorité des mères sont originaires des départements quechuaphones de Potosí ou de Cochabamba.

Tableau 4 : Niveau Scolaire (NE)

<i>Niveau scolaire</i>	<i>N° de mères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
Etudes techniques	1	E3 (1 an d'études d'infirmière)
Baccalauréat	3	E1 / E4 / E10
«Medio»	3	E5 / E6 / E9
«Intermedio»	1	E8
Total	8	

Le niveau d'éducation scolaire des mères est assez élevé pour la moyenne des femmes boliviennes : une seule mère s'est arrêtée au niveau *intermedio* et toutes les autres étant allées jusqu'au niveau *medio*. La moitié des mères qui ont atteint le niveau *medio* ont d'ailleurs obtenu le baccalauréat. Le niveau maximum d'études du groupe est celui d'infirmière (une mère).

Tableau 5 : Statut Matrimonial (EM)

<i>Statut matrimonial</i>	<i>N° de mères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
Mariée	7	E1 / E2 / E4 / E5 / E6 / E8 / E10
Concubine	1	E9
Divorcée	1	E3
Total	9	

La grande majorité des mères interviewées sont mariées. Dans ce groupe, il y a seulement une mère vivant en concubinage et une mère divorcée. Le type de mariage (civil et/ou religieux) n'a pas été analysé, car cette précision n'a pas été systématiquement demandée.

Tableau 6 : Nombre d'enfants de moins de cinq ans (NN)

<i>Nombre d'enfants de moins de cinq ans</i>	<i>N° de mères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
1 enfant	5	E1 / E2 / E3 / E9 / E10
2 enfants	2	E5 / E6
Réponse imprécise	1	E8
Total	8	

La grande majorité des mères a déclaré n'avoir qu'un seul enfant de moins de cinq ans au moment de l'entretien. Les deux mères ayant déclaré avoir deux enfants de moins de cinq ans sont comprises dans la tranche d'âge des 25-30 ans.

Tableau 7 : Ancienneté (A)

<i>Nombre d'années de résidence*</i>	<i>N° de mères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
1 an	2	E4 / E9
2 ans	2	E5 / E8
6 ans	1	E10
10-11 ans	2	E3 / E6
Plus de 15 ans	2	E2 / E1
Total	9	

* Certaines réponses semblent indiquer que la mère a vécu un plus grand nombre d'années dans la région, mais seul le nombre d'années de résidence dans l'endroit où a eu lieu l'entretien a été pris en compte.

Le nombre d'années minimum de résidence dans le lieu d'entretien est d'un an et le maximum de 17 ans. Il apparaît presque autant de mères vivant à Chavez Rancho depuis peu de temps (un à deux ans) que de mères y vivant depuis plus de dix ans. Par ailleurs, il n'y a pas de relation directe entre l'âge des mères et l'ancienneté de leur installation (il s'agit d'une zone de mineurs relocalisées depuis une trentaine d'années) : la mère qui habite depuis le plus longtemps à Chavez Rancho a seulement 30 ans, alors que la mère la plus âgée n'y habite que depuis six ans.

Tableau 8 : Résidence (R)

<i>Type de résidence</i>	<i>N° de mères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
Permanent	7	E1 / E2 / E3 / E4 / E5 / E8 / E9
Total	7	

Les sept mères qui ont répondu à cette question ont déclaré vivre de façon permanente à Chavez Rancho.

Tableau 9 : Activité Économique de la Mère (AEM)

<i>Activité économique de la mère</i>	<i>N° de mères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
Entretien de la maison*	5	E1 / E2 / E4 / E5** / E9
Entretien de la maison et vente de marchandises dans le quartier	1	E6
Entretien de la maison et travail dans une entreprise de nettoyage (2 jours /semaine)	1	E3**
Entretien de la maison et aide son mari (charpentier)	1	E8
Travaux manuels à la maison (pour la vente)	1	E10
Total	9	

* C'est-à-dire : « laver, cuisiner, repasser, ranger, gérer l'argent du ménage, s'occuper du mari et des enfants ».

** Coiffeuses de formation, ces mères souhaitent exercer cette profession dans le futur.

Quasiment toutes les mères interviewées s'occupent de l'entretien de leur maison, avec éventuellement une autre activité économique rémunérée ou non

(commerce, aide au mari, etc.). La majorité a déclaré s'occuper seulement de l'entretien de la maison. Les mères essaient généralement de passer le plus de temps possible à la maison pour être avec leurs enfants, même lorsqu'elles ont un travail à l'extérieur de chez elles (comme dans E3 où la mère ne s'absente que deux matinées par semaine). Deux mères souhaitent reprendre une activité économique lorsque leurs enfants seront plus grands (E3 et E5).

Tableau 10 : Activité Économique du Père (AEP)

<i>Activité économique du père</i>	<i>N° de pères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
Maçon	2	E6 / E10
Charpentier	2	E8 / E9
Entretien	1	E4
Réponse imprécise	1	E1
Total	6	

Seulement cinq mères sur neuf ont répondu de façon précise à cette question : il ressort que les pères sont à parts égales maçon ou menuisier.

Tableau 11 : Habitat (V)

<i>Habitat</i>	<i>N° de mères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
Antichrèse	4	E1 / E4 / E5 / E2
Propriété	4	E2* / E8* / E6** / E3***
Réponse imprécise	1	E9
Total	9	

* Propriété des beaux-parents / ** Propriété des parents / *** Propriété du ménage.

La moitié des mères a déclaré vivre dans un logement en antichrèse (type de *leasing* très fréquent en Bolivie) et l'autre moitié dans des logements soit leur appartenant soit appartenant aux parents du père ou de la mère. Aucune famille n'est en location.

Tableau 12 : Service de Base (eau et électricité) (SB)

<i>Services de base</i>	<i>N° de mères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
Eau potable et électricité	8	E1 / E2 / E4 / E5 / E6 / E8 / E9 / E10
Electricité / Eau = sans réponse	1	E3
Total	9	

Mis à part le cas d'une mère (qui n'a pas répondu), toutes les mères ont déclaré avoir l'eau et l'électricité chez elles. Comme dans le Chapitre, la provenance de l'eau est parfois mentionnée, mais, dans la mesure où les réponses s'accompagnent de commentaires sur la qualité perçue de l'eau, elles ont été codifiées dans la catégorie d'analyse « Risques Perçus » (RP).

Tableau 13 : Nombre de Personnes Résidentes (NPR)

<i>Nombre de personnes résidentes</i>	<i>N° de mères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
Foyer de 3 personnes	3	E3 / E4 / E9
Foyer de 4 personnes	2	E1 / E5
Foyer de 5 personnes	2	E2 / E8
Foyer de 7 personnes	1	E10
Total	8	

Le nombre minimum de personnes résidentes est de trois et le maximum de sept. La majorité des foyers se constitue de trois à quatre personnes. Il est cependant difficile de préciser davantage la composition des familles, puisque le nombre d'enfants résidents de plus de cinq ans, comme le nombre d'adultes autres que les parents (autres membres de la famille, etc.) n'a pas été systématiquement demandé ou donné.

Tableau 14 : Nombre d'Enfants Résidents (NNR)

<i>Nombre d'enfants résidents de moins de 5 ans</i>	<i>N° de mères</i>	<i>Référence des entretiens</i>
1 enfant	1	E4
2 enfants	3	E2 / E6 / E8
3 enfants	1	E10
Total	5	

Quatre mères n'ont pas répondu/pas pu répondre à cette question. Des cinq mères qui ont répondu, la majorité a indiqué avoir deux enfants résidents de moins de cinq ans chez elles. Dans le cas de E4 et E8, il est difficile de conclure, car ces mères n'ont pas exactement répondu à la question sur le nombre d'enfants de moins de cinq ans. Dans le cas de E2 et de E10, les mères ont déclaré avoir un seul enfant de moins de cinq ans, mais il est probable que les autres enfants résidents ne soient pas les leurs. Dans le cas de E6, il s'agit probablement de ses propres enfants.

4 - Synthèse des résultats obtenus à Chavez Rancho

Les neuf mères interviewées à Chavez Rancho ont entre 20 et 45 ans, la majorité ayant entre 20 et 30 ans. La plupart sont originaires des départements de Potosí (Altiplano) ou de Cochabamba (Vallées interandines) ; trois mères proviennent de départements amazoniens de la Bolivie (Beni, Santa Cruz, Pando). Toutes ont déclaré parler l'espagnol, la majorité ne parlant d'ailleurs que cette langue. Certaines parlent en plus le *quechua*. La majorité des mères interviewées a étudié jusqu'au niveau *medio* et un tiers a obtenu le baccalauréat. Le niveau minimum d'éducation scolaire est le niveau *intermedio*, déclaré dans un seul cas, ce qui représente un niveau d'éducation

assez élevé pour des femmes boliviennes. La grande majorité d'entre elles sont mariées. Une seule mère a déclaré vivre en concubinage et une autre être divorcée. Les mères interviewées ont entre un et deux enfants de moins de cinq ans, la majorité n'en ayant qu'un seul.

L'ancienneté de l'installation des mères interviewées à Chavez Rancho est très variable (entre un et 17 ans). Environ la moitié y vit depuis peu (entre un et deux ans) et l'autre moitié depuis plus de dix ans, cette durée n'ayant apparemment aucun lien avec l'âge des mères. Par ailleurs, les mères qui ont répondu à cette question ont déclaré vivre à Chavez Rancho de façon permanente.

Quant à l'activité économique des mères interviewées, quasiment toutes ont déclaré s'occuper de l'entretien de la maison, avec dans environ la moitié des cas, des activités complémentaires parfois rémunérées (commerce, travaux d'entretien, travaux manuels, aide au mari, etc.). Les mères cherchent cependant à rester le plus longtemps possible chez elles. Leurs époux exercent surtout en tant que maçons ou menuisiers.

Les mères occupent leur logement soit en antichrèse (*leasing*) soit en propriété (du ménage, des beaux-parents ou des parents). La majorité des logements ont un accès direct à l'eau et l'électricité. Les familles se constituent de trois à sept personnes, la majorité des foyers comptant trois à quatre personnes. La plupart des mères ayant répondu à cette question ont déclaré avoir deux enfants de moins de cinq ans vivant chez elles. Cependant, comme dans le cas du Chapare, il est difficile de conclure sur la composition des familles (*cf.* II - *Synthèse des « données générales »* pour une comparaison entre le Chapare et Chavez Rancho).