



RAPPORT DE RECHERCHE SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA MALNUTRITION DANS LES PROVINCES DE LA TSHOPO ET DU SUD-UBANGI

Etude réalisée dans les zones de santé de Isangi, Bwamanda, Gemena, Bulu et
Budjala dans le cadre de l'accord-Spécifique de Coopération Enabel-ULiège
RDC1015311-10095, collaboration entre Enabel Kinshasa et Omer/Université de
Liège

MARC PONCELET (ULIEGE)
REGINE NAMBUWA (ULIEGE)
JOHN KABONGO (PRONANUT)

Remerciements

Cette étude conjointe sur les déterminants sociaux de la malnutrition dans les provinces du Sud-Ubangi et de la Tshopo a été réalisée dans le cadre d'un accord relatif à un appui au portefeuille RDC. Elle a été réalisée par Omer laboratoire de la Faculté des sciences sociales de l'Université de Liège dans le cadre de l'Accord-Cadre de Coopération (ACC) conclu entre Enabel et l'Université de Liège, en date du 26 novembre 2018, et de la convention spécifique du Programme d'Études et d'Expertises (PEE), signée entre le Royaume de Belgique, représenté son Ambassadeur, et la République Démocratique du Congo, représentée par son Ministre des Affaires Étrangères, Coopération Internationale et Francophonie le 19 juillet 2012.

Cette étude est le résultat d'une forte et fructueuse collaboration entre l'Université de Liège, Enabel et le Ministère de la Santé de la RD Congo.

L'étude vise à produire une analyse des déterminants sociaux de la malnutrition dans les Provinces du Sud-Ubangi et de la Tshopo afin d'apporter des recommandations concrètes à appliquer pour la diminution de la malnutrition dans les deux provinces.

Les chercheurs. es saisissent cette occasion pour remercier vivement l'équipe d'Enabel RDC pour son suivi, son engagement, son appui financier et logistique et sa souplesse.

Nos remerciements s'adressent aux Experts du Programme National de Nutrition du niveau central (PRONANUT) et provincial pour leur implication dans le processus de production des données.

Un grand merci aux chefs de division provinciale de la santé de la province de la Tshopo et du Sud-Ubangi pour leur implication dans la réalisation de cette l'étude. La recherche n'aurait pas pu avoir cours sans l'engagement et l'accompagnement chaleureux et participatif des Dr. Busogoro et Ouedraogo (Enabel) que l'on pourra à juste titre considérer comme co-auteurs des papiers à publier. Notre gratitude va également aux nutritionnistes actifs dans les zones de santé : Sébastien Luyuba, John Wongo Amedji, Dominique-Chef de terre, Angèle Liwolo, Irène Modebanago, Rachel Bulomu, Francine Moswangandombi.

Les étudiants suivants ont participé aux recherches de terrain : Constance Boyombi Ighumbe, Chimène, Maguy, Francine, Irène, Patience Naiya, Dieudonné S'Engando.

Nous remercions les services juridique et financier de l'université de Liège pour leur implication dans l'aboutissement de cette étude.

Nous exprimons encore une fois notre vive gratitude aux enquêteurs et enquêtrices qui nous ont accompagnés dans le processus de production des données sur le terrain et à tous ceux qui, de près ou de loin, nous ont assistés dans cette mission qui a été pour nous extraordinairement enrichissante.

Introduction	7
<i>Ce que disent et ne disent pas les chiffres</i>	9
<i>La construction des concepts et mesures de la malnutrition par les institutions de la Santé Globale</i>	10
<i>Santé, économie, politique et morale</i>	12
Dédramatiser pour objectiver la malnutrition	14
Petits enfants et femmes enceintes : un public vulnérable	15
Récit collectif et outils de mesure	15
Complexité médicale et complexité culturelle de la malnutrition	16
<i>Anthropologie, sociologie et malnutrition : acquis et questions</i>	18
Des « ENP » (Entité Nosologiques Populaires)	18
Étiologies populaires de la malnutrition	19
Les ENP : les origines du mal et le recours aux soins	20
<i>Quelques leçons congolaises de sociologie alimentaire</i>	22
<i>Un système de santé peu efficace : « maladie qui n'aime pas l'hôpital » ou hôpital qui n'aime pas la maladie?</i>	23
Un diagnostic connu	23
Le défi de convaincre sans soigner	24
<i>La sécurité alimentaire dans le système agricole équatorial forestier</i>	28
L'Afrique des paniers et de l'agriculture féminine	32
Une économie commerciale en recul partout	33
<i>Un patriarcat "féroce"</i>	36
Filiation, héritage, alliance et dot	36
Les femmes : une charge de travail énorme, une autonomie très limitée	37
Des systèmes agricoles féminins et antiféministes	39
La charge des enfants	40
« Papa d'abord »	41
« Degré »	41
« La violence au secours de traditions ... aux abois »	42
Maman Thérèse , agricultrice, co-épouse, belle-fille et mère	43
<i>Le manger</i>	45
Gong unique	46
« L'alimentation n'est pas une priorité pour nos gens » ?	46

Interdits alimentaires ? _____	48
<i>Botete-Monama, Ishusa, Mondobo, Katalisembe, Koulongo, Mbulu Koyo, Zelewo ,Maladi ya mai... Les représentations sociales autour de la malnutrition</i> _____	50
Des maladies de l'esprit... _____	50
... Ou des Entités nosologiques populaires _____	51
Maladies de la honte _____	55
L'origine non alimentaire de la malnutrition _____	56
Génies, sorciers et « mauvaises langues » _____	57
Soins indigènes, tradipraticiens, guérisseurs et pasteurs en première ligne _____	58
<i>Allaitement et sevrage</i> _____	60
« Sein gâté » Sevrage précoce et sexualité _____	61
Un problème ancien ? _____	62
Le sperme, le lait, « les saletés » et la honte _____	64
<i>Wale-Bwakele...</i> _____	67
« Nonchalance », « indifférence sélective » des mères et « défaut de désir de vivre” des bébés ? _____	68
<i>Une (re)négociation des traditions chaotique</i> _____	71
<i>Conclusions</i> _____	75
<i>Recommandations</i> _____	79
Principe général : intervenir simultanément sur trois axes _____	79
Former, organiser et soutenir quelques « experts contextuels » par Aire de santé _____	80
1. Les Relais communautaires _____	80
2. Les infirmiers _____	81
3. Les « tradis » « soignants indigènes » et « guérisseurs traditionnels » : coopter les moins hostiles ! _____	82
4. Les interventions : efforts de pérennisation et de capitalisation requis _____	83
Des points particuliers à clarifier _____	83
Des recherches approfondies à poursuivre _____	84
1. Dans le cadre des activités d'Enabel dans les ZS visées _____	84
2. Recherches spécifiques à poursuivre _____	84
<i>Bibliographie</i> _____	86

Question posée à Chat GPT : Quels sont les déterminants socio-culturels de la malnutrition en république démocratique du Congo?

Réponse le 21 mars 2023

La malnutrition en République démocratique du Congo est influencée par de nombreux facteurs socio-culturels, tels que :

1. La pauvreté : La majorité de la population congolaise vit dans des conditions de pauvreté, ce qui signifie qu'elle a un accès limité à une nourriture adéquate et à des soins de santé.
2. Les pratiques alimentaires traditionnelles : Les pratiques alimentaires traditionnelles, telles que la consommation de plats à base de manioc ou de maïs sans suffisamment d'éléments nutritifs, peuvent contribuer à la malnutrition.
3. Les croyances et les tabous alimentaires : certaines croyances et tabous alimentaires, comme l'interdiction de manger certaines viandes ou de manger à certaines heures de la journée, peuvent également contribuer à la malnutrition.
4. L'insuffisance des connaissances nutritionnelles : Les connaissances nutritionnelles insuffisantes ou erronées peuvent également jouer un rôle important dans la malnutrition. Les mères peuvent ne pas comprendre l'importance de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie d'un enfant ou de l'alimentation diversifiée après cette période.
5. L'accès limité aux soins de santé : L'accès limité aux soins de santé, en particulier aux soins de santé primaires, peut contribuer à la malnutrition en République démocratique du Congo. Les familles ne sont peut-être pas en mesure de se permettre les soins de santé nécessaires pour diagnostiquer et traiter la malnutrition chez leurs enfants¹.

Ces déterminants socio-culturels sont interconnectés et peuvent se renforcer mutuellement, contribuant ainsi à la malnutrition en République démocratique du Congo.

On va essayer de faire mieux, mais sera plus long ...

¹ Deux heures plus tôt les réponses étaient différentes et soulignaient pas exemple la problématique d'accès à l'eau courante.

Selon les deux agences de l'ONU, le nombre de personnes touchées par une insécurité alimentaire aiguë élevée en RDC est estimé à 27,3 millions, soit une personne sur trois, dont près de 7 millions de personnes aux prises avec des niveaux d'urgence de faim aiguë. Cette situation fait de la RDC le pays avec le plus grand nombre de personnes ayant un besoin urgent d'assistance en matière de sécurité alimentaire au monde.

« Pour la première fois, nous avons pu analyser la grande majorité de la population, ce qui nous a aidé à nous rapprocher de la véritable image de l'ampleur stupéfiante de l'insécurité alimentaire en RDC », a déclaré Peter Musoko, représentant du [PAM](#) en RDC. « Ce pays devrait être en mesure de nourrir sa population et d'exporter un surplus. Nous ne pouvons pas laisser les enfants se coucher le ventre vide et les familles sauter des repas pendant une journée entière » (ONU, 2021²)

² <https://news.un.org/fr/story/2021/04/1093322>

Introduction

La malnutrition est à la fois un ensemble de réalités cruelles, un défi médical et politique et une construction conceptuelle de la santé globale.³

Dans la démarche socio-anthropologique qui mobilise une méthode qualitative, les hypothèses se construisent, s'amendent et s'affinent sur le terrain dans un processus itératif qu'il serait réducteur de qualifier de « vérification d'hypothèse ». Dans ce processus (ici collectif) le va-et-vient entre observations et interviews de terrain et mobilisation des acquis antérieurs (la littérature, la théorie) est permanent pour monter très progressivement en généralité. La démarche met l'accent sur la triangulation des données, l'itération, la précision et la fidélité de la description. Sont également mises en avant le sens et les logiques que les acteurs attribuent à leurs comportements et à leur environnement et ce, en évitant de leur imposer des cadres de pensée, notions et concepts experts ou universitaires. La méthodologie est donc développée à partir du terrain de recherche à travers une approche dite émique (« *emic* ») (Olivier de Sardan 2008)

Le détour par la littérature et la documentation reste cependant requis pour construire un objet, une problématique. Il l'est d'autant plus que la malnutrition est un objet clé de la santé globale et qu'elle fait l'objet d'une documentation médicale et statistique très importante à l'échelle mondiale. Enfin, *last but not least*, la question qui était celle de la « faim dans le monde » avant-hier, celle de la « sécurité alimentaire » hier et qui est désormais davantage déclinée en termes de nutrition demeure un ressort émotionnel, politique, idéologique très puissant.

Lors de l'atelier de lancement de la recherche de mars 2022 nous avons convenu de reformuler la question de recherche principale. La question initialement posée portait sur : les déterminants socio-culturels de la malnutrition dans les zones de référence. Nous avons retenu la question suivante : *comment rendre compte de la permanence d'indicateurs élevés de malnutrition dans les zones de référence malgré toutes les initiatives, politiques, interventions et études menées par l'État et les partenaires depuis 2000 ?*⁴

Pour tenter de répondre à cette question nous avons identifié **trois points de vue** à prendre en considération systématiquement dans l'examen de la littérature et dans l'investigation de terrain.

1. La disponibilité et l'accessibilité à l'alimentation
 - Au niveau de la zone
 - Au niveau des ménages

³ <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/country-profile>
<https://www.globalhungerindex.org>

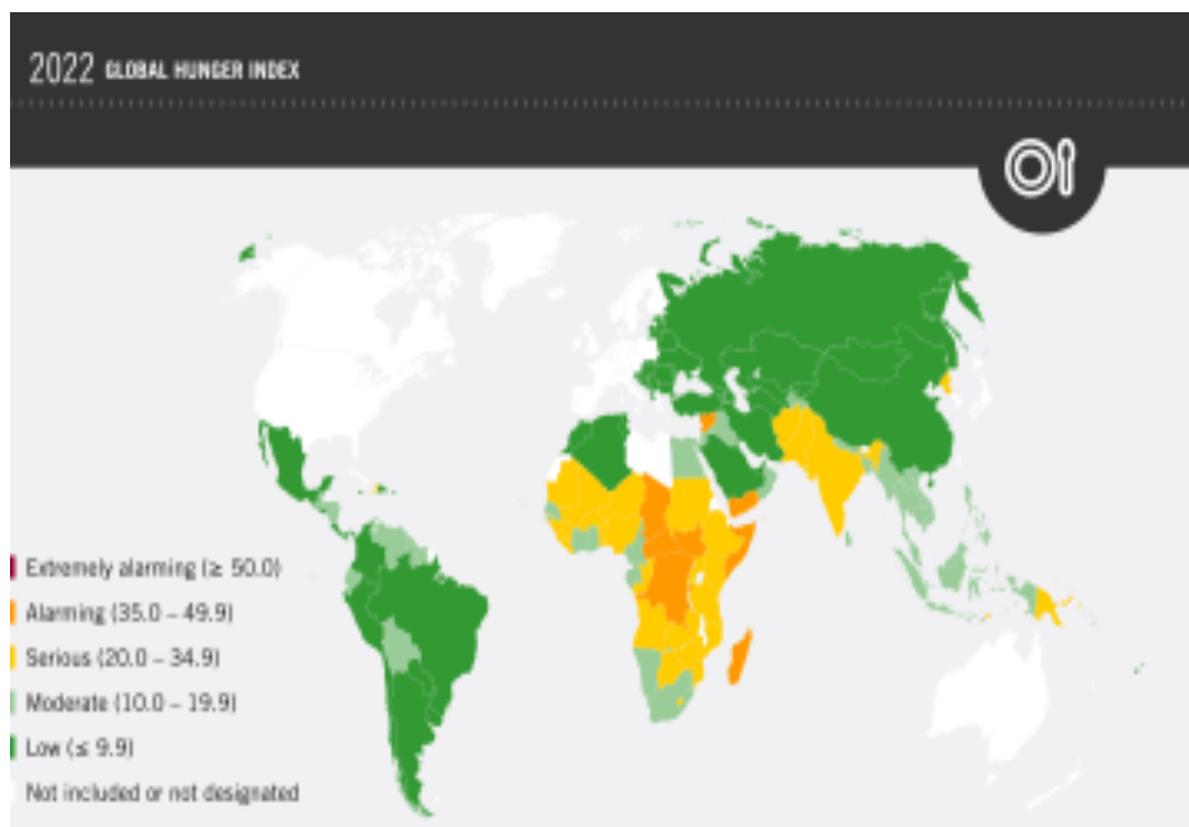
⁴ Voir par exemple les données du rapport PAM de 2005 présentées comme très dramatiques en matière de nutrition et de pauvreté et qui étaient proches de celles d'aujourd'hui en termes de MnC et MnAg (p.4 ci-après).

2. L'état du système de santé local et les services délivrés en rapport avec la nutrition, la santé maternelle et infantile.
3. L'espace alimentaire et sanitaire familial
 - Pratiques et représentations en rapport avec l'alimentation et la nutrition
 - Pratiques et représentations en rapport avec la santé maternelle et infantile

Si le troisième point de vue retient notre attention principalement, nous considérons qu'une approche « compréhensive » de la problématique ne peut isoler un seul set de facteurs. Les pratiques et les représentations des familles ne peuvent être réellement comprises sans référence systématique aux deux autres angles d'approche. La malnutrition dans ses différentes expressions n'est pas un phénomène naturel. Ce n'est pas un phénomène purement économique, ni une simple déficience sanitaire. C'est une construction de la santé globale qui renvoie à des réalités complexes au plan des comportements sociaux de reproduction. Sa permanence, sa résilience aux interventions de santé publique renvoie impérativement quant à elle aux différents niveaux d'analyse et surtout à leurs interactions.

Les sections qui suivent introduisent et explicitent notre point de vue, ses points d'appui, notre démarche et les principes de notre méthode.

Ce que disent et ne disent pas les chiffres



Cette carte produite par le *Global Hunger Index* place la RDC, la Centre-Afrique et Madagascar dans une catégorie d'insécurité alimentaire (IA) « alarmante » comparable au Yémen et à la Syrie, deux pays ravagés par des guerres en cours. De tous les pays, la RDC compterait le plus grand nombre de personnes en « IA aigüe » soit plus de 26 000 000 de personnes

Selon le *Cadre Intégré de Classification de la Sécurité Alimentaire* qui documente un indicateur d'insécurité alimentaire aigüe et un indicateur de malnutrition aigüe, plus de 2,2 millions de femmes congolaises, enceintes ou allaitantes, étaient susceptibles de souffrir de malnutrition aigüe en 2022. Près de 2,8 millions d'enfants de moins de cinq ans sont susceptibles de souffrir de malnutrition aigüe en 2022. Parmi eux, 887 000 souffrent probablement de malnutrition aigüe sévère (MnAS)⁵.

*“Food insecurity is a global public health challenge. Household food insecurity is the leading risk factor of malnutrition, claiming approximately 300,000 deaths each year. Whether directly or indirectly, due to inadequate food consumption and poor diet quality, it is also accountable for over half of all deaths among children in Sub-Saharan Africa (...) Malnutrition is the most severe consequence of food insecurity. Over the past decade, the number of malnourished children in Sub-Saharan Africa has increased from 5.5 million to 30 million, resulting in the death of over 3.5 million children under age five every year due to the inadequate consumption of food.”*⁶

⁵https://www.ipcinfo.org/fileadmin/user_upload/ipcinfo/docs/IPC_DRC_Food_Security_Nutrition_22Jun23Jul_French.pdf

⁶ Drammeh W, Hamid N. A, Rohana A. J. Determinants of Household Food Insecurity and Its Association with Child Malnutrition in Sub-Saharan Africa: A Review of the Literature. *Curr Res Nutr Food Sci* 2019; 7(3). doi : <http://dx.doi.org/10.12944/CRNFSJ.7.3.02>

Notre mission de terrain très précise en Sud-Ubangi et Tshopo visant au départ les déterminants sociaux et culturels ne peut se dispenser pour autant de ces considérations sur l'objet étudié lui-même car ce que l'on voit dépend autant de ce que l'on regarde que des lunettes que l'on porte.

La construction des concepts et mesures de la malnutrition par les institutions de la Santé Globale

Différents facteurs ont été historiquement mobilisés pour appréhender la malnutrition, tels que : carences en protéines, carences en énergie, déficiences d'hygiène, régime multi-carencé et depuis peu, faiblesses du microbiote intestinal,... pour autant ces facteurs se sont succédés depuis plus d'un siècle et sont au centre des controverses scientifiques visant à cerner les causes d'une pathologie identifiée au départ par la médecine coloniale. Le débat reste donc ouvert.

Ces facteurs se sont progressivement combinés dans des modèles planétaires complexes qui ont intégré des variables liées à l'insécurité alimentaire et aux systèmes de santé. Médecine humanitaire et *Global Public Health* ont fourni la matrice centrale du débat à partir de la fin du XX^{ème} siècle.

Le Cadre Intégré de Classification suggère que la malnutrition aigüe résulterait en RDC de la conjonction de 4 types de facteurs : 1) mauvaises pratiques alimentaires, 2) niveaux persistants et élevés d'insécurité alimentaire aigüe, 3) épidémies et maladies et 4) accès médiocre aux établissements de santé. Les mauvaises pratiques alimentaires seraient en cause également et prioritairement dans les taux très élevés de « retard de croissance » (soit le résultat de malnutrition chronique, MnC)⁷.

La diversité des formules et la sévérité des indicateurs invitent à une première mise en perspective.

En 2005, après 10 ans de guerres et une décennie préalable de dérégulation de l'État comme de l'économie congolaise, un rapport du Pam décrivait la sécurité alimentaire et la vulnérabilité des populations congolaises sur le mode catastrophiste « le pays a touché le fond », comptant par exemple 70 % de très pauvres en S-U.

La situation nutritionnelle dans le S-U était la suivante : « *une situation nutritionnelle pauvre dans trois Zones de Santé : Bwamanda, Gemena et Libenge, avec des taux de GAM modéré compris entre 6,7 et 8,5 et des valeurs de GAM sévère compris entre 1,6 et 3,7 ; la situation est critique dans la Zone de Santé de Zongo où le GAM modéré est 10,2 et le GAM sévère de 3,2.*

Pour la Province Orientale d'alors, le rapport rapportait les données suivantes en matière de nutrition : « *la situation nutritionnelle des enfants dans la Province Orientale est très préoccupante : malnutrition chronique : 37,5% dont 17,7% sévère ; malnutrition aigüe : 5,9%*

⁷https://www.ipcinfo.org/fileadmin/user_upload/ipcinfo/docs/IPC_DRC_Food_Security_Nutrition_22Jun23Jul_Fr_ench.pdf

dont 0,3% sévère et 3,3% de oedèmes ; insuffisance pondérale : 28,6% dont 7,0% sévère). En 2001 les taux étaient les suivants : malnutrition chronique : 39,8% dont 20,9% sévère ; malnutrition aiguë : 12,9% dont 5,3% sévère et 4% d'oedèmes ; insuffisance pondérale : 26,3% dont 7,1% sévère. Les prévalences des différentes formes de malnutrition appellent des interventions d'urgence ».

D'autre part, les taux de malnutrition chronique constatés étaient élevés partout et variaient entre 41,1 et 53,8 ».

On remarque que les catégories de malnutrition ne correspondent plus exactement à celle qui ont cours de nos jours⁸. On remarque aussi que les valeurs qualifiées d'alarmantes sont très proches de celles d'aujourd'hui alors que la situation économique est réputée meilleure et qu'en plus de vingt ans, la population est censée avoir crû de +/-70% (hors exode rural).

L'adoption des nouvelles courbes de croissance de référence OMS 2006 et des nouvelles formules statistiques de calcul des écarts à la norme ont des effets considérables dans l'identification et la prise en charge des malnutris aigus. Ceci au moment même où l'efficacité des aliments thérapeutiques prêt à l'emploi (ATPE) était largement reconnue. Selon Caremel « Le passage des normes NCHS aux nouvelles courbes de croissance de l'OMS accroît sensiblement le périmètre de la malnutrition aiguë globale et conduit, en intégrant la frange la plus à risque de mortalité des « malnutris aigus modérés » dans la catégorie des « malnutris aigus sévères », à une augmentation notable des cas requérant des ATPE. Si cette évolution importante du nombre d'enfants qui glissent dans la catégorie « malnutrition aiguë sévère » fait consensus, son ampleur fait l'objet d'appréciations variables. L'OMS estime que le passage à ce nouveau standard de croissance conduit, selon les contextes, à une multiplication par 2 ou par 4 des cas retenus comme malnutris sévères⁹. Or la MnAs était clairement décroissante en pourcentage jusque 2020. On ne peut donc absolument pas ignorer les effets des changements de méthode de mesure (Grellety & Golden 2016).

Si la problématique de la faim est aussi ancienne que celle de développement, elle a donc été redéfinie au tournant du Millénaire à la faveur de diverses initiatives de grands acteurs de la santé mondiale. La nutrition est ainsi revenue au cœur d'initiatives spécifiques (Gain, *Global Alliance for Improved Nutrition*, 2002¹⁰) et elle s'est trouvée (ré)articulée au centre de nouveaux paradigmes comme la Nouvelle stratégie mondiale de soutien aux résultats en matière de santé, nutrition, population (Banque Mondiale 1997 et 2009).

Des dizaines d'initiatives ont alors pris pour objet la nutrition tandis que parallèlement les études se multipliaient sur l'insécurité alimentaire, le tout offrant une nouvelle configuration

⁸ Le rapport publié sous le même titre par PAM et IFPRI en 2014 (données de 2012) est moins inquiétant mais présente des autres indicateurs de sécurité alimentaire. Les données ne sont pas des données secondaires mais des données d'une enquête auprès des ménages conçue et effectuée en 2011-2012 par le PAM en partenariat avec le Ministère de l'Agriculture, PRONANUT, l'INS, la FAO, l'UNICEF, les ONG, les membres nationaux et provinciaux du groupe pour la sécurité alimentaire. L'enquête a été menée en 2011-2012 et a couvert 24 884 ménages ruraux dans 10 provinces.

⁹ Communication personnelle, thèse en cours rédaction.

¹⁰ <https://www.gainhealth.org>

du défi global reléguant l'antique question de la « faim dans le monde » qui mettait l'accent sur les inégalités. Dans de nombreux pays africains et asiatiques, des Commissions, Agences, programmes nationaux ont été créés ou reconfigurés au tournant du millénaire. Ainsi le 25 août 2000, fut signé l'arrêté ministériel n° 150/CAB/MIS/QMCR/8/200 de la déclaration de la Politique Nationale de Nutrition de la RDC. La même année, en RDC le Pronanut succéda aux précédentes initiatives sur l'alimentation et la nutrition (Ceplanut). La RDC s'est engagée dans une stratégie nutritionnelle depuis 2000. Un monde sans faim était proclamé à l'horizon global de 2030. Le rendez-vous sera sans doute reporté. La permanence d'une malnutrition chronique des enfants de 0 à 5 ans supérieur à 40 % dans la plupart des régions (à l'exception de Kinshasa) ne cesse d'interroger les chercheurs d'autant plus que les indicateurs ne reculent plus comme attendu depuis 2005/2010. Kandala et *alii* (2011) ont bien mis en lumière l'avantage urbain en termes de sécurité alimentaire et de nutrition mis ils épingle aussi des constats plus surprenants au premier abord : *“malnutrition was significantly higher in rural areas compared to urban centres and this difference persisted after multiple adjustments. The findings suggest that models of nutritional intervention must be carefully specified with regard to residential location. (...) Childhood malnutrition is spatially structured and rates remain very high in the provinces that rely on the mining industry and comparable to the level seen in Eastern provinces under conflicts. Even in provinces such as Bas-Congo that produce foods, childhood malnutrition is higher probably because of the economic decision to sell more than the population consumes (...).*

Santé, économie, politique et morale

À mesure des progrès des connaissances médicales, des rapports politiques et économiques internationaux et des évolutions de l'architecture institutionnelle de cette santé globale, les définitions et approches de la MN ont évolué aussi bien en termes médicaux, de santé publique, qu'en termes de développement et en termes méthodologiques et *last but not least*, aussi en termes moraux.

Depuis qu'un mode efficace de prise en charge de la MnAs semble faire consensus et que la MnC se mue en pathologie, l'accent des plaidoyers est fort porté sur les impacts économiques de la Mn qui compromettent le développement.

Si la surnutrition (obésité) est déjà en passe de surpasser la sous-nutrition comme problème mondial de santé publique et gagne les pays émergents et pauvres, la sous-nutrition dont il sera question ici, reste encore de nos jours une réalité massive et croissante en chiffres absolus, surtout en Afrique sub-saharienne. Elle demeure au centre de la scène dramatique globale de l'inégalité des sociétés et des affres de ce qui est encore appelé « sous-développement » : insécurité alimentaire, insécurité sanitaire et environnementale, déficit éducatif, pauvreté, oppressions. Si la majorité des malnutris (sous-nutris) chroniques sont encore asiatiques en 2022, l'essentiel de la croissance des volumes absolus et des taux de progression est désormais localisé en Afrique sub-saharienne où les résultats des programmes d'action et politiques sont mitigés, contrastés d'une région à l'autre et parfois contradictoires. En RDC, les données récentes confirment le recul de la prévalence de la malnutrition aigüe (MnA), mais elles

indiquent aussi d'énormes lacunes dans la PEC de la MnAs et une ampleur alarmante de l'insécurité alimentaire, de l'index global de la faim, de la malnutrition chronique.¹¹

Dans les pays comme la RDC, où les indicateurs socio-économiques (pauvreté touchant 2/3 de la population) et les indicateurs sanitaires sont tout aussi alarmants que les indicateurs démographiques, ceux d'insécurité alimentaire et de malnutrition sont davantage encore chargés émotionnellement et politiquement pour tous : opinion publique, acteurs publics et associatifs et familles. S'il est aisé de désigner des « responsables » du doigt (les parents et les mères en particulier, les décideurs politiques, les élites locales, le système de santé, etc.), et aussi scandaleuse qu'elle apparaisse, la Mn ne doit pas être réduite à l'insécurité alimentaire. En effet, il est préférable de la considérer comme une réalité très complexe, difficile à cerner tant ses ressorts sont complexes, divers et interconnectés.

En 2020, un professeur d'université de RDC commentait les chiffres publiés peu avant par la Banque Mondiale qui mettaient l'accent sur les très hauts niveaux de malnutrition chronique (MnC) en RDC alors même que la malnutrition aigüe (MnA) qui demeure élevée enregistrait des notables progrès depuis 2005. Cette étude de la Banque Mondiale récente avait chiffré une perte économique à venir considérable (charges des soins, moindre productivité, mortalité, morbidité) pesant sur le développement possible du pays en raison de la malnutrition¹². Sur un ton dramatique, le professeur interpelle le public : « nous allons vers une génération défaillante pour ne pas dire débile qui devra prendre les rênes du pays, c'est catastrophique » (réf.)

L'[indice de capital humain](#) de la RDC s'établit à 0,37 au-dessous de la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne (0,40). Cela signifie qu'un enfant congolais né aujourd'hui ne peut espérer réaliser que 37 % de son potentiel, par rapport à ce qui aurait été possible s'il avait bénéficié d'une scolarité complète et de qualité, et de conditions de santé optimales. Les principaux facteurs à l'origine de ce score médiocre sont le faible taux de survie des enfants de moins de cinq ans, le fort taux de retard de croissance des enfants et la piètre qualité de l'éducation¹³.

On peut comprendre cette inquiétude et cette alerte si brutalement formulées soient-elles. Des chiffres impressionnants (effrayants à vrai dire) sont en effet publiés par des organismes autorisés comme la Banque Mondiale en 2019. Lançant alors en RDC le plus grand Plan Multisectoriel Nutrition de son histoire, elle annonce une enveloppe globale de 502 millions de dollars et écrit que « 45% des enfants de RDC n'atteignent pas 5 ans faute notamment de nutrition adaptée ». La même publication renseigne « que 6 000 000 d'enfants souffrent de

¹¹ <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/country-profile>

Ne perdons pas de vue que ces données très largement diffusées sont aussi produites par les nouvelles catégories de l'OMS et les méthodes utilisées pour mesurer les prévalences.

<https://www.globalhungerindex.org>

¹² Cette approche est actualisée. Ainsi le site spécialisé de la BM écrit en 2021 : « le fléau de la dénutrition a également un coût économique élevé, qui se traduit par des pertes de croissance et de productivité, estimées à 3 000 milliards de dollars par an et représentant entre 3 et 16 % du PIB (voire plus) dans les pays à faible revenu ».

<https://www.banquemondiale.org/fr/topic/nutrition/overview>

Dès 2014, le PAM chiffrait le coût de la malnutrition à 5% du PIB soit 1,5 milliard \$/an.

<http://www.portail-humanitaire.org/news/rdc-faim-a-impact-leconomie-pays/>

¹³ <https://www.banquemondiale.org/fr/country/drc/overview>

malnutrition en RDC ». Elle annonce un vaste « programme multisectoriel de lutte contre le retard de croissance ». ¹⁴ Le site statistique de cette organisation affiche un taux de malnutrition des enfants de moins de 5 ans en 2018 de 7,1% et une prévalence de malnutrition (taille selon l'âge) de 41,8% (45,6% pour les garçons, 38,7% pour les filles de 0 à 5 ans), la proportion de malnutris étant significativement supérieure pour les petits garçons¹⁵.

Dédramatiser pour objectiver la malnutrition

Outre le fait que la malnutrition fasse l'objet d'indicateurs différents (souvent confondus avec les indicateurs de sécurité alimentaire), largement mais pas totalement stabilisés, que les mêmes mots renvoient à des notions différentes et à des outils différents, la pluralité d'indicateurs de nutrition peut induire des appréciations discutables et même contestables¹⁶. En amont, il convient également de s'interroger sur les modes de production de ces chiffres issus de sondages ou d'enquêtes locales. On peut encore s'interroger davantage sur la qualité des données de routine du système de santé, surtout s'il est en ruines (à tout le moins léthargique) comme en RDC (Migliani, Amat Roze 2020).

Dans la foulée de la mutation des institutions, méthodes et normes de la santé globale au tourant du millénaire, des initiatives ont vu le jour pour clarifier et valider l'information globale sur les crises et déficits alimentaires et la rendre plus pertinente pour l'action. Parmi d'autres initiatives comme le *Scaling up Nutrition* (SUN-movement initié en 2010¹⁷) ou comme le Global Hunger Index, le Programme stratégique mondial de l'IPC propose ainsi un cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire qui présente des indicateurs parallèles d'insécurité alimentaire et de malnutrition, chacun ayant 4 niveaux. ¹⁸ La RDC en 2022 compterait ainsi 26,4 millions de personnes en « *insécurité alimentaire aiguë ou pire et 2,8 millions d'enfants de moins de 5 ans « susceptibles de souffrir de malnutrition aiguë dont 887 000 souffrent probablement de malnutrition aiguë sévère* ».

Comme en témoignent ces mots et malgré les nouveaux Partenariats Privés Publics globaux et les efforts méthodologiques des agences globales de la santé, il demeure donc toujours un certain flou et des questions restent posées dans les indicateurs de MN et les concepts sous-jacents.^{19,20} Leurs impacts politiques sont néanmoins énormes tant la faim, la sous-nutrition, la malnutrition ont été construits comme les scandales globaux par excellence.²¹

¹⁴ <https://www.banquemondiale.org/fr/news/press-release/2019/05/28/world-bank-approves-502-million-to-reduce-the-prevalence-of-stunting-in-the-drc>

¹⁵ <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.STA.WAST.ZS?locations=CD>.

Beaucoup de données recourent cette information d'une prévalence plus forte de Mn des petits garçons.

¹⁶ Le Pronanut a d'ailleurs publié un guide de réalisation des enquêtes de domaine de la nutrition.

¹⁷ SUN Civil Society Network, SUN Business Network, United Nations Nutrition and SUN Donor Network – are made up of, respectively, more than 4,000 civil society organizations, some 1,400 businesses, 5 UN agencies and a group of international donors and foundations.

¹⁸ <https://www.ipcinfo.org/ipcinfo-website/featured-stories/news-details/fr/c/1134176/>

IPC est implanté en RDC depuis 2007.

¹⁹ Ainsi un rapport de 2005 du PAM évoque dans son titre le concept de vulnérabilité qui n'est pas défini dans le texte (PAM 2005).

²⁰ Pour une présentation de l'état de pauvreté et malnutrition en RDC (2021) <https://www.globalhungerindex.org/pdf/fr/2020/case-study-drc.pdf>

²¹ Par exemple la déclaration mise en exergue de ce rapport.

Petits enfants et femmes enceintes : un public vulnérable

Au centre de la scène dramatisée, on trouve principalement des jeunes enfants de moins de 5 ans qui sont ciblés par l'appareil global de mesure et de soins, mais aussi, et de plus en plus, les mères dont les carences alimentaires affectent leur propre santé et celle de leurs enfants (approche des Mille premiers jours, SSR). Diverses sources donnent le chiffre de 46,5% de femmes enceintes anémiées en RDC depuis quelques années (Migliani, Amat Roze 2020). Ainsi, les petits enfants et les femmes enceintes sont deux catégories qui sont fort dépourvues de pouvoirs sociaux et prédisposées à être considérées à priori comme victimes.

Les producteurs sont ceux qui souffrent le plus d'insécurité alimentaire :

À cela s'ajoute une autre dimension qui fait scandale : les pays dont les populations sont très majoritairement rurales et agricoles sont massivement victimes d'insécurité alimentaire et de Mn. Ce sont même plus particulièrement les producteurs, les petits paysans et paysannes producteurs de nourriture qui en portent pour l'essentiel de poids²². De ce point de vue, le scandale de la malnutrition en RDC n'a rien d'exceptionnel si ce n'est son degré et sa généralité. Avec des densités de populations relativement faibles, des conditions hydrauliques favorables et une population qui « fait les champs », qui pratique le petit élevage ou la pêche, les régions de l'étude ne dérogent pas à la règle : les épouses et enfants des pêcheurs sont frappés par l'insécurité alimentaire et la MnC comme celles et ceux des cultivateurs qui se livrent aux travaux champêtres.

Récit collectif et outils de mesure

Dans le contexte congolais contemporain où le récit collectif populaire est centré sur la figure d'une inexorable défaillance des autorités successives et met en scène un échec répété du développement, voire de toute modernisation, le sentiment désespéré d'impuissance collective confine désormais à une forme de victimisation globale. Il n'est pas étonnant que la plupart de nos interlocuteurs, à tous niveaux et de compétences diverses, soient d'accord sur le constat (le sentiment, la conviction ...) selon lequel la malnutrition et la santé en général vont de mal en pis depuis des années et ... des décennies disent les plus anciens. Les indicateurs qui vont le plus nettement dans ce sens sont ceux de l'insécurité alimentaire²³. C'est moins clair pour les indicateurs de malnutrition puisque le recul de la MnAS est attesté de manière continue depuis 20 ans et que la Mnc recule lentement en termes relatifs.²⁴

Était-ce mieux ou moins grave avant ? Tout dépend de l'échelle de temps envisagée. Pour les anciens qui sont nés dans un Congo « heureux » et trois fois moins peuplé, c'est évidemment une réponse positive²⁵. Pour l'historien, c'est moins clair, car la littérature scientifique coloniale est parsemée de recherches sur la malnutrition au Congo belge.

Les avis des anciens sont peu contestables, mais on ne peut accepter pour autant de croire que la malnutrition était absente des communautés rurales « traditionnelles » comme le croient beaucoup de Congolais nostalgiques ou désespérés.

²² Oxfam, SOS Faim....

²³ L'insécurité alimentaire est un indicateur basé sur des déclarations individuelles lors d'enquêtes. Il est corroboré par des données économiques.

²⁴ <https://www.globalhungerindex.org/pdf/fr/2020/case-study-drc.pdf>

²⁵ Poncelet 2008.

Qu'elles soient locales, provinciales ou nationales et quelles que soient leurs divergences et approximations, les données congolaises sont néanmoins globalement convergentes pour un maintien des taux de MnAg (globale) depuis 2000 (de 5 à 10% des enfants de moins de 5 ans souffrant de MnA modérée ou sévère en 2020, moins de 3 % de MnAs) et une décroissance beaucoup moins forte de la MnC qui demeure à un niveau très élevé dans les comparaisons nationales africaines : âge entre 30 et 48% des moins des enfants de- 5 ans (indicateurs : retard de croissance, âge/taille ; âge/poids ; poids/). Cependant, on ne peut ignorer que certaines régions de pays comme le Nigéria, le Bénin ou le Sénégal présentent des indicateurs presque comparables à nos régions d'étude qui ne sont pas les situations les plus impactées en RDC. À la différence de la malnutrition chronique (retard de croissance T/A) qui n'est pas conçue comme une pathologie, la MnA suppose, elle, des soins, à tout le moins une renutrition spécifique et plus spécifiquement des ATPE/médicaments/suivi médical pour la MnAS (Kwashiorkor et Émaciation ?) qui est mortelle. Les données congolaises sont élevées mais différentes d'une région à l'autre. On doit tenir compte de régions ravagées par des conflits violents et déplacements forcés récents (Kivu, Ituri, Kasai), mais il faut relever aussi des niveaux de MnC et MnAg très élevés dans certaines régions « paisibles » comme certaines AS de la Tshopo, Mongala, Sud-U. Comme pour la plupart des indicateurs de pauvreté, les zones rurales et surtout les zones rurales des « nouvelles provinces » de RDC sont désavantagées par rapport aux zones urbaines et très désavantagées par rapport à la capitale et même par rapport aux anciens centres urbains provinciaux.

Complexité médicale et complexité culturelle de la malnutrition

Non seulement les liaisons entre MnC et MnA ne sont pas entièrement établies scientifiquement, mais il faut déterminer les interactions complexes entre MnA et autres pathologies. Ces interactions sont nombreuses et variées dans les deux sens. L'état de Mn étant médicalement propice à d'autres pathologies tout comme l'inverse... Que dire alors des perceptions populaires de la Mn ?

Dans les zones d'étude, les populations ne perçoivent en rien la MnC comme un problème et ne perçoivent pas la MnA comme une affection principalement (voire pas du tout) liée à l'alimentation. Certes, ces populations n'ont pas tout à fait tort puisque l'Unicef estime que l'alimentation n'est pas seule en cause. Selon elle, « les causes majeures de la malnutrition sont la pauvreté, le manque d'accès à l'eau potable, à l'assainissement, aux soins médicaux, à l'éducation et à l'alimentation ». Nous ajouterons à cette liste hétérogène l'état sévère de subordination des femmes (épouses-mères) qui portent le principal travail productif (« faire les champs ») et tout le travail reproductif (care, famille, fécondité parmi les plus élevées d'Afrique), alors que leur contrôle sur les ressources familiales est en général très limité.

À la faveur des changements des approches de la santé globale, un consensus semble s'imposer sur l'approche affichée par la BM en 2021 et d'autres agences de premier plan comme l'Unicef. L'accent se déplace ainsi vers un plus vaste ensemble causal englobant les conditions sanitaires, la faible performance des institutions de santé, les pratiques sanitaires et familiales et enfin, les conflits et catastrophes. « *Le revenu n'est pas le seul déterminant des retards de croissance : l'insécurité alimentaire, une alimentation insuffisamment diversifiée, des taux élevés de maladies infectieuses, une alimentation et des soins inappropriés chez les nourrissons, ainsi que des pratiques d'hygiène et d'assainissement inadaptées, (nous soulignons) sont autant de facteurs qui contribuent à la persistance du problème. En outre, les crises alimentaires et*

financières, de même que les conflits et les catastrophes naturelles, aggravent la prévalence de la dénutrition dans de nombreuses régions » (Banque mondiale, 2021)²⁶. Parmi ses 4 indicateurs de malnutrition aiguë, l'IPC retient ainsi en premier lieu les « mauvaises pratiques alimentaires des ménages et un régime alimentaire minimal faible », « les maladies » et « l'accès médiocre aux établissements de santé » et enfin l'insécurité alimentaire.

Ce faisant, si les populations partagent d'une certaine manière ce constat sur la pluralité des déterminants de la Mn, elles situent pour leur part son origine ailleurs. C'est l'occasion de rappeler une distinction de base de l'anthropologie de la santé sur laquelle nous reviendrons souvent : **le modèle étiologique Zampleni et Sindzingre** (Bonnet 1996) et qui requiert de répondre à trois questions distinctes : 1) comment la maladie est intervenue ? 2) Qui, quel agent en est responsable ? 3) Pourquoi tout cela arrive... à quelqu'un, soit la cause ultime de l'affection, de l'accident (Fassin, Jaffré 1990). Cette perception non médicale qui renvoie aux **entités nosologiques populaires** (ENP) aux représentations sociales de l'existence et des liens sociaux, nous impose aussi de garder distance à l'égard des formules dramatisées de la malnutrition. Le mal a ses raisons et celles-ci sont étrangères à l'étiologie biomédicale « naturaliste » centrée sur le corps physique individuel. Telle qu'il est pensé dans les communautés, le mal qualifié par la biomédecine de Mn ne permet pas de poser équivalence des maux et des morts.

²⁶ <https://www.banquemondiale.org/fr/topic/nutrition/overview>

Anthropologie, sociologie et malnutrition : acquis et questions

“Aujourd'hui, il faut décloisonner ce raisonnement dichotomique selon lequel 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” (Bonnet 1996).

Des investigations ont été réalisées depuis 25 ans dans la foulée des projets et programmes. La crise de 2005 au Niger, dite « crise alimentaire » plutôt que « famine » dans ce pays régulièrement frappé a marqué une nouvelle étape dans ces approches et aussi dans la prise en charge de la MnA. La réflexion, l'appui et l'adaptation de la prise en charge ont suivi la mobilisation internationale bien au-delà de la mise au point de *Plumpy nut*. Si la MnA reste importante au Niger aujourd'hui elle est infiniment mieux prise en charge qu'en RDC.

A. Sen a avait déjà mis en lumière les dimensions politiques des famines, la crise de 2005 au Niger qui a mis en avant les grands acteurs de la santé humanitaire (MSF en particulier) a ouvert un nouvel ensemble de réflexion sur les arènes locales de la santé globale. Le fossé entre les politiques sur papier et leurs mises en œuvre à l'aune des contextes africains et des logiques d'acteurs ainsi que les contradictions entre politiques et doctrines se sont révélées considérables et souvent compromettantes (Jaffré & Olivier de Sardan 2003, Olivier de Sardan 2021)

Des « ENP » (Entité Nosologiques Populaires)

La complexité et la relativité des univers culturels qui organisent des dimensions aussi fondamentales de la vie que la relation mère-enfant, les rapports entre la souffrance humaine et le monde surnaturel, la sexualité, le substrat physique de la vie, les rapports entre l'individu et la communauté (des morts et vivants) étaient déjà relativement connues des anthropologues et aussi, dans une certaine mesure, des historiens. Ces représentations ont alors fait l'objet de recherches qui ont trouvé une synthèse dans la notion **d'entité nosologique populaire** (ENP), (Ods Jaffré). Parallèlement, deux autres approches ont beaucoup progressé : les logiques de quête de soins des patients d'une part et les rapports entre institutions et professionnels de la santé et des populations d'autre part.

Il y a plus d'un quart de siècle, des experts en santé publique et des anthropologues s'interrogeaient déjà sur la résistance inattendue de la malnutrition infantile face aux campagnes et interventions de santé infantile, ou plus spécifiquement, sur les limites des interventions spécialisées en matière de prévention ou de prise en charge de la malnutrition

infantile. Il s'agissait alors des formes aiguës de malnutrition. Celles-ci étaient perçues comme constitutive d'une cause massive de mortalité infanto-juvénile dans de nombreux pays²⁷.

Les premiers modèles de communication nutritionnelle des agents de santé ne semblaient pas impacter durablement les façons de faire des familles et des mères : peu d'enfants malnutris étaient présentés, beaucoup décédaient avant ou même après les consultations et conseils. Davantage encore que face à des maladies « médicales » habituelles, soignés (parents des enfants) et soignants semblaient parler des langues sans commune grammaire, convoquer des univers radicalement étrangers : **celui de la santé publique et de la médecine versus celui des représentations populaires du « manger » et de la santé, donc de la vie.**

Anticipant les observations récentes du Pronanut et d'Enabel en RDC, à l'instar de beaucoup de chercheurs de terrain depuis 25 ans, Y. Jaffré notait déjà l'extrême difficulté et l'inefficacité de la prévention et de la prise en charge la malnutrition en Afrique de l'Ouest. Il épinglait le maintien d'une létalité considérable, même après des soins nutritionnels (Jaffré, 1996). Il observait que diagnostics et traitements médicaux et diagnostics et traitements populaires de la MnA renvoyaient à des univers de représentations et des logiques d'action (identification, prévention, traitement, accommodement...) de natures différentes.

Depuis la fin du XX^{ème} siècle, la recherche anthropologique s'est donc poursuivie sur les limites et effets pervers des modes de prise en charge, de communication avec les communautés et au premier chef, les mères.

Étiologies populaires de la malnutrition

Dans un contexte africain certes mais très éloigné de l'Afrique rurale forestière qui nous retient ici, Myriam Roger-Petitjean concluait en 1996 une étude menée dans un centre de consultation d'une ville ouest-africaine, Bobo Dioulasso :

« La maigreur d'un enfant est rarement vécue comme un signe de morbidité. Lorsque les symptômes de la malnutrition sont néanmoins ressentis, ils ne sont qu'exceptionnellement associés à des problèmes nutritionnels ; - quels que soient l'ethnie et le niveau socio-économique des mères interrogées, les symptômes de la malnutrition sont le plus souvent associés à deux entités nosologiques traditionnelles, sere et sogo (langue bambara) » (Roger Petitjean).

La MnC, soit le retard de croissance et une maigreur non spectaculaire, n'est jamais perçue en elle-même comme un signe pathologique. La malnutrition aiguë elle-même, qui peut davantage alerter la maman, n'est pas perçue pour autant comme une pathologie particulièrement liée à un déficit nutritionnel. L'alimentation semble ainsi une chose banale et

²⁷ Dans les années 1980-90, un enfant africain sur quatre n'atteignait pas l'adolescence et un tiers de ceux-ci décédaient de pathologies liées directement ou indirectement à la malnutrition. C'étaient alors des formes sévères (MnAs, Marasme, Kwashiorkor), formes pathologiques et mortelles dont on parlait avant tout et dont on testait les modes de prise en charge.

C'est, semble-t-il, plus de vingt ans plus tard que l'ampleur que la malnutrition chronique (retard de croissance, non perçu comme pathologique) a été « découverte » et de plus en plus désignée par les grands PTF et organisations spécialisées comme un fléau pesant sur la vie de millions d'enfants et sur les économies africaines en particulier. C'est aussi la liaison entre MnC et MnA qui a été de plus en plus étudiée.

en l'absence de pathologie associée ou de formes aiguës sévères, la prise en charge de la Mn n'est pas nécessairement médicale.

Cette citation de Roger-Petitjean mettait déjà sur la piste des ENP, soit les entités (notions, représentations) à travers lesquelles les populations appréhendent, comprennent et traitent des maux universels qui, pour être souvent et trop facilement référés à des pathologies (maladies) de la biomédecine, ne correspondent précisément à celles-ci, ni par leurs modes de diagnostic, ni par leur étiologie, leur nosologie ou leurs traitements. Ce sont, pour le dire simplement, les univers de sens à travers lesquels les maux, la souffrance et le risque mortel sont affectés d'une origine, d'une vie propre, d'une identité, d'une représentation clinique et de traitements ou de guérison tels qui font sens dans les communautés. C'est le point de vue émique (*Emic*) évoqué précédemment qui prolonge d'une certaine manière l'entreprise de l'anthropologie appelée ethno-sémantique qui visait à classer les terminologies des maladies (Bonnet 1999).

Les ENP : les origines du mal et le recours aux soins

Dans la plupart des études africaines, les mères qualifient la malnutrition sévère des petits comme un mal transmis par une action hostile dirigée contre l'enfant, la mère ou la famille. Ce mal peut être transmis lors de la grossesse ou lors du port au dos du nouveau-né. La maman est réputée avoir été contaminée par le contact avec un cadavre d'animal, voire une peau, assimilée à la viande ou par des rapports sexuels illégitimes, deux choses censées produire de la chaleur et la transmettre à l'enfant. L'enfant ne meurt pas toujours, mais devient une proie facile pour les sorciers dévoreurs d'âme. Revenons à Bobo Dioulasso : « *dans leur immense majorité, les femmes considèrent que sogo ne peut être traité dans les formations sanitaires, où réside un risque de sorcellerie. Bien souvent, les enfants atteints n'ont pas de contact avec les services de santé, ils ne sont pas vaccinés alors même que d'autres enfants de la fratrie le sont correctement. Lorsque les enfants arrivent au dispensaire, généralement à l'occasion d'une autre pathologie (toux et diarrhées essentiellement), ils sont souvent dans un état grave de malnutrition* ». Nous n'avons pas noté de liaison entre l'absence de vaccination et la MN des enfants, mais pour le reste, tous ces éléments sont bien et très précisément présents dans les ENP identifiées en RDC. A Isangi comme en Sud-Ubangi, le terme « représentation de la pathologie » pourrait être trompeur si on n'admet pas que les principes mêmes (les modules de l'ENP dit OdS) ne répondent pas aux entités nosologiques de la biomédecine.

Un rapport provisoire récent d'une recherche menée à Isangi sur un échantillon de jeunes mères à propos des pratiques d'allaitement et de nutrition des bébés et petits enfants montre une assez bonne connaissance et une pratique assez répandue des normes Anje. Mais elle révèle aussi des taux inquiétants de MnAg et MnAs (Pronanut 2022). Cette enquête suggère surtout des taux très bas de consultation postnatale (CPS, qui doivent avoir lieu chaque mois) soit 10%-20%. Ceci mis en rapport avec les faiblesses monitoring des familles par les Reco pourrait conduire à penser que nombre d'enfants malnutris ne sont pas présentés, donc pas repérés par les institutions de santé. Cette hypothèse devrait être soumise à des recherches approfondies car ses implications sont considérables.

Par ailleurs l'ambivalence des lieux de la santé (CS, PS, Hôpital) est aussi attestée. Non seulement les populations ne s'y rendent que peu en raison des coûts et de l'accueil défaillant (comportement des agents, non disponibilité des traitements, hygiène) mais ce sont à leurs yeux des lieux dangereux d'exposition à la honte et aux actions sorcières. Nous avons pu constater que les infirmiers eux-mêmes peuvent être considérés comme « dangereux ».

Deux éléments clés de l'anthropologie de la Mn peuvent être soulignés. Ils sont assez récurrents et bien soulignés par Jaffré (1996). Nos enquêtes en attestent.

- 1) Contrairement à la logique médicale de prise en charge, la représentation populaire répugne à singulariser l'enfant malade, même pour le soigner, car ce serait afficher une source de honte, mais aussi une faiblesse que peuvent exploiter sorciers et êtres malfaisants.
- 2) Les attitudes des populations semblent être davantage régies par leur appréhension de l'identité de l'enfant et l'interprétation de son vouloir que par une réelle préoccupation portant sur une quantité de nutriments à ingérer ».

Quelques leçons congolaises de sociologie alimentaire

La sociologie de l'alimentation met en évidence les logiques de distinction qui traversent toutes les pratiques alimentaires et affectent les aliments consommés, les modes de préparation et surtout les habitudes de table, les valeurs et les symboles qui expriment la position sociale, économique et culturelle des groupes concernés. Les innovations urbaines expriment les emprunts à d'autres traditions alimentaires ou aux mets globaux et sont souvent aussi des ambitions de catégories sociales qui cherchent à voir reconnaître leur mobilité, leur singularité, leur ambition dans l'espace social.

Elle montre aussi les puissantes valeurs identitaires que les hommes et femmes attachent aux mets et aux manières de table. Les goûts, les manières de se nourrir, les marchés alimentaires apparaissent ainsi comme des constructions sociales, historiques et culturelles et des enjeux sociaux.

Des recherches récentes en villes africaines montrent la permanence de modes alimentaires et de mets dits locaux qui sortent cependant de leur matrice ethnique d'origine. Elles montrent aussi que la cuisine est un enjeu essentiel de continuité des rapports de genre et du patriarcat. Elles montrent enfin que les mets valorisés et mangés dans les différents groupes sociaux de revenus différents et d'inégale aisance ne diffèrent guère que relativement par la qualité des aliments, mais beaucoup moins par les aliments eux-mêmes, par leurs combinaisons, ni par la diversification (Muteba 2014) des menus quotidiens. Plusieurs recherches indiquent que la liaison entre revenus et l'alimentation n'est pas claire en RDC.

*« La dénutrition (en RDC) est plus répandue dans les ménages pauvres, mais elle affecte aussi des ménages plus riches (moins pauvres). Le revenu n'est pas le seul déterminant des retards de croissance : l'insécurité alimentaire, une alimentation insuffisamment diversifiée, des taux élevés de maladies infectieuses, une alimentation et des soins inappropriés chez les nourrissons, ainsi que des pratiques d'hygiène et d'assainissement inadaptées, sont autant de facteurs qui contribuent à la persistance du problème ».*²⁸

Dans la grande masse de la population de Kinshasa où les importations alimentaires (« vivre frais = congelé ») de basse qualité croissent à grande vitesse, les mets quotidiens des citoyens sont peu diversifiés. Cependant, dans un contexte de crise durable, d'appauvrissement durable et massif, de migrations d'origine rurale et de très grande faiblesse de la capacité de gouvernance, les habitudes qui sous-tendent les pratiques alimentaires et au premier chef les configurations familiales se transforment (Nambuwa 2022). Autour de l'alimentation, se redéfinissent contradictoirement les rapports de genre et de générations (activité économique informelle mais autonome des épouses ; déclassement du papa-chef-de-famille-sans-emploi ; sous-ménages dans les ménages), les solidarités de voisinage, la circulation ville-campagne, les modes d'approvisionnement, l'alimentation de rue, le repas quotidien unique. Les transformations rapides des modes de vie familiaux et des institutions matrimoniales ne sont étrangères à nos préoccupations en milieu rural forestier comme nous le verrons.

²⁸ <https://www.banquemonde.org/fr/topic/nutrition/overview>

Un système de santé peu efficace : « maladie qui n'aime pas l'hôpital » ou hôpital qui n'aime pas la maladie²⁹?

Un diagnostic connu

Si plusieurs indicateurs de santé se sont améliorés depuis une quinzaine d'années à la faveur de campagnes et initiatives internationales ciblant rougeole, paludisme, tuberculose, Sida principalement (Gavi, OMS, Fonds mondial), la RD Congo demeure, en matière de santé publique, un cas préoccupant en raison du maintien de hauts niveaux de malnutrition sur fond de démographie galopante (transition démographique à peine commencée et très limitée). De récentes épidémies très meurtrières de rougeole et la forte croissance des cas enregistrés de tuberculose et de co-infection tuberculose-VIH témoignent de cette fragilité.

La malnutrition chronique est considérée comme endémique parmi les enfants de 0 à 5 ans et est étroitement liée aux maladies diarrhéiques et à la mortalité d'épidémie comme celle de rougeole. Selon une étude du ministère de la santé sur 50 formations sanitaires dans chaque province en 2018, le recul des indicateurs de mortalité et de malnutrition (très élevés en 1997) est notoire. La MNC reste cependant estimée à près de 42% des enfants de moins de 5ans) et la MNA à 6,5% (contre 11,4 % en 1997).

Le progrès le plus spectaculaire concerne la croissance des dépenses publiques médicales et le nombre de médecins pour 10 000 hab. multiplié par 14 entre 1997 et 2018. Ils sont cependant très peu présent hors de villes et beaucoup sont occupés à des fonctions de SP³⁰.

Malheureusement encore, le nombre d'infirmiers n'a fait que doubler (à l'aune de la population) et le nombre lits aigus d'hôpitaux pour 10 000 a chuté de moitié.

Une publication récente évoque parmi les toutes premières causes de Mn en RDC : « ... *the inability of nutritional centers to care of patients admitted for malnutrition due to lack of equipment and the many epidemics the country has had to deal with which have severely handicapped the already unstable health system* ». ³¹

Le système de santé congolais existant a été évalué par le Ministère de la santé en 2017-2018. Malgré les interventions de diverses origines et dans les domaines de la CSU, des épidémies infectieuses, de la vaccination, de l'hygiène et de la nutrition, les carences restent massives dans les formations sanitaires. Un tiers des formations sanitaires sont dépourvues d'électricité, une moitié sont dépourvues d'eau courante. Les intrants de base pour les traitements des pathologies endémiques ne sont que partiellement disponibles. Le paludisme est un risque pour toute la population. La PEC thérapeutique des enfants a permis de réduire de moitié la mortalité spécifique liée au paludisme mais nous avons pu constater qu'elle n'est pas possible

²⁹ La seconde formule a été spontanément utilisée par J.F. Caremel, spécialiste de la Mn au Niger lorsqu'il a pris conscience du faible taux de prise en charge des enfants MnS en RDC et de l'absence des intrants dans les CS et HGZ. Le taux de prise en charge est quatre fois inférieur en RDC ! Au Niger les intrants sont présents dans les centres de santé et centre nutritionnels, ce qui permet une prise en charge ambulatoire de 4/5 enfants.

³⁰ On doit cependant noter que la croissance des chiffres de diplômés en médecine ne saurait cacher le vif débat relatif à leur affectation et à la qualité de leur formation dans une prolifération à peine contrôlée d'établissements universitaires de tout acabit.

³¹ Akilimali, A. & Allij, 2022.

dans certaines ZS. Les interventions nationales et internationales ont permis de contenir le nombre de PVVIH à 500 000 et de réduire considérablement les contaminations et les décès. Cependant, les progrès des couvertures vaccinales ne permettent pas de contenir les épidémies de rougeole (2019, plus de 6000 décès enregistrés) et la progression de la tuberculose est considérable (+30 % de décès entre 2006 et 2018).

Le défi de convaincre sans soigner

Si les gens disent volontiers que Botete, Ishusa, Buyu, Koyo ...comme d'autres pathologies (ENP) ne sont pas des « maladies d'hôpital ... ou des maladies de docteur » ce n'est pas seulement, parce qu'ils situent leur origine dans un univers non médical (« maladies de l'esprit), mais parce qu'ils font l'expérience concrète de l'absence de produits et de prises en charge et/ou du peu de qualité des soins qui sont au demeurant payants en général.

Absence d'équipements, de formation du personnel, de moyens de fonctionnement, de salaires sont constatés partout. L'effondrement de ce système de santé qui fit référence il y a 30-40 ans en Afrique (à tout le moins dans les régions du Congo les plus étudiées) est bien connu et documenté. Ayant eu à affronter les épidémies de VIH, Ebola en plus de celles de méningite et autres maladies infectieuses et, dans le même temps, divers conflits hautement meurtriers et déplacements de populations sur fond d'insuffisance radicale de financements publics et d'abandon des institutions de formation, le système de santé est particulièrement inefficace en zone rurale.

Pourtant, le pays n'est pas resté étranger aux initiatives spécialisées et aux politiques de lutte contre la mortalité infantile et des dizaines d'interventions humanitaires ont ciblé ce domaine sous la coordination du Pronanut. Ainsi « la prévalence nationale de l'émaciation a significativement diminué passant de 16% en 2001 à 6,5% en 2018 avec 2,0% pour la forme sévère. Cette diminution est due aux activités multisectorielles (nutrition, WASH, sécurité alimentaire, santé) coordonnées par le Pronanut et les partenaires (PTF). Les provinces d'Ituri (6,1%) et du Nord-Ubangi (6,1%) ont les prévalences de l'émaciation sévère les plus élevées. En 2022, on estime à 2,8 millions le nombre de personnes souffrant de malnutrition aiguë globale, dont 1,2 million d'enfants de moins de cinq ans" (HRP, 2022). ``

Incident critique 1

Selon les enquêtes, la malnutrition provient principalement d'une mauvaise alimentation et des mauvais esprits. (...) Ces représentations sont renforcées par la faiblesse du système sanitaire. Dans les centres de santé enquêtés, il n'y a pas d'intrants de prise en charge de la MnAs depuis des mois et des années (?) ; la prise en charge se limite à soigner les infestions opportunistes et aux conseils prodigués aux familles des enfants souffrant de la Mn. Par conséquent, les familles préfèrent amener leurs enfants soit à l'église pour que le pasteur prie pour eux et les délivre du mauvais esprit ou vers des guérisseurs traditionnels.

Dans la zone de santé de Bwamanda par exemple, dans le village Bominenge Kada, le chef-lieu de l'aire de sante à 50 mètres du centre de santé, avant 18 heures, le chef de localité nous arrêté en criant : « voici les enfants malnutris ». A côté de lui se trouvait un groupe de mamans avec des enfants. Nous nous sommes arrêtés pour voir de quoi il s'agissait. Nous avons trouvé 11 mamans avec 15 enfants parmi lesquels les nutritionnistes ont dépisté 6 enfants portant symptômes de malnutrition aiguë sévère, œdèmes bilatéraux. Selon les nutritionnistes,

certaines enfants avaient déjà développé les signes de complications graves de la malnutrition aigüe sévère. Le nombre de personnes augmentant autour de nous, nous avons fait appel à l'IT de l'aire de santé pour savoir s'il connaissait cette situation des enfants malnutris dans son aire de santé. Il a reconnu être informé et a souligné que ces enfants étaient gardés par un pasteur de l'église Mpeve Alongo. Ce pasteur priait pour eux en appliquant l'huile d'onction sur leur tête.³² A l'HG de la zone de santé, il y avait selon la nutritionniste, une rupture de fourniture en intrants.

Incident critique 2

Dans un Poste de santé à Isangi, nous avons rencontré une jeune femme d'une trentaine d'année, couchée sur une natte dans la maison de l'infirmier (à quelques mètres du poste de santé). La femme était venue pour les soins, selon l'infirmier, elle souffrait de la malaria. Après avoir été soignée, la dame n'avait personne pour payer ses soins de santé, elle s'est démenée pour payer une partie ; Le responsable du poste de santé l'a séquestrée dans sa maison pendant deux semaines pour l'obliger à solder sa « facture ». Nous avons dû payer ses soins pour obtenir sa libération.

Dans le même poste de santé, nous avons observé que l'infirmier utilisait la gentamicine pour traiter la malaria. Quand on lui demande pourquoi il ne donne pas la quinine ou un autre antipaludéen, il nous dira qu'il y avait rupture de stock dans la ZS.

Pour prendre néanmoins la mesure de l'inefficacité spécifique du service de santé en matière de prise en charge de la Mn, on observera que selon l'Unicef, 70% des enfants souffrant de MnA (S) en RDC n'ont pas été pris en charge en 2021.

Certes les crises alimentaires très médiatisées comme celle de 2005 au Niger ont des effets positifs à moyen terme en matière de réforme des SS, alors que celle, récente, du Kasai le fut beaucoup moins. Mais il faut noter qu'en RDC et en Afrique sub-saharienne plus généralement, la malnutrition n'est pas nécessairement liée aux conflits et qu'elle peut être très élevée dans des régions paisibles, des régions minières, voire des régions d'agriculture généralisée. La défaillance de l'offre de santé, en particulier la faiblesse ou l'inadaptation de l'offre de santé maternelle et infantile s'est imposée comme une des causes collectives de la Mn à mesure que se développait l'approche SSP. Les évolutions des classifications de mesures anthropométriques (T/A, P/A, T/P), cliniques (formes œdémateuse, marasmique, kwashiorkor) et statistiques, les progrès des protocoles (notamment le modèle communautaire) et des traitements des formes aigües (notamment le développement des ATPE) ont joué un rôle considérable pour construire l'espace global (désormais globalisé par la médecine humanitaire) de cette pathologie dont l'identification des causes a répondu à un modèle d'addition des facteurs plutôt que d'exclusion, modèle qui reste ouvert. Mais aujourd'hui, on connaît un traitement standard et « aisé » : 9/10 patients répondent au traitement ATPE combiné à une PEC ambulatoire. Cette

³² L'équipe a conscientisé les mamans des enfants malnutris et leur demandé de fréquenter la CPS pour le suivi de leurs enfants. Comme la situation était très critique nous avons demandé l'IT de monter à bord du véhicule pour partir avec nous à Bwamanda pour acheter quelques produits pouvant permettre de nourrir ces enfants pendant dix jours en attendant qu'une solution ne soit trouvée.

formule internationale de médecine d'urgence est devenue un dispositif de santé globale et des produits préventifs (ASPE) ont enrichi la PEC.

Que 70 % (Unicef) des enfants MnAs en RDC n'aient pas été pris en charge en 2021 alors que 90 % des enfants MnAs au Niger le sont, pour la plupart en traitement ambulatoire avec des ATPE, en dit long sur les « bénéfiques » de crises humanitaires régulières qui ont fait du Niger une sorte de laboratoire de la médecine humanitaire (sans-frontière en particulier), mais aussi sur l'état du système de santé congolais.

Toutes les définitions et analyses des Mn mettent en outre en avant des déterminants liés aux faiblesses des soins de santé. C'est évident si l'on pense les déterminations croisées des maladies : la malnutrition rendant plus vulnérables aux maladies les plus fréquentes et dangereuses pour les enfants (Paludisme, IRA, maladies diarrhéiques) et vice-versa. On pense aussi aux fonctions d'éducation à la santé, de prévention, de détection et de monitoring et bien-sûr de prise en charge et suivi des pathologies.

La littérature alarmante des institutions nationales et internationales concernant la grande faiblesse du dispositif de santé dans les ZS concernées est largement confirmée par nos observations. Malgré des inégalités notoires en matière de moyens, de RH et d'organisation, le dispositif ne semble pas en mesure de délivrer des soins minimaux aux publics visés : les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes ou les jeunes mères. Le dispositif est structuré, doté en personnel (très mal et inégalement rémunéré) et en relais communautaires (RECO, voire l'encadré) supervisé, servi en intrants (très incomplètement, inégalement de manière discontinue) mais semble davantage orienté vers les besoins de ses personnels que vers la délivrance de services de qualité aux populations. Ce dispositif semble principalement fonctionner à travers des interventions nationales ponctuelles, des études, partenariats, projets, campagnes particulières... par à-coups donc. Lors de nos visites nous avons noté peu de patients, des carences en intrants (traitement du Palu, MnA en outre), une hygiène lamentable (pas d'eau potable, incinérateurs non fonctionnels, sols et murs de terre, toits de branches...), des pratiques hors normes ! En l'état, la plupart des centres et postes de santé n'ont pas (ou plus pour certains bénéficiaires de l'intervention passée de ACEF) d'intrants de prise en charge de la MnA.

Les hôpitaux de référence sont inégalement dotés et globalement démunis devant de nombreuses pathologies. Lors de nos enquêtes hôpitaux et centres de santé étaient tous démunis en intrants de prise en charge de la Mn et dans de nombreux cas du paludisme. Dans certains centres, on espérait le retour rapide des partenaires ACF et ADRA.

Enfin les rapports entre les gens et les personnels médicaux et les RECO sont très ambivalents, surtout lorsque des interventions ont pris fin quelque temps auparavant laissant les personnels incapables de répondre aux demandes de PEC.

Sara, incident critique 3³³, HGR

Visite de l'hôpital avec le responsable du Nursing. Au niveau du service de pédiatrie, on observe une dizaine d'enfants hospitalisés avec leurs accompagnants. Plusieurs semblent à tout le moins malnutris, ce que confirme l'infirmier responsable. Une petite fille, appelons-la Sara, présente un œdème caractéristique et connaît un retard de croissance très significatif. Elle présente les symptômes de MnAS. Elle est faible, presque incapable de maintenir sa tête droite. La maman semble désespérée et épuisée. L'infirmier nous assure qu'elle est prise en charge assez efficacement avec des bouillies améliorées fabriquées dans l'HG par le département nutrition. Ces bouillies ne sont pas des ATPE qui seraient probablement indispensables dans ce cas. À la question « pensez-vous être en capacité de la récupérer ? », il répond par l'affirmative en ajoutant que des progrès ont été enregistrés depuis quelques jours. Il est optimiste. Trente minutes plus tard nous visitons le département nutrition. Une cuisine de quelques foyers, couverte, mais à l'air libre. Les marmites sont parfaitement rangées, les cendres bien froides. Aucune cuisine ne semble y être faite depuis un moment. La nutritionniste admet qu'elle n'a « plus aucun intrant depuis quelques jours ». Nous pensons à Sara censée être nourrie de bouillies améliorées et aller mieux. La loi congolaise prévoit que les chercheurs doivent assistance lorsqu'ils rencontrent pareille détresse. Nous posons donc la question à une autre nutritionniste de la ZS qui nous déconseille de donner simplement de l'argent à la nutritionniste de l'hôpital. Celle-ci nous déconseille de donner 100 \$ à la maman « qui dépenserait pour tout autre chose... ». Nous nous référons à notre guide avec qui nous convenons de « payer des aliments locaux au marché pour faire jonction » le service de nutrition devant être approvisionné sous peu. La nutritionniste de l'HG s'en chargera le jour même ou demain, mais il est jugé préférable que le Médecin Directeur de l'HG à qui nous remettons la somme, signe un bon de commande et qu'elle aille ensuite au marché. Nous aurons ainsi un reçu. Nous parlons au directeur qui est notre hôte. Il acquiesce. Ce sera donc demain. Le lendemain, à notre arrivé à l'HG, nous entendons une jeune mère portant un enfant mort dans ses bras et qui semble quitter l'hôpital pour rentrer à la maison. Elle pleure et crie sa peine en cheminant. Ce n'est pas la maman de Sara... Sans doute la maman d'une autre enfant croisée la veille mais qui n'a pas retenu notre attention.

Les aliments locaux ont été achetés pour préparer les bouillies améliorées au service de nutrition de l'HG. C'est peu, mais de quoi nourrir plusieurs enfants en attendant l'approvisionnement du service de nutrition.

Nous avons copié du bon de commande et les aliments sont bien là, comme le makala. Tout est prêt pour chauffer la marmite.

Sara est morte le lendemain matin.

³³ L'incident critique n'est pas un conflit, ni un accident mais simplement une scène non prévue dans l'enquête qui dans son déroulement révèle bien davantage que la succession des faits. Une sorte de concentré informatif, qui peut donner lieu à une étude de cas, ce que nous n'avons pas eu le temps de faire ici.

La sécurité alimentaire dans le système agricole équatorial forestier

La SA est souvent définie comme « *la capacité des êtres humains d'avoir, à tout moment, un accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive, leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active* »³⁴

L'Afrique qui compte le tiers des personnes en insécurité alimentaire dans le monde est loin derrière l'Asie quant au nombre absolu de personnes en insécurité alimentaire, mais la prévalence y est plus élevée et l'évolution est moins favorable. L'Afrique centrale se distingue par la plus forte prévalence de sous-alimentation avec près de 33% de sous-alimentés. C'est plus de deux fois le score de l'Afrique de l'Ouest ou de l'Asie du Sud. Sur 260 millions d'Africains sous-alimentés, 60 millions vivent en Afrique centrale.

L'insécurité alimentaire ne mesure à strictement parler ni la sous-alimentation, ni la malnutrition, ni la pauvreté, mais est un indicateur complémentaire utile précieux.

Il s'agit d'une mesure du vécu fondée sur des déclarations lors d'enquêtes (*Food Insecurity Experience Scale*) dans lesquelles les répondants décrivent leur alimentation pour une période donnée et déclarent avoir dû renoncer à s'alimenter suffisamment et ou sainement certains jours en sautant éventuellement certains repas (Mn modérée) ou avoir renoncé à s'alimenter complètement certains jours et manquer régulièrement de nourriture (Mn grave³⁵). Celle-ci concernerait 4 Congolais sur 10 tandis que 7 Congolais sur 10 se passent régulièrement de certains repas.

Il est inutile de revenir longuement sur la dramatique situation agricole et alimentaire en RDC qui pèse beaucoup sur le mauvais score de l'Afrique centrale. « *L'état actuel de l'agriculture ne permet pas de fournir une alimentation variée et suffisante pour la population congolaise. Les rendements et la productivité restent très faibles, les chaînes de valeur sont peu développées et la valeur ajoutée est distribuée au détriment des agriculteurs* » Dans pareil contexte, il n'est pas surprenant que « 60 % des ménages ruraux consomment un seul repas par jour principalement à base de manioc et ou de maïs accompagné de légumes » (FAO-UE-CIRAD 2022).

Tous les indicateurs sont convergents : le système alimentaire national est clairement et massivement en déficit. Selon un tout récent rapport de FAO-UE-CIRAD : « *les systèmes alimentaires sont sujets à de nombreuses contraintes et ne permettent pas l'autosuffisance alimentaire nationale. Cela amène la RDC au constat qu'elle est le pays ayant le nombre le plus important de personnes en insécurité alimentaire aiguë au monde, avec 27,3 millions de personnes (31,6 pour cent de la population) en situation de crise et urgence alimentaire* » (FAO-UE-CIRAD 2022).

En termes de masse humaine, la RDC serait le principal défi humanitaire et nutritionnel planétaire. Il est aussi établi que les milieux ruraux sont les plus désavantagés pour la pauvreté

³⁴ <https://www.fao.org/3/cc0639fr/online/sofi-2022/food-security-nutrition-indicators.html>

³⁵ En cas de déficits conséquents de consommation alimentaire s'apparentant à la phase 3 de l'IPC (Insécurité alimentaire aiguë), celle-ci est reflétée par une malnutrition aiguë.

aigüe en général comme pour l'accès aux services d'éducation et de santé. Selon les études, deux tiers à trois quarts de la population estimée du pays (sur)vivent en dessous du seuil de pauvreté de 1,8 \$/jour. Les perspectives post-covid sont alarmantes.

L'in-gouvernance du pays est épinglée partout, surtout en matière agricole. L'effondrement d'une fonction publique pourtant pléthorique mais peu contrôlée et très inégalement rémunérée, inefficace et prédatrice est aussi très bien connue et analysée comme un mode de fonctionnement quasi paradigmatique de l'administration congolaise (De Herdt, Poncelet 2010 ; De Herdt, Olivier de Sardan 2015 ; Herbst and Mills 2013 ; Schouten 2021)

Tableau 1. Sécurité alimentaire, nutrition et santé :

Sous-nutrition (2018-2020)	41,7%
Prévalence de <u>l'insécurité alimentaire grave</u> – population totale (%) (2018-2020)	38,5%
Prévalence de <u>l'insécurité alimentaire modérée ou grave</u> – population totale (%) (2018-2020)	69,2%
Retard de croissance, < 5 ans (2020)	40,8%
Anémie, femmes (2019)	42,4%

Source: Banque mondiale, 2021; FAO, 2021. Les couleurs représentent la comparaison de la situation en RDC avec d'autres pays similaires.

« Tout le monde fait les champs ». Une agriculture de prélèvement généralisée
L'immense majorité de la population des zones d'études pratique l'agriculture, la pêche et le petit élevage directement ou indirectement, à titre d'activité principale ou plutôt complémentaire. Toutefois comme nous l'avons dit ci-dessus, ces producteurs sont les premiers à souffrir d'insécurité alimentaire et de malnutrition. Il en va ainsi dans de nombreuses zones « en développement » du Sud. La situation est infiniment plus contraignante en zone forestière équatoriale du fait du modèle agricole traditionnel et archaïque encore généralisé, du délabrement général des rares bases d'économie de marché, de l'absence de politiques publiques de développement et de voies de transport praticables. Au regard des besoins et des potentiels (si limités soient-ils par le cadre naturel), la production est insuffisante, la productivité et les rendements très faibles, la régulation par le marché est marginale et surtout inefficace. Elle joue au détriment des producteurs. Si cette pauvreté immense n'est pas totalement écrasante et ne suscite pas jusqu'ici de jacqueries, si le clientélisme politique est largement inefficace et si tant d'innovations économiques sont éphémères, c'est que l'héritage d'un modèle d'agriculture extensive, itinérante, basée sur la micro-exploitation demeure dominant. Mais il n'est plus autarcique dans le sens où une partie de la production est échangée pour acheter quelques biens et services devenus indispensables : vélos, motos, carburant, « unités », vêtements, frais scolaires et médicaux, contributions aux cultes et cérémonies.

10 sacs...

« Dans toutes les aires de santé l'étendue exploitée par les ménages est faible. En moyenne, pour une superficie de 50m/100, les ménages récoltent 8 à 13 sacs d'arachides. Même pour les ménages qui recourent à, des « travailleurs agricoles », rares sont ceux qui exploitent plus de 100m/100 (un Ha). A la limite ils peuvent cultiver deux ou trois champs par saison culturale. Les hommes polygames exploitent la force physique de leurs femmes, chaque femme a son champ, leurs maris se retrouvent facilement avec plusieurs champs par saison culturale. Les plus « friqués », comme les infirmiers titulaires, payent la main d'œuvre pour chacune de leurs épouses » (notes de terrain S-U, entretien, Régine N.)

Dans ce modèle qui est aussi un mode de vie, « les plantes cultivées (banane plantain, manioc, autres racines ou légumineuses) qui sont la base de l'alimentation, ne se conservent pas ou ne sont pas conditionnées pour être conservées. Peu de temps s'écoule entre la récolte et une consommation non différée. L'équateur forestier est un monde sans moisson, sans conservation de longue durée, sans grenier (...). Il en résulte une relation au temps très particulière : pas de provisions, pas de prévisions. Aucun pouvoir ne s'y est construit sur le contrôle des subsistances et la gestion du futur » (Pourtier 2020).

« Je gagne 35000Fc par mois, je paye 18000 FC chaque mois pour la scolarité de mes deux enfants qui étudient dans une école de concession Miluna. Comment tu fais pour assurer les autres besoins du ménage ? Je cultive pour les autres membres de la concession Miluna. Combien on te paye ? Pour 10m/10 on me paye 1000fc. Par jour tu peux cultiver combien de mettre ? Le jour que je suis en forme, je cultive 20m/10 et on me paye 2000FC (1\$). (Entretien avec un travailleur de la concession Miluna Ngwaka, AS de Bulu).

« Je suis cultivatrice, cette année j'ai cultivé 40m/50, j'ai planté le maïs et le manioc, j'ai un autre champ de 40m/120 dans lequel j'ai planté l'arachide et le manioc. J'ai récolté 8 sacs d'arachide et j'ai tout vendu » (Marie, première épouse et mère de 8 enfants, AS Mbako ZS Bulu).

À l'absence de grenier communautaire ou familial correspond l'absence de garde-manger dans le ménage. Le champ de manioc tient lieu de garde-manger et de grenier. Les femmes, le plus souvent et régulièrement, y prélèvent des feuilles à la fin de la journée au retour de travaux champêtres, afin de préparer le repas du soir qui est souvent le premier de la journée.

Les exploitations sont individuelles. Les surfaces sont limitées et la productivité faible. Comme dans de nombreuses sociétés africaines, la fille n'hérite pas de terres de ses parents. Épousée, elle travaille sur les terres de son mari ou sur des terres que le mari lui concède. Elle peut aussi parfois louer ou acquérir un lopin pour cultiver ce qu'elle vendra en partie et/ou utilisera pour la famille. Il existe aussi quelques initiatives collectives de femmes qui accèdent à des terres et intrants pour assurer une production qu'elles géreront. À Isangi en particulier, certaines femmes Lokele et Topoke se livrent principalement au commerce en parcourant les marchés. Elles renégocient sur cette base leur apport au ménage. Il n'est pas rare qu'elles aient des enfants de plusieurs hommes. Des femmes Lokele en particulier pratiquent ce commerce sur le fleuve jusqu'à Kinshasa ce qui contribue à générer des remises d'argent vers les zones d'origine.

Tout au long de nos enquêtes, dans la Tshopo et le Sud-Ubangi, nous avons constaté que les petits animaux et une très large partie des produits agricoles et de collectes (chenilles) sont vendus et non ou peu consommés par les ménages qui élèvent et cultivent. Le petit élevage domestique, c'est bien connu partout en Afrique rurale, est une forme d'épargne pour faire face à des dépenses lourdes, périodiques ou inattendues ou encore exceptionnelles : éducation (alors que les frais de formation sont supprimés en primaire), soins de santé, logement, cérémonies, outils et quelques ustensiles de cuisine mais aussi des frais liés aux services publics comme la justice...

« Les pêcheurs ne mangent que peu de poisson ; du fretin, des abats ou même des parties « avariées », les ménages qui combinent l'agriculture et le petit élevage domestique ne mangent de la viande qu'à des « grandes occasions », « quelques fois par an, à Noël, nouvel an.. » (CdC Isangi) ». Les enfants sont les derniers à profiter de ces rares moments exceptionnels, car il est largement admis que le papa se sert des meilleurs morceaux en toutes circonstances. Vendre est donc un objectif prioritaire même pour la production de Maïs, Arachide, Niébe. Selon la plupart de nos informateurs les prix d'achat payés aux producteurs sont très bas. Leur incapacité à stocker et encore plus à stocker collectivement et les besoins chroniques de cash les poussent à se dessaisir de leurs produits à vil prix. Il est probable que les rentes et bénéfices sont réalisés en aval par les commerçants (collecteurs, grossistes, transporteurs)

Un pôle de subsistance forestier

Selon le rapport FAO-UE-Cirad (2022), Isangi et Sud-Ubangi relèvent du pôle de subsistance forestier distingué, comme celui de la subsistance de savane, des pôles potentiels de croissance (Sud-Est, Kinshasa, Est) qui devraient tirer l'économie nationale. Dans ce pôle forestier, la perspective serait surtout de survivre en essayant de réduire l'exode rural et l'entassement urbain et en limitant les dégradations environnementales. Selon ce rapport, « l'état défectueux des réseaux et des moyens de transports (routier et fluvial) dans ce pôle forestier entraîne l'enclavement de la quasi-totalité de cette zone et une quasi-absence d'économie monétaire. Ces éléments sont renforcés par une faible volonté de connecter et d'adopter une approche multimodale des transports entre les zones forestières enclavées et les zones urbanisées. Cela creuse le déséquilibre d'accès à la terre entre les classes sociales et les genres et entraîne la pauvreté rurale et le manque d'opportunités d'emplois, de revenus et de moyens d'existence variés. À cause de la faible fertilité intrinsèque des sols, la production agricole ne permet pas de dégager un surplus commercialisable significatif de biens alimentaires. Cela engendre également une surexploitation des ressources forestières et halieutiques comme moyens de subsistance et une forte dégradation des sols en raison de pratiques agricoles inadéquates (comme l'abattis-brûlis en rotation courte). L'offre alimentaire repose essentiellement sur la chasse, la pêche et la cueillette. Par ailleurs, la disparité des revenus et des régimes alimentaires a une forte incidence sur la malnutrition. Selon le niveau d'enclavement, 16 à 29,3 % des enfants souffrent d'une insuffisance pondérale et 35 à 47 % des enfants présentent un retard de croissance ».

La production reste donc très largement familiale, réalisée sur des petites parcelles défrichées en forêt, à l'aide d'outils archaïques. Les produits, (manioc, arachide, maïs, niébé) comme le petit élevage ou la pêche sont orientés principalement vers le marché pour obtenir du cash (système bancaire inexistant, pas d'épargne protégée). Ce système agricole local bénéficie

d'une densité relativement faible de population et de beaucoup d'eau, mais demeure très faible. Il est donc trompeur de laisser dire que la malnutrition est d'autant moins compréhensible que la terre comme l'eau sont abondantes.

L'Afrique des paniers et de l'agriculture féminine

« Même le poisson se fait rare, finalement ils pêchent peu, en général, il faut courir de plus en plus loin pour trouver des aliments » Sœur du Monastère de Isangi).

Partout à Isangi et en Sud-Ubangi, la disponibilité alimentaire se réduit aux yeux des observateurs : tendance générale de la production et/ou du marché, éloignement des champs, défaut de jachère, absence de transports, spéculations des collecteurs, prix croissants des intrants, inondations, transformation des produits en alcool. Dans ce contexte, à quoi servirait une augmentation de production ?

Autre particularité du système de production forestier, la répartition sexuelle du travail qui confère aux femmes l'essentiel du travail agricole en dehors du défrichage des parcelles de culture réservé aux hommes. Leur incombe en particulier la tâche éprouvante du portage (récoltes, eau, bois, divers). « *Le jour où les femmes jetteront leur panier, refusant d'être indéfiniment la «bête de somme» de cette partie de l'Afrique, selon l'expression de Paul Du Chaillu dans les années 1860 [Du Chaillu, 1863], une véritable révolution sera en marche. Elle a commencé avec l'urbanisation et la scolarisation* ». (Pourtier 2020).

Ce milieu équatorial forestier moins peuplé que la savane et bien arrosé doit donc être démythifié d'autant qu'il porte un héritage productif spécifique. Pourtier, un géographe spécialiste du bassin du Congo de longue date écrit : « *en dépit des transformations socio-économiques en cours, l'équateur forestier présente des permanences remarquables dans l'usage de la nature, toujours placé sous le signe de l'agriculture itinérante sur brûlis, système complexe de production vivrière et de socialisation. Considéré comme archaïque par les élites urbaines, à la suite des colons et des développeurs, l'essartage tropical constitue pourtant une réponse à la production alimentaire ajustée au milieu forestier et qui a fait ses preuves en termes écologiques et économiques. Du moins tant que les faibles densités de population permettent la perpétuation du cycle brûlis, culture, longue jachère – une vingtaine d'années pour une bonne reconstitution de la biomasse. (...) L'équateur forestier correspond à l'« Afrique des paniers » [Pourtier, 1989]. Rien n'a fondamentalement changé depuis les premières descriptions qui en ont été faites : les allées et venues des femmes entre les villages et les champs, leur panier sanglé sur le dos, lourdement chargé au retour des produits de leur récolte, continuent à rythmer la vie quotidienne des villages*».

Cette alimentation pauvre très peu diversifiée est de plus en plus chère à l'achat depuis 2015 et surtout 2021, selon tous nos interlocuteurs. Des fortes différences d'un village à l'autre existent en matière d'accessibilité à l'alimentation selon les productions locales, mais finalement les stocks sont absents partout et la pénurie assez générale.

« *Entre janvier et mars les dents grincent. Il n'y a plus rien ...c'est la saison difficile* » (Prêtre Isangi). Très rares sont les témoignages qui ne décrivent pas un accès de plus en plus difficile

aux biens alimentaires. Il faut encore tenir compte des effets des inondations du fleuve et des rivières qui détruisent les récoltes, ce qui décourage les agricultrices en particulier.

Champs éloignés et ilots

À Isangi comme en S-U, l'éloignement des champs de culture n'est pas étranger aux problèmes de malnutrition des enfants. En saison, les parents se rendent sur les champs pour cultiver et récolter, les femmes tout particulièrement, et rentrent tard. Les enfants sont alors sous la surveillance d'aînés et attendent un repas du soir que préparera la maman au retour à la nuit tombée. Ce sera le « gong unique ». Dans d'autres cas, les enfants sont laissés pour plusieurs jours et sont « confiés ». Sur le fleuve (Isangi), des îlots sont exploités par des familles durant des semaines. Les enfants sont confiés ou emmenés dans des logements de fortune sur les ilots où la nourriture est « rustique » et les soins de santé inaccessibles.

« Les parents abandonnent leurs enfants pour d'autres préoccupations (camper dans les champs pendant la période de récolte ou de semence), enfants orphelins de mères....*Les femmes vont camper dans les champs pendant les périodes de semence et de récolte et abandonnent les enfants, pendant cette période on enregistre plusieurs cas de malnutrition* » (Focus group réalisé avec les RECO de Mbari/ ZS Bwamanda)

Une économie commerciale en recul partout

Bien entendu, certaines expériences existent en dehors de la petite agriculture orientée vers la survie (autoconsommation du ménage et surtout vente directe sur le marché local pour le cash). A Isangi même, l'économie non-agricole est orientée vers le commerce fluvial, mais les infrastructures de production non domestiques (entreprises privées ou publiques) semblent avoir disparu. La transformation très archaïque des productions en alcool semble avoir un certain succès. A Isangi, cette petite production réalisée par des particuliers est régulièrement collectée et « exportée » en amont et en aval du fleuve par des baleinières. Les cultures de rente (café, cacao, huile) ne connaissent pas de reprise. Aucune nouvelle initiative de transformation ne s'impose, à l'exception de Miluna-Gwaka au S-U. Globalement, les populations semblent revenues à des logiques de subsistance.

A Bwamanda, le temps du CDI-B est encore dans les mémoires. « *Les paysans trouvaient un prix correct pour leur production, ils trouvaient aussi des intrants, désormais (...) ils ont abandonné les cultures. Il n'y a plus de preneur pour leurs produits. Le maïs c'est pour faire de l'alcool. Toute la région vivait autour du CDI* » (Chef de collectivité, Bwamanda).

Depuis 1969, CDI-B était devenu « *l'exemple modèle de coopération intégrée avec une activité économique agricole qui finançait les activités sociales dans les domaines de la santé, de l'enseignement, des routes et de l'eau* » (Stessens et alli. 2014).

Un rapport d'évaluation d'un projet d'appui à CDI du Fonds belge de Survie daté de 2014 insistait sur la pertinence de la structuration des associations paysannes pour valoriser « l'énorme potentiel en production vivrière » mais concluait : « avec l'arrêt des achats agricoles par le CDI-B, il est clair que le flux monétaire dans la zone s'est diminué et que les agriculteurs sont devenus plus vulnérables quand ils ont besoin d'argent pour des raisons sociales (santé ou éducation). Malgré la disponibilité en quantité et qualité de vivres, la sécurité alimentaire dans la zone ne s'est pas améliorée" (Stessens et alli. 20145).

Le « temps béni » du CDI et de la coopération belge à Bwamanda...

Il semble si loin le temps où le CDI achetait régulièrement la production des paysans pour alimenter les paroisses de Kinshasa. C'était aussi le temps de la mutuelle de santé et la présence d'une forte coopération belge dans la santé, l'éducation et le développement rural. Certes, il reste quelques acquis- comme la mutuelle de santé dont le sort n'est pas clair et qui devrait être réétudiée de près à l'aune des nouvelles pratiques d'achat stratégique. L'hôpital de Bwamanda qui semble moins démunie que d'autres et dont un nouveau pavillon (Enabel) ouvrira bientôt. Mais rien n'indique que ce passé soit encore réellement agissant à une échelle significative au niveau de la disponibilité des ressources pour s'alimenter ou pour accéder à des soins de qualité. Mais ce passé est encore dans toutes les mémoires et constitue le référentiel du développement pour les leaders locaux comme pour les paysans mal reconvertis et les patients en mal d'accès aux soins.

Ce constat qui est certes celui d'un échec de gestion de CDI-B doit interpeler plus largement le monde du développement tant l'absence de pérennité d'un dispositif intégré qui était hier un modèle de développement est frappante ! Ce constat est aussi celui d'une impuissance ou d'une absence d'initiative locale.

La plantation Miluna-Gwaka semble fort seule dans la zone sud-est du Sud-Ubangi. Rien n'indique que les revenus distribués soutiennent une dynamique de l'offre alimentaire dans la région et les conditions de vie des travailleurs ne semblent pas tellement différentes de paysans indépendants de la zone, si ce n'est l'accès aux soins à l'hôpital et une école pour une minorité. D'autres plantations commerciales en S-U semblent avoir beaucoup perdu de leur impact socio-économique. Dans la Tshopo, l'économie commerciale a été décrite comme « résiduelle » lors de l'atelier de mars 2022.

Dans pareil sentiment général d'effondrement de l'économie « moderne », on ne doit pas s'étonner que les personnes perçoivent que la Mn est croissante et qu'elle participe de cet effondrement. Bien que le sentiment crée parfois la réalité, celle-ci n'est pas uniforme. Dans la ZS de Isangi un Chef de groupement estime que dans son village (proche de l'HGR), « la Mn est quasi absente et loin derrière d'autres pathologies, loin derrière d'autres problème chez nous ».

« Maman asimba kuruze ya bana » (c'est la maman qui porte la croix des enfants)

Un patriarcat “féroce”

Malgré des différences dans les traditions d’alliance, les us et coutumes ethniques dans le domaine matrimonial et plus généralement familial, nous devons revenir sur quelques réalités largement répandues à Isangi et au Sud-Ubangi³⁶. Ceci permet de mettre en évidence les transformations de l’économie de la reproduction qui réduisent encore davantage l’autonomie des femmes-épouses-mères tout en démultipliant leurs charges familiales.

Cette étape est nécessaire pour répondre à deux questions clé pour notre propos :

1. À qui revient la charge de l’alimentation et des soins aux enfants ?
2. Comment s’exerce le pouvoir de décision, en particulier la décision de recourir aux soins et de les payer ?

Filiation, héritage, alliance et dot

La fille n’hérite pas de biens immeubles, terre, maison, ni de droits sur ces biens. Si les gens parlent volontiers de « propriété » et « propriétaire » dans le domaine foncier, il serait trompeur de croire qu’il s’agit de propriété au sens juridique occidental du terme. Cependant les droits d’usage et de succession sont relativement clairs tandis que d’autres aspects de cette propriété concernent aussi le chef de clan ou de collectivité qui est parfois par ailleurs qualifié de propriétaire au même titre que le groupe ethnique dans son ensemble : « (...) *ces terres sont pour les Turumbu. Elles leur appartiennent* » (Homme topoke). Que la propriété soit plus ou moins complète ou plus ou moins individuelle, quelles que soient les modalités de jouissance qui s’exercent sur des terres, les femmes sont, sauf exception, sévèrement dépourvues de droits. Qu’elles travaillent sur les terres de leurs frères ou de leurs maris, les femmes n’ont pas le droit de contrôler la production. Mais elles doivent parfois y produire des condiments ou aliments destinés à la famille.

Le transfert de la dot est le mariage et il peut intervenir dès que la jeune fille est nubile. Une enquête récente auprès des mamans à Isangi indique que 20% d’entre elles ont accouché pour la première fois entre 15 et 19 ans. La pratique de la dot semble être souple comme en témoigne les verbatim suivants :

- « ...*Oui il faut verser la dot au père de la femme, mais on donne une « pré-dot », une partie et après on peut partir (...) tu verseras le reste après et c’est parfois longtemps* ».

Q : *mais vous pouvez prendre une autre épouse si la dot de la précédente n’est pas soldée ?*

R : *oui bien sûr ... ça fait que chez nous la femme n’est pas chère ! et pour solder il y a beaucoup de discussion et de temps* » (Homme, Bwamanda).

- Ici chez nous *yaka tovanda* (mariage de fait), c’est la majorité de filles qui tombent enceinte avant le mariage ; entre 13 et 14 ans, elles deviennent mères et leur mari ne payent rien. (OP, Elykia)

³⁶ Rappelons que les deux zones sont largement polygyniques dans les valeurs collectives comme dans les pratiques et cette polygynie reste de mise parmi les plus jeunes.

- « Dans notre coutume, quand une femme est enceinte on ne peut rien demander à son amant (le père présumé), il prend gratuitement la femme, il faut attendre qu'elle accouche et souvent les garçons en abuse et ne payent rien à la famille de la femme ». (Homme, Directeur de l'EP Elykia (école conventionnée protestante), AS Djiba/ZS Budjala. Point de vue partagé par les femmes membres de l'association Elykia AS/Salongo/ZS Gemena et par différentes personnes ressources interrogées à ce sujet.

- « Je suis mariée légalement (mariage coutumier) à 14 ans ; j'habite dans ma belle-famille, mon mari a 17 ans, il a arrêté les études, il voulait se marier, les parents lui ont demandé de faire le choix entre les études et le mariage, il a opté pour le mariage, il m'a épousé normalement, sans grossesse. Ses parents ont payé 2 chèvres, 11 poules et une somme d'argent à ma famille et m'ont amené chez eux » (femme enceinte rencontrée à la CPN/ AS Ngweze/ ZS Budjala).

- « Ici, nous louons la terre, c'est dans le village de notre mari où nous exploitons gratuitement la terre. Gratuitement ? Oui, dans la culture Ngwaka, chaque beau-père a l'obligation de donner un lopin de terre à chacune de ses belles filles. Et s'il y en a plusieurs, que fait-il ? Il est obligé de trouver. Notre mari a quatre femmes, ses frères en ont aussi plusieurs et notre beau père a donné à chacune de nous une portion de terre pour cultiver. (1^{ère} épouse de l'ITA de l'AS X, ZS Bwamanda, propos partagés par toutes ses coépouses et par les mamans ngwandi rencontré à Kakaoko/ ZS de Bulu).

Les femmes : une charge de travail énorme, une autonomie très limitée

Les revenus non agricoles (salaires, indemnités, perdiem, gains divers liés aux transports et au commerce à distance, etc.) sont très largement le fait des hommes qui tiennent la plupart des emplois et positions qui procurent ces revenus.

Dans le cas des revenus agricoles, même si le gros du travail agricole est réalisé par la femme, les hommes gèrent l'argent de la récolte ; les hommes cultivent l'arachide et la femme le manioc. « Pour cultiver, l'homme s'occupe de l'abattage et du défrichage alors que la femme assure tout le reste jusqu'à la récolte. L'homme réapparaît dans la chaîne au moment de la vente pour gérer le revenu et ceci engendre souvent des violences économiques. La pêche est pratiquée par l'homme et la femme » (femmes membres du groupe de soutien ANJE de Isangi).

Il existe des différences entre ethnies, mais dont les variations dérogent peu ou pas à ce « patriarcat féroce ». Ainsi les femmes Lokele sont réputées pour faire le petit commerce et se déplacer d'un marché à un autre durant la semaine. Elles justifient cette activité commerciale par le besoin de *cash*, « parce que tout s'achète ici sauf l'eau (non potable) ». Elles sont rarement à la maison et elles reviennent juste pour approvisionner la famille (déposer la ration à la maison) et peuvent acheter des cadeaux pour leur mari par exemple pour justifier un retour tardif ou éviter tout soupçon de la part du mari car « si le papa constate que tu rentres tard, il peut te ravir le capital et le commerce s'arrête » (maman Lokele, Isangi). Les femmes Lokele de Isangi travaillant avec le capital de leur mari, celui-ci peut ravir son capital à tout moment et menacer alors le commerce de la femme. En revanche, leurs déambulations commerciales

semblent permettre aux épouses de se libérer quelque peu de la dimension sexuelle du patriarcat féroce et d'aimer d'autres hommes. Elles jouissent ainsi d'une liberté sexuelle. Un responsable de la CARITAS Isangi a dit « ezalaka *na signe te* » (même si une femme couche avec plusieurs hommes, il est difficile pour son mari de le savoir, il n'y a aucun signe qui indique que la femme est sortie avec d'autres hommes). Des femmes ne cachent pas que leurs enfants sont de pères différents, mais dans ces cas les pères sont encore moins régulièrement actifs dans la prise en charge des enfants.

Par contre, les femmes des ethnies du Sud-Ubangi dont la position est plus subordonnée encore dans le couple, semblent davantage propriétaires de leur capital. C'est le cas des femmes commerçantes membres des associations Elykia, Tripkongo, Mamans nde Kingo. Ces femmes épargnent un minimum de 4000Fc (2\$) par semaine. À la fin de l'année, chacune retire son argent, en dispose comme elle veut. Dans la plupart des cas, cet argent constitue un capital commercial. Ces femmes sont propriétaires de leur capital, ce qui leur donne le pouvoir de décider de l'affectation de leur argent. L'homme-mari ne s'ingère pas dans la gestion dès lors qu'elle est réalisée au sein d'associations.

- *Dans la culture NGBAKA, les filles n'avaient pas vraiment la chance pour les études. La femme est destinée pour le mariage et la reproduction. Elle est une unité de production pour l'homme, une main d'œuvre. C'est pourquoi plusieurs d'entre nous n'ont jamais fréquenté l'école. Quand l'homme te prend en mariage, ton travail c'est pondre des enfants et satisfaire à ses besoins sexuels et cela, à tout moment qu'il en a besoin, produire aussi de l'argent* » (point de vue partagé par toutes les mamans légionnaires du village Kemba 1 lors d'un focus group, aire de santé Bominenge Kanda /ZS Bwamanda,.

Les femmes sont les premières et les plus occupées aux champs pour cultiver ou superviser le travail sur les terres de leur mari (femmes des IT par exemple). Elles ne contrôlent cependant qu'exceptionnellement les ressources qu'elles produisent et les recettes des ventes. C'est le cas lorsque des revenus antérieurs lui ont permis de louer un morceau de terre à exploiter en propre. **Les situations les plus favorables sont donc celles où les femmes s'organisent en collectif (coopérative, tontine, association...) pour exploiter la terre, commercialiser les produits et gérer les recettes...** Dans ce cas, la menace, l'invocation des coutumes ou l'exercice de la violence par le mari pour contrôler les ressources produites par le travail féminin a plus difficilement cours.

Q . Et l'argent du marché (recette de la vente de produits au marché) ?

R . « Ça c'est notre argent, c'est avec ça que nous payons les frais scolaires et autres besoins du ménage. Quand je vends je lui donne l'argent de poche pour la boisson et la cigarette et il me laisse tranquille (...). Cette année la caisse de notre association a sauvé beaucoup de ménages, les femmes membres ont emprunté de l'argent dans la caisse pour payer les frais des examens d'État des élèves finalistes, d'autres n'ont pas encore remboursé et c'est chaque année que les femmes membres s'endettent pour payer les frais scolaires des enfants. Non seulement les femmes s'endettent pour les frais scolaires, mais aussi pour les soins de santé, et parfois, pour les frais de maternité.

Nos maris ont démissionné ! ».

(Présidente de l'association Ba mamans nde Kingo/ Budjala.

Ce point de vue a été défendu dans toutes les associations des femmes :(association Elykia, les mamans tripkongo, les mamans catholiques, les mamans Molende, les mamans membres de l'Op Laka).

Des systèmes agricoles féminins et antiféministes

Le système agricole, comme on l'a dit précédemment demeure un système micro-individuel, extensif, itinérant, pluvial, d'outillage archaïque et caractéristique des « systèmes agricoles féminins » (Boserup 1984). Ceci n'implique pas que la femme y exerce le pouvoir, bien au contraire. Cependant, elle réalise une grande part des opérations agricoles jusqu'à la vente des produits (à tout le moins les petites transactions au marché.).

Aux très rares exceptions des femmes qui ont un emploi, le travail de l'immense majorité des femmes est donc triple : les champs, le marché, la famille. La plus grande part du travail agricole des femmes est réalisée sur des terres du mari ou du clan de celui-ci. Les produits sont sous le contrôle du mari et son clan. La capacité productive de l'épouse dotée « appartient au mari », tout comme son pouvoir reproductif. L'image d'usage local du « guichet unique » signifie que « papa contrôle toutes les ressources du ménage » d'où qu'elles viennent et les affecte selon ses priorités. Ceci est en partie différent de ce que l'on connaît d'autres traditions africaines (réf. ?). En général, le patrimoine commun du ménage n'existe pas, chacun gérant ses biens propres et participant au commun à travers des contrats informels et des négociations avec le conjoint sur fond de « coutumes » ou d'usages (exemple les frais scolaires incombant au mari). Dans beaucoup de cas, les femmes disposent de leurs revenus, même si elles doivent prendre en charge certains frais familiaux comme l'achat des condiments. Ici, le régime de « guichet unique » ne l'autorise pas. Les femmes doivent donc ruser pour disposer des ressources qu'elles produisent...

Une maman catholique/ B Kada/ZS Bwamanda déclaré : « *chaque fois quand je veux préparer la viande, je m'arrange pour le faire en l'absence de mon mari, c'est comme ça que je parviens à bien manger et à bien servir mes enfants. Surtout quand je suis enceinte, je ne lui donne pas la viande et comme c'est lui qui gère l'argent de la récolte, je le pousse à dépenser pour acheter la viande et s'il refuse, je m'arrange pour préparer la viande en son absence ».*

La charge des enfants

Sur fond de pauvreté massive et profonde, de déclin (voire de la disparition) des activités formelles qui « apportaient de l'argent aux hommes » (enseignant, Bwamanda) les négociations sont parfois âpres y compris en matière de frais médicaux pour les soins aux enfants : « *il faut encore assumer les dépenses supplémentaires à l'hôpital et encore s'ils ne peuvent soigner l'enfant : il faut expliquer cela à ton mari...* ».

Les traditions sont plutôt malmenées en certains endroits et il serait illusoire de chercher une règle qui serait générale, précise et d'application systématique en matière de prise en charge des enfants.

En tout état de cause les maris qui, doit-on le redire contrôlent toutes les ressources familiales, interviennent dans les frais de santé et de scolarité, mais jamais de manière exclusive. Tout indique que l'accès de l'épouse à des revenus propres conduit à lui imposer des charges dans ces domaines.

« Théoriquement, la prise en charge des enfants relève de la responsabilité de l'homme ; c'est en principe ce que prévoit notre culture (Ngbandi, Ngwaka et Ngombe), mais c'est plutôt nous les mamans qui assumons toute la responsabilité et la prise en charge de nos enfants. Même des travaux champêtres, c'est nous qui faisons le gros du travail. L'homme se limite à l'abattage des bois et le défrichage mais le reste de travail (du sarclage, jusqu'à la récolte c'est l'affaire de la femme. Le travail de celui-ci est de rester dans le village et se promener pour boire et courtiser d'autres femme. Ses épouses n'ont rien à dire. Dans certains cas, il prend l'argent de la récolte pour épouser d'autres femmes et sa femme ne peut rien dire. « Maman asimba kuruze ya bana » (c'est la maman qui porte la croix des enfants). C'est le sens de la dénomination de notre association « maman nde kingo », frais scolaires, alimentation, soins de santé, habillement, etc. c'est l'affaire des femmes. C'est pourquoi Dieu dans sa bonté tue les papas et laisse les mamans pour qu'elles s'occupent tranquillement des enfants ».

« Après la vente des produits agricoles, le mari prend tout l'argent, s'il veut, il peut te donner quelque chose, au cas contraire, il prend tout l'argent. Nous vendons toute la production mais l'homme prend tout l'argent et va chercher d'autres femmes, si tu oses réclamer, il te tabasse. Mais si nous apprenons qu'il sort avec telle femme, nous allons à notre tour la tabasser. Même si une femme vend sa chikwangué, l'homme la contrôle par tous les moyens, confisque son argent. Mais ils nous abandonnent la charge de nourrir et de scolariser les enfants. Toutes reconnaissent qu'en cas de maladie, l'homme intervient et paye les frais médicaux »
(Focus group avec les femmes enceintes de l'AS Ngwenze/ ZS Budjala).

Enfin, si certaines « coutumes » semblent consacrer la prise en charge des frais médicaux exceptionnels des enfants par le « papa », il n'en va pas de même pour les frais scolaires qui ne sont pas du tout négligeables malgré la levée récente et officielle du minerval en primaire.

« Papa d'abord »

Ce patriarcat féroce n'est pas sans impact sur la consommation alimentaire des membres du ménage. Si le père de famille est prioritaire et dominant dans toute décision les concernant, il l'est aussi au plan de la consommation alimentaire et surtout sur le plan de la qualité : « *Papa mange d'abord, la viande, les gros morceaux* ».

« Les hommes prennent l'argent pour aller manger dans les malewas... » ; « papa mange d'abord, puis les co-épouses, les grands garçons, les grandes filles et enfin les petits... ». Des dizaines de déclarations de ce type ont été recueillies.

- « *D'abord on ne mange que le manioc sous toutes ses formes, les rares fois qu'on peut préparer une poule, les enfants mangent les mapapu (ailes de poules) et les pattes. La répartition des repas se fait en ORDRE DECROISSANT : du plus grand au plus petit. On assiste impuissant, d'autres papas tabassent leurs enfants qui osent réclamer, soit-disant c'est lui qui donne l'argent, les mamans aussi appuient leurs maris et disent aux enfants que celui qui ne veut pas manger est libre* » (Roger et Jules). Point de vue partagé par tous les jeunes garçons et filles ... ». (...)
- « *Les papas mangent trop, ils mangent la viande pendant que leurs enfants mangent le pondu. Quand on sert papa on est révolté, par respect on mange quand même le pondu (feuilles de manioc). En plus si tu refuses de manger, tu as des problèmes avec ton père qui te rappelle que c'est lui le chef et celui qui ne veut pas manger est libre. Si tu ne fais pas attention, il peut te frapper. A notre tour, ça sera différent, c'est injuste de manger la viande pendant que tes propres enfants mangent le pondu et parfois sans huile. C'est l'homme qui est prioritaire. Il consomme la grande quantité du repas. Les gros morceaux sont réservés à l'homme, c'est lui le chef* ». (...)

Ces priorités statutaires redoublent les inégalités liées à la force pour s'imposer dans la compétition alimentaire. Les petits sont donc à la merci de la bienveillance des aînés. À nouveau, c'est à la ruse que recourent les mamans pour servir les enfants, mais dans d'autres cas, la résignation l'emporte au détriment de tous.

« *Une fois j'ai préparé la viande et j'ai mangé le gros morceau en suite j'ai servi mes enfants en laissant une petite quantité à mon mari, il a crié partout et a raconté à qui voulait l'entendre que je suis une voleuse, une mauvaise femme. Pour éviter des problèmes et servir à un monsieur qui ne fait rien et s'enivre tous les jours pendant que moi je souffre au champ, je me suis décidée de ne plus préparer la viande dans ma maison* » (Présidente des mamans catholiques/ B Kada/ZS Bwamanda).

« Degré »

« Degré » est l'une des dénominations de l'alcool dont la consommation pèse sur le budget ménager et qui est vivement dénoncé par les épouses. L'alcool est importé mais il est aussi produit localement et cette production participe à l'économie locale, diminuant encore la partie de la récolte vivrière qui est transformée en aliments.

L'alcool vient par les baleinières ou est produit localement de manière très archaïque et dans des conditions dépourvues d'hygiène et de tout contrôle de qualité. Nous n'avons pas relevé de consommation d'alcool par les petits enfants comme c'est le cas dans certaines régions du Nord-Est du Togo avec la bière de sorgho³⁷. En revanche, la consommation importante et régulière des hommes est décrite par les femmes comme une « plaie » et une lourde hypothèque sur l'alimentation familiale et celle des enfants en particulier.

« La violence au secours de traditions ... aux abois »

Propension à la polygynie largement liée au système agricole où les femmes font l'essentiel du travail, importance de la consommation d'alcool principalement masculine et conception radicale du transfert des filles vers leur famille de procréation (l'homme-mari et son lignage ne rend presque aucun compte du parents de son épouse) font pour ainsi dire « mauvais ménage » et pèsent lourdement sur l'espace d'autonomie des femmes-épouses et leur capacité de prise en charge des enfants qui, dans les faits, leur revient en large partie. Nous faisons l'hypothèse que la brutalisation des rapports de genre va croissante. Sur fond d'un système culturel patriarcal qu'il n'est pas abusif de qualifier d'anti-féministe, la crise actuelle de l'économie de la reproduction qui est censée gouverner les rapports de genre et de séniorité, est sans doute au cœur de cette brutalisation.

L'épouse dotée, même partiellement, ne peut plus guère compter sur les membres de sa famille d'origine lors des épreuves familiales ou de conflits avec son mari. « *Si les frères ou les oncles interviennent parce que ton mari te tape... ce sera pour réclamer de l'argent ou même de l'alcool en dédommagement* ». Il n'est pas rare que les co-épouses soient solidaires entre elles pour affronter un mari pingre ou injuste. Mais l'ambivalence ne peut manquer structurellement dans les rapports entre elles car, comme on l'a écrit, les épouses estiment que les investissements des hommes dans l'accès à des co-épouses réduisent les ressources auxquelles elles pourraient prétendre. La solidarité entre co-épouses concerne parfois l'alimentation des enfants ou même le fait de « *s'offrir au mari pour qu'il laisse tranquille l'épouse qui allaite afin de lui éviter de des rapports sexuels* » (Focus Group de femmes S-U).

- « *Après-vente des produits agricoles, le mari prend tout l'argent, s'il veut, il peut te donner quelque chose, au cas contraire, il prend tout l'argent. Nous vendons toute la production mais l'homme prend tout l'argent et va chercher d'autres femmes, si tu oses réclamer, il te tabasse* » (Focus group avec les femmes enceintes de l'AS Ngwenze/ ZS Budjala).
- Q : Pourquoi vous donnez tout l'argent de la récolte à vos maris ? « *Quand tu refuses de donner il te tabasse ; et si tu décides de rentrer chez tes frères là aussi il y a des problèmes. Les femmes n'ont pas le droit d'exploiter la terre de leur parents, si une femme exploite la terre de ses parents, ses frères attendent la période de la récolte pour commencer à t'envoyer leurs enfants te réclamer de l'argent en disant : allez chez votre tante, qu'elle vous donne de l'argent et quand tu dis que je n'ai pas d'argent*

³⁷ Des observations de médecins coloniaux relevaient en 1959 une forte consommation de bière traditionnelle par les enfants en Équateur.

ton propre frère te chasse et te rappelle que tu cultive dans le champ de notre papa et tu refuses de me donner l'argent et t'exige de rentrer chez ton mari, si tu résiste, il te chasse. Tu sors de la maison que toi même tu as construit et tu laisses même le champ que tu as cultivé. Pour éviter le ridicule, nous préférons rester souffrir à coté de nos enfants ».

(Point de vue partagé par toutes les mamans légionnaires du village Kemba 1 lors d'un focus group, AS/ Bominenge Kanda /ZS Bwamanda, en date du 13/07/2022 et par les pasteurs de l'église CECU.

Q : Pourquoi vous leur (à vos maris) donnez votre argent ? « *Nous sommes obligées, nous cultivons dans leurs terres en plus si tu refuses il te tape au risque de te fracturer ou de te renvoyer de sa maison. Pour éviter tout le temps des scandales devant les enfants, on leur donne* » (Focus groupe de mamans nde Kingo/ AS Eveché/ZS Budjala).

Maman Thérèse , agricultrice, co-épouse, belle-fille et mère

Itinéraire de divorce de maman Thérèse. Garde-malade de sa fille de 18 ans hospitalisée depuis 3 jours CS et transférée après être consultée par Dr. John

Mon nom c'est Thérèse, Je suis mère de 8 enfants dont un est décédé, je suis cultivatrice, cette année j'ai cultivé 40m/50, j'ai planté le maïs et le manioc, j'ai un autre champ de 40m/120 dans lequel j'ai planté l'arachide et le manioc. J'ai récolté 8 sacs d'arachide et j'ai tout vendu, le maïs a commencé à murir, mais je vais vendre une partie pour payer les soins de ma fille qui est hospitalisée.

Mais ta fille est mariée, pourquoi son mari ne payerait pas ses soins ?

Humm ? silence.... Ma fille n'a pas de chance, elle est comme moi sa maman.

Toi tu es comment ?

Je suis divorcée...

Tu veux dire que cette fille est divorcée ?

Non, je veux dire que son mari ne paye pas ses soins de santé, ma fille travaille beaucoup, dès qu'elle récolte ses produits agricoles, son mari s'accapare de tout l'argent et la laisse bredouille. Il ne peut pas payer ses frais d'hospitalisation car l'argent de la récolte a déjà été dépensé dans l'alcool.

Parle-moi de ton divorce, comment ça s'est passé ?

Je me suis mariée toute petite, j'ai toujours travaillé dans les champs et chaque année, c'est mon mari qui prenait l'argent pour gérer. Dès que nous vendions les produits agricoles, il s'accaparait de tout l'argent sans se soucier même de ce que nous allions

manger, c'était son argent et il en faisait ce que bon lui semble. Que faisait-il avec cet argent ? Je ne sais pas, je sais seulement qu'il payait les frais scolaires des enfants mais le gros était dépensé dans l'alcool.(...) Nous étions à deux, moi et ma coépouse et il attendait que nous vendions nos produits pour lui verser l'argent. On faisait le versement de tout ce qu'on gagnait, si tu oses le tromper, rassures-toi qu'il ne le découvre pas, sinon il te tabasse sérieusement.

Il arrivait qu'il te tabasse pour avoir caché l'argent ?

Oui régulièrement, comme il ne donnait rien même pas pour acheter le sel et l'huile de palme, je cachais une partie d'argent pour acheter l'huile de palme, le sel et le savon.

Et pour ça il te tabasse ?

Imagine-toi qu'il mange ces aliments préparés avec l'huile et le sel, en plus je nettoyais ses habits avec le savon que j'achetais ; non il est méchant. J'étais devenue un sujet de scandale dans le village, presque chaque année il me chassait, je rentrais dans ma famille et c'est ma belle-mère qui l'obligeait de venir me chercher, parfois ma famille se fâchait à cause de son comportement et lui exigeait de payer des amendes.

Et le divorce, comment c'est arrivé ?

Huum..., mon fils étudiait à Gemena, il a été renvoyé de l'école pour n'avoir pas payé les frais scolaires. Quand il est arrivé, il a demandé à son père de lui donner l'argent de minerval (18000Fc ou 9€) ce dernier lui a dit d'abandonner les études pour cultiver les champs car il n'avait pas l'argent pour payer ses frais scolaires. Quand l'enfant est venu me rapporter, je lui ai dit de me laisser régler l'affaire avec son père. Sachant que cette année-là je lui avais versé plus de 100 000fc, je suis allée lui poser le problème ; à ma grande surprise, il me dira qu'il n'avait pas d'argent. J'ai cru qu'il était de mauvaise humeur et qu'on allait régler la question après. Quand je suis rentrée le voir pour la deuxième fois, il m'a donné la même réponse et je me suis énervée. La nuit, il est revenu tard, ivre et me demandait de coucher avec lui, j'ai refusé, je lui ai fait savoir ma déception, c'est ce jour-là que je me suis sentie révoltée, exploitée, abusée par mon mari, j'en avais de trop. Il a insisté j'ai refusé alors il a commencé à me tabasser, il m'a déshabillé devant les enfants et l'un de mes fils a trouvé que son père a débordé les limites, il a avisé le chef de groupement. Le lendemain, j'ai porté plainte à la police. Nous avons été entendus à la police qui nous a demandé de régler nos différents à la maison. Quand il est rentré à la maison, il a pris ses bagages et il est parti pour ne plus revenir. J'avais tout le village sur mon dos, même les membres de ma famille estimaient que je n'avais pas le droit de porter plainte contre mon mari. J'étais stigmatisée, indexée, ... après deux ans, je suis rentrée dans mon village et comme tous mes frères sont décédés, j'exploite les terres de mes parents pour cultiver, faire mes champs, parfois je les fais louer.

En résumé, mon mari m'a exploité, il a construit sa maison en tôles avec mon argent, y a placé d'autres femmes qu'il a épousées avec mon argent, refusant même de dépenser pour les frais scolaires de mes enfants.

Tous mes enfants sont mariés, filles comme garçons et personne n'a obtenu un diplôme. Le seul qui était arrivé en quatrième des humanités, son père a refusé de payer ses frais scolaires alors que chaque année il prenait l'argent des champs sous prétexte de construire la maison et de payer la scolarité des enfants.

Le manger

A la différence d'une situation de crise alimentaire et à fortiori de famine, nous suggérons à ce stade de la recherche de considérer que MnC comme MnA dans les régions considérées ne peuvent être abordées sans prendre en considération un espace alimentaire et un dispositif sanitaire globalement défaillant depuis au moins trois décennies. Cette situation de « crise » ancrée, d'abandon et d'impuissance qui verrait aujourd'hui un quart de la population en situation d'insécurité alimentaire aigue doit être comprise dans sa généralité, sa profondeur et sa constance comme l'intériorisation d'un *habitus* par les populations.

Représentations collectives, pratiques et logiques d'action répondent largement aujourd'hui à l'économie morale du peu qui sous-tend cet *habitus*. Celui-ci déploie plus profondément encore son empire dans l'imaginaire et l'identité de grandes parties des populations de RDC. Même si elle en a beaucoup de traits et l'apparence, l'économie du peu n'est pas la misère. Elle s'exprime néanmoins dans un « espace du manger » sous tension permanente.

« Le manger », c'est tout à la fois, le repas, la façon de le désirer, de le prendre, de le partager, de l'assimiler et d'y puiser la force. C'est est un nœud symbolique central dans de nombreuses cultures africaines, une métaphore de la reproduction. Il le reste en RDC malgré la sévère diète que la pauvreté de masse impose à une grande majorité de la population.

Le manger est partout, c'est bien connu, en étroite relation symbolique la sexualité et avec l'appétit sorcier. Il apparaît aussi désormais comme le creuset imaginaire, la matrice et la grammaire de cet *habitus* que faute de mieux on qualifiera « d'habitus de crise », de cette économie morale du peu qui tend à s'autonomiser du registre du manque. Partout dans nos terrains, le désarroi et la souffrance, la « crise » et l'abandon sont exprimés d'abord comme des déficits du « manger ». Mais paradoxalement, il n'en va pas complètement de même de la malnutrition.

Cette dimension subjective est capitale pour comprendre les attitudes envers la Mn. Paradoxalement, divers intervenants disent de manière très discutable mais suggestive que « *l'alimentation n'est pas perçue par les gens d'ici comme priorité*. Nous verrons comment les formes pathologiques de Mn ne sont pas -ou pas seulement- communément perçues comme liées à une alimentation insuffisante en quantité et/ou en qualité.

Les experts établissent analytiquement à l'aide d'indicateurs scientifiques une liaison entre insécurité alimentaire et malnutrition (voir la première partie du présent rapport). Mais cette liaison qui ne peut certes être inexistante doit cependant être approfondie de manière fine et comparative en prenant le point de vue des acteurs.

Cette liaison n'est pas évidente pour les individus interrogés qui pourtant ne cessent de dénoncer leur souffrance en parlant de « nuits en famine », « de gong unique » « d'enfants affamés à l'école ». Toutes et tous estiment que leur alimentation est défaillante en quantité,

en régularité et dans une moindre mesure en qualité, mais ce n'est pas pour autant qu'ils y voient l'origine principale de la Mn. L'éthos du peu qu'ils ont fait leur est davantage à leurs yeux une toile de fond qu'une cause de la Mn. Pour cela, ils peuvent admettre qu'il faut renourrir des enfants malades, mais les normes alimentaires du peu risquent fort de revenir s'imposer dès que la guérison semblera manifeste.

Gong unique

Le repas est souvent unique, pris le soir en famille, fait de feuilles de manioc et fufu ou fuku (manioc tubercule). A Isangi comme en S-U, c'est la formule la plus courante pour les adultes et les enfants qui ont parfois un second repas à peine plus riche en journée. L'alimentation des enfants en journée est difficile à préciser car ils peuvent « glaner » de-ci de-là quelques aliments par leurs moyens propres. Petit-déjeuner et déjeuners semblent avoir disparu de l'horizon alimentaire de nombreux adultes et enfants. Dans d'autres cas il s'agit d'en-cas très frugaux.

“Pour les adultes, on prend du café le matin, un seul repas par jours souvent le soir, mais nous donnons deux repas à nos enfants. Notre alimentation est basée de feuilles de manioc et de fuku” (IT Gemena III).

“L'alimentation est composée principalement de feuilles de manioc, arachides, huile et du sel. Cette nourriture est accompagnée de Fuku (pâte à base de maïs) cela peut être consommé 5 jours sur les 7 jours de la semaine” (Reko, Focus group, Gemena III).

Ce repas du soir est préparé par la maman ou la grand-maman avec l'aide de l'une ou l'autre jeune enfant. Les enfants sont servis en principe après le père et les femmes. En général, peu est fait pour assurer un accès équitable aux enfants aux aliments. Il est donc probable que l'âge et la force privilégient certains d'entre-eux. Une situation fréquente selon des informateurs est que le repas est trop tardif, les petits sont endormis. Il faut les réveiller pour manger, ils sont à moitié endormis et les grands mangent d'abord...

On pourrait imaginer que les enfants qui vont l'école se « débrouillent » hors de la maison pour manger individuellement. Tout indique que le milieu fournit peu ce type d'opportunité. On ne voit pas de femmes qui préparent en rue, peu de *malewa* et les enfants ne reçoivent pas d'argent. Le gong unique sonne donc à la maison seulement pour les enfants.

« L'alimentation n'est pas une priorité pour nos gens » ?

Nos données de terrain ne confirment pas certaines données d'enquête qui indiquent que les pauvres et très pauvres, soit l'immense majorité de la population de RDC, affecteraient plus de 50 % de leurs revenus à l'alimentation. Dans ce milieu équatorial forestier où « tout le monde fait les champs », s'est imposée à nous l'idée d'une consommation alimentaire relativement secondaire, très médiocre, monotone et finalement peu coûteuse en raison de l'autoconsommation (même limitée à ce qui n'est pas vendable) et d'une restriction drastique

et systématique des aliments coûteux dont la viande (réservée aux grandes occasions et encore plus comptée pour les femmes et enfants)³⁸.

« Après avoir vendu les meilleurs produits voici comment on répartit le peu qu'on a gagné : -Éducation, Santé, Cotisation à l'église, cotisation pour la caisse de mutuelle des mamans catholiques ou mamans légionnaire, les offrandes à l'église et très souvent les besoins sont nombreux mais le moyen sont limités et cela pose beaucoup de difficultés ».

Que faites-vous pour manger après avoir vendu tous vos produits ?

« On se débrouille pour manger..., c'est-à-dire que l'on cueille les feuilles de manioc avec les tubercules de manioc, parfois on mange les feuilles de manioc avec le fuku (pâte à base de la farine de maïs fermentés et de manioc). Comme les feuilles de manioc ne manquent pas dans le champ, on se débrouille avec, parfois on mange seulement les feuilles de manioc. Il nous arrive aussi de passer la nuit affamés ».

(Point de vue partagé par toutes les Mamans légionnaires du village Kemba 1 lors d'un focus group/ aire de santé Bominenge Kanda /ZS Bwamanda, en date du 13/07/2022).

L'autoconsommation est massive au sens où elle est pratiquée par tous, mais elle ne semble pas motiver la production d'aliments et elle n'est pas une priorité pour les ménages qui produisent d'abord des aliments pour vendre et obtenir du *cash* et entretenir le capital social (cotisations).

« Après la récolte, nous prenons la direction du marché pour vendre les meilleurs produits. La clé de répartition se présente comme suite : une partie d'argent est gardée pour payer les la scolarisation des enfants, ensuite les cotisations dans la mutuelle de santé, les cotisations à l'église, les cotisations pour la caisse de mutuelle des mamans catholiques ou mamans légionnaires, les offrandes à l'église et très souvent l'argent est insuffisant par rapport aux besoins »

Q : que faites-vous pour manger après avoir affecté tout l'argent ?

« On se débrouille, c'est-à-dire ... on cueille les feuilles de manioc et les tubercules de manioc, parfois on mange les feuilles de manioc avec le fuku (pâte à base de la farine de maïs fermentés et de manioc) (...).

Un large consensus règne quant aux postes des dépenses du ménage. Par ordre d'importance des dépenses, on a noté un classement proposé par un groupe d'IT et largement approuvé par d'autres entretiens. Outre les frais scolaires, frais de santé, vêtements, cotisations diverses, on enregistre :

1 Construction des maisons³⁹

2 Moyen de transport : achat de la moto ou vélo, carburant, usage des motos taxi.

3 Communication, téléphone, unités radio/ moyen de communication ;

³⁸ À l'exception, de l'alcool.

³⁹ Terre, bois local, branchages, un peu de ciment, ameublement très sommaire. Aucun sanitaire, pas d'eau courante ni électricité, sols de terre. Les tôles sont rares sur les toits et les panneaux pv encore davantage.

- 4 Commerce : garder un capital pour le commerce ;
- 5 Ajouter (épouser, doter) des femmes pour faire les champs (main d'œuvre) ;
- 6 les outils et petit mobilier(chaises en plastique)
- 7 Élevage : une ou deux bêtes en guise d'épargne sur pieds « *pour l'éducation et résolution des problèmes* ».

« *Le besoin alimentaire n'est pas une priorité pour les paysans. Quand ils produisent, ils ne laissent rien pour la consommation ; ils vendent même la semence, une minorité garde la semence, mais la majorité vend tout* » (IT de la ZS Bwamanda, point de vue partagé par les IT de Gemena, Isangi et par les membres des OP interrogés à ce sujet).

Interdits alimentaires ?

La littérature anthropologique est familière de cette notion. En Afrique, l'absence d'interdits alimentaires chez la femme enceinte est rare. La liste de mets à prohiber, d'endroits et de postures à éviter, peut être longue. Une longue série de figures analogiques associe des aliments à des caractéristiques non souhaitables qui frapperaient l'enfant à naître.

Des prescriptions alimentaires ont été aussi souvent relevées comme la géophagie (consommation de terre plus ou moins assaisonnée) ou des prescriptions/recommandations de consommation de certains aliments à absorber en certaines circonstances. Les médecins du temps colonial s'interrogeaient déjà sur l'immense gamme d'interdits alimentaires qui semblaient frapper les femmes et qui étaient bardés de références à caractère sexuel. Bervoets et Lassance écrivaient en 1959 :

“D'une manière générale, ce sont les groupes les plus vulnérables et les membres les plus faibles de la collectivité qui subiront le poids de tabous alimentaires nombreux et complexes qui ne sont alors que des prétextes à l'égoïsme masculin pour se réserver les aliments les plus rares et les plus recherchés. C'est ainsi que les femmes et les enfants forment les deux catégories sociales les plus importantes par la diversité des interdictions alimentaires qui s'abattent sur eux (...). En examinant la masse innombrable des tabous qui frappent la femme, on s'aperçoit qu'à de rares exceptions près, ils sont tous d'origine animale : bétail, gibier, poisson, c'est-à-dire en réalité des aliments riches, rares ou difficiles à se procurer”.

Ce ne serait donc pas sans raison que ces interdits sont évoqués dans diverses publications plus récentes relatives à la malnutrition. Nous avons relevé sur le terrain surtout des interdits variables concernant la femme enceinte. Outre les tortues (évoquent le sorcellerie), les serpents (analogies sexuelles), le pangolin, les singes, on retrouve des viandes d'animaux particuliers, d'autres sources de protéines qui sont interdites à la consommation des femmes enceintes. Selon un informateur (un Reko) du Sud-Ubangi (Evéché) : « *si la femme consomme la viande et qu'elle est vue, alors on dira que la viande a introduit la sorcellerie* »

Selon ces auteurs, les enfants subissaient des interdits de divers ordre (tribaux, claniques et paternels), la viande pouvant leur être proscrite durant plusieurs années. *“Les garçons Banza (territoire de Budjala) ne peuvent plus consommer de la viande d'éléphant depuis la*

circoncision, vers 7 ans, jusqu'à la naissance de leur premier enfant. Jusqu'à la puberté, la chair du chimpanzé est tabou. Dans les mêmes régions, au moment de l'initiation sexuelle, les filles doivent s'abstenir de viande pendant 1 an, les garçons durant 4 mois (territoire de Budjala)''

De nos jours, contrairement aux interdits alimentaires de la grossesse, on évoque peu les tabous nutritionnels des enfants en bonne santé, mais ces observations historiques, qui doivent être contextualisées bien entendu, donnent à penser que « papa d'abord » à de profondes racines dans l'histoire des communautés locales. Le privilège des hommes-maris en matière d'accès aux nutriments de qualité est ancré, évident et général... mais sa légitimité commence à être questionnée.

Il est difficile de déterminer le degré de respect contemporain de ces interdits spécifiques aux femmes et enfants. De ce point de vue, la pauvreté actuelle « résout » le problème car ces produits interdits sont coûteux et souvent peu accessibles car vendus. Les interdits alimentaires traditionnels ont encore sans doute un impact sur la santé maternelle, mais ils procurent surtout des justifications plus ou moins légitimes à des restrictions qui ont d'autres ressorts.

Chose plus curieuse qui ouvre une piste d'action, nous avons été très surpris d'entendre à de nombreuses reprises que les « tradi » et autres « guérisseurs indigènes » prohibaient les viandes, poissons et fruits aux enfants souffrant de *botete* et autres entités qui évoquent la MnAs! Il nous était difficile de ne pas crier à l'aberration ou de suspecter une forme de condamnation à mort de l'enfant. Mais peut-être ces guérisseurs contemporains ne font-ils que remettre au goût du jour de vieux interdits qui s'appliquaient jadis aux enfants. La représentation de la maladie peut aussi induire des interdits : « Buyu koyo, on peut traduire par « maladie du poisson » mort, car le poisson mort est gonflé et ressemble aux membres avec les œdèmes. À ces enfants, les « tradis » interdisent de manger le poisson⁴⁰.

En faisant abstraction du manque d'autonomie budgétaire et alimentaire des mères, des questions liées aux interdits et au sevrage, et même en prenant en compte la pauvreté générale, on doit questionner le coût réel d'une alimentation de base minimale des enfants à partir des produits locaux. Si les ménages vendent l'essentiel de leur production alimentaire, il s'agirait plutôt d'évaluer un manque à gagner qu'il faudrait chiffrer avec les gens lors de causeries (voir recommandations). Bien entendu il faut prendre en compte le temps pour accéder aux aliments, les transporter et les préparer et l'on sait que le temps des mères est déjà très occupé. Cependant, objectiver le coût réel d'une alimentation de base, rustique, locale mais correcte, devrait nous convaincre et les convaincre que le seul coût des aliments requis ne peut être directement à l'origine de la Mn.

⁴⁰ Le Kwashiorkor interpelle l'imagination collective en raison de ses symptômes. Un informateur du S-U explique : « on pense que la maladie est due à trop de sang dans le corps, le ventre gonfle, donc tout ce qui nourrit le sang est interdit à ces enfants (...) on pense aussi que ces enfants ne peuvent être piqués à l'hôpital car alors ils vont mourir ».

Roi Manioc, « plat de base » : faire de nécessité vertu

Le « roi manioc » constitue incontestablement le principal aliment des populations dont nous parlons. Il est de loin le produit vivrier local dont la production augmente vigoureusement tandis que la production d'autres céréales et tubercule ne suit pas la croissance démographique.

Le champ de manioc constitue « le grenier » d'une population sans grenier où l'on peut prélever quotidiennement des feuilles ou des tubercules qui restent en terre. Consommé quotidiennement sous forme de fufu, fuku, chikwange, pondu...les gens ne semblent jamais s'en lasser, même si les témoins privilégiés parlent volontiers de « monotonie alimentaire » et, dans une certaine mesure, y voient une raison de la Mn. Pour beaucoup de gens, cet « aliment de base » dont les qualités sont faibles et insuffisantes au plan nutritionnel et dont le rouissage peut au demeurant poser question, est un aliment qui, pour être quotidien est aussi quasi identitaire.

Plongé dans une crise protéiforme et dans l'insécurité alimentaire depuis des décennies, le peuple congolais semble se (re)tourner vers ce tubercule local comme plat « de résistance », résistance au sens alimentaire courant, celui de « plat de résistance », mais aussi au sens économique, politique et culturel. Cette équation du goût concerne aussi dans une certaine mesure « les classes moyennes urbaines », mais pour le petit peuple des villages et des bourgs ruraux, soit l'immense majorité de la population, Roi manioc est fort seul au menu ! La protéine s'y fait rare. Quoi qu'il en soit, dans le système agricole forestier, on ne peut d'autant moins ignorer l'attachement au Roi manioc que les gens ne semblent pas voir dans sa consommation quotidienne, souvent exclusive, l'origine d'un problème nutritionnel.

Une quelconque éducation nutritionnelle devra prendre en compte cet attachement identitaire au Roi Manioc.

Botete-Monama, Ishusa, Mondobo, Katalisembe, Koulongo, Mbulu Koyo, Zelewo, Maladi ya mai... Les représentations sociales autour de la malnutrition

Des maladies de l'esprit...

Ces mots sont ceux que les Ubangiens et Isangiens donnent pour désigner ce que nous qualifions en leur présence de Mn. Les Reco et Infirmiers utilisent aussi ces termes.

Parmi les acteurs médicaux d'Isangi et de l'Ubangi, les lettrés, enseignants et religieux, le terme malnutrition est connu et utilisé largement à bon escient pour évoquer la MnAG et MnAS. L'origine biomédicale, la « cause » nutritionnelle, les symptômes et conséquences sont assez bien connus. Mais cette étiologie est loin d'être seule en lice. Dans « la communauté », cette pathologie est connue mais elle ne renvoie pas seulement ou pas principalement au référentiel biomédical ni plus particulièrement à un déficit alimentaire qu'il soit qualitatif ou quantitatif.

Il est clair que le terme français *malnutrition* est entendu comme malnutrition aiguë sévère donc une pathologie par les gens, comme par beaucoup d'intervenants.⁴¹ Cette malnutrition dont les symptômes sont reconnus est donc considérée comme un mal, qui doit être pris en charge d'abord par des guérisseurs et ensuite, dans certains cas, par des soignants, mais qui ne relève pas fondamentalement de la biomédecine aux yeux de la plupart des personnes rencontrées. Ces représentations n'induisent cependant pas *ipso facto* et absolument des pratiques de refus ou de négligence des soins médicaux.

Certains parmi ces termes sont considérés par les intervenants médicaux comme une traduction de malnutrition, d'autres expriment des tableaux cliniques moins clairs. Il est vrai que la MnA est souvent associée à d'autres pathologies donc d'autres symptômes. Quoi qu'il en soit, les notions utilisées par les gens d'Isangi et S-Ubangi ne sont pas des traductions des concepts médicaux. Il serait vain de chercher des correspondances termes à termes. Une maman peut accepter un diagnostic de MnAs de son enfant pour différentes raisons et dans une perspective qui n'est pas ou pas principalement celle du soignant.

En mettant l'accent sur le diagnostic tout en analysant les noms donnés aux maladies, Gilles Bibeau qui a étudié le système terminologique des Ngbandi (Mongala, Sud-Ubangi) va plus loin. Il écrit : « *il ne faut pas imposer aux Angbandi la découpe du savoir qui nous est aujourd'hui familière et qui fait de la médecine aujourd'hui une science autonome indépendante. Le savoir médical informel des Angbandi appartient à une science fondamentale que l'on pourrait appeler la science des signes qui relie les problèmes des maladies à l'ordre général du monde matériel, aux modes d'explication de ce qui y advient et aux valeurs partagées par le groupe* » (Bibeau 1978, p. 93). Il est illusoire de chercher des correspondances entre catégories de la médecine Ngbandi et les catégories de la biomédecine. Il serait selon lui tout aussi très contestable de classer les termes de la sémantique Ngbandi selon des principes classificatoires empruntés à la médecine. Ce qui implique que ces deux étiologies seraient fondamentalement et irréductiblement différentes, inconciliables ! Or les trajectoires de quête de soins montrent que les souffrants et leurs proches sollicitent les deux registres sans pour autant « perdre la tête » dès lors qu'il est possible de faire reculer la peur, la souffrance, la culpabilité ... sans dépense excessive. Il reste que le recours à la biomédecine n'implique pas nécessairement d'adhésion à l'étiologie de la biomédecine et encore moins exclusivement à l'étiologie biomédicale. Reconnaître l'efficacité d'un traitement biomédical n'implique pas de reconnaître le principe de cette efficacité et encore moins le paradigme médical qui le justifie. Une maman quitte l'hôpital avec un enfant guéri, ne cesse pour autant d'être convaincue que sa maladie était due au courroux d'un ancêtre, à la transgression d'un interdit sexuel, à la méchanceté d'un proche...

... Ou des Entités nosologiques populaires

Selon des auteurs contemporains, ces étiologies non médicales ou étiologies indigènes reposent sur des concepts locaux, qu'ils qualifient d'entités nosologiques populaires (ENP).

⁴¹ La MnC n'étant pas perçue comme une pathologie, elle ne relève pas du champ médical à leurs yeux et n'est pas perçue comme un problème, voir pas perçue du tout ou même déniée par beaucoup : « l'enfant est seulement petit ».

Celles-ci ne sont pas pour autant incompatibles avec la recherche de soins médicaux (Jaffré & Olivier de Sardan 1999 ; Fassin & Jaffré 1990). Les ENP ne sont pas nécessairement, pas essentiellement, pas uniquement, de nature surnaturelle, religieuse, spirituelle ou sorcière mais sont rarement dépourvues de références à ces registres. Aujourd'hui en Afrique centrale, comme hier et aujourd'hui encore en Afrique de l'Ouest, ces représentations qui sont précisément nommées dans les langues sont largement partagées par la plupart des populations. Si elles ne sont pas hermétiques aux entités et nosologies de la biomédecine, ces représentations populaires dominant très largement les systèmes d'interprétation des signes de MnA que mettent en œuvre les femmes et les familles. Ces ENP portent des noms : *botete, ishusa, buyu koyo, koulongoa, maladi ya mayi ...* qui sont assez spontanément traduits par malnutrition. Or, cette traduction pragmatique ne concerne au mieux que les symptômes principaux et non l'origine, le vecteur et la vie de la maladie, sa dynamique, ses antidotes, ses remèdes.

Ces ENP sont partout présentes en Afrique. Ainsi Sogo et Séré, deux ENP décrites à Bobo Dioulasso il y a 25 ans correspondent à des états que les soignants médicaux considèrent comme malnutrition caractéristique d'enfants de moins de 5 ans. A Bobo, Isangi, Gemena ou Bwamanda, l'enfant qui semble porteur de l'une de ces entités nosologiques populaires est donc d'abord référé à un « tradi » ou « guérisseur indigène ». Car comme l'écrit Olivier de Sardan « Il n'y pas de place pour l'autodiagnostic ou l'automédication, ce sont uniquement les spécialistes magico-religieux qui décryptent les symptômes, c'est-à-dire donnent un sens en quelque sorte rétrospectif aux souffrances en les imputant à un agent humain ou surnaturel particulier, par la mobilisation d'un contexte familial, social et symbolique donné » (1999, p.24).

Dans l'aire de santé de Gemena III, nous avons rencontré un enfant de trois ans qui semble souffrir de MnAs marasmique à un stade très avancé, avec plusieurs incisions au niveau des côtes. Selon son père, « *l'enfant mange beaucoup mais ne fait que maigrir : je l'ai amené chez un tradipraticien du quartier pour savoir pourquoi il mange beaucoup mais continue à maigrir. Est-il possédé ? Possédé par des esprits mauvais qui le font manger de la sorte ? Le tradipraticien a fait plusieurs incisions sur les côtes de l'enfant et a appliqué une poudre mais l'enfant ne faisait que maigrir et son ventre continuait à prendre du volume. C'est ainsi que je me suis décidé de l'amener au centre de santé* » (André, 25 ans, père de l'enfant et mari de 3 femmes).

Ceci est bien vrai de la malnutrition rencontrée en RDC aujourd'hui. Des études approfondies d'anthropologie sémantique seraient indispensables pour reconstituer les ENP qui se cachent derrière les différents termes relevés en S-U ou Tshopo. Il n'est pas certain que ces termes soient les meilleures expressions locales d'une ENP. Il n'est pas certain que l'affection que la biomédecine qualifie de MnA corresponde à une seule ENP ou même en constitue une. Ainsi à Yaokasanga qui était en proie à une morbidité et une mortalité des enfants très inhabituelle qui fut ensuite identifiée comme une épidémie de paludisme, il était périlleux de distinguer clairement deux ENP évoquées par les infirmiers et les familles : *mondo* et *katalisembe*. L'une semblait davantage locale, connue, alors que l'autre semblait plus récente, venue d'ailleurs (« *des guérisseurs de l'Équateur qui voulaient mettre les nôtres au défi d'une nouveau mal* »). Une boule sur le sternum semblait faire la différence et on évoquait des lésions anales. Dr. Jean-François avait vu juste quant à des cas de paludisme sévères non pris en charge et, par ailleurs, des effets des lavements à base de piments utilisés par les parents (lésions anales).

Parmi ces parents, certains nous présentaient des enfants qui semblaient souffrir de MnAS avec œdèmes et mettaient en cause *mondobo* et/ou *katalisembe*!

Itinéraire thérapeutique d'une enfant de 3 ans souffrant de la MAS, hospitalisé depuis huit jours à l'HGR de Isangi

Nous avons trouvé un cas de malnutrition aiguë d'une enfant de 3 ans, hospitalisée à l'hôpital général de Isangi en provenance de Yafira, un village situé à 18 km du chef-lieu du territoire d'Isangi. (Taille du ménage : 11 personnes, l'enfant malnutrie est la petite fille du ménage, elle était accompagnée par sa grand-mère âgée de 42 ans, niveau d'étude 3^{ème} primaire, cultivatrice). La mère de la petite malnutrie a 14 ans, elle était élève en 1^{ère} année secondaire. La mère de l'enfant vivait chez le géniteur dans un village voisin (union de fait). Après la naissance du bébé, le père de la jeune maman a repris sa fille chez lui pour deux raisons : le "beau-fils" n'était pas en mesure de prendre la charge sa famille et la maman n'avait que 14 ans et son père souhaitait qu'elle poursuive l'école.

La maladie de l'enfant a commencé par des fortes fièvres à répétitions, ensuite l'enfant n'avait plus d'appétit. Quelques jours après, sa grand-mère a décidé de l'amener dans un poste de santé. Selon le diagnostic de l'infirmier, l'enfant souffrait d'une malaria aiguë qui nécessitait un traitement en urgence. La famille a acheté tous les médicaments prescrits et l'enfant a été bien soigné et guéri. Cependant, le problème de manque d'appétit persistait chez l'enfant, elle ne mangeait pas bien. Après quelques jours le corps de l'enfant a commencé à gonfler (visage, pieds, ventre...)

Ces manifestations nous ont fait penser à une maladie spirituelle qui ne peut être soignée qu'avec la médecine traditionnelle. Alors l'enfant était soumis à un traitement traditionnel au niveau du village de Yafira. Mais au fur et à mesure que les jours passaient la situation s'aggravait. La grand-maman dit « *nous avons pensé qu'il fallait faire des analyses médicales approfondies. L'enfant est hospitalisé depuis 8 jours déjà. Malgré le traitement de l'hôpital (médicament + la bouillie de maïs et soja) il n'y a pas vraiment de changement. Juste une amélioration au niveau du visage* ».

Avis d'un corps soignant sur le traitement de cet enfant

Une infirmière, nous a dit ceci : « *l'enfant souffre de la malnutrition aiguë sévère, il faut un traitement spécifique pour lui, malheureusement l'hôpital n'a pas de moyen pour la prise en charge de cette maladie. Depuis qu'il est là, il n'a reçu aucun médicament approprié. On lui donne quelques comprimés de paracétamol et de vitamine... aussi la bouillie de soja chaque matin* ». (Infirmière de l'HG de Isangi, entretien réalisé avec la grand-mère de l'enfant (garde malade et complété par l'infirmière), le 03/06/2022).

Ne nous y trompons donc pas : il n'y a pas de correspondance stricte entre les ENP et les concepts biomédicaux surtout si l'on dépasse le constat des symptômes et que l'on envisage les autres caractéristiques du mal : origine, cause, mode de contamination, localisation dans le corps, liaison avec d'autres affections, facteurs aggravants, remèdes....

Kpakala

Kpakala est un mal bien connu à Isangi. Il met la mère et le bébé en danger. Les sorciers le jettent dans les seins d'une femme qui allaite et il produit les conséquences sur la santé du bébé et de la maman. Il est parfois communiqué à l'hôpital lorsque la maman allaite. *Kpakala* peut amener facilement l'enfant à la Mn et même à la mort, lorsqu'on ne parvient pas à le soigner au moment opportun. Ce mal se caractérise par le refus de téter du bébé, des pleurs interminables, l'amaigrissement.

Dans la zone de santé de Isangi, une tradi-praticienne soigne la maladie. À titre indicatif, 7/11 participantes au focus group à Yankele ont été victimes et soignées traditionnellement.

Selon ces femmes, si l'enfant n'est pas soigné à temps, il est condamné à mourir et si la mère n'est pas soignée en tant que victime, elle devient aussi une sorcière.

Le mode de transmission du *kpwakala* relève de la sorcellerie classique et met en cause un malfaiteur disposant de pouvoirs conférés en secret par une société secrète. « *Si le sorcier voit les seins d'une femme en train d'allaiter ou une femme enceinte, il y a tarissement automatique du lait maternel et l'enfant ne peut plus continuer les tétées. Aussi quand tu rencontres une personne qui est dans ces pratiques ou une victime non soignée, tu es affectée* ».

« *La maladie ne se soigne pas à l'hôpital et le meilleur traitement est traditionnel ou à l'église par des prières* ». Une des participantes en a fait le témoignage. Elle a été victime et elle a fait plusieurs avortements successifs puis elle est allée à l'Église et a accouché ». (Groupe de soutien ANJE, allégations confirmées par les femmes membres de l'OP Molende et autres femmes de la ZS Isangi).

Maladi ya mayi : « ... elle attrape les enfants de 9 mois à une année 6 mois ».

Elle se caractérise par : vomissement, fontanelle déprimé, selles blanches, gonflement des seins de la mère, coloration jaune du lait maternel qui devient léger et cause des vomissements chez l'enfant. L'anus devient rouge, la température du lait de la mère augmente, l'enfant pleure beaucoup et fait la fièvre. Selon les femmes interrogées lors d'un focus group à Miluna, cette maladie est causée par le non-respect des interdits alimentaires (*monoko nzilo* ou *monoko Kpakpala kpakpala*) et les mauvais esprits.

Toutes les femmes ont reconnu que cette maladie ne se soigne pas à l'hôpital. Son traitement indigène s'accompagne de plusieurs interdits alimentaires. Les femmes ont confirmé que si cette maladie n'est pas bien prise en charge, elle conduit souvent à la MN. La maman de l'enfant est soumise à beaucoup d'interdits alimentaires (ne mangent pas les poisson *nina*, *nzombo*, *mbongo*, bref, tous les poissons qui n'ont pas d'écailles, escargot, viande de port, amarantes, épinard, etc.). Ces interdits sont constitués en majorité d'aliments riches en protéines. « *Si la mère ne mange pas bien, elle n'aura pas suffisamment de lait pour allaiter son bébé qui finit par tomber dans la MN* ».

Outre les interdits alimentaires, les femmes dont le bébé souffre de la *maladie de l'eau* ne peuvent toucher, ni utiliser les ustensiles de cuisine des autres femmes, (elles ne peuvent même pas toucher la cuillère d'une autre femme), ni manger la nourriture préparée par une autre femme. Celles qui ont déjà perdu plus de deux enfants ne mangent pas les feuilles de manioc colorées en rouge.

Selon les femmes du S-U, cette maladie est un problème de société, elle tue beaucoup d'enfants.

Elle provient des mauvais esprits ou de l'envoutement. « *Une femme enceinte qui rêve qu'elle a des rapports sexuels avec un mari de nuit, se réveille et constate que son vagin est mouillé... Elle fera une fausse couche ou mettre au monde un bébé qui souffre de cette maladie* ». Ou encore, si une femme allaitante se voit en rêve portant son bébé et en train de faire la pêche et d'attraper les poissons, à son réveil, le bébé pleure, refuse de téter, son corps devient froid de la pointe du pied jusqu'à la poitrine, seule la tête reste chaude, sa tête se fend en deux (fontanelle), les seins de la mère prennent anormalement du volume, la qualité de lait se détériore et devient jaunâtre, cause de diarrhée et de vomissement chez l'enfant.

Toutes les femmes ont dit que « *cette maladie ne se soigne pas à l'hôpital, seule la médecine traditionnelle peut guérir un enfant souffrant de cette maladie* ».

Maladies de la honte

La MnAs suscite la peur et la honte. Ce mal étant à double face (déficit alimentaire et origine non médicale dite « spirituelle » (en général), la honte est double. Elle vise la pauvreté supposée ou l'incapacité d'élever son enfant, mais la honte renvoie surtout aux causes « spirituelles » qui sont souvent elles-mêmes liées à l'action néfaste d'une autre personne (sorcellerie), ou d'un ancêtre, ou encore à des ruptures d'interdit alimentaire enfin, *last but not least*, à des comportements sexuels inappropriés des parents de l'enfant. Nous avons aussi recueillis ci-et-là des motifs de honte comme la saleté de la maison ou l'hygiène de la famille qui serait en cause dans la Mn des enfants.

Dans l'ensemble des zones de santé, la MN est perçue comme une maladie de la honte. Un IT de SU dit ainsi : « *les villageois minimisent cette maladie, quand on réfère un cas de Mn, les parents refusent d'amener les enfants à l'hôpital, il faut les supplier, les dorloter et parfois ils sont catégoriques et ramènent les enfants à la maison au lieu de l'aller à l'hôpital. Malgré la sensibilisation, on doit suivre les enfants à la cité pour qu'ils viennent prendre la bouillie.*

Le dépistage des cas est plus ou moins régulier, les parents estiment qu'amener un enfant chaque jour pour prendre la bouillie est un gaspillage de temps » (chargé de suivi et évaluation à la CARITAS Budjala).

Les jeunes reconnaissent que la Mn un problème de société : « *on a honte de sortir avec un enfant qui en souffre, on se moque de sa mère. Ils sont nombreux ici, d'autres meurent chaque jour, et d'autres sont soignés au centre de santé Évêché ou à l'hôpital général* ».

Pour expliquer à quel point la Mn est un sujet de honte, un jeune garçon dit « *si j'ai un enfant pareil, je le jette dans le WC* » (Chérubin, 16 ans). « *Chez notre voisin, la femme est décédée de la MN, le même jour son enfant aussi est décédé et le 2^{ème} jour un autre enfant est décédé, ils souffraient tous de la MN. Il y a de cela 3 mois* » (FG jeunes garçons vendeurs de carburant et unités de Budjala).

« *C'est une maladie de honte et quand ton enfant a le ZELEWÖ, les membres de la communauté se moquent de la mère de l'enfant malnutri, une histoire de moquerie chez les amis et les voisins et si l'enfant meurt ses oncles menacent le père de l'enfant, le frappe et lui exigent de payer des amendes* ». (Mamans catholiques : B/Kada/Bwamanda).

« Les familles avec les enfants malnutris sont honteuses de les présenter devant les autres, souvent ils sont abandonnés seul dans la maison ou derrière » (focus group d'IT à Gemena)

La honte est donc une raison pour laquelle les parents rechignent à présenter l'enfant au CS ou HGR : « parce qu'un grand nombre de parents trouve que c'est honteux d'avoir un enfant malnutri dans sa maison ou parmi ses enfants. Alors ils préfèrent amener ces enfants aux champs et les soumettre à des soins indigènes. Ou bien ils les amènent chez les tradipraticiens. Là les enfants ne survivent pas dans plupart de cas. La population considère cette maladie comme venant de la sorcellerie, s'il y a présence d'œdème et le ballonnement du ventre ; d'autres parents les amènent chez les pasteurs des églises pour une prière » (IT de l'AS Eveché/ZS Budjala).

L'origine non alimentaire de la malnutrition

Une maigreur très remarquable trouve son origine aux yeux de beaucoup de mamans dans une maladie antérieure dont l'enfant n'est pas ou pas bien sorti. Elle est souvent l'effet d'une ENP qui ne correspond pas à la Mn quant à son étiologie ou ses symptômes. Par exemple une entité comme *Soro* (Burkina) qui semble correspondre à la malnutrition de la biomédecine n'est évoqué que par 12 % des femmes comme la suite de carences nutritionnelles : « même parmi les femmes scolarisées, il est exceptionnel que soient évoquées spontanément des carences nutritionnelles pour expliquer les signes de la malnutrition ».

En RDC forestière, la non-congruence des nosologies biomédicales et des nosologies populaires est constante. Cette observation n'empêche cependant pas le recours (parfois acharné) aux services ou soins médicaux. Ceux-ci sont d'ailleurs parfois imposés et, lorsque ce n'est pas le cas, ils sont recherchés quand leur existence est connue, à la condition qu'ils soient accessibles et aient bonne réputation. Ils ne sont jamais le premier recours. Les recours sont rarement uniques. Ils voisinent avec d'autres démarches de quête de soin, qu'elles soient traditionnelles ou non, auprès des Pasteurs et leaders religieux par exemple. Tellement recherchée pour l'efficacité qu'on lui prête, la biomédecine est toujours loin d'occuper pour autant une position dominante dans l'imaginaire du mal, de la souffrance, de la mort et de la guérison. Le discrédit des soins médicaux est énorme lorsque font défaut les compétences, les attentions et surtout les médicaments et la prise en charge. En revanche, les échecs pratiques des soins populaires des guérisseurs ne mettent pas en question les étiologies des ENP. On ne peut dénoncer les « croyances » dites « irrationnelles », « mystiques » ou « sorcières », on ne peut espérer les relativiser qu'à deux conditions : si les mamans et familles disposent d'un minimum de connaissance et de compréhension sanitaire ; si les moyens d'action de la médecine sont disponibles et mis en œuvre. Qui pourrait reprocher à une personne privée d'accès à des soins de croire en l'origine « spirituelle » du mal qui donne au moins du sens à sa souffrance ?

Reconnaître le fossé entre l'étiologie populaire culturelle du mal qui demeure omniprésente et la saisie de la maladie par la biomédecine censée être naturelle et universelle ne doit pas conduire à considérer qu'une médecine efficace est finalement impossible ou impraticable dans les communautés rurales.

Tout indique, depuis la médecine coloniale, que les individus y ont partout recherché des remèdes à leurs maux et ont recherché systématiquement sa puissance de guérison, quitte à se soumettre à une autorité qui était et reste quasi militaire et humiliante souvent. Ce faisant, ils ont rarement renoncé à leur étiologie populaire culturelle qui s'est adaptée. L'observation des trajectoires de quête de soin met en évidence un pragmatisme universel de l'action. Le désarroi face à la souffrance et la mort se joue des univers et des imaginaires différents mais ne les suspend pas. C'est davantage au niveau du sens donné à la maladie et à la guérison que l'imaginaire garde toute la puissance puisqu'une guérison médicale (suite à un traitement) est souvent perçue comme tout autre chose et quelle ne résout souvent qu'une facette du problème posé, les autres devant faire l'objet de consultations, de cérémonies, de rites. Cette question de l'articulation entre l'étiologie populaire culturelle de la Mn d'une part et la recevabilité des propositions médicales, le recours aux soins et l'ouverture à des changements de pratiques alimentaires d'autre part a été constamment posée et travaillée lors de la recherche. Ne pas tenir compte pragmatiquement des ENP ruine à priori toute politique de lutte contre la MnA. Fort heureusement, le flou qui entoure ces ENP offre des espaces interprétatifs pour les articuler avec les diagnostics médicaux de manière pratique plutôt que de les opposer ou les classer dans des univers radicalement incompatibles. Il faut cependant pour cela que la biomédecine montre son efficacité, soigne, traite et guérisse parfois. Dans les faits, c'est loin d'être toujours le cas ! Si cela l'était, il conviendrait alors de ne plus affirmer une opposition entre soins biomédicaux et soins de terroir, mais de les rendre combinables aux yeux des gens, voire comme des renforcements réciproques.

Génies, sorciers et « mauvaises langues »

Des différences considérables existent sur le fond partagé des représentations africaines et enrichissent considérablement l'encyclopédie des ENP, même si on limite l'examen aux ENP qui peuvent renvoyer à des diagnostics de malnutrition. Ainsi, en matière d'origine du mal, Jaffré note qu'une majorité de cas d'enfants malnutris aigus présentés à l'hôpital de Niamey pour des autres pathologies redoutées -la Mn n'étant pas considérée comme telle comme maladie-, sont décrits comme les conséquences d'une peur de l'enfant (peur d'un sorcier, d'un génie, d'un être surnaturel perçu en rêve). Une minorité substantielle serait victime de la « mauvaise langue » : des propos faussement flatteurs à propos de l'enfant qui le singulariseraient et attaqueraient sa force vitale.

Vu la diversité des ethnies et des langues rencontrées dans la Tshopo et au Sud Ubangi, il était difficile de cataloguer ces origines imputées à la MnA. Si l'alimentation est rarement mise en question comme telle et principalement, la gamme d'explications de l'origine semble large. Bien au-delà des mauvaises actions (celles des sorciers ou autres malfaisants) qui sont ciblées (vengeance, jalousie de proches) ou non (produits « toxiques » répandu sur un chemin), on trouve les causes personnalisées liées à la sexualité, les ruptures d'un tabou alimentaire de la mère, mais aussi des causes qui sont dites « du pays », du « milieu », « mystiques », voire « naturelles (« l'enfant est né comme cela ») ou encore « environnementales ». Aux yeux des gens, toutes ces expressions font sens par opposition à l'univers de la santé biomédicale, celui qu'incarnent le centre de santé, l'infirmier, le vaccin et le médicament.

Spatialement et socialement, nos interlocuteurs considèrent que ces représentations de l'origine de la MN ont pour lieu et matrice « la communauté » ou le « milieu » et se distinguent clairement du monde de l'hôpital, du centre de santé, voire de l'État. « Ces maladies ne sont pas soignées à l'hôpital », « ces maladies n'aiment pas l'hôpital », « l'enfant qui a botete va mourir à l'hôpital » a-t-on entendu systématiquement. Cet hôpital peu accueillant, coûteux et souvent démuné, voire impuissant par manque d'intrants médicaux est aussi intrinsèquement incompetent devant les ENP que les médecins et infirmiers qualifient de Mn.

Soins indigènes, tradipraticiens, guérisseurs et pasteurs en première ligne

Partout ce recours au « guérisseur indigène » est présent et semble aisé. Dans le cas de la MnAs qui est largement et immédiatement perçue comme une « maladie de l'esprit », « du milieu » ou « sorcière », ces guérisseurs ne semblent pas être toujours des « Nganga patentés », mais plutôt des intervenants du monde proche, de la famille, « du milieu » dont les compétences sont ponctuelles. A Isangi, une guérisseuse qui « va chercher des plantes en forêt » a été interrogée. Elle dit limiter son action à quelques maux précis dont la Mn et ne soigne que des proches à la demande des parents. Le coût modeste pour ceux-ci se limite au droit d'accès à la forêt qui serait traditionnellement dû au guérisseur qui « va en forêt à l'aube » et doit payer alors des droits traditionnels.

Certains enfants sont amenés chez les pasteurs pour être délivrés du mauvais esprit à l'origine de la maladie. C'est la prière. D'autres enfants ne suivent aucun traitement. A Budjala, les femmes enceintes interrogées à ce sujet ont déclaré : « *Il y a plusieurs cas dans ce village (Ngwenze Mission), ces enfants sont à la maison, ils ne sont suivis nulle part* ». Ce point de vue a été soutenu dans toutes les zones de santé.

« *Dans la zone de santé de Gemena, il y a même un pasteur qui prétend être guérisseur de la MN. Ce dernier ferait vomir des crapauds, lames de rasoir et autres fétiches qui sont à la base de la MN chez les enfants (...). On prie pour ces enfants, ceux qui viennent au centre de santé sont transférés à Budjala, mais comme il n'y a pas d'intrant de prise en charge, les femmes retournent chez le Pasteur : pour elles « c'est une maladie de l'esprit qui ne se soigne pas à l'hôpital ».*

Dans certains cas, les tradipraticiens font des incisions au niveau de la poitrine de ces enfants et appliquent des produits. Dans d'autres cas (Bulu Koyo) une poudre est appliquée sur les œdèmes au niveau des pieds de l'enfant et emballés dans des feuilles dans l'objectif de lutter contre les œdèmes. Parfois quand on enlève ces feuilles, la peau de l'enfant est brûlée, avec l'apparition des lésions.

« *Mon petit fils est décédé de la Mn, il est mort avec des plaies partout ; c'est après sa mort que j'ai découvert les plantes qui soignent la Mn. J'ai soigné ensuite trois de mes petits fils qui ont souffert de la même maladie ; un est complètement guéri et les deux autres sont sous traitement* » (grand-mère d'enfants Mn, AS Eveché, Budjala).

Contrairement aux religieux, la perception de ces recours aux soins indigènes est ambivalente y compris chez les IT et ITA ou les enseignants. Certains doutent fondamentalement des traitements « indigènes » et parfois les condamnent, mais d'autres leur reconnaissent une certaine efficacité et constatent des cas de guérison tout en dénonçant des effets pervers

lorsque les enfants sont amenés trop tard au centre médical après diverses consultations « dans la communauté ».

Dans le Sud-est du S-U, la malnutrition semble à la mesure de l'enclavement économique et de la grande faiblesse du système de santé. La malnutrition semble très répandue et sans aucun doute très sous-estimée par les données sanitaires. On y évoque partout des maux en croissance : *Bulu Koyo, Zelewo, Maladi ya mayi*, etc.

Évoqué dans la plupart des entretiens à Bulu-Budjala, Maladi ya mayi vient de l'eau comme son nom l'indique. La considérer comme malnutrition, ce que font beaucoup de reco et IT/ITA qui font de même pour les deux autres termes, ne va pas de soi. Selon un Reco de Budjala : « *Maladi ya mai conduit dans certains cas l'enfant à la mort et parfois après une seule semaine. Elle se révèle après des rêves, elle ne se soigne pas à l'hôpital. L'enfant malade amené à l'hôpital y mourra à coup sûr. A l'hôpital, il n'y a rien* ».

Maladie de l'eau : itinéraire thérapeutique tragique d'un bébé de 6 mois

« *Tout est parti d'un rêve ; dans ce rêve j'étais dans l'eau avec mon bébé en train d'attraper les poissons. Je me suis réveillée en sursaut. Du coup, mon bébé a commencé à pleurer sans arrêt. Les sages-femmes du village m'ont dit que l'enfant souffrait de la maladie des esprits, mes seins ont pris anormalement du volume, le bébé a refusé de téter. Nous avons amené l'enfant chez une tradi-praticienne du village qui nous a donné les produits à appliquer dans les yeux de l'enfant (pour l'empêcher de voir les esprits mauvais). Elle aussi fait des incisions sur mes seins et y a appliqué une poudre. Trois jours après l'enfant ne faisait que pleurer. Nous l'avons amené dans un centre de santé, deux jours après l'infirmier titulaire nous a transféré à l'HG de Miluna pour un problème d'anémie. Arrivé à l'hôpital, l'enfant a été transfusé. Un jour après la transfusion, le médecin a prescrit une deuxième unité de sang pour transfuser l'enfant à nouveau. Comme on n'avait plus d'argent, l'enfant est décédé. J'ai perdu deux enfants dans les mêmes conditions. Tous mes enfants ont souffert de cette maladie, comme nous avons trouvé un bon guérisseur, mes enfants ne meurent plus, mais je suis soumise à plusieurs interdits alimentaires* » (Thérèse, mère de cinq enfants, tous ont souffert de la maladie de l'eau, AS Mbako, ZS Bulu).

Allaitement et sevrage

La question de la nutrition des nouveaux nés est centrale dans les prescriptions de l'OMS et de l'Unicef : mise au sein dans l'heure, allaitement exclusif jusque 6 mois et poursuivi jusque 2 ans, ainsi que diverses recommandations concernant les aliments et leur introduction dans le régime du bébé balisent ses premières années.⁴² Ce référentiel est intégré dans les dispositifs de santé maternelle et infantile de la RDC notamment dans la conception des groupes de soutien ANJE. Mais leur application est loin d'être exhaustive et généralisée. Pour une étude récente sur Isangi, voir Pronanut (2022).

La santé des mamans est elle aussi bien documentée en termes de santé publique. Selon SUN-RDC (2017), 14,4% des femmes ont une déficience énergétique et 38 % des femmes en âge de procréer sont anémiées.⁴³ La qualité nutritive des aliments de substitution au lait maternel utilisés en RDC est discutée depuis longtemps et le restent dans certaines pratiques. Près de 920 000 enfants congolais âgés de 6 mois à 2 ans ne consommeraient pas les aliments recommandés capables de soutenir la croissance optimale rapide de leur corps et de leur cerveau. Les régimes alimentaires dépourvus d'apports nutritifs adaptés constitueraient également la principale cause de mortalité en RDC (Unicef, 2019).

UNICEF RDC, communiqué d'août 2022

La pratique de donner de l'eau aux enfants de moins de six mois est très répandue en République Démocratique du Congo : 20% des nouveau-nés reçoivent un aliment autre que le lait maternel, principalement de l'eau dès leur premier mois de vie. Entre l'âge de 4 et 5 mois, ce pourcentage concerne 70% des enfants selon l'enquête MICS-Palu 2018, ce qui contribue à la malnutrition, aux autres maladies et même au décès des enfants.

La RDC est le premier pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre où les enfants ne grandissent pas bien où 9 millions d'enfants de moins de 5 ans sont touchés par la malnutrition chronique et près de 2 millions d'enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition aiguë sévère selon l'enquête MICS-Palu 2018.

Pour que les enfants de moins de six mois restent en bonne santé, les données scientifiques recommandent de leur donner exclusivement du lait maternel à la demande (jour et nuit). Une mauvaise alimentation nuit de manière permanente à la croissance et au développement du cerveau des enfants. L'allaitement maternel présente des avantages importants pour les mères : il accélère la récupération après l'accouchement, retarde le retour du cycle menstruel, ce qui permet d'espacer les naissances et réduire le risque de cancers des ovaires et du sein.

Selon une recherche publiée par le *Health Policy and Planning Journal* en juin 2019, les pratiques optimales d'allaitement maternel auraient le potentiel de :

⁴² L'enquête MICS 2018 estime conclut que 46 % des nouveaux nés en RDC ne sont pas nourris exclusivement au lait maternel.

⁴³ <https://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2017/11/DRC-Narratif-Commun-nutrition-2017.pdf>

Sauver près de 27.000 décès d'enfants de moins de 2 ans causés par la diarrhée et la pneumonie ;

Prévenir presque 341 décès de mères dus au cancer et au diabète de type 2 ;

Rapporter à l'économie presque 900 millions dollars américains soit 2,8 % du revenu national brut à travers l'amélioration des capacités cognitives des enfants et la prévention d'une mortalité précoce et la réduction du risque de mortalité maternelle;

Réduire les dépenses des familles liées au traitement de maladie, l'achat des substituts de lait maternel, etc.

Les conditions d'allaitement (hygiène, durée, rythme, alternance des seins, longueur), les questions de composition des bouilles, l'alimentation de substitution et l'hygiène des préparations sont des questions nutritionnelles et médicales qui sont bien entendu très importantes pour la nutrition et déjà bien documentées.

La position de l'enfant dans la fratrie, la taille du ménage et les caractéristiques socio-culturelles des parents sont des variables dont la corrélation avec la malnutrition des enfants a été étudiée statistiquement (Morrisson et Linskens 2000). Dans cette étude qui ne comprend pas la RDC mais une dizaine de pays africains : la probabilité de malnutrition augmente pour les enfants qui ont beaucoup de devanciers (frères et sœurs), l'hypothèse étant que la mère est moins disponible. Elle est aussi supérieure pour les petits garçons en comparaison des filles. La durée d'allaitement n'est pas différente entre filles et garçons.

Il nous faut éclairer un aspect particulier : le sevrage dit « précoce », « brutal » qui met en jeu des conceptions culturelles particulières relative au sexe et la déréliction de certaines coutumes. L'ethnographie a décrit de très nombreuses coutumes africaines prohibant la sexualité de la mère durant l'allaitement qui courrait souvent jusque 2 ans. Certains auteurs y ont vu un moyen relativement efficace d'espacer les naissances et de permettre aux femmes de « se reposer », d'autres y ont vu en outre un ressort de la polygynie.

Cet « interdit » n'est pas étranger au *Wale* des populations de l'Équateur et de tout le nord du Congo. Avant d'aller plus loin, il convient de préciser que l'allaitement n'est un contraceptif efficace que sous conditions relativement strictes que l'on trouve rarement réunies en Afrique centrale.

« Sein gâté » Sevrage précoce et sexualité

L'argument selon lequel la malnutrition des bébés aurait entre autres pour origine un arrêt complet de l'allaitement et un sevrage précoce et brutal est assez largement répandu parmi les IT-IT, les RECO, médecins et observateurs. Il est discuté également dans d'autres pays africains (Jaffré et alli.2006). Si la qualité de l'alimentation de substitution est médiocre en RDC pour de très nombreux enfants, les conséquences seraient d'autant plus graves que le sevrage intervient tôt et brutalement.

En RDC, le sevrage précoce renvoie principalement à la survenue d'une nouvelle grossesse et plus largement à la seule pratique (reprise) des rapports sexuels qui requièrent aux yeux des

femmes un arrêt de l'allaitement. Les bébés sevrés précocement ou plus tard reçoivent alors des aliments sous forme de bouillies et d'eau puis, progressivement des aliments d'adulte. Aucun lait de substitution n'étant utilisé, dans l'immense majorité des cas.⁴⁴

Comme les données congolaises en témoignent, la Mn des bébés s'affirme surtout après un an et dans la suite. Il est difficile de distinguer les effets de l'absence de lait maternel des effets liés à la qualité des aliments de substitution. Mais on ne peut donc exclure que ces modalités d'allaitement maternel et de sevrage jouent un rôle dans l'entrée en Mn.

Dans la communauté, grossesse et allaitement sont considérés comme incompatibles. La pratique de rapports sexuels par la femme allaitante ou même la suspicion de sexualité peut conduire les proches à considérer que la mère nuit volontairement à la santé du bébé, voire à sa survie. Les femmes utilisent donc parfois précocement différentes techniques bien connues pour détourner le bébé du sein : piments ou autres répulsifs appliqués sur le sein ou « augmenter » les quantités d'autres aliments.⁴⁵

Ces problématiques qui lient les pratiques d'allaitement et de sevrage (aliments de substitution, modes de préparation, quantités, rythmes..) à la malnutrition des enfants étaient déjà évoquées dans la littérature médicale coloniale, ce qui au-delà de l'anachronisme de la posture coloniale, contribue à répondre à la question lancinante suivante : était-ce mieux avant ? Autrement dit l'importance de la Mn est-elle aujourd'hui encore liée à ces pratiques ?

Koulongo

A Djiba (S-U), un chef de groupement est aussi guérisseur qui traite *Koulongo*, un mal qui se traduit par des signes de malnutrition. Selon lui cette maladie frappe les enfants allaités par des femmes qui seraient enceintes. Il est illusoire dans ce cas de chercher des soins à l'hôpital ou au CS : « *si la mère à une grossesse, le lait ne convient plus au bébé* ». Les soins au patient atteint de *Koulongo* lui incombent et nullement à l'hôpital.

À Yaombole (Isangi) « *si une femme (allaitante) a des rapports* » avec son mari trop tôt (*mukamuka*) l'enfant ne parvient pas à marcher, c'est comme la polyo. Le sexe amène des saletés qui passent dans le lait et contaminent l'enfant qui tète ».

Un problème ancien ?

Des indications étaient déjà données dans années 1930 au Congo, mais les recherches se sont multipliées dans les années 1950 avec la colonisation dite « de développement ». Une

⁴⁴ L'eau et les bouillies sont introduites avant 6 mois, ce qui peut être à l'origine de certaines affections des bébés (hygiène, eau), mais les aliments utilisés pendant la durée de l'alimentation mixte et après le sevrage seraient aussi en cause selon certains nutritionnistes. Sun (2017) notait que seuls 9,3% des enfants congolais de moins de 5 ans ont reçu une diète minimale acceptable.

⁴⁵ Ces pratiques sont répandues en Afrique. Ainsi les mères peulhs décident plus fréquemment que les mères bariba de sevrer à l'occasion d'une nouvelle grossesse, en cours ou souhaitée (...) empêchant parfois l'accès au sein ou en appliquant sur les mamelons un répulsif (fiente de volaille ou vernis à ongle) » (Prosar 2018, p.37).

publication faisant suite à une vaste enquête réalisée en 1957 par deux médecins belges appuyés par les services médicaux du Congo belge livrait des analyses assez péremptoires dans le « style » colonial (Bervoets, Lassange 1959).

Pour l'ensemble du Congo, les auteurs écrivaient : « *tout allaitement réel se termine apparemment vers 2 ans. Il s'ensuit que très tôt, du fait du déséquilibre entre les hydrates de carbone de la ration et les protéines du lait, l'enfant est soumis à un régime carencé ou hypocarencé en protéines. Ceci expliquerait l'incidence maximum du Kwashiorkor vers la fin du sevrage (HOLBRECHTS, Feshi, laboratoire de nutrition du FORÉAMI). Partout se retrouvent les mêmes erreurs diététiques. À 2 ans, l'enfant ne boit définitivement plus de lait, soit qu'il s'en détourne, soit que le mari estime le moment venu de reprendre avec son épouse des relations conjugales normales, suspendant ainsi la lactation maternelle. Il n'est pas d'exemples, en effet, où la mère maintiendrait la tétée du sein par son nourrisson en même temps qu'elle courrait le risque de devenir enceinte une nouvelle fois* ».

1957-58, allaitement et sevrage en Ubangi et Orientale (Tshopo) selon la médecine coloniale

« Dans certaines chefferies de l'Ubangi, l'enfant mâle n'est plus nourri dès qu'il abandonne le sein maternel. Les garçons se mettent eux-mêmes en quête de leur nourriture, ce qui les incite dès l'enfance à de menus larcins domestiques. Chez les Mongo, dès que l'enfant se tient debout, la mère le détourne de la tétée en s'enduisant le mamelon de piment rouge. A partir de ce moment, les conjoints reprennent les rapports conjugaux normaux. D'une manière générale, l'enfant reçoit de la pâte de manioc là où ce tubercule prédomine dans l'alimentation. Dans la région de la Mbari, on présente à l'enfant de la pâte très limpide de maïs et des légumes qui seront retirés du plat commun avant que l'on y ajoute des piments et du sel. Chez les Banza du secteur de Budjala, le nourrisson reçoit presque exclusivement de la banane jusqu'à l'âge de 2 ans. Ce n'est qu'à partir de la 3TM année qu'on passe au menu des adultes. Dans toutes ces régions où le vin de palme est fortement consommé, il remplace le lait maternel quand ce dernier fait défaut. Sa consommation devient alors non négligeable.

« Dans le territoire d'Isangi, la mère maintient l'allaitement alors qu'elle est déjà enceinte de plusieurs mois. Si une nouvelle grossesse tarde à venir, elle encourage elle-même l'enfant à continuer la tétée. Cette pratique la sauve ainsi en partie de l'humiliation de n'avoir pas d'autres enfants. Il n'est pas rare de voir certaines femmes allaiter encore un enfant de plus de 3 ans. Signalons enfin que les erreurs de régime graves sont ici fréquentes. L'indigestibilité d'aliments hydrocarbonés fournis à l'enfant ; maïs grillé, haricots, bouillie d'amarante, etc., provoquent des dyspepsies nombreuses ».

La conclusion toujours paternaliste et stigmatisante (pour les femmes notons-le) est la suivante :

« En examinant les techniques de sevrage dans les diverses peuplades congolaises, on peut conclure que tous les régimes envisagés se caractérisent par une prédominance absolue des hydrates de carbone sur les aliments riches en protéines. La ration alimentaire de l'enfant est extrêmement pauvre en substances minérales et en vitamines et par ailleurs déséquilibrée. L'absence d'éducation de base des mères congolaises pèse lourdement sur l'avenir vital de leurs propres enfants : méconnaissance des besoins nutritifs du nourrisson, absence de soins dans la

préparation de ses aliments, pauvreté en aliments adaptés au bas-âge, sont les causes principales des dyspepsies et dystrophies si fréquentes chez le petit enfant noir” !

La malnutrition des bébés de plus de 6 mois porte parfois un nom spécifique. Myriam Roger-Petitjean note qu’au Burkina Faso, *Séré, malnutrition qui frappe ces bébés, a une étiologie populaire particulière* qui rejoint les observations des infirmiers et certains nutritionnistes en RDC, incriminant un sevrage précoce, radical et définitif.

Roger-Petitjean précise par ailleurs « (...) *les grossesses rapprochées et les modalités de sevrage ne sont pas seules en cause. Sont incriminées, beaucoup plus largement, les relations sexuelles illégitimes, transgressant l’interdit sexuel du post-partum ou ne respectant pas les pratiques visant à diminuer l’excès de chaleur accumulé par la femme pendant l’acte sexuel* ». L’acte sexuel altérerait donc le lait directement ou via un excès de chaleur dans le ventre de la femme. Ainsi, même en cas de rapports sexuels sans fécondation, le sperme « gâte » le sein, il est décrit comme une « saleté », mais les fluides sexuels féminins seraient aussi en cause. L’acte sexuel d’une autre femme que la mère et sa « chaleur » est aussi jugé comme pouvant potentiellement transmettre *le mal* à un enfant allaité par cette femme ou même porté par cette femme.

Le sperme, le lait, « les saletés » et la honte

Certes la sexualité est très souvent abordée, partout, à travers un vocabulaire alimentaire et thermique. Beaucoup d’interdits alimentaires renvoient à une ressemblance, l’escargot par exemple évoquant le sexe de la femme. L’imaginaire alimentaire est sollicité également partout pour donner sens à la sexualité et, plus particulièrement en Afrique sub-saharienne, à la sorcellerie par ailleurs⁴⁶. Mais ce que nous observons ici est une représentation culturelle largement partagée qui lie malnutrition de l’enfant et sexualité de la mère, attribuant directement (le sperme gâte le lait) ou indirectement (allaitement et gestation étant incompatibles) la première à la seconde.⁴⁷

Les observations historiques et ethnographiques sont convergentes : dans toutes les populations du bassin du Congo, la culture fait état de diverses coutumes visant à éviter les rapports sexuels durant l’allaitement : des dispositifs d’éloignement de la jeune mère, des croyances et des contraintes sociales, voir des sanctions jouaient en ce sens. Selon la plupart de nos témoins en RDC, les interdits de sexualité qui frappaient les femmes allaitantes sont de moins en moins vigoureux et de moins en moins respectés en raison, disent les épouses, des pressions des maris. Ces maris nouvellement pères invoquent parfois leur refus de la polygamie ou même leur refus des « bureaux » et clament leur fidélité conjugale pour justifier les rapports sexuels postpartum. Les femmes-épouses seraient poussées à accepter la reprise précoce des relations sexuelles par le risque de « voir leur mari aller doter ailleurs ». Dans l’imaginaire de la forêt, comme dans diverses régions africaines, le premier bébé volerait (par anticipation) le lait destiné au suivant, tandis que celui-ci par sa présence « gâterait » le lait du premier. Les

⁴⁶ Dans la plupart des sociétés africaines, on parle de « bouffer » pour évoquer la mort par sorcellerie et la qualité le pouvoir de sorcier se transmet symboliquement par des aliments.

⁴⁷ Il faut noter que le sperme est considéré parmi certaines populations africaines comme une sorte de nourriture de l’embryon au début de grossesse en se transformant en sang (l’embryon étant conçu comme une boule de sang). Il devient cependant contre-indiqué dans la suite de la grossesse (Bonnet 1999).

grossesses rapprochées multiplieraient donc les risques de sevrage complet et « brutal », d'autant que des guérisseurs et tradipraticiens « créatifs » prétendent administrer des cures qui permettent d'éloigner/neutraliser les menaces qui pesaient en cas de rupture de l'interdit. Ce qui n'empêcherait pas pour autant le sevrage.

Le sevrage précoce et/ou brutal mis en cause par les soignants n'est toutefois pas perçu par les mères comme une origine de la Mn. On comprend qu'il s'agit d'éviter l'éventuelle culpabilité, car aux yeux de la communauté c'est le comportement qui justifie ce sevrage, pratiqué ou non, qui est en cause. L'enfant serait malade parce que la mère a connu des rapports sexuels et qu'elle « accepté une nouvelle grossesse ».

Les infirmiers et nutritionnistes mettent pour leur part en cause le sevrage précoce et/ou brutal sans s'opposer cependant systématiquement à d'autres imputations : défaut d'attention des parents, pauvreté, sexualité, sorcellerie, génies. La honte qui frappe la mère d'un enfant malnutri aigu sévère renvoie peut-être davantage à la condamnation pour rupture d'un interdit sexuel qu'à la crainte de passer pour mauvaise nourricière. La rupture d'interdit étant interprétée comme irresponsabilité ou pire, comme malveillance, à l'égard de l'enfant.

La honte des parents n'est pas liée à l'accouchement précoce des filles, mais aux défaillances des géniteurs. « Avoir un enfant avant le mariage, c'est fréquent dans notre société, bien que notre tradition exige que le mariage soit le cadre légal pour avoir une progéniture. Une fois enceinte, certaines familles renvoient la fille ou la dépose dans sa belle-famille ... *si le* géniteur reconnaît la grossesse et accepte de recevoir la fille), mais d'autres parents gardent la fille. D'autres géniteurs prennent la fuite et abandonnent la jeune fille soit dans leur belle-famille, soit auprès de leurs parents ».

Dans tous les deux cas, la prise en charge de la fille-mère est assurée en majorité par sa mère. Rares sont les cas où les géniteurs s'assument et prennent en charge la jeune fille et son enfant. « *Ma fille a eu sa grossesse à 14 ans, son bébé a six mois, on n'a jamais vu le géniteur* ».

« *À 14 ans, ma fille a fui la maison, elle est allée dormir chez son type, la loi interdit le mariage de mineurs mais les filles vont cohabiter avec les hommes à cause du téléphone, de la pauvreté ; parfois elles vont dans des familles plus pauvres que les leurs* ».

• Une épidémie de grossesses précoces ?

Les grossesses précoces qui seraient en hausse est un thème largement discuté parmi les témoins (leaders, religieux, responsables associatifs) et personnels de santé Il doit être distingué de celui de la grossesse rapprochée dont nous venons de parler. Ce qui est visé par ce terme de grossesse précoce concerne des adolescentes et jeunes filles qui se trouvent enceintes peu après être nubiles. Si l'on parle d'âge biologique, rien n'indique que ces faits soient nouveaux ni croissants. Ils étaient bien établis dans le passé car les coutumes encourageaient dans certains cas la maternité avant l'union, pratique toujours largement en cours⁴⁸. Ce qui alimente un passionné débat à de sujet (surtout chez les

⁴⁸ Avoir un enfant avant le mariage n'est pas un problème, pour le peuple Lokele, c'est une preuve de fécondité de la part de la jeune fille.

hommes, papas et vieilles mamans) c'est plutôt l'âge social et l'incertitudes des comportements des acteurs. En effet les filles d'aujourd'hui sont davantage scolarisées et échappent aux rôles et institutions du passé. La pauvreté ambiante d'une part et les nouveaux modèles culturels d'autres part changent les comportements des acteurs : les « enceinteurs » répondent moins aux pressions des aînés, sortent du cadre des institutions et coutumes matrimoniales, « n'assument plus leur actes » selon divers témoignages. Les « enceintées » négocient pour leur part de manière plus individuelle cette transition de leur vie et se reposent sur leurs mamans dont la charge de responsabilité et de travail s'accroît encore.

Il est donc peu probable que l'âge moyen à la première naissance soit en baisse et il est même peu probable que la proportion de maternité avant 18 ans augmente. Il est cependant très possible que les naissances précoces contemporaines posent davantage de problèmes de prise en charge des enfants dans ce contexte de transformation quelque peu chaotique de l'économie des institutions de reproduction (*dot, cadeaux, bowei, wale*)

Théoriquement, une fille doit accoucher dans son mariage. Cependant, dans la majorité des cas, les filles accouchent avant le mariage. Chez les Ngbandi, accoucher avant le mariage n'est pas un problème et c'est courant.

Wale-Bwakele...

Il ne faut pas donner une force absolue aux interdits « traditionnels » qui proscrivent la sexualité et la grossesse de la femme allaitante. Il convient de les situer dans des coutumes plus ou moins généralisées dans le bassin du Congo dites ici *Wale*. Les versions rencontrées sur les deux terrains conduisaient les nouvelles mamans à rejoindre leurs familles d'origine durant plusieurs mois après l'accouchement. Elles y apprenaient d'une certaine manière, leur rôle de mère et notamment les soins au nouveau-né. Certes les coutumes s'estompent. Mais nous pensons plutôt que dans le contexte de crise durable et d'appauvrissement radical, c'est toute l'institution *Wale* et plus loin, tout le régime d'échanges de biens entre familles de l'épouse et du mari (dot) qui est renégocié dans diverses directions. Les changements qui impliquent l'allaitement et le sevrage doivent donc être compris dans un ensemble plus général de transformations des rapports matrimoniaux et des rites de reproduction qui mettent en jeu tout le cadre de prise en charge familiale des enfants.

La version de base de cette institution dite *wale* n'interdit pas explicitement mais réduit la perspective de rapports sexuels entre la femme accouchée et son mari. Beaucoup de coutumes condamnaient ces rapports et cette abstinence longue a été parfois présentée comme un des ressorts de la polygynie très répandue. La durée de *wale* dépend des familles et de leurs moyens : le papa de l'accouchée doit réunir les moyens pour les cérémonies de la sortie de *wale* de sa fille. Après ces cérémonies, le mari est obligé de rembourser ou dédommager le papa qui a pris en charge sa fille devenue mère et son bébé.

Bwakele (Wale) dans la tourmente de la pauvreté

Toutes les femmes ont reconnu l'importance de *bwakele* : « *si on ne prend pas bien soin de la femme qui vient d'accoucher, elle peut mourir* ». Pourtant la forme de *bwakele* est en mutation.

Une autre femme dit pour expliquer et justifier *Bwakele* : « *les mères s'occupent bien de leurs filles! Regarde, cette fille, elle a un bébé d'un mois, depuis le matin elle n'a rien mangé, mais elle a l'argent et se promène avec son bébé, comme c'est sa belle-mère qui s'occupe d'elle, elle se promène affamée, le lait ne coule pas, elle ne sait pas allaiter son bébé convenablement* » (elle parle d'une participante au focus group qui habite dans sa belle-famille et non chez les siens et serait donc en défaut de *wale*).

Pour « *recupérer la femme après le Wale, l'homme-mari doit acheter un pagne, un sac de sel et un sachet de sucre en signe de reconnaissance à la belle-mère. Les plus généreux donnent aussi de l'argent à leurs belles mères. S'il n'avait pas encore épousé la femme (doté la femme au moment de l'union), il doit alors payer la dot ainsi que les droits coutumiers y afférents* ».

Dans le contexte de pauvreté actuel, les jeunes hommes redoutent que leurs femmes accouchées rentrent dans leur famille pour *Wale*. Ils redoutent le ridicule, car ils craignent de ne pas avoir de quoi offrir ces biens à leur belle-mère et de ne pouvoir dédommager leur beau-père au terme de *Wale*. Ayant rarement payé leur dot en entièreté, ils redoutent des négociations rudes avec leur beau-père qui trouvera l'occasion de réclamer.

« Ils craignent que si leurs belles-mères prennent leurs femmes en Wale, ils ne sauront pas les récupérer sans avoir payé les droits coutumiers liés à la prise en charge de leurs épouses par leurs parents après la naissance ».

Les jeunes femmes accouchées elles-mêmes reconnaissent l'importance de *bwakele*, mais beaucoup ne rentrent pourtant pas dans leur famille après leur premier accouchement. Le mari pourrait selon elles y trouver une occasion pour se débarrasser d'elle. « *Par crainte de perdre son mariage, la femme reste avec son mari* ».

Ce dernier doit alors préparer les repas pour son épouse qui vient d'accoucher jusqu'à ce que le cordon ombilical de l'enfant se détache. Chez les Ngbandi et chez les Ngwaka il est interdit à une femme qui vient d'accoucher de préparer avant que le cordon ombilical du nouveau-né se détache. La femme qui ne respecterait pas l'interdit risque de perdre son bébé : une « infection » le saisirait qui le conduirait à la mort. Par crainte de perdre le bébé, le mari accepte alors de préparer en lieu et place de la femme pendant les trois ou cinq jours qui suivent l'accouchement. Ensuite, juste après, il lui abandonne toutes les tâches ménagères.

Q : Est-ce que les hommes mangent la nourriture préparée par une femme qui vient d'accoucher ?

R : « *Notre mari ne mange pas la nourriture préparée par une femme qui a le sang, il mange chez les autres femmes. D'ailleurs, nos coépouses ne préparent pas quand elles viennent d'accoucher, nous nous arrangeons toujours pour préparer pour elle* » (Solidarité entre coépouses).

À Yaombolé un père de famille (pêcheur, 56 ans, monogame, 8 enfants) explique qu'après chaque accouchement, « *ses filles cuisinent car dans ce cas il n'est pas autorisé à manger un plat qui serait préparé par son épouse. Mes filles cuisinent et maman se repose alors* ».

« Nonchalance », « indifférence sélective » des mères et « défaut de désir de vivre » des bébés ?

Il a été observé très souvent en Afrique que l'allaitement ou la nutrition « à la demande » a comme conséquence que les mères ne poussent pas activement à la nutrition du bébé qui ne semble pas demandeur (manque d'appétit)⁴⁹. Ceci, selon les agents médicaux et nutritionnistes, implique qu'un bébé, sans appétit pour une raison liée à une pathologie ou un état quelconque, se trouve vite dans le cercle vicieux de la malnutrition. L'une des spécialistes de la santé infantile africaine écrit que dans la culture commune, « 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 » (Bonnet 1996). La plupart des auteurs estiment que la durée l'allaitement est toujours dans la plupart des cas de 20 à 30 mois. Les filles ne sont jamais désavantagées en matière de durée d'allaitement. Les petits garçons sont souvent davantage victimes de malnutrition à partir du sevrage. Le lait animal de substitution est très rare en milieu rural.

⁴⁹ Pour une discussion très nuancée de cette notion d'allaitement à la demande en pays soninké, voir E. Razy 2007.

Petites filles et petits garçons africains à égalité devant les soins

“L'étude des rapports de masculinité des indicateurs sanitaires montrent avant tout l'absence de la moindre discrimination contre les filles d'âge préscolaire en Afrique subsaharienne. En effet, les indicateurs de comportement en matière de prévention (par la vaccination), de traitement (par la réhydratation), ou d'alimentation (allaitement) montrent une grande égalité de soins des garçons et des filles en Afrique subsaharienne. On pouvait s'attendre à ce résultat car aucun exemple convaincant de discrimination n'a jamais été rapporté pour ce continent, contrairement à l'Asie du Sud où ces exemples abondent” (Garenne 2002).

À propos de la mortalité néonatale et de la malnutrition en particulier, des anthropologues culturalistes et des psychologues ont exploré une piste qui met en question une relative « nonchalance », voire une « indifférence » ou une « indifférence sélective » dans les relations mère-enfants ou parents-enfants. Cette perspective vise à rendre compte d'une certaine passivité des familles et des mères face à certaines affections des petits enfants, voire à leur décès. Ces études ne sont pas spécifiques à l'Afrique mais ont été discutées dans des cas africains.

Certains chercheurs ont interrogé plus loin cette « indifférence parentale » face aux soins de certains enfants, estimant que l'enfant qui, dans la représentation populaire, reste entre deux mondes jusqu'au sevrage choisirait en quelque sorte de retourner d'où il vient, exprimant ainsi sa volonté dans sa propre mort, volonté contre laquelle il serait vain ou malvenu de lutter.

Vu l'ampleur de la mortalité néonatale, cette « indifférence » ou « indifférence sélective » en matière de soins aux jeunes enfants malades a été épinglée par des démographes. Dès 1978, Scrimshaw émettait une hypothèse selon laquelle les derniers-nés recevraient moins de soins médicaux que ceux qui ont passé le cap de la première année. L'indifférence relative à la mort d'un jeune enfant serait en quelque sorte une forme d'auto-eugénisme face à une forte fécondité sur laquelle les femmes n'ont, au demeurant, qu'un faible contrôle. Dans certains cas, cette indifférence qui confine au manque de soins concerne des enfants mal-nés, handicapés ou porteurs de mauvais signes.

Les recherches africaines d'ethnopsychiatrie mettent en évidence les explications exogènes de la maladie très fréquentes (sorcellerie, génies, ancêtres, esprits...) et leurs effets sur la formation de la personnalité et les relations entre parents et enfants. Ces explications exogènes 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. Les Ortigue notaient pour leur part dès 1978 à propos de familles béninoises que leur attitude de soins à l'égard d'enfants dépendait de la cause imputée à la maladie. « *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.* » (Bonnet 1996). Des études anthropologiques africanistes mettent en évidence la force des représentations de l'identité du bébé qui resterait entre deux mondes jusqu'au sevrage, voire plus tard. Dans certains cas, la pluralité d'identité du nouveau-né qui « incarne » un ancêtre ou, comme tout un chacun dans beaucoup de sociétés africaines il dispose d'un double (qu'il

ne contrôle pas complètement) peut éclairer les comportements ambivalents des familles à l'égard de certains enfants à certains moments.⁵⁰

Ces études ont été soumises à diverses critiques montrant en outre que la soustraction des enfants aux soins médicaux pouvait être une manière pour la mère de les soustraire aux sorciers, donc *in fine* de les protéger et non de les négliger. Il a été souvent observé le « parcours du combattant » (souvent incohérent et vain aux yeux des médecins) que vivaient des mamans pour soigner leurs enfants en respectant les normes et croyances de la communauté tout en essayant de profiter « malgré tout » de l'offre de soins médicaux. Mais il faut bien convenir que « *la notion d'enfant désiré, associée à celle d'enfant aimé, aimé parce que désiré, et bien soigné parce que aimé (...) est surtout véhiculée par le personnel de santé des pays en voie de développement (...). Appliquée 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* » (Bonnet 1996).

Nonchalance ou impuissance

Au demeurant, le contexte général des maternités incontrôlées et à répétition ne peut être sous-estimé pour apprécier cette « passivité » de certaines femmes-mères dans certains cas. Ce contexte les voit dépourvues de pouvoir de décision autonome sur la vie des enfants, dépourvues de ressources propres, malnutries elles-mêmes et privées d'un minimum de connaissance sanitaire, surchargées par les tâches productives (agricoles) et l'ensemble des tâches reproductives ! Cette « passivité » qui interpelle ou irrite tant les soignants ne peut être comprise selon Y. Jaffré et Castle sans considérer « *la complexité de leurs (les mères) prises de décisions face aux risques liés aux traitements et à l'obligation de négocier avec leurs maris à chaque étape du processus* » (Jaffré 2014).

Elles doivent surtout tenir compte des risques sociaux ___liés___ à leurs choix thérapeutiques puisque si l'enfant décède elles en seront tenues pour doublement «responsables» : responsables du décès et de la dépense injustifiée.

Et Jaffré de citer Castle « "Ethnic" differences in mortality between the study populations do not reflect variations in beliefs about illness management and disease causation nor socioeconomic disparities, but rather result from real variations in women's social power within their domestic environments. » (Castle 1993, 155).

⁵⁰ Ben Okri, La route de la faim 1994 ; Rabain, 1979.

Une (re)négociation des traditions chaotique

Depuis quelques décennies, la notion de coutume ou de tradition a été reconsidérée par les anthropologues. Il apparaît désormais que les traditions des sociétés dites « traditionnelles », étaient moins rigides, moins impératives, moins stables dans le temps. Elles évoluaient et faisaient objet d'interprétations, d'adaptations et de manipulations diverses, mais elles encadraient néanmoins les comportements par le biais des institutions sociales des communautés.

Les coutumes matrimoniales, les règles d'alliance (dot, exogamie, polygamie, lévirat, divorce ...) semblent peut-être de nos jours beaucoup moins stables encore que dans le passé. Dans le contexte de l'économie du peu et du sentiment général d'abandon (reflux de l'économie formelle, long déclin des administrations...) sur fond de délitement des bases de l'autorité sociale (séniorité, patriarcat, castes) ces coutumes et règles semblent davantage bousculées et (re)négociées en sens divers. Nous ne considérons ici que les faits qui concernent la Mn, soit les comportements, flux de biens et règles d'autorités et de responsabilités qui interviennent en matière d'économie de la reproduction.

Nourrir les enfants, une négociation permanente entre époux

« Théoriquement, la prise en charge des enfants relève de la responsabilité de l'homme ; c'est en principe ce que prévoit notre culture (Ngbani, Ngwaka et Ngombe, Lokele, Turumbu, etc.). Mais c'est plutôt nous les mamans qui assumons toute la responsabilité et la prise en charge de nos enfants » (Maman Budjala).

« Le mari achète un pagne pour la femme et le reste de l'argent est pour autres choses. La responsabilité alimentaire est assurée par la maman. L'homme s'occupe d'autres choses et surtout boire. La femme ne bénéficie de rien. Elle va pour glaner le « bulune » c'est-à-dire les miettes, les résidus du champ pour s'occuper de la famille » (IT de Bwamanda)

Dans la zone de santé de Bulu, le rôle de l'homme dans la gestion du ménage est encore celui de « guichet unique ». C'est lui qui centralise tous les revenus du ménage et c'est par le « guichet unique » que toutes les dépenses du ménage passent bien qu'en réalité la charge du ménage retombe sur la femme. Théoriquement, l'argent de l'agriculture est réservé pour résoudre les problèmes du ménage, notamment les frais scolaires des enfants et les soins de santé. Cependant, dans la majorité des cas, cet argent est affecté à autre chose, l'homme peut épouser d'autres femmes avec, acheter la boisson.

Le contexte forestier reste largement polygamique et l'immense majorité des filles n'héritent pas de droits d'usage -et encore moins de droits de propriété, des terres de leurs pères⁵¹. La filiation est patrilinéaire et les filles sont exclues de l'héritage des droits fonciers. Elles sont mariées par la compensation matrimoniale (dite dot) remise par la famille du mari à la famille

⁵¹ Des femmes exploitent néanmoins parfois des terres où elles acquièrent des droits individuels ou collectifs (via les associations et groupements), où elles obtiennent ces droits dans leur famille d'origine en raison de l'absence de frères vivants ou encore parce que certains maris polygames octroient des droits d'exploiter à leurs épouses sur des parcelles déterminées à charge de ces épouses de prendre en charge leurs enfants.

de la femme. C'est en fait souvent le candidat au mariage doit réunir les biens de la dot. Dans l'ensemble, ces coutumes s'individualisent et les implications des familles et des clans vont diminuant.

Comme on l'a dit, beaucoup d'unions interviennent aujourd'hui après la naissance d'un enfant -ce qui n'est pas nouveau, mais aussi en l'absence de dot versée ou en l'absence de dot versée « complètement » (ou d'engagements collectivement validés) à la famille de la femme. Plus généralement, c'est l'ensemble des flux de biens, de prestations et les « contrats » entre les parties à l'alliance qui sont renégociés. Le transfert de l'épousée, de sa force de travail et de sa capacité reproductive vers la famille du mari concerne moins les lignages et clans, que les pères... Ce transfert opéré dans le passé par la remise d'une « dot » acceptée était un processus scandé par des institutions particulières comme *Wale-Bwakale*.

Celle-ci connaît de nombreuses déclinaisons selon les groupes ethniques. Elle voyait en général la jeune mère rentrer chez ses parents peu avant ou immédiatement après son premier accouchement et y demeurer avec son enfant durant une période qui pouvait durer de trois à six mois, voire davantage. Le terme de cette période qui était une période de « repos » et d'apprentissage, du rôle de mère, mais aussi d'éloignement du père de l'enfant, était aussi un moment de négociations. En effet, le mari, pour récupérer son épouse et son enfant, devait dédommager les parents de son épouse pour leur prise en charge. En général, un interdit sexuel frappait comme nous l'avons vu les femmes allaitantes.

Boweï, une autre institution dans certaines ethnies, dispensait la jeune mariée de toute activité agricole et même de travail domestique, elle était donc à la charge des parents ou beaux-parents durant plusieurs semaines ou plusieurs mois. L'ensemble de ces institutions est désormais mis rudement à l'épreuve. Épreuve d'un appauvrissement délétère et de son cortège « d'anti-valeurs ». Épreuve d'une individualisation réelle mais obérée par l'effondrement de l'institution publique qui aurait pu fournir un cadre de subjectivation supra-lignager. N'oublions pas l'effondrement du salariat qui était masculin et qui met aujourd'hui le travail féminin (agriculture et commerce informel) en centre de la reproduction familiale, ce qui commence à questionner le « guichet unique » et le « papa d'abord ».

Jeunes ou moins jeunes, des grand-mères ...en charge des petits enfants

« Plusieurs filles accouchent avant le mariage et abandonnent la charge de leurs enfants à leurs parents qui n'ont pas des moyens pour prendre en charge autant d'enfants⁵². Ma fille de 13 ans vient d'accoucher il y a une semaine (Christophe). Dans mon école une fille de 4^{ème} année primaire est enceinte (EPElykia) elle a 12 ans. A l'institut Modunga une fille de 15 ans est enceinte, à l'EP Tomeka 2 filles sont enceinte l'une a 15 ans et l'autre en a 16, on ne les chasse pas de l'école, elles-mêmes abandonnent ! Leurs collègues se moquent d'elles. Le comble est qu'elles vont abandonner leurs enfants à leurs parents. Ces genres d'enfants sont aussi parmi les plus touchés par la MN.

Si le garçon se reconnaît comme auteur de la grossesse, la famille de la fille la dépose dans la famille du garçon, après l'accouchement, la fille retourne dans sa famille, si elle est mineure, elle retourne à l'école et si son mari l'aime, il viendra la rendre visite et contribuera à sa prise en charge alimentaire ».

⁵² 70%des personnes âgées de 65 ans et plus sont touchées par la Mn.

En ce qui concerne les enfants nés hors mariage, les IT de Isangi ont signifié en focus group que « *la majorité de ces enfants restent chez ses grands-parents et la prise en charge alimentaire, scolaire et sanitaire dépend de ces derniers. Les divorces sont monnaies courantes ici à ISANGI du fait que les femmes fréquentent plusieurs marchés et à cette occasion profitent de faire la prostitution, cela cause des plusieurs divorces. Une fille mère peut se marier sans difficultés mais elle laisse toujours ses enfants à ses parents pour éviter des problèmes/conflits avec le nouveau mari parce que ces enfants-là sont considérés comme des « Bauta » qui signifie « étranger, pas des nôtres ». Vu le nombre important d'enfants chez les grands parents, cela a un impact négatif sur l'alimentation et la nutrition des enfants ».*

« *Les enfants nés hors mariage, sont généralement pris en charge par les grand parents ou les parents des filles, mais d'autres hommes acceptent parfois ces enfants sans problèmes » (IT Gemena III)*

Comme l'indiquent les références à l'école, c'est donc le cadre social de référence déterminant la responsabilité et l'autorité en matière de prise en charge des enfants qui est en souffrance. Ce sont très crûment toutes les questions de prise en charge qui sont bousculées voire dévoyées : qui mange ? qui paie ?

Comme nous l'avons vu, la conception même de la dot est en cause car elle rarement versée entièrement (« femmes pas cher »), ce qui, dans la suite, met sous tension les exigences et négociations lors de Bowei et Wale-Bwakale

Il nous a été expliqué systématiquement en Ubangi avec précision que « *la femme allaitante, coupable d'avoir des rapports sexuels était blâmée et condamnée* ». Mais à plusieurs reprises, des informateurs disent que l'interdit même relatif « *n'est plus appliqué* » par les adultes et jeunes d'aujourd'hui. Toutes les femmes sont pourtant convaincues que « *c'est sale de coucher avec un mari pendant l'allaitement. Si tu t'accoules avec un homme, l'enfant ne va pas marcher vite, il va connaître du retard, le sperme détériore la qualité du lait et l'enfant sera maladié* ». Pour protéger l'enfant, elles recourent à la médecine traditionnelle. « *Il y a des plantes pour purger l'enfant, le laver et le faire boire. Une sorte de protection qui permet à l'enfant de sortir les saletés qu'il a avalé en tétant. Toutes sont convaincues que ces plantes protègent l'enfant* » (Focus group de maman S-U).

« *Dans le temps, une femme Ngbandi ne pouvait pas s'accoupler avec un son mari pendant l'allaitement pour éviter que l'enfant ne tète les spermatozoïdes de son père qui passent dans le lait de sa mère ...pour éviter qu'il ne tombe malade. Les aînés surveillaient les cadets, dès que l'enfant faisait la diarrhée, les aînés condamnaient la femme* » (Focus group enseignants Gemena).

Wale aussi est profondément secoué. Nous avons rencontré à proximité de Isangi un homme très jeune avec ses deux jeunes épouses ayant chacune un bébé au sein. La maman de l'une des jeunes épouses-mères était installée chez le jeune père pour quelques semaines. C'est ainsi dit-il « *qu'il fait Wale chez lui* »! Cette inversion de la coutume est à ses yeux très avantageuse : il n'est pas seul à la maison et n'est pas contraint de cuisiner ou d'acheter de la nourriture préparée, il n'est pas contraint de rembourser les pères de ses femmes pour leur prise en charge durant le séjour de Wale et il a accès aisé à ses jeunes femmes. On comprend donc l'impact du reflux ou de l'adaptation de la coutume sur le calendrier des naissances.

Extrait du cahier de terrain de R. N. à Djiba au S-U.

Une jeune accouchée est rentrée dans sa famille selon la coutume. À 15 heures, elle n'a toujours rien mangé, si ce n'est un café sans sucre le matin. Sa maman dit ne pas avoir de quoi la nourrir sa fille et attend que l'époux de celle-ci la prenne en charge pour la nourriture et tout ce qui doit être fourni (savon..). Ce genre de situation décourage les maris d'envoyer les épouses en *Wale* chez leurs parents. Les parents redoutent que le mari de leur fille -déjà en partie défaillant pour la dot- ne compense pas leurs frais d'entretien de leur fille pendant *Wale*. Les maris redoutent que les parents ne libèrent pas leurs filles au terme de *Wale* et les privent ainsi de tous leurs services. Il semble que *Wale* n'est finalement pas ou plus très fréquent en

S-U. Nous avons relevé ceci : « *Wale et Bowei qui laissent la jeune femme au repos ne marchent plus tellement sauf si les gens ont beaucoup de moyens (...) les femmes en Wale risquent de rester ventre vide si elles ne vont pas aux champs. Ici à K... les femmes accouchées doivent aller aux champs après trois semaines quitte à laisser l'enfant à la maison..* »

Conclusions

La malnutrition en 2023 dans ces différentes manifestations telles que les concepts et les méthodologies de la Santé Globale les révèlent, renvoie en RDC forestière, à **une réalité complexe, multidimensionnelle, voire systémique**. Autrement dit, les éléments constitutifs de cette réalité sont en interaction dynamique. L'un d'entre eux pris isolément ne saurait être considéré comme un « déterminant » et il serait encore moins possible de chiffrer son poids causal.

Pathologie aux yeux de la médecine, la malnutrition semble avoir ceci de singulier que son origine n'implique aucun agent pathologique extérieur, mais renvoie exclusivement à des habitudes humaines banales d'autrui : les parents (allaitement, alimentation, hygiène).

La malnutrition chronique qui inquiète tellement les experts n'existe ni comme pathologie, ni comme problème dans les représentations des communautés. Le retard pondéral ne suscite inquiétude que lorsqu'il est prononcé, durable, et accompagné d'autres symptômes. La grande majorité des soignants ont observé que les parents consultent tardivement, après avoir confié l'enfant à des soignants non médicaux et surtout pour des manifestations différentes (température, diarrhée, pleurs, etc.).

La malnutrition aiguë sévère en revanche est identifiée partout. C'est une pathologie à forte morbidité et mortalité qui recule depuis 20 ans, mais trop lentement. Elle reste sans doute sous-estimée. **Dans les communautés, elle n'est pas principalement perçue comme une maladie qui relève de la médecine, de l'hôpital et des docteurs. Son origine, son interprétation, son traitement renvoient à des Entités Nosologiques Populaires (ENP) qui mettent en jeu des représentations ou concepts divers : esprits, nature, sorcellerie, ancêtres, personne, sexualité. Elle implique donc un agent extérieur mais celui-ci est étranger à la médecine et à la santé publique.**

De surcroît, **deux univers sémantiques et culturels participent donc à sa perception** concrète sur le terrain. Pour le dire simplement, *Botete* et *Zelembulu Koyo* d'une part, soit les **représentations populaires** (ENP) et MnC-MnA-MnAG-MnAS d'autre part, soit des **concepts médicaux globaux**. Ceux-ci sont construits eux-mêmes de manière complexe, en conjuguant des mesures corporelles, des observations cliniques, des données de référence, des statistiques et des formules de calcul des probabilités dans des modèles profondément revus au tournant du millénaire et peu maîtrisés par les agents de terrain et pas du tout par les populations.

Au-delà de l'identification approximative des symptômes (cheveux, peau, poids, aspect du corps, comportement des enfants), ces deux univers sont radicalement étrangers au niveau culturel et cognitif. Pourtant, de manière très pragmatique, les différents acteurs s'y réfèrent dans des dosages variés pour donner du sens à la Mn lorsqu'elle leur apparaît pathologique. Les parents d'enfants malades estiment certes que « la maladie n'aime pas l'hôpital » ou que c'est une « maladie spirituelle » qui doit être traitée comme telle. Cependant **très peu parmi eux refusent d'admettre que des soins médicaux corrects participent de la guérison** malgré qu'ils n'y aient pas (ou plus) accès !

Ces deux univers sémantiques et culturels se conjuguent encore dans la culture pratique des agents de terrain (infirmiers, nutritionnistes, relais communautaires, leaders associatifs ou religieux) qui « jonglent » entre ces deux univers et seraient, selon nous, dans une position clé en matière de politique de santé à venir. Cette dualité interprétative est davantage un atout qu'un handicap. Le rôle de médiation cognitive et culturelle des infirmiers et Reco pourrait être reconnu et enrichi plutôt que laissé dans l'implicite, voire le déni.

Qu'elle soit complexe ou systémique n'interdit pas de décomposer cette réalité de la Mn. Beaucoup d'enfants et leurs mères sont malnutris. Cela renvoie à un **ensemble complexe de raisons culturelles, sociales et économiques et politiques** dont la combinaison, déjà défavorable du fait du contexte agro-forestier et de l'état du pays, est **dramatiquement « aggravée » par les changements qui affectent l'économie de la reproduction (genre, séniorité et reproduction)**. Cette observation est cruciale à nos yeux, elle concerne les flux de biens, d'autorité et de responsabilité dans la constitution des familles, leur reproduction et leur décomposition (veuvages, ménages monoparentaux, divorces). Cette anomie qui conjugue individualisation et brutalisation est lourde de conséquence car elle soumet les charges du *care* à de rudes et impitoyables négociations. Le patriarcat sévère de communautés dont la tradition alliait production agricole féminine et pouvoir social et politique masculin est aujourd'hui bousculé par la pauvreté ambiante durable, l'individualisation des contrats sociaux et des coutumes. Ceci a un impact considérable sur le financement de l'alimentation des enfants. **Au bout du compte, les charges et responsabilités des mères et grand-mères s'alourdissent alors que les possibles recours auprès de la parenté se réduisent**. Il faut encore tenir compte de la production et de la consommation d'alcool, deux activités largement aux mains des hommes.

Les mères et enfants en péril sont **inégalement identifiés, peu suivis et peu traités**. Cela renvoie à un ensemble complexe de raisons culturelles, sociales, économiques des familles que la médecine communautaire ne peut d'endiguer en raison de ses défaillances massives. Non seulement des enfants décèdent (comme le montrent les données nationales) parce qu'ils sont présentés trop tard et/ou pas traités du tout (absence d'ATPE et autres intrants), mais un certain nombre décèdent sans doute en dehors du système de santé, voire en dehors de tout enregistrement administratif.

Trop d'enfants qui sont identifiés, présentés à temps, ne sont pas pris en charge efficacement et pour beaucoup, pas soignés, pas suivis. Cela renvoie à un **ensemble de faiblesses et dysfonctionnements des dispositifs sanitaires** que l'on ne peut raisonnablement réduire à une « absence d'intrants ». Beaucoup d'autres dimensions sont en jeu dans cette défaillance générale : discontinuité voire absence durable d'approvisionnement certes, mais aussi, absence de matériel, d'hygiène, formation et motivation des ressources humaines professionnelles, dysfonctionnements des dispositifs de santé communautaire de proximité, coût.

Si les expressions de la Mn dans le Congo forestier rural sont endémiques et résistent aux embellies politico-administratives et aux interventions sanitaires qui, pour être décousues, limitées et ponctuelles, ont tout de même l'avantage d'exister, c'est que ces expressions témoignent donc de l'installation d'un état collectif de conscience et d'une économie du peu qui est aussi une économie morale du peu. C'est un *habitus* incorporé. Pauvreté certes, mais surtout vulnérabilité et impuissance ont été intériorisées par de larges parties des populations.

Pauvreté et insécurité alimentaire sont massives dans le pays. Cependant, ni famine à proprement parler, ni disette, ni **crise alimentaire spectaculaire ne sont identifiables en particulier** dans nos régions où par ailleurs la très grande majorité des familles « fait les champs », élève un petit bétail ou pêche.

Or de l'avis de l'immense majorité des personnes rencontrées à tous niveaux, la MnA est de plus en plus présente, à tout le moins, de plus en plus visible. Si l'une ou l'autre Aire de Santé peut prétendre être peu touchée (Yalikina), les témoignages des personnels de santé et des Reco, des leaders religieux et associatifs et politiques sont convergents : la Mn semble augmenter parallèlement à l'appauvrissement des ménages et à l'inefficacité du système de santé qui est, le plus souvent, privé de moyens de prise en charge. Si la MnC n'est perçue nulle part comme un problème, MnA (G/S), Kwashiorkor et marasme sont bien perçus comme des maux distincts alors même qu'ils peu (ou plus) traités au niveau médical. Conséquemment, ils sont de plus en plus décrits comme « maux dans la communauté » (entités nosologiques populaires), maux que l'hôpital et le CS ne sauraient guérir. Le *go and stop* des interventions des partenaires et des agents de santé ne fait que confirmer ceci aux yeux des familles.

Si beaucoup d'observateurs ont le sentiment que « l'alimentation n'est pas une priorité des ménages », c'est que l'espace alimentaire s'est considérablement réduit autour d'une alimentation monotone, pauvre, déséquilibrée et, en cela, relativement bon marché. « Gong unique » hier dénoncé comme un scandale à Kinshasa, le repas quotidien unique (dans les deux sens du mot unique, un repas pris le soir et presque toujours identique et pauvre en nutriments) est devenu une généralité, quotidienne, banale y compris pour les enfants en âge scolaire. Il n'est pas rare que l'on s'en passe ! Dans les deux zones, viande, poisson, fruits, céréales sont très rarement consommés. Le repas quotidien unique, pris tardivement, monotone et pauvre tient partout en manioc (feuilles, chikwange, fufu/fuku) et bananes (Isangi surtout), mais très peu d'autres aliments. Si les témoins privilégiés estiment que cette diète d'une monotonie constante est n'est pas étrangère à la Mn, les mamans et familles ne sont pas clairement conscientes que ce régime alimentaire est en cause.

La **pauvreté** est certes en progrès selon tous les témoignages, mais elle n'est cependant **pas directement ou pas principalement la cause de la Mn**. Les paysans forestiers pratiquent une agriculture de prélèvement archaïque, mais produisent des aliments qui manquent dans l'assiette de leurs enfants. L'essentiel de leur production est vendu pour avoir du *cash* et rencontrer des besoins non-alimentaires. Le manque à gagner ou le manque à consommer qui résulterait de la constitution de réserve d'aliments ou d'épargne pour financer une alimentation correcte minimale des femmes et enfants ne saurait cependant être considérable. La pauvreté intervient indirectement sur la Mn, comme une donnée générale limitant les ressources. **La pauvreté a contribué à construire cet habitus qui gouverne les conduites**, qui leur donne une légitimité et leur donne aussi une logique **dans la vie quotidienne**. Un habitus qui a désormais une logique propre. A défaut de peser sur l'habitus, une augmentation de ressources risque de ne pas avoir d'impact nutritionnel, ni sanitaire. Si négligence il y a, elle n'est pas à chercher du côté des mères dans leurs suivi des enfants mais dans l'économie morale de cet habitus.

Cet état collectif de conscience, ce régime alimentaire du peu ont été intériorisés au fil de plusieurs décennies en s'insérant sur l'héritage d'un système agricole particulier de

prélèvement qui était et demeure plutôt féminin (les femmes font l'essentiel du travail agricole et tout le travail domestique et celui du *care*) et d'un système socio-culturel patriarcal sévère (antiféministe). Loin de réduire les **conséquences du patriarcat coutumier sur les femmes et enfants**, le déclin des traditions matrimoniales et les transformations de l'économie reproductive (alliance et prise en charge des enfants) redoublent en fait ces conséquences néfastes et écrasent les femmes, mères et grand-mères, sous la charge de travail et les responsabilités. « Pour nous, pas de repos » dit une grand-mère qui a charge de 4 enfants de ses fils.

La perspective d'un « État-providence » a quitté l'horizon de la conscience collective. Cet état de conscience construit à la faveur de deux générations est aussi une culture de résilience. Elle se traduit par une intériorisation des défaillances voire l'absence de services collectifs, de l'accommodement au risque, à l'incertitude, à l'incompétence, à une certaine maltraitance. Elle se traduit encore par une certaine irresponsabilité/impuissance face au malheur. **C'est particulièrement vrai dans le domaine de la santé.** En l'absence d'autres ressorts efficaces d'imagination collective et de protestation, il **en a résulté une fuite en avant religieuse** (« hyperreligiosité » disent les sociologues congolais) **qui fait bon ménage avec la (ré)activation de conceptions populaires locales du mal** : « les maladies de l'esprit ne se soignent pas à l'hôpital ». Parmi celles-ci, la Mn aiguë qui suscite particulièrement crainte et angoisse des familles, qui rend les malades suspects et les parents objets de honte à différents égards.

On ne saurait sous-estimer les conséquences dans l'économie de la reproduction des changements familiaux, eux-mêmes amplifiés par la pauvreté ambiante et par le reflux de l'économie monétaire. **Les rapports de genre et de générations qui se redéfinissent autour de la prise en charge des enfants** sont marqués par une brutalisation manifeste, une négociation constante et une grande instabilité. Dans certains cas, la femme peut y trouver une indépendance sexuelle, affective avec des hommes différents qui sont les pères de ses enfants (Isangi), mais jamais ou rarement une autonomie économique. Ces renégociations des rapports de séniorité et de genre ont des **répercussions directes sur le sevrage et la prise en charge alimentaire des enfants**. On ne doit pas davantage sous-estimer les croyances en des origines non-médicales et même non-alimentaires des ENP que les gens associent à l'origine de la MnA et à son traitement (et plus encore au Kwashiorkor et au Marasme). Mais il faut admettre que l'offre actuelle de santé est malheureusement bien incapable de prévenir et de soigner et donc aussi de faire sens comme alternative aux cures, soins, prières des « tradis » et des pasteurs.

Recommandations

Principe général : intervenir simultanément sur trois axes

Dans le contexte contemporain du Congo rural-forestier, il n'est pas certain qu'une croissance de la production agricole ou une augmentation du revenu des ménages aurait, à court ou moyen terme, un effet significatif sur la malnutrition des enfants et sur les carences nutritionnelles des mamans. Il n'est pas certain qu'une bonne campagne d'information dirigée vers les familles porterait des changements notoires des représentations et des pratiques. Une amélioration nette du dispositif de santé n'aurait au mieux qu'un effet limité sur la détection et la prise en charge des MnAS. Et les expériences passées montrent que ces interventions sont peu pérennes.

L'animation communautaire et les AGR, les dynamiques de groupes en matière de travail des champs, les mutuelles et associations etc., peuvent bien-sûr avoir un effet durable en matière de disponibilité et d'accessibilité alimentaire. **Mais pour atteindre la nutrition des femmes et des enfants dans les familles, il est indispensable que ces activités se structurent en groupements de femmes qui auraient une autonomie de gestion et seraient officiellement reconnues par les autorités locales. Ce serait selon nous le seul moyen d'éviter les effets de « guichet unique » et de « papa d'abord ». On doit aussi examiner la perspective de développer des cantines (scolaires ou non) à partir des productions des associations de femmes. C'est aussi à partir de ces associations que l'on doit envisager la production d'aliments destinés à fabriquer des bouillies améliorées.**

Selon nous, une action seulement ciblée sur l'information nutritionnelle et sanitaire aux familles ou aux mamans en particulier, une action uniquement ciblée sur le système de santé, ou sur le soutien aux AGR agricoles féminines, n'auront qu'un impact limité et surtout peu durable. **Le cercle vicieux de l'économie morale du peu et de la vulnérabilité ne peut être brisé à l'échelle de la communauté ou du district par une intervention sectorielle.**

Dans l'idéal, que le niveau opérationnel soit la famille, la communauté ou la localité, toute intervention sur une ZS ou un ensemble de CS devrait cibler des actions articulées à trois niveaux et « tenir » au moins plus de 2 années de façon continue.

Une intervention quelconque devrait toujours tendre à jouer simultanément sur trois axes :

1. Augmenter la disponibilité alimentaire locale et l'accessibilité des ménages à des aliments quelque peu diversifiés
2. Améliorer l'action du dispositif de santé maternelle, infantile et nutritionnelle en matière de monitoring (depuis le domicile), de soins (accueil, traitement, délivrance des médicaments et suivi) et d'enregistrement des données.
3. Soutenir la capacité d'action (*empowerment*) des mamans (connaissances, autonomie, encadrement).

Pour travailler sur les trois axes susmentionnés, nous proposons quatre volets d'actions concrètes :

- A. Un volet d'information de base des jeunes mères et des enfants en âge scolaire sur la nutrition
- B. Un volet de soutien à l'autonomisation des mères/ grand-mère à travers des AGR collectives menées dans le cadre d'un groupement féminin patronné par un ou un leader associatif féminin, un leader public, ou religieux dont le capital social est important.
- C. Un volet de sensibilisation des pères et de la communauté sur l'importance d'une nutrition équilibrées pour les enfants.
- D. Un volet de sensibilisation des hommes sur la répartition des tâches et des repas au sein des ménages.

La NAC est un cadre propice pour concevoir les choses et agir ainsi. Jusqu'ici on doit reconnaître qu'elle reste à généraliser dans l'information mais surtout dans la pratique. Une bonne moitié des jeunes mères d'Isangi en ont une connaissance (Pronanut 2022). NAC ne peut qu'être poursuivie quitte à en enrichir le contenu et l'adapter à des conditions locales. La nouvelle intervention de ADRA fondée sur l'appui à l'activation de 168 Cac (plus larges que les Groupes Anje) pourrait être une opportunité pour tester une approche qui touche concrètement aux trois axes présentés ci-dessus.

Nous suggérons que toute intervention comporte une action à chacun des trois niveaux. Cette intervention doit être réalisée à un collectif restreint qui associe quelques acteurs clés dûment sélectionnés : leaders associatives, OP, infirmiers, Reco du Codesa local, leaders des CAC, chefs de groupements, chefs de collectivité, religieux, tradipraticiens.

Ainsi par exemple, le soutien matériel à des AGR féminines devrait passer par un collectif de femmes (gestion collective autonome des productions pour contrer le « guichet unique » familial). Ce collectif devrait aussi compter des Reco (féminins) et être le lieu d'une information par des IT/ITA et pourquoi pas, faire une place aux « femmes qui soignent ». On doit examiner les possibilités d'associer ces associations ou coopératives féminines de production aux activités nutritionnelles des institutions de santé.

Les actions possibles à chaque niveau étant diverses et pas toujours coûteuses les combinaisons possibles sont nombreuses.

Former, organiser et soutenir quelques « experts contextuels » par Aire de santé

1. Les Relais communautaires

Notre enquête a eu beaucoup recours aux Relais communautaires (Reco) et quelques dizaines ont été interrogés. Leur autonomie est grande et leur position semble être surtout un poste d'opportunité. Seule une minorité sur les listes (pour autant qu'elles existent) est réellement active et souvent de manière discontinue.

Jusqu'ici, les Reco semblent jouer ponctuellement le rôle de supplétifs lors des campagnes et interventions extérieures qui leur procurent des « petits riens » en rémunération de leurs

services. Ils ont des profils de compétence très inégaux. Certains sont proches des personnels et activités des centres de santé et semblent même parfois partager des compétences avec les IT et ITA. Certains semblent de simples supplétifs en matière de logistique et d'autres encore ne font que profiter d'une petite rente d'occasion à la faveur d'accointances (parenté, amitié...) avec certains soignants.

Vu la très faible densité en personnel soignants et vu la dualité des univers sémantiques et culturels en matière de Mn, la fonction d'intermédiation des Reco entre institutions et patients reste quoi qu'il en soit indispensable.

Cependant, leur composition et leurs rôles doivent être revus et même refondés. Ils sont en position clé entre les deux univers sémantiques et connaissent les particularités des communautés, leurs histoires récentes et le passé des interventions sanitaires dans ces communautés.

Il convient donc de :

- Clarifier le statut et le rôle des Recos.
- Revoir les listes de Reco par centre de santé et probablement les réduire tout en augmentant le nombre de femmes.
- Donner une formation contrôlée aux profils les plus actifs et constituer des duos mixtes.
- Revoir le cahier des charges du Reco en matière de santé nutritionnelle dans un sens plus réaliste, augmenter son niveau de compétence et la spécialisation en « santé nutritionnelle » de quelques-uns et quelques-unes.
- Faire travailler davantage et dans une plus grande continuité un sous-groupe actif contre des « motivations » (avantages en nature, formation, soins, valorisation de leur rôle dans la communauté, primes).

2. Les infirmiers

Les infirmiers et personnels des Centres et Postes de santé sont de niveaux de formation et de professionnalisme très différents. Nous ne sommes pas en mesure d'évaluer ces niveaux, mais les infirmiers sont issus d'écoles très différentes et leurs voies d'accès à la profession sont diverses. Quoi qu'il en soit, leur identité sociale est celle d'un lettré-professionnel qui fait référence dans les communautés.

Quels que soient leurs niveaux (IT/ITA, infirmiers A1, A2, A3, accoucheuses, logisticiens), les revenus sont très inégaux (salaires, primes du Ministère, primes locales, revenus informels) et faibles, voire opaques. Ils sont en contacts réguliers avec les autorités sanitaires de la ZS et participent aux formations et interventions. Ils gèrent collectivement leur centre de santé, perçoivent les paiements, procèdent aux dépenses et gèrent les primes locales qu'ils reçoivent eux-mêmes.

Diverses pratiques plus ou moins avouables quant à la présence au travail, aux types d'interventions pratiquées, aux tarifs perçus, au *reporting*, aux normes d'hygiène etc., sont de mise. Leur ampleur doit faire l'objet d'une étude approfondie. Les conditions de travail sont en général déplorables, mais on note une grande volonté de mettre en avant des informations sur leurs prestations (prix affichés, nombres de consultations, d'interventions, issues des

hospitalisations etc.). Malgré cette relative « *accountability* », la perception des CS et PS par les communautés est ambivalente et on peut se poser la question du non recours ou retard au recours des patients en raison des paiements demandés et/ou de la qualité des prestations.

La plupart des infirmiers sont locaux et polygames. Ils font ou font faire les champs par leurs conjoints (le plus souvent des familles polygamiques). Nous avons connu plusieurs cas d'infirmiers dont les enfants sont frappés par la malnutrition aiguë. Certains réfèrent à des tradipraticiens.

On peut certes suggérer le renforcement de la supervision ou des compétences « techniques » des infirmiers en santé nutritionnelle et en santé reproductive et maternelle.

On pourrait penser à renforcer le contrôle d'assurance qualité. Mais dans le contexte actuel de leurs revenus et des politiques de santé, il faut sans doute tenir pour acquise leur espèce d'auto-gestion en essayant seulement d'en atténuer les pires travers : prise d'otage des patients, faux soins, *reporting* fantaisiste, pratiques de soins non autorisées ...

Nous souhaitons insister sur leur rôle de médiation et valoriser celui-ci. Or, nous avons eu l'impression que leur ambivalence, renforcée par leur impuissance à soigner (absence d'intrants) est plutôt paralysante, voire déchirante et contre-productive. Les agents de santé **gagneraient beaucoup à connaître quelques outils d'anthropologie médicale qui leur permettraient de « défolkloriser » leurs perceptions des ENP et des pratiques des « tradi » ainsi que d'améliorer leurs relations avec les patients et leurs familles.**

3. Les « tradis » « soignants indigènes » et « guérisseurs traditionnels » : coopter les moins hostiles !

Ces « tradis » ne constituent pas un ensemble homogène et renvoient à des profils finalement très différents des Nganga traditionnels. Selon un Chef de collectivité d'Isangi, « *il y a des mamans qui savent soigner les enfants, ce ne sont pas de féticheurs, ni des Nganga, seulement des femmes qui utilisent les feuilles et racines* » (Yalikina). Nous avons fait l'interview d'une « dame qui soigne » à Isangi. Elle a appris par ses parents et ne soigne que des enfants malnutris de la famille, en utilisant des feuilles qu'elle collecte au petit matin en forêt après certaines autorisations, versements et « cérémonies ».

Ces guérisseurs semblent connus dans les communautés et les clans. Si certains agissent de manière quasiment commerciale en déconseillant (voir en interdisant) les soins de santé (disons les « hostiles »), d'autres devraient être approchés et leurs pratiques mieux connues quoi que l'on en pense, car les patients comme les Reco ou infirmiers (médecins ?) sont convaincus d'une certaine efficacité de leurs pratiques.

Le fossé dans les représentations sociales des soignants entre ces soins et les soins médicaux est contre-productif. Ce ne semble pas être une barrière réelle pour les gens qui cherchent des soins.

Si certains guérisseurs sont dénoncés ci-et-là par les reco, infirmiers et pasteurs, il est plutôt frappant que beaucoup considèrent ces soins au point de les recommander en certains cas et parfois d'y recourir pour leurs propres enfants (focus group avec des infirmiers de la ZS de

Gemena). Il faudrait briser la cohérence présumée des pratiques dites « tradi » dans l'imaginaire en « cooptant » certains guérisseurs, en les associant pratiquement à des activités NAC. Ceci devrait aussi affaiblir la crédibilité populaire des « hostiles », dits « charlatans » comme ceux qui interdisent aux enfants Mn tout accès à des aliments protéinés.

Il faudra associer quelques « femmes qui soignent » dans le dispositif d'action des Reco et pourquoi pas les associer à des modules de formation. Rien n'indique une incompatibilité radicale entre pratiques populaires de soins et soins médicaux. On a bien montré que l'omniprésence des ENP dans l'étiologie populaire de la Mn n'empêche pas les individus de rechercher à « tout prix » (au sens propre comme au sens figuré) des soins médicaux. En l'absence d'intrants médicaux pour soigner, devant les aléas de l'accès à des soins de qualité, il est contre-productif et cruel d'entretenir une condamnation en bloc des pratiques traditionnelles, condamnation qui affaiblit encore la position des femmes.

4. Les interventions : efforts de pérennisation et de capitalisation requis

Les interventions du Ministère, des partenaires internationaux, les petites initiatives des ONG et des leaders communautaires existent ci et là dans les territoires. **Le caractère très ciblé sur un type d'action ou sur un moment ou encore sur un profil, leur temporalité courte et discontinue et leurs modes d'actions ne contribuent pas à dessiner un tableau d'ensemble clair. Elles restent perçues comme des opportunités de passage dont certains, plus que d'autres, profitent et non comme des instruments de politiques « universelles » à moyen et long terme. Vu cette dispersion et cette discontinuité, non seulement une meilleure, coordination devrait être recherchée, mais un leadership doit être affirmé dans une ZS donnée.**

À tout le moins, cette recherche et d'autres recherches récentes (Pronanut 2022 par exemple) devraient donner lieu à une mise en commun locale avec des acteurs et à **la rédaction d'un cahier des grandes lignes d'objectifs et méthodes sur lesquelles on pourrait échanger et se mettre d'accord.** Celles-ci pourraient être déclinées ensuite selon les particularités des ZS.

Des points particuliers à clarifier

1. L'absence d'intrants spécifiques : aliments enrichis et ATPE dans les ZS (dans beaucoup de cas également absence de traitement du Palu et de beaucoup d'autres médicaments) : depuis quand, pourquoi ? Ceci ne relève pas de notre domaine, mais l'absence prolongée d'intrants et notamment d'aliments enrichis et d'ATPE a des effets catastrophiques car ceci confirme aux yeux des patients que « ces maladies ne se soignent pas à l'hôpital ». De plus, une maladie sans médicament n'apparaît pas vraiment comme une maladie « médicale ». Imaginons-nous le travail de l'infirmière qui doit convaincre de la réalité pathologique d'un mal puis doit renvoyer une maman chez un « tradi » car le CS ne dispose ni de médicaments, ni d'ATPE, ni même d'aliments locaux pour faire des bouillies enrichies !
2. La capacité (finance, habilitation, compétences) des CS et hôpitaux de produire des bouillies améliorées
3. La sortie de ACF de la ZS de Isangi (selon un responsable du cabinet provincial de la santé, ACF n'aurait pas été autorisé à poursuivre ?)
4. Fonctions de l'hôpital Inera ?

5. La faible consultation des CPS : une question essentielle mais les informations très différentes circulent. Selon le Pronanut, elle est faible à Isangi et selon nous aussi faible en S-U en général, mais variable d'une AS à l'autre. Ce devrait être un point clé des recherches ultérieures et des concertations. Il n'est pas exclu que beaucoup de cas de NnAs et de décès ne soient pas connus ?
6. L'activité « contractuelle » des Reco qui nous semble énorme sur le papier et très aléatoire dans les faits !
7. L'empilement relatif des structures suscitées par les programmes et interventions. Le Codesa qui regroupe les Reco, les CAC, les groupes Anje, associations, groupement : faire le point par ZS et AS : qui est présent, qui fait quoi, un leadership transversal se distingue-t-il ? Quelle possible pérennité ?

Des recherches approfondies à poursuivre

1. Dans le cadre des activités d'Enabel dans les ZS visées

Constituer un petit réseau dans chaque zone d'intervention : un(e) sociologue, une infirmière, un(e) nutritionniste (tous locuteurs et locutrices des langues du terroir et du lingala), et un(e) Reco et quelques jeunes étudiants.es de socio-anthropologie qui travailleraient sous la supervision du MCZ pour :

- A. Documenter les interventions en temps réel et jouer au besoin des rôles de médiation.
- B. Identifier les champs sémantiques et les ENP qui seraient sous-jacents aux termes ENP locales : « Monama », « Mondobo », « Botete », « Ishusa », « Bulu Koyo » etc.
- C. Objectiver l'apparente faible activité générale des CS concernés, hypothèse qui reste à vérifier. La fréquentation des CS et PS reste un angle mort de l'évaluation de la malnutrition et de la prise en charge. Notre impression générale est que les CS et PS sont peu fréquentés en dehors des vaccinations et interventions particulières. Le coût a souvent été évoqué dans communautés.
- D. Examiner la compatibilité entre les expériences de mutuelles de santé et les politiques d'achat stratégique notamment à Bwamanda.

2. Recherches spécifiques à poursuivre

- A. Sur un échantillon de 20 jeunes couples (20 à Isangi et 20 à Gemena) ensemble depuis 6 à 12 ans : reconstruire l'ensemble de l'économie de la reproduction : questions autour de la dot, et autres flux d'argent, de biens, cadeaux ; la gestion des ressources familiales (guichet unique ?) ; les pratiques réelles autour de walé, *bwakale* et *bowei*, les pratiques de la question des rapports sexuels pendant l'allaitement et l'espacement des naissances, la participation des conjoints aux frais de santé.
- B. Reconstruire rétrospectivement les trajectoires de quête de soins de 10 enfants MnAs : quelles consultations ? À quels moments ? Quels traitements et suivis ? Qui décide des recours, qui les finance.
- C. Des monographies à réaliser :
 - Sur l'intervention en cours de reprise de ADRA

- Sur l'éventuelle cantine scolaire à promouvoir à Miluna Gwaka

Prendre au sérieux les questions et les arguments des gens

À plusieurs reprises et avec insistance, des interlocuteurs ont tenté de nous convaincre et de se convaincre eux-mêmes des causes de la malnutrition. Ils ont des doutes, mais quasi aucun ne doute fondamentalement de la validité des étiologies populaires. Cependant, certains doutent clairement des soins des « tradis » et estiment que des soins médicaux pourraient être efficaces. Faute d'y avoir accès, tous recourent à des « tradis », des « femmes qui soignent » ou des « pasteurs ». Il a souvent été dit par les agents de santé que les cas de MnAs arrivent trop tard au CS ou à l'HGR. Des témoignages nombreux et diversifiés indiquent que beaucoup d'enfants décèdent en amont, pendant ou après les soins des « tradis ». La mortalité par MnAs est sans doute sous-estimée par les données de routine de santé.

La plupart de nos interlocuteurs sont plus ou moins conscients du fossé qui existe entre nosologie médicale et nosologie populaire et donc des voies différentes de traitement (soignants médicaux ou « tradis »). Ils nous invitent à l'écoute, ils proposent des « case studies » et nous invitent à argumenter. Voici quelques questions que se posent beaucoup de personnes rencontrées. C'est à partir de ces questions qu'il conviendrait d'organiser des causeries plutôt qu'à partir d'évidence médicales.

- « Deux enfants des mêmes parents, nourris au même sein, l'un est Mn et l'autre ne n'est pas ? » ;
- « Deux jumeaux sont nourris en même temps et l'un est malade, l'autre ne l'est pas ? » ;
- « Deux jumelles : l'une a le marasme et l'autre kwashiorkor ? » ;
- « Dans cette famille les parents ont les moyens, le père est IT et il a deux enfants malades avec deux femmes différentes ? » ;
- « L'enfant était très mal et le centre de santé ne pouvait rien faire avec les médicaments, alors chez les « tradis » l'enfant a été traité et il va mieux ! » ;
- « Deux enfants qui souffrent de botete sont soignés chez le même « tradi », l'un est guéri, l'autre est décédé... » ;
- « Beaucoup d'enfants ont eu zelembulu koyo mais beaucoup ont grandi sans aller à l'hôpital »

Ces exemples qui abondent et sont mis en scène pour illustrer les doutes, dilemmes et parfois les impasses des parents sont surtout des manières d'interroger la biomédecine et la santé publique, d'affirmer, non sans certains doutes, la pertinence des ENP et des traitements non médicaux (plantes, soins traditionnels, prières des pasteurs). C'est aussi une manière de montrer que l'on n'est pas passif, ni incapable de réfléchir sur base d'évidences ... comme les scientifiques !

Nous conseillons d'engager le dialogue en petits groupes, sans a priori, d'écouter et d'argumenter en prenant au sérieux ces questions plutôt que d'ignorer, d'imposer ou d'insister sur l'incompatibilité des étiologies populaires et médicales.

Bibliographie

- Akilimali, A., Banga, S., Oduoye, M. O., Biamba, C., Munyangi, A., Byiringiro, E., Fabien, B., Laroche, M. G., & Masirika, W. (2022). Malnutrition among under-five children in Democratic Republic of the Congo : A plague of the health system. *Annals of medicine and surgery*, 82, 104260., 82, 104260.
- Ben Okri. (1994). *La route de la faim* (Robert Lafont).
- Bervoets, W. (1959). *Modes et coutumes alimentaires des Congolais en milieu rural*. ARSOM.
- Bibeau, G. (1978). L'organisation Ngbandi des maladies. *Anthropologie et sociétés*, 2(3), 83-116.
- Bonnet, D. (1999). La taxinomie des maladies en anthropologie. Aperçu historique et critique. *Sciences sociales et santé*, 17(2), 5-19.
- Boserup, E. (1983). *La femme face au développement économique*. Presses universitaires de France.
- Counihan, Carole. (s. d.). Introduction-Food and Gender : Identity and Power. In *Food and Gender : Identity and Power* (p. 1-10).
- Counihan, C.M., & Kaplan, S.L. (Eds.). (1998). *Food and Gender : Identity and Power* (1st ed). Routledge.
- De Herdt, T. de, & Olivier de Sardan, J.-P. (2015). *Real governance and practical norms in sub-Saharan Africa : The game of rules*. Routledge.
- De Herdt, T., & Poncelet, M. (2010). *La reconstruction entre l'état et la société*.
- Delisle, H. (1998). La sécurité alimentaire, ses liens avec la nutrition et la santé. *Canadian Journal of Development Studies/Revue Canadienne d'études Du Développement*, 19(4), 307-329. <https://doi.org/10.1080/02255189.1998.9669789>
- Didier Fassin, Yannik Jaffré. (1990). *Sociétés, développement et santé*. Ellipses.
- Droy, I. (1990). *Femmes et développement rural*. Éditions Karthala.
- École de santé publique de l'université de Kinshasa. (2019). *RDC : évaluation des prestations des services de soin de santé*.
- FAO; IFAD; WHO; WFP; UNICEF. (2022). *L'état de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde*.
- FAO-CIRAD-UE. (2022). *Profil des systèmes alimentaires. RDC. activer la transformation durable et inclusive de nos systèmes alimentaires* (p. 36).
- Garenne, M. (2002). *Différences filles-garçons. Une revue des indicateurs sanitaires en Afrique subsaharienne*.
- Giner, C., M. Hobeika et C. Fischetti. (2022). *Gender and food systems : Overcoming evidence gaps* (N° 184; OECD FOOD, AGRICULTURE AND FISHERIES PAPER). OCDE.
- Grellety, E., & Golden, M. H. (2016). Weight-for-height and mid-upper-arm circumference should be used independently to diagnose acute malnutrition : Policy implications. *BMC Nutrition*, 2(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s40795-016-0049-7>
- Herbst, J., & Mills., G. (2013). The invisible state. *Foreign Policy*, 201, 78-80.
- Jaffré, Y., & et alii. (2014). *Enfances et malnutritions au Nord Togo. Une étude anthropologique des dimensions de la nutrition dans les régions de Kara et des Savanes*. République du Togo, Ministère de la Santé, Union Européenne, UNICEF.
- Jaffré, Yannick & Olivier de Sardan, Jean-Pierre. (2003). *Une médecine inhospitalière*. (Karthala).
- Johan Stessens, Kabedi Kayembe, Donat Muzila Bwatshing, & Patrick Vanderhulst. (2014). *Evaluation finale du projet « Appui à la structuration et au développement des capacités de*

production agricole des populations rurales défavorisées au Nord de la province de l'Equateur en République Démocratique du Congo ».

- Kandala, N. B., Madungu, T. P., Emina, J. B., Nzita, K. P., & Cappuccio, F. P. (2011). Malnutrition among children under the age of five in the Democratic Republic of Congo (DRC) : Does geographic location matter? *BMC public health*, 11(1), 1-15.
- Lotombe Bolela (dir.). (2014). *Référentiel de la zone d'intervention. Territoire d'Isangi*. Enabel.
- Migliani, R., & Amat-Roze, J. M. (2020). Situation sanitaire de la RDC en 2020. *Hérodote*, 19, 146-164.
- Mkandawire, E., Bisai, C., Dyke, E., Dressel, A., Kantayeni, H., Molosoni, B., Kako, P. M., Gondwe, K. W., & Mkandawire-Valhmu, L. (2022). A qualitative assessment of gender roles in child nutrition in Central Malawi. *BMC Public Health*, 22(1), 1392. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13749-x>
- Morrisson, C. et C. Linskens. (s. d.). Les facteurs explicatifs de la malnutrition en Afrique subsaharienne », Documents de travail du Centre de développement de l'OCDE, n° 167, Éditions OCDE, Paris,. *Documents de travail du Centre de développement de l'OCDE*, 167. <https://doi.org/10.1787/513743835456>
- Moshonas, S. (2018). *Power and the Policy-Making in DRC. The Politics of Human Resources Management and Payroll Reforme*. IOB Working Paper 01.
- Muteba Kalala Damien, D. (2014). *Caractérisation des modes de consommation alimentaires des ménages à Kinshasa : Analyse des interrelations entre modes de vie et habitudes alimentaires*. Uliège-Unikin.
- Nisbett, N., Harris, J., Headey, D., van den Bold, M., Gillespie, S., Aberman, N.-L., Adeyemi, O., Aryeetey, R., Avula, R., Becquey, E., Drimie, S., Iruhiriye, E., Salm, L., & Turowska, Z. (2022). Stories of change in nutrition : Lessons from a new generation of studies from Africa, Asia and Europe. *Food Security*. <https://doi.org/10.1007/s12571-022-01314-8>
- Olivier de Sardan Jean-Pierre. (2021). *La revanche des contextes. Les mésaventures de l'ingénierie sociale en Afrique et au-delà* (Karthala).
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008). *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique* (Académia-Bruylant).
- Oxford Department of international Development. (2016). *Oxford Poverty and Human Initiative. Country Briefing DRC*. University of Oxford.
- Poulain, J. P. (2002). *Sociologies de l'alimentation. Les mangeurs et l'espace social alimentaire*.
- Pourtier, R. (2018). *La République démocratique du Congo face au défi démographique*. IFRI.
- Pourtier, R. (2020). Afrique médiane, Afrique équatoriale : Milieu et histoire. *Hérodote*, 179, 8-39.
- Programme alimentaire mondial, & Martini, M. (2005). *République Démocratique du Congo : Analyse de la sécurité alimentaire et de la vulnérabilité – Collecte et analyse des informations secondaires (CFSVA)*. rogramme alimentaire mondial, Service de l'Analyse et de cartographie de la vulnérabilité (ODAV).
- Pronanut. (2022). *ENQUETE CAP A MI-PARCOURS DANS LE CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA NUTRITION A ASSISE COMMUNAUTAIRE (NAC) DANS LA ZONE DE SANTE D'ISANGI - PROVINCE DE LA TSHOPO. Rapport préliminaire*. République Démocratique Du Congo MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, HYGIENE ET PREVENTION SECRETARIAT GENERAL A LA SANTE.
- Rabain, J. (1979). *L'enfant du lignage* (Payot).
- Razy, É. (2007). *Naître et devenir. Anthropologie de la petite enfance en pays Soninké (Mali)*. Société d'Ethnologie.
- Régine Nambuwa Bila Lenge. (2021). *Construction de la sécurité alimentaire et dynamique de la solidarité dans les ménages de Kinshasa. Essai d'analyse socio-anthropologique. Thèse de doctorat en Sciences politiques et sociales, Université de Liège-Université de Kinshasa*.

- Schouten, P. (2021). *Violence and Fragmentation in Congo's Political Marketplace* (Conflict Research Programme). London School of Economics.
- Secrétariat Général du Ministère de la santé, RDC, PRONANUT. (2010). *Lignes directrices sur l'analyse causale de la malnutrition en RDC*.
- Trefon, T. (2013). *Congo, la mascarade de l'aide au développement*. Academia-L'Harmattan.
- Université d'Abomey Calavi-GIZ. (2018). *Prosar. Rapport final. Étude sur les déterminants socio-culturels des pratiques et comportements alimentaires des femmes dans la Commune de Kérou, Ouassa- Péhunco, Natitingou, Toucountouna et Tanguiéta*.
- Warde, A. (2016). *The Practice of Eating*. Polity Press.