

4/24

FD.

Présentation.

La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant

Doris Bonnet*

La malnutrition infantile est une cause de mortalité élevée dans les pays en voie de développement. Les auteurs des articles qui suivent le rappelleront, pour certains d'entre eux, statistiques à l'appui. Les causes de la malnutrition sont connues et la maladie, dans de nombreux cas, « cliniquement » curable. La malnutrition est liée à un déficit d'apports en proportions variables en protéines, en énergie, en vitamines et minéraux, survenant le plus fréquemment chez le nourrisson et le jeune enfant et est associée communément à des infections. L'enfant est confronté à un « cercle infernal » qui peut avoir parfois une issue fatale : amaigrissement / diarrhées / infections / amaigrissement, etc. Dans bien des cas, ce processus est interactif et plurifactoriel.

Les médecins et nutritionnistes se sont interrogés sur l'impact des divers facteurs sociaux qui favorisent la malnutrition. Parfois, on peut même se demander s'il ne faut pas plutôt parler de « causes sociales » de la malnutrition, voire même de pathologie sociale ou de « maladie de la pauvreté ». Une approche de type socio-épidémiologique fait valoir l'importance du niveau de vie des familles, même si les nutritionnistes ne rencontrent pas systématiquement tous les enfants malnutris dans des ménages économiquement très défavorisés. On peut aussi identifier des groupes à risques : enfants occupant un certain rang de naissance dans la fratrie, enfants de mères célibataires (Gruénais, 1985) ou de femmes

* Doris Bonnet, anthropologue, ORSTOM, 211, rue Lafayette, 75010 Paris.

Fonds Documentaire ORSTOM



010005098

Fonds Documentaire ORSTOM

Cote : Bx 5098 Ex : 1

socialement isolées au sein de familles éclatées ou fragilisées par l'exode rural, l'urbanisation récente (Collomb et Valantin, 1980) ou le travail migratoire, sans oublier les enfants de mère dépressive dont l'état de santé mentale peut avoir des incidences psychopathologiques sur l'enfant (Pisani, 1990). On sait aussi que les conditions du sevrage ont une influence importante : d'une part, au niveau proprement alimentaire (Raynaut *et al.*, 1992) (par exemple, partage des repas entre enfants où l'égalité des rations doit être « traditionnellement » respectée même si un enfant devrait momentanément bénéficier d'une supplémentation nutritive), d'autre part, au niveau de la maîtrise de la fécondité du couple parental (grossesses rapprochées). Enfin, on s'interroge aussi sur l'incidence de certaines pratiques culturelles (placement de l'enfant au sein d'un autre ménage au moment du sevrage, soins de puériculture tels que la pratique abusive des lavements intestinaux aux effets néfastes sur le transit de l'enfant, etc.).

Ces facteurs d'influence sont très interdépendants et provoquent un enchevêtrement de corrélations, de rapports, de causes et d'effets. Chaque facteur renvoie à une cause médicale, nutritionnelle ou sociale qui renvoie à un autre effet médical, nutritionnel ou social.

Dans une perspective thérapeutique, médecins et nutritionnistes favorisent des protocoles où la prise en charge de l'enfant n'est pas uniquement médicale mais globale même si certaines divergences s'observent selon les politiques de santé des pays du tiers monde : par exemple, les pays francophones exercent une prise en charge essentiellement hospitalière et / ou en structures spécialisées (Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle ou CREN) tandis que les pays anglophones adjoignent à ces soins — en tout cas davantage que ne le font les premiers — un accompagnement à domicile. Même si l'apparition de nouvelles pathologies, comme le sida pédiatrique, tend à remédicaliser le traitement de la malnutrition de l'enfant — tel que nous l'explique plus loin Alice Desclaux — cette approche globale du traitement reste une recommandation des services de santé de la plupart des pays concernés. Malgré ces consignes, de nombreux projets de récupération nutritionnelle échouent. L'enfant est « cliniquement » guéri mais retombe malade peu après le retour de l'hôpital, et les animateurs se plaignent de la non observance de leurs recommandations par les familles. À ce niveau d'analyse, deux théories sont principalement à l'œuvre pour tenter d'expliquer les échecs en la matière. La première hypothèse rend responsable le système de santé des États, la seconde le système de pensée des populations.

Dans le premier cas, la relation soignant / soigné est incriminée : le personnel médical a des difficultés à répondre aux interrogations des mères, à l'anxiété générée ou à l'origine de la maladie de l'enfant, à com-

prendre les problèmes d'organisation socio-familiale qu'impliquent leurs recommandations alimentaires, etc. Dans le deuxième cas, les croyances des populations sont jugées à l'origine de ces difficultés. Il ne s'agit pas, dans cette perspective, de comportements culturels à risques (appréhendés par les épidémiologistes comme des variables modifiables) mais plutôt d'une mentalité générale qui, comme la religion, ne peut se changer par la seule éducation des populations. Ainsi, depuis un certain nombre d'années, la notion de « négligence sociale » a été évoquée par des chercheurs en sciences sociales américains (anthropologues, démographes) comme pouvant exercer une influence sur la malnutrition. Une première thèse socio-démographique suggérait, dès 1978 (Scrimshaw, 1978), que certains enfants des pays en voie de développement seraient moins investis que d'autres au sein de familles à la descendance élevée, avec de petits espacements de naissance entre les enfants : les derniers-nés recevraient moins de soins médicaux que ceux qui ont passé le cap de la première année. La négligence maternelle et sociale (Finerman, 1995), dans cette thèse, place la mortalité infantile comme une réponse à une forte fécondité : la taille de la famille correspond au temps et aux ressources dont on dispose (Frank, 1994). Ainsi, pour Susan Scrimshaw, le manque de compétence maternelle invoqué par certains organismes internationaux, précisément lors de la rééducation nutritionnelle de l'enfant, n'est pas un manque d'intelligence, de savoir ou d'habileté de la femme mais plutôt une absence d'engagement de la mère vis-à-vis de l'enfant.

Une deuxième thèse d'une anthropologue américaine, Nancy Scheper-Hugues (1991), s'appuie essentiellement sur des critères culturels. Selon l'auteur, la négligence sociale est liée aux représentations de l'enfant et de la maladie infantile.

Scheper-Hugues appuie son argumentation par l'observation d'un manque de manifestations affectives à la mort d'un enfant ; son ouvrage s'intitule d'ailleurs : *Death without weeping* (Scheper-Hugues, 1992). Cette mise en relation entre l'expression sociale de l'émotion et l'affect pose la question des relations entre le psychologique et le culturel (Crapanzano, 1994). Pour cette ethnologue, l'absence de larmes à la mort d'un enfant témoigne de la construction sociale de l'attachement maternel, lui-même fondé sur les représentations de la maladie et de la mort, alors que, pour certains membres du personnel de santé, il révèle une moindre affectivité résultant d'un vécu répété de mort d'enfants.

Pourtant, les réactions comportementales d'une personne à la mort d'un parent — par les larmes — ne traduisent pas toujours des sentiments et ne sont pas obligatoirement des apparences extérieures de l'attachement du vivant pour le mort (Metcalf et Huntington, 1991). Les pleurs versés, en Afrique, à l'occasion de la mort d'un vieillard sont publiques et peu-

vent donner l'impression qu'ils reflètent une qualité d'attachement supérieure à celle d'un enfant qu'on pleure de façon pudique et « privée ». Le sentiment ne crée pas toujours l'acte. Par exemple, l'absence de larmes à la mort de l'enfant est un comportement qui ne vise pas seulement à cacher ses sentiments, même si la pudeur et la retenue sont des attitudes culturellement valorisées dans les sociétés africaines. Croyances et rituels permettent une maîtrise de l'expression des sentiments et évitent une dérive psycho-pathologique des endeuillées. La gestion sociale de l'émotion a, dans ce cas, une incidence sur la maîtrise de l'affect, mais elle ne révèle en rien la nature de l'affect. Des anthropologues ont déjà fait valoir cette maîtrise des sentiments (Eschlimann, 1985) qui s'associe, dans certains cas, à une série de rituels dont une des fonctions est de déjouer les forces surnaturelles nuisibles à la santé de l'enfant : dépréciation du cadavre de l'enfant, nomination péjorative du dernier-né (ordures, esclave) et autres procédures d'inversion (paroles conjuratoires, chosification, plaisanteries verbales) (Bonnet, 1994). Le fait que les mères, comme nous l'explique Yannick Jaffré dans son article, cherchent à dissimuler la maladie de leur enfant pour que génies et sorcières ne s'y intéressent pas confirme le fait qu'elles sont loin de se désintéresser de leur enfant malade.

En fait, l'indifférence parentale est surtout un système de défense individuel et social face à un sentiment d'impuissance qui n'esquive pas « le drame personnel de la mère » (Ortigue et Ortigue, 1993). Ce sentiment d'impuissance, s'il s'appuie sur des croyances (représentations d'un enfant « jamais mort », étiologies exogènes de la maladie), se justifie aussi par des conditions sociales d'existence difficiles (mortalité infantile élevée, absence de protection sociale et de prise en charge psychosociale, etc.).

Les sociétés brésiliennes, dans lesquelles a travaillé Scheper-Hugues, ont des représentations de l'enfant communes à celles des sociétés africaines (Bonnet, 1988) : le nourrisson se situe à la crête de deux mondes, le prénatal d'où il est censé venir et le monde d'ici-bas où il est assimilé à un étranger jusqu'à approximativement le sevrage. La durée d'allaitement est le temps nécessaire au petit d'homme pour acquérir un statut social. L'enfant, durant les premières années de sa vie, est donc considéré comme étant au seuil de deux mondes. Sa survie résulte de sa « bonne volonté » à vivre. Ainsi, on considère qu'un enfant peut avoir le désir de retourner dans le monde de l'au-delà s'il ne s'estime pas satisfait de ses conditions d'existence terrestre. Scheper-Hugues use de ce discours interprétatif local — généralement proposé « après coup » comme explication d'une chronicisation ou de décès à répétition — pour argumenter qu'une mère se détache d'un enfant qui ne manifeste pas de « goût » ou de

« talent » à vivre, autrement dit d'une capacité à lutter pour sa propre survie. Elle ajoute même à son argumentation la notion d'ethno-eugénisme (« *l'enfant est un mauvais numéro* », autrement dit, dans l'esprit des mères, il est d'avance condamné), phénomène auquel sont confrontés dans certaines sociétés les enfants nés avec un handicap, les malformés, voire les jumeaux.

Ces représentations de l'enfant le présentent comme acteur de ses choix (autrement dit de sa mort). Dans le registre alimentaire, il doit, là aussi, manifester sa volonté de manger (Dettwyler, 1986). S'il refuse, les mères ne sont guère incitatives. Une « bonne mère » ne précède pas le désir de l'enfant, elle sait simplement le repérer et y répondre alors que, pour le personnel de santé, il s'agit, au contraire, de « mauvaises mères » qui ne savent pas anticiper les besoins de l'enfant.

Ces représentations sociales ont-elles une incidence sur les comportements de la mère et de la famille lorsque l'enfant est malade ? D'après certains auteurs, les explications exogènes de la maladie (sorcellerie, génies, ancêtres, etc.) susciteraient des réponses tardives aux besoins de l'enfant. Elles ne provoqueraient pas le mauvais état de santé de l'enfant (comme dans l'hypothèse socio-épidémiologiste de l'effet négatif de certaines pratiques culturelles) mais ne favoriseraient pas des comportements adaptés à la maladie de l'enfant. Selon Scheper-Hugues, les populations qui ont une représentation de l'enfant « maître de son retour » et / ou « qui ne manifeste aucun goût à vivre » jugent tout acharnement thérapeutique superfétatoire car aucun traitement, dans leur système de pensée, ne peut s'opposer au désir de mort de l'enfant. Ce type de corrélation a été établi par d'autres chercheurs dans d'autres contextes socioculturels. Ainsi, au Pakistan, Malik *et al.* (1992) ont établi un lien entre les chances de survie de l'enfant et l'étiologie sociale de sa maladie donnée par la famille. L'enquête affirme que la détresse de la mère n'est pas de même nature selon la cause présumée (maladie naturelle ou sorcellerie par exemple) ; de surcroît elle n'enclenche pas, selon eux, les mêmes choix thérapeutiques. Cette mise en relation entre la croyance et le comportement de la mère lorsque son enfant est malade est également proposée par M.-C. et E. Ortigues (1993) à partir d'exemples béninois. Si la mère pense que l'enfant est soumis à la volonté des ancêtres ou à celle d'autres instances surnaturelles, elle ne réagira pas de la même façon à la maladie.

La relation entre une représentation et un comportement est opérante dans la mesure où elle est fondatrice d'un lien social. La mère qui se rend auprès du devin parce que son enfant est malade témoigne, par cet acte, de son attachement aux valeurs de son entourage familial, de son groupe social. Aujourd'hui, les représentations sociales évoluent par l'adhésion des individus à des valeurs nouvelles véhiculées par les églises ou d'autres

groupes d'appartenance. L'éducation des populations ne peut donc se réaliser par la modification en soi des représentations. Sinon, on est en droit de penser que les individus changent davantage de comportement sous la pression d'intérêts divers (amélioration des offres de soins, de l'hygiène domestique, de l'habitat, du niveau de vie, etc.).

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

La notion de négligence sélective introduit aussi l'idée que la malnutrition est une forme de maltraitance à enfants par « délit » d'indifférence parentale (Mead, 1962). Si cet argumentaire, pris au cas par cas, peut s'avérer parfois exact, il suggère, au regard de la protection de l'enfance, l'éventuelle condamnation de parents d'enfants malnutris pour « mise en danger de la vie d'autrui ». Or, là aussi, en termes de santé publique ou de stratégie de développement, la condamnation morale, voire judiciaire, des parents doit-elle supplanter les difficultés de la prise en charge psychosociale ?

Enfin, elle est critiquable car elle pose l'adéquation enfant bien soigné = enfant désiré dans des sociétés où les femmes ne sont pas encore maîtres de leur sexualité et de leur fécondité. Le raisonnement qui apparaît fondé lorsque la femme a les moyens de gérer sa fécondité se retourne contre elle si cette autonomie n'est pas effective. En 1995, de nombreuses femmes rurales d'Afrique sub-saharienne ont encore l'obligation d'assurer la descendance du groupe. Le refus d'enfant est incompréhensible et ne peut s'expliquer qu'à la suite d'une union prohibée. L'enfant est objet de convoitise et l'unique moyen pour les femmes rurales mariées d'exercer un pouvoir social, notamment par le contrôle des alliances et l'accès aux décisions familiales. Dans l'esprit des populations, l'épouse stérile est non seulement une femme qui ne parvient pas à avoir d'enfant d'un point de vue biologique (la stérilité est rarement attribuée à l'homme dans les campagnes), mais aussi une femme qui ne parvient pas à les garder en vie (avortement spontané, mort-né, décédé en bas âge). Les accusations de sorcellerie s'appliquent souvent à ces femmes « qui n'ont pas d'enfant pour les défendre », dit-on. La maladie ou la mort d'un dernier-né dans la

famille sera parfois à l'origine d'une suspicion qui va définitivement l'exclure de l'unité familiale.

Exprimer un désir de contraception, dans le cadre du mariage, reste encore assez marginal en zone rurale, même si les démographes observent, d'une manière générale, une baisse de la fécondité.

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

A l'heure du discours sur l'universalité des droits de l'enfant et donc de son statut dans les sociétés, cette notion de « négligence sociale » pose donc la question de l'adaptation de ces universaux aux spécificités socio-culturelles et économiques ; inversement, elle nous conduit à analyser les processus d'adaptation de ces sociétés à de nouveaux modèles de comportement et d'idéaux de fécondité.

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

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

L'étude des représentations de la maladie permet, d'emblée, de comprendre la difficulté d'un dialogue entre des interlocuteurs qui n'ont pas les mêmes catégories de pensée. La principale difficulté, dans le cas de la malnutrition, réside dans le fait que les populations ne l'associent pas à un problème alimentaire : c'est une maladie. De fait, les mères ne se dépla-

cent pas dans une structure de soins pour un amaigrissement de leur enfant, mais pour une diarrhée ou une fièvre persistante.

L'article de Myriam Petitjean, anthropologue, aborde la question de certaines de ces catégories d'interprétation dans le contexte du Burkina Faso. Ainsi, elle s'attache, dans un premier temps, à étudier les notions de maigreur et d'amaigrissement afin de repérer si elles sont perçues comme pathologiques et associées, pour les populations enquêtées, à un trouble alimentaire de l'enfant. *Sogo* et *sere*, entités nosologiques locales, lient certains symptômes, qui font songer à la malnutrition, à une déviance des normes sociales relatives aux relations sexuelles et non pas à un trouble de l'alimentation. Le déséquilibre physiologique de l'enfant est associé dans ce cas à une déviance sociale ; il rappelle aux parents, et donc à la société, l'exigence d'une maîtrise des rapports sexuels après la naissance d'un enfant. Cela ne signifie pas pour autant que toute malnutrition soit systématiquement associée à un désordre social. Ces catégories « parapluie » ont des causes variées et variables selon l'histoire du sujet et de sa famille, selon l'apparition des symptômes et l'évolution de la maladie. Le système interprétatif n'est jamais fermé et il autorise aussi bien une explication mécanique (« l'enfant est né petit et menu ») que surnaturelle (sorcellerie) ou sociale (interdit sexuel du post-partum) et aujourd'hui médicale. Le système est cumulatif et non exclusif.

Myriam Petitjean conjugue l'étude de notions dites *émic*, c'est-à-dire celles issues du système de pensée local, et *étic*, soit extérieures aux représentations dites traditionnelles mais intégrées, ici, au système de pensée local à la suite de l'introduction d'informations transmises par divers canaux de communication (radiophonie, journaux, école, éducation sanitaire, etc.). En effet, les personnes interrogées par Myriam Petitjean ont une représentation plurielle de la maladie. Progressivement, l'articulation *émic/étic* n'est plus différenciée car il devient impossible de saisir quelle part du discours revient à l'une ou à l'autre. L'auteur a le souci de restituer cette diversité afin de faire valoir une situation d'émiettement des représentations dans un contexte urbain pluri-ethnique et d'être au plus près des représentations des populations qui viennent en consultation au centre de santé.

Yannick Jaffré, anthropologue, analyse les raisons qui conduisent les mères à ne pas « voir » la maladie de leur enfant. L'explication qu'il en donne s'appuie sur la théorie des étiologies sociales ; à ce titre, il explore la notion de « danger », cause évoquée par l'entourage du malade pour justifier la maladie. En effet, 50 % des cas de malnutrition à l'hôpital de Niamey sont attribués, par les personnes interrogées, à des effrois à la suite d'un contact de l'enfant avec un esprit surnaturel. Cet ensemble de représentations, sans rapport direct avec la nutrition, situe la malnutrition

comme effet des angoisses enfantines des premières années de la vie. Cette analyse ne conduit pas Yannick Jaffré à juger la conduite sociale des mères d'une manière plus ou moins morale. Elle permet, au contraire, d'aborder, au niveau de la santé publique, la question de la perception des seuils de gravité, insuffisamment traitée par nos disciplines.

L'article de Yannick Jaffré met l'accent sur un certain nombre d'inadéquations entre les représentations locales et ce qu'il nomme les représentations médicales, mettant ainsi les discours des uns et des autres « à niveaux égaux ». Cette procédure méthodologique s'abstient, là aussi, de tout jugement moral : il n'y a pas « un qui sait » et « un qui ignore », il y a deux mises en perspective de la maladie. Progressivement, on mesure le malentendu qui peut s'installer entre les individus. D'un côté, le personnel soignant, par ses recommandations, appréhende la malnutrition davantage comme un déséquilibre nutritionnel que comme une maladie ; de l'autre, la famille du malade qui ne comprend pas les raisons pour lesquelles on n'administre pas à l'enfant des médicaments. Supplémentation nutritionnelle et médicament n'ont pas le même statut : la nourriture est collective, le médicament individuel. Il est donc plus admissible, d'un point de vue social, pour les populations, d'acheter à l'enfant un médicament que de privilégier un membre de la fratrie au niveau alimentaire. La supplémentation nutritionnelle effectuée dans une famille rurale, au mode de vie polygame, au bénéfice de l'un des enfants, risque de susciter des conflits entre les épouses : ce qui peut être perçu comme un « favoritisme » risque de créer une jalousie entre deux ou plusieurs femmes aux relations marquées de concurrence.

Alors que Myriam Petitjean a mené ses enquêtes au domicile de parents d'enfants malnutris à Bobo Dioulasso (Burkina Faso), et Yannick Jaffré au service de pédiatrie de l'hôpital général de Niamey (Niger), Alice Desclaux a enquêté dans un Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle situé dans l'enceinte de l'hôpital de Bobo Dioulasso au Burkina Faso.

Alice Desclaux, anthropologue et médecin, inventorie, comme les auteurs précédents, la définition de la malnutrition, et la variabilité de ses critères, selon le point de vue d'où l'on se place. L'histoire du « traitement de la pauvreté chronique » révèle la place occupée par les organisations humanitaires et la stigmatisation des parents d'enfants malnutris. La description du Centre de réhabilitation nutritionnelle de Bobo Dioulasso illustre de façon exemplaire l'approche globale de la malnutrition évoquée plus haut, aujourd'hui remédicalisée par le sida. Actuellement, le sida remet en cause le traitement de la malnutrition infantile. Les indicateurs d'efficacité des centres de réhabilitation n'ont plus les mêmes repères : les soignants sont découragés, le caractère éducatif du traitement global de la

malnutrition apparaît vain et superflu. Alors que la prévention de la malnutrition tend à éduquer les mères, celle du sida ne cherche qu'à « induire des pratiques sans transmettre les connaissances supposées les fonder ». L'idéologie des méthodes thérapeutiques relatives à la malnutrition tendait, jusqu'à présent, à signifier aux femmes : « comprendre pour changer de comportement ». L'impossibilité de communiquer aux mères le diagnostic de leur enfant, selon le personnel de santé, introduit une rupture dans cette volonté de communication. Cette situation crée même un clivage au sein du personnel de santé : entre les médecins et le paramédical, entre les infirmiers et les médecins (entre « ceux qui savent » et « ceux qui ne savent pas », et aussi « ceux qui devinent » le diagnostic).

Jean-François Bouville, psychologue, étudie les troubles de la relation mère / enfant dans la malnutrition. Il fait valoir que le temps de « contact alimentaire » entre une mère et un enfant modérément malnutri ne correspond pas toujours à un temps d'ingestion alimentaire. Il semble même inversement proportionnel par rapport aux enfants bien portants qui s'attardent moins longtemps au plat mais en consomment davantage le contenu. Par contre, un enfant sévèrement malnutri perd paradoxalement l'appétit et se désintéresse progressivement de son environnement immédiat. L'interaction mère / enfant peut, dans ce cas, se détériorer et provoquer une apparente indifférence mutuelle entre l'enfant et la mère qui ne le stimule plus. Des psychologues (Dasen et Super, 1988) ont fait valoir qu'en cas de malnutrition la mère, qui n'est plus gratifiée par son enfant apathique, lui parle moins, prévient moins les dangers qu'il encourt, et adopte des attitudes fonctionnelles de maternage. Cette observation clinique est reconnue par le milieu médical qui se réfère dans ces situations à la notion de dépression maternelle générant une carence des soins maternels.

Si ces cas psychiatriques sont la cause plus ou moins directe du dysfonctionnement de la relation mère / enfant, d'autres situations ne permettent pas toujours de savoir si ce dysfonctionnement est une cause ou un effet de la malnutrition. La mère peut se désintéresser d'un enfant qu'elle craint de perdre, comme si elle anticipait le deuil de son enfant de son vivant.

L'indifférence maternelle précédemment évoquée dans sa dimension culturelle est appréhendée, ici, comme l'effet d'une cause psychique et relationnelle. Alors que l'hypothèse culturaliste place la malnutrition comme l'effet de représentations et de comportements préjudiciables à la santé de l'enfant, l'hypothèse démographique comme le moyen de réguler des processus que la société n'a pas les moyens de satisfaire, l'hypothèse psychologique explique la malnutrition en amont ou en aval d'un dysfonctionnement de la relation mère / enfant (Dettwyler, 1989).

Dans tous les cas, cette dernière explication fait valoir la nécessité d'une prise en compte, par le corps médical, de la qualité du lien mère / enfant ainsi que du rapport de la mère avec son entourage socio-familial.

Les quatre articles présentés ici constituent un éventail de recherches sur le sujet : représentations des troubles associés à la malnutrition, dissonances entre le discours des populations et celui des médecins, offres de soins, malnutrition et sida pédiatrique, dysfonctionnement de la relation mère / enfant. Bien d'autres sujets restent à explorer : les modalités précises des pratiques de sevrage, la notion de seuil de gravité et de risque, l'applicabilité des méthodes de réhabilitation nutritionnelle, etc. D'autre part, ces analyses se situent en Afrique subsaharienne. D'autres études doivent impérativement être menées dans d'autres contextes géographiques.

Ce numéro spécial s'adresse particulièrement aux professionnels de la santé de l'enfant non seulement des pays en voie de développement, mais aussi des pays dits du Nord où d'aucuns ont même comparé les comportements associés au saturnisme de l'enfant à ceux de la malnutrition (Jésu, 1992). De récentes informations attestent même de cas de déficiences nutritionnelles en France. C'est dire combien les études en sciences humaines et sociales appliquées aux pays en voie de développement concernent aussi nos sociétés et nos propres systèmes de santé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Bonnet D., 1988, *Corps biologique, corps social : la procréation et l'interprétation de la maladie de l'enfant chez les Moose du Burkina Faso*, Paris, ORSTOM, 138 p.

Bonnet D., 1994, L'éternel retour ou le destin singulier de l'enfant, *L'Homme*, 131, juil-sept, XXXIV (3), 93-110.

Collomb H., Valantin S., 1980, Le kwashiorkor anorexie mentale de l'enfance, in : Anthony F.J., Chiland C., Koupernik C. eds., *L'enfant à haut risque psychiatrique*, Coll. L'enfant dans la famille, vol. III, Paris, PUF.

Crapanzano V., 1994, Réflexions sur une anthropologie des émotions, *Terrain*, 22, 109-117.

Dasen P.R., Super C.M., 1988, The usefulness of a cross-cultural approach in studies of malnutrition and psychological development, in : Dasen P.R., Berry J.W., Sartorius N., eds., *Health cross-cultural psychological towards applications*, Berkeley, Sage Books, 112-138.

Dettwyler K.A., 1986, Infant feeding in Mali, West Africa: variations in belief and practice, *Social Science and Medicine*, vol. 23, n° 7, 651-664.

- Dettwyler K.A., 1989, Interaction of anorexia and cultural beliefs in infant malnutrition, *American Journal of Human Biology*, 1, 683-695.
- Eschlimann J.-P., 1985, *Les Agni devant la mort* (Côte-d'Ivoire), Paris, Karthala.
- Finerman R., 1995, « Parental incompetence » and « selective neglect » : blaming the victim in child survival, *Social Science and Medicine*, vol. 40, (1), 5-13.
- Frank O., 1994, Échanges intrafamiliaux et recul de la fécondité en Afrique : quelques réflexions sur les interactions mère-enfant, in : Koffi N., Guillaume A., Vimard P., Zanou B., eds., *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, ORSTOM, Coll. Colloques et séminaires, Paris, 83-96.
- Gruénais M.-E., 1985, Mariages en ville et malnutritions aiguës, *Sciences Sociales et Santé*, 3, 3-4, 57-83.
- Jésu F., 1992, Du kwashiorkor au saturnisme infantile chronique. Une hypothèse au service de la prévention, *Psychopathologie Africaine*, vol. XXIV, T 3, 367-384.
- Malik I.A., et al., 1992, Mothers fear of child death due to acute diarrhea: a study in urban and rural communities in northern Punjab, Pakistan, *Social Science and Medicine*, vol. 35, (8), 1043-1053.
- Mead M., 1962, La carence maternelle du point de vue de l'anthropologie culturelle, in : La carence de soins maternels. Réévaluation de ses effets, *Cahiers de Santé Publique*, n° 14, OMS, Genève.
- Metcalf P., Huntington R., 1991, *Celebrations of death. The anthropology of mortuary ritual* (2^e édition ; 1^{re} édition en 1979), Cambridge University Press.
- Ortigue M.-C., Ortigue E., 1993, Pourquoi ces mères indifférentes ? ou comment faire la part du culturel ?, *Psychopathologie Africaine*, XXV, 1, 5-31.
- Pisani L., 1990, *Malnutrition infantile et troubles relationnels mère-enfant*, Centre régional médecine traditionnelle Biandagara, Rapport technique 3, 40 p.
- Raynaut C., et al., 1992, Approches sociales de l'alimentation infantile en milieu urbain africain (guide méthodologique), *L'Enfant en Milieu Tropical, Revue du Centre International de l'Enfance*, n° 201, 73 p.
- Scheper-Hughes N., 1991, Social indifference to child death, *Lancet*, vol. 337, May, 11, 1144-1147.
- Scheper-Hughes N., 1992, *Death without weeping: the violence of everyday life in Brazil*, Berkeley, University of California Press, xiii, 614 p.
- Scrimshaw S.C.M., 1978, Infant mortality and behavior in the regulation of family size, *Population and Development Review*, 4, 383-403.

26 MARS 1996

à organiser un débat entre les
ropologie, sociologie, histoire,
ip socio-sanitaire. La revue se
x et réflexions que ce champ
é scientifique. Elle est publiée
cherche Scientifique (CNRS).

Sciences Sociales et Santé

Vol. 14 n°1 Mars 1996 Revue trimestrielle

La malnutrition de l'enfant : fait culturel,
effet de la pauvreté ou du changement social ?

Sommaire

rdonné par
et

rent au début de chaque texte
n trouvera une bibliographie

Current Contents® / Social and
SciSearch®, Research Alert®,

337
ibbey Eurotext

022 5	Doris Bonnet	Présentation. La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant
022 17	Myriam Roger-Petitjean	Représentations populaires de la malnutrition au Burkina Faso
41	Yannick Jaffré	Dissonances entre les représentations sociales et médicales de la malnutrition dans un service de pédiatrie au Niger
73	Alice Desclaux	Le traitement biomédical de la malnutrition au temps du sida
103	Jean-François Bouville	L'approche relationnelle de la malnutrition infantile en milieu tropical
117	La rédaction a reçu	