

## Dynamiques de l'alimentation et socialisation du jeune enfant à Brazzaville (Congo)

Charles-Édouard de Suremain \*

Durant une décennie (1986-1996), d'importantes enquêtes épidémiologiques ont été réalisées dans différents quartiers de Brazzaville. Partant des mêmes interrogations, leur but était de mesurer l'état nutritionnel des populations, d'évaluer l'impact de la dévaluation du franc CFA (1994) sur cet état, d'identifier les déterminants de la malnutrition chronique du jeune enfant de moins de deux ans et, parmi ceux-ci, d'évaluer l'importance de certains facteurs socioéconomiques et culturels <sup>1</sup>. L'un des objectifs de ces enquêtes était d'améliorer, sur le plan opérationnel, les interventions nutritionnelles et, plus largement, de nutrition publique.

C'est à partir de ces préoccupations scientifiques et opérationnelles, reformulées dans une perspective socioanthropologique, que nous avons mené une recherche de près d'un an et demi sur le même terrain, entre 1995 et 1997, date à laquelle la guerre civile a éclaté au Congo.

En recourant aux techniques de recueil de données propres aux sciences sociales (observation prolongée de pratiques, entretiens approfondis, suivi régulier de la situation des familles), l'enquête s'est focalisée sur les pratiques de maternage et alimentaires (et aux représentations qui y sont associées) de quelques dizaines de jeunes enfants depuis la naissance jusqu'au sevrage. Notre recherche a permis de recueillir des données récentes sur l'alimentation de l'enfant dans un contexte marqué par une forte crise politico-économique et des changements sociaux accélérés. Elle a également permis de préciser les étapes de sa socialisation, ainsi que les microprocessus de décisions qui l'accompagnent <sup>2</sup>.

---

\* Socioanthropologue à l'IRD (Institut de recherche pour le développement), équipe de nutrition (Montpellier-France).

Nous remercions vivement Rémy Bazenguissa-Ganga, Geneviève Bourdy, Francis Delpuech, Marie-Claude Dop, Marc-Éric Gruénais, Esther Katz et Pierre Lefèvre pour leur relecture critique du manuscrit. Ce texte est la version remaniée et complétée d'une communication donnée au Muséum d'histoire naturelle (Paris), le 30 avril 1998, dans le cadre du séminaire d'anthropologie de la petite enfance, *Contrôle social et petite enfance: approche comparée*, organisé par S. Lallemand (CNRS), D. Bonnet (IRD) et O. Journet (CNRS).

1 Sur les principales tendances des résultats des enquêtes nutritionnelles menées en 1986 et 1991 par le Laboratoire de nutrition tropicale (LNT) de l'Orstom, cf. Cornu *et alii* [1995]. Concernant le rôle que joue le statut nutritionnel des mères pour expliquer l'évolution de celui des enfants (entre 1986 et 1991), cf. Delpuech *et alii* [2000]. À propos des résultats de l'enquête de 1996, cf. Martin-Prével *et alii* [2000].

2 Sur le thème de la socialisation de l'enfant africain, cf. les travaux autant contestés qu'érudits de Erny [1972, 1987, 1990]. Cf. également Bastide [1973].

Après avoir présenté les principales particularités de la population avec laquelle nous avons travaillé, nous analyserons les logiques sociales spécifiques dans lesquelles s'inscrivent les dynamiques de la socialisation de l'enfant. Pour ce faire, nous prendrons l'exemple de quelques pratiques de maternage et d'alimentation. En ce qui concerne les pratiques de maternage, nous nous limiterons à l'analyse rapide de la grossesse et de la naissance de l'enfant, des rituels de protection qui s'ensuivent et, finalement, des caractéristiques de ce que Lallemand [1997 : 40] appelle son « entourage maternant <sup>3</sup> ». S'il est incomplet, cet examen reste un préalable indispensable à la compréhension des pratiques alimentaires et de l'« entourage nourricier » de l'enfant.

## Le contexte de l'enquête

### *Sélection des familles*

Les familles (comptant au moins un enfant de moins de deux ans) que nous avons suivies ont été sélectionnées à partir de l'échantillon des ménages <sup>4</sup> utilisé pour l'enquête nutritionnelle de 1996. Les familles ont été catégorisées selon leur taille : les « petites » (moins de quatre personnes), les « moyennes » (entre quatre et huit personnes), les « grandes » (plus de huit personnes), et selon le sexe du chef de famille. Un tirage au sort aléatoire a été réalisé <sup>5</sup>, visant à sélectionner un nombre équivalent de familles dont le chef était soit de sexe masculin, soit féminin. Nous avons ainsi obtenu six chefs de famille homme et six chefs de famille femme pour chaque catégorie retenue. Cette sélection (36 familles au total) a permis d'obtenir la répartition suivante d'enfants de moins de deux ans (*figure 1*).

*Figure 1 – Nombre et répartition des enfants observés en fonction de la taille des familles et du sexe du chef de famille*

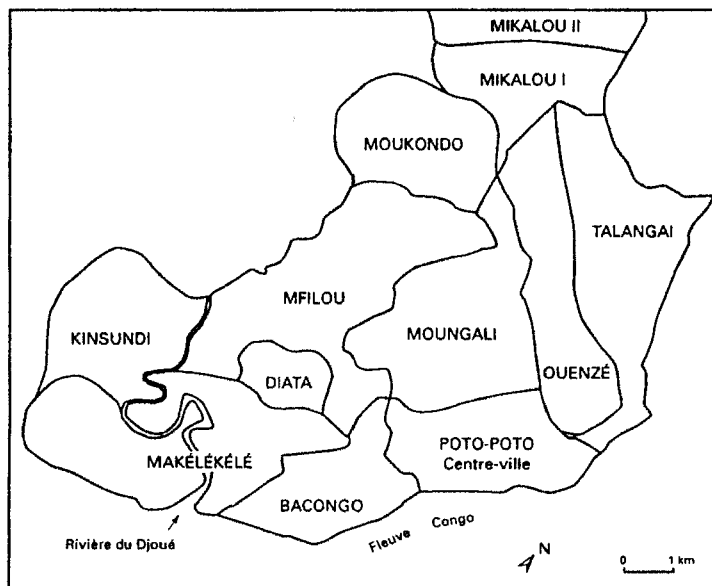
Petites familles		Familles moyennes		Grandes familles		Nombre d'enfants observés
Chef de famille femme	Chef de famille homme	Chef de famille femme	Chef de famille homme	Chef de famille femme	Chef de famille homme	
10	6	10	14	13	12	65

<sup>3</sup> Les pratiques de maternage font l'objet d'études extrêmement complètes, notamment en psychologie interculturelle [cf. par exemple Stork, 1986]. On aurait pu ainsi étudier les postures, la dation du nom, les techniques d'apaisement... Cf. aussi Dettwyller [1989].

<sup>4</sup> Dans son acception la plus classique, un ménage constitue un ensemble de personnes qui vivent habituellement sous le même toit (ou la même « parcelle »), partagent le même repas (la « popote ») et reconnaissent la même autorité (le « chef de ménage »). Mais nous préférons parler de « familles », selon le mot utilisé localement. À Brazzaville, le terme de famille renvoie à un ensemble d'individus qui se reconnaissent comme apparentés et, éventuellement, à un ensemble d'individus non apparentés vivant sous le même toit et formant un groupe de résidence. La famille ainsi définie est donc l'unité d'observation retenue pour notre enquête.

<sup>5</sup> Avec l'aide d'Yves Martin-Prével, épidémiologiste à l'Orstom.

Figure 2 – Les principaux quartiers de Brazzaville



La raison pour laquelle nous sommes partis de l'échantillon de ménage utilisé pour l'enquête nutritionnelle est d'abord que nous ne souhaitons pas nous limiter à l'étude de familles dont les enfants étaient au départ malnutris ou, au contraire, totalement inconnus de nos collègues. Nous avons également choisi de nous intéresser aux configurations familiales les plus diverses, non seulement afin de n'exclure aucun facteur ou mécanisme explicatifs *a priori*, mais surtout pour restituer les enfants dans leur cadre sociorelationnel quotidien. L'enquête a été menée sur plusieurs quartiers de Brazzaville (figure 2).

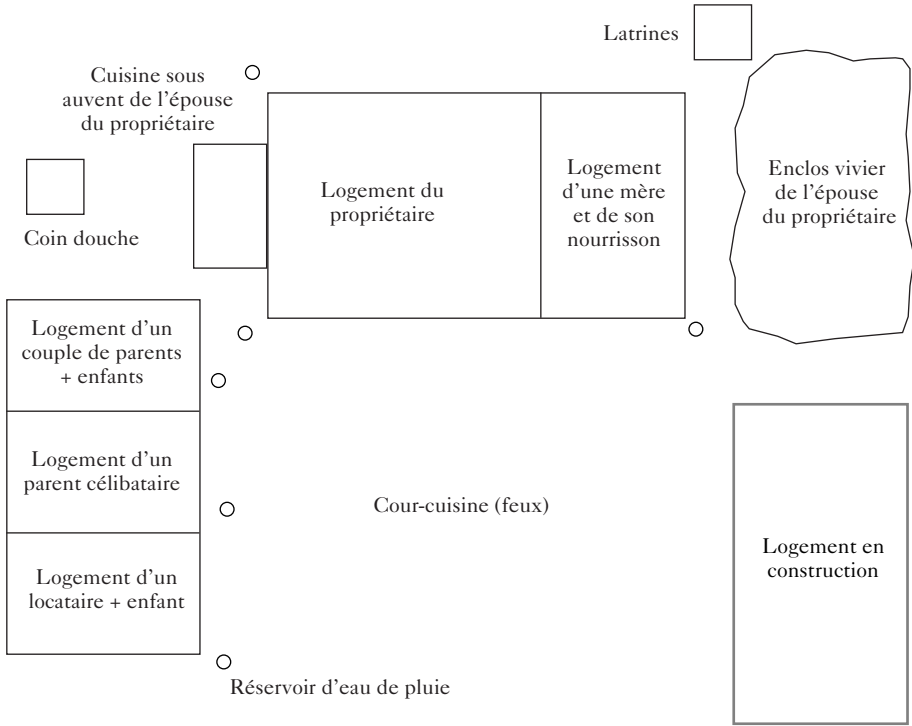
Après la préenquête d'usage, dont l'objectif était surtout de se familiariser avec le milieu, de se faire connaître des populations et d'améliorer les outils de recherche, nous avons mené, en compagnie d'une interprète<sup>6</sup>, des séries d'entretiens approfondis, de plus en plus ciblés, auprès de chacun des membres des familles visitées régulièrement. De longues heures ont également été consacrées à observer les pratiques se rapportant au maternage et à l'alimentation des enfants.

### Caractéristiques socioculturelles des familles enquêtées

À Brazzaville, on appelle « parcelles » les petites concessions où résident la plupart des familles. Dans certains quartiers (Bacongo, cf. figure 3), les « parcelles »

6 Notre enquêtrice-interprète, Arlette Mayama, parlait aussi bien les langues véhiculaires (lingala et munikutuba) que le lari (propre aux groupes d'origine Kongo).

Figure 3 – Parcelle d’une famille de taille moyenne dont le chef est un homme (Baongo)



comportent encore une cour ombragée. Globalement, l’espace construit gagne pourtant du terrain, si bien qu’elles comptent plusieurs baraques disparates, chacune étant occupée par des membres de la famille du propriétaire et des locataires (qui appartiennent ou non à la famille du propriétaire).

Dans les « parcelles », la disposition même des chambres, de la cuisine, des latrines, de l’endroit où l’on baigne les bambins et des périmètres où l’on mange favorise l’observation prolongée des pratiques de maternage. L’espace appelé localement la « cour-cuisine » évoque l’unité de lieu, de temps et d’action propre à ce que Rabain [1979 : 80-81] nomme un « champ de coprésence ».

Quelle que soit l’origine ethnogéographique des familles, la résidence est fréquemment néolocale, car c’est dans une « parcelle » indépendante qu’un jeune couple s’installe une fois lancées les procédures de mariage. Mais cette situation évolue rapidement dans la mesure où une femme se doit d’accueillir régulièrement chez elle, et selon des modalités extrêmement diverses, des parents « de son côté » (matrilinéaire), même si la « parcelle » où elle vit appartient formellement à son mari.

La population couverte par notre échantillon est urbanisée depuis au moins quinze ans. Nous n’avons donc pas enquêté auprès d’immigrants récents, mais de familles se présentant comme « brazzavilloises ». En dépit de leur attachement à leur quartier de résidence du moment, on constate que les individus changent fré-

quemment de domicile à l'intérieur de la ville. C'est ainsi que près de 40 % des mères de notre échantillon (soit une vingtaine) ont déménagé au moins une fois sur la durée de notre enquête. Les motifs de ces déménagements se rapportent fréquemment à des conflits intrafamiliaux qui ne trouvent pas de solution (disputes plus ou moins violentes entre concubins notamment).

Les allers et retours avec le village d'origine sont réguliers, qu'ils soient motivés pour des raisons économiques (commerce) ou des impératifs familiaux (décès, naissance, mariage). En outre, pour des raisons sur lesquelles nous reviendrons, les jeunes mères séjournent parfois longuement au village au moment du sevrage définitif de leur enfant. Elles s'y rendent également pour consulter le devin guérisseur, lequel détermine l'origine de la maladie qui frappe leur progéniture.

Sur les 36 chefs de famille auprès desquels nous avons enquêté, une vingtaine se déclaraient d'origine Kongo, le reste se partageant entre les ethnies du Nord (Téké, Makoua, Mbochi). Néanmoins, à cause de l'enjeu politique qu'il représente, le référent ethnique n'est jamais clairement exprimé ni franchement mis en avant. De surcroît, les mariages interethniques sont fréquents : les jeunes générations issues de ces unions se réfèrent alors davantage à des entités régionales et administratives plus ou moins bien définies (Nord, Sud, cuvette, plateaux) qu'à des groupes ethniques. S'il est clair que les quatrième ou cinquième générations de Brazzavillois maintiennent des relations avec leurs parents restés au village, celles-ci n'impliquent pas une continuité identitaire stricte. En fait, les origines ethniques, voire villageoises, se ravivent essentiellement lors des épisodes de maladie, des moments importants du cycle de l'existence (naissance, mariage, mort, cures, itinéraires magico-religieux) et, bien entendu, des grandes crises politiques.

Sur les 18 chefs de famille masculins de l'échantillon, six comptaient deux épouses, un en comptait trois et un autre six. Sur les 18 femmes chefs de famille, dix déclaraient avoir des coépouses ou des « rivales », dont deux vivaient dans la même « parcelle ». D'après l'enquête démographique nationale [République du Congo, 1985], la proportion des ménages regroupés sous l'autorité d'une femme est de 4 %. Mais ce chiffre nous semble en deçà de la réalité. Pour nous, le phénomène concerne au moins 20 % des familles, en tout cas dans certains quartiers (Poto-Poto, Mougali, Ouenzé, cf. *figure 2*). L'accroissement du nombre de familles monoparentales matricentrées pourrait être lié d'une part à la régression globale du mariage coutumier et du versement de la dot qui lui est associé et d'autre part à la fréquence toujours plus grande des unions libres socialement acceptées.

À part deux familles dont les chefs (de sexe masculin) étaient fonctionnaires, la plupart vivaient de revenus irréguliers liés au petit commerce exercé par les femmes (vente d'aliments, de produits agricoles ou de biens de consommation courante dans les marchés ou dans les rues) et à la participation des hommes au secteur privé (mécanicien, cordonnier, vannier, meunier) ou informel (ramassage des ordures). Seule une famille de l'échantillon présentait des signes de richesse évidents (véhicule de tourisme, fonds de commerce en location). Les autres, dans l'ensemble, ne disposaient que d'un minimum de ressources pour survivre : comme nous l'avons entendu dire, ces familles se contentaient de « calmer les douleurs du ventre », mais ne mangeaient pas vraiment à leur faim.

L'âge des mères auprès desquelles nous avons enquêté était de 15 ans pour la plus jeune et de 40 ans pour la plus âgée, avec une moyenne d'environ 24 ans. L'âge des pères était légèrement plus élevé. Les personnes âgées de plus de 50 ans étaient quant à elles peu nombreuses. Mais il est vrai que la plupart regagnent le village à la fin de leur vie : cette émigration donne l'impression que les tranches d'âges jeunes sont fortement représentées à Brazzaville.

### **Grossesse, naissance et pratiques de maternage du petit enfant**

C'est dans ce contexte socioculturel, brossé à très grands traits, que s'inscrivent les pratiques de maternage et d'alimentation des jeunes enfants.

#### *Grossesse et naissance*

À Brazzaville, l'observateur est frappé par le silence et le peu de manifestation qui entourent la grossesse d'une femme. Tout se passe comme si l'événement devait être gardé secret le plus longtemps possible. Lorsque la grossesse est visible, les femmes n'hésitent pas à dire qu'elles sont « malades » sans pour autant commenter la gestation elle-même. Vis-à-vis des futures mères, l'entourage ne se montre pas non plus particulièrement attentif. On a même plutôt tendance à les ignorer, voire à les craindre. Ce comportement est probablement lié au statut indéci de l'enfant en gestation (réincarnation d'ancêtre, ancien ou nouvel être humain) et, par extension, à celui de sa mère. À la fois vulnérable et potentiellement puissante dans le monde occulte du fait de son état, elle est simplement tolérée par les siens [Bonnet, 1994]. D'après Gruénais [communication personnelle], les craintes relatives à l'annonce de la grossesse ont aussi un rapport avec la jalousie des sorciers qui pourraient vouloir « dévorer » l'enfant dans le ventre de sa mère et provoquer des morts-nés.

Mais ces particularités n'empêchent pas la quasi-totalité des femmes brazzavilloises d'accoucher à l'hôpital. Simplement, après la naissance, la mère et l'enfant sont reclus pendant une période qui varie selon le sexe, le statut et la perception de l'état du nourrisson. Le fait que le tout-petit soit considéré comme normal ou anormal, jumeau ou ancêtre réincarné, implique des séries de rituels très divers selon les origines ethniques, assortis de régimes alimentaires spécifiques pour la mère, lesquels durent parfois deux mois. En la matière, les interdits portent fréquemment sur certains poissons, parfois sur la viande et les œufs.

#### *Rituels de protection*

À la suite de cette période de réclusion, les « mamans<sup>7</sup> » ont recours à divers procédés magico-religieux qui les aideront à lutter contre les maladies provoquées par l'incertitude de leur statut et celles provoquées par d'éventuels agresseurs,

---

7 « Maman » est le terme de référence et d'adresse qui désigne les femmes qui ont eu un enfant. Les femmes sans progéniture sont souvent appelées les « cadettes ». « Ancienne » est le terme qui désigne les femmes d'un statut social élevé, ou d'aînée, et qui ont eu des enfants, indépendamment de leur âge réel.

morts ou vivants. C'est ainsi qu'elles font porter à leurs bambins des bracelets et des colliers aux poignets, aux chevilles et au cou.

Pour la plupart des maladies de la prime enfance, il s'agit d'identifier les causes du mal par l'intermédiaire d'un devin guérisseur, le *nganga*. Comme c'est souvent le cas en Afrique, la maladie est le résultat d'un déséquilibre dans le monde des vivants et/ou entre le monde des vivants et celui des morts. Sorte de « rappel à l'ordre social » (1983), la maladie entraîne le malade et son groupe familial dans une longue quête du sens, sorte d'étiologie sociale et symbolique [Gruénais, 1990].

Néanmoins, cette quête n'exclut nullement le recours à la bio-médecine occidentale accessible dans les centres de santé maternelle et infantile. Si elle est considérée comme efficace pour traiter les effets physiologiques des maladies, la biomédecine est simplement tenue pour incompétente lorsqu'il s'agit de rendre compte des causes magico-religieuses, perçues comme réelles, de celles-ci.

### *L'entourage maternant*

La naissance d'un enfant est également l'occasion de renouveler l'ordre de la cellule familiale, quelle que soit sa structure d'organisation et sa composition démographique de départ. Du point de vue résidentiel, certains corésidents s'en vont alors que d'autres s'installent; des parents déménagent quant à eux à l'intérieur de la « parcelle ». Pour un temps, la mère et son nourrisson occupent une baraque ou une pièce qui leur est strictement réservée (*cf. figure 3*). Du point de vue de la répartition des tâches, ensuite, le groupe des membres de la famille qui s'occupera plus spécifiquement du bébé est clairement défini. La particularité de ce groupe est toutefois de mêler des personnes de sexe, de génération et de statut distincts, parfois même antagoniques. D'où les relations parfois tendues qui se jouent autour de l'éducation de l'enfant, alors que les rôles sont rigoureusement attribués au départ. Par exemple, tandis que les sœurs ou les belles-sœurs tentent d'aider la mère ou de l'orienter dans ses choix par des interventions ludiques, la belle-mère, les grands-mères ou toutes autres « anciennes » ont plutôt tendance à surveiller ses actes, voire à les réprimander ouvertement.

Dans l'entourage maternant du petit enfant, qui exerce un véritable contrôle social sur lui et sa mère, il faut également mentionner l'oncle maternel, lequel joue un rôle de « gardien familial » [Lallemand, 1997 : 22], même dans les familles où la filiation n'est pas matrilineaire (comme chez les Mbochi par exemple). Quoique de façon irrégulière, l'oncle maternel rend des visites à son neveu ou à sa nièce. À cette occasion, il n'oublie pas d'émettre en public des déclarations normatives qui font écho aux réprimandes des « anciennes ».

À Brazzaville, les « mamans » reconnaissent plusieurs « maladies mystiques », dont les enfants seraient les victimes, imputables à des individus mécontents – lesquels appartiennent au même lignage qu'eux – en raison de différends par ailleurs toujours fort complexes à élucider [Gruénais, 1986 a : 607]. Or justement, parmi les relations les plus sujettes aux agressions sorcières et aux empoisonnements, figurent celle qui unit un individu à son oncle maternel et celle qui unit une femme à sa belle-mère. Dans les familles, l'influence de ces deux acteurs sur l'enfant s'exprime clairement à l'occasion des grandes décisions afférentes à ses soins et à son

alimentation. Intermédiaires incontournables entre une mère et son tout-petit, l'oncle maternel et la belle-mère sont des personnages centraux de la vie quotidienne brazzavilloise.

### **Les pratiques alimentaires du petit enfant**

Depuis sa naissance jusqu'à la fin de la période du sevrage, les pratiques alimentaires du petit enfant sont infiniment plus variables que ce que laissent penser les réponses stéréotypées des « mamans » lorsqu'on les interroge à partir de questions fermées. En fait, en dépit de quelques singularités liées aux origines ethniques, ces pratiques reflètent des contraintes et des situations sociales dont la particularité est de changer fréquemment.

#### *Modalités de l'allaitement*

À Brazzaville comme dans d'autres villes du Sud, la scène montrant une femme en train de charger son nourrisson sur le dos, tout en lui offrant son sein à volonté et à longueur de temps, s'impose comme une image d'Épinal tenace. La réalité est pourtant plus complexe qu'il n'y paraît, car, s'il n'est manifestement pas dirigé comme dans nos sociétés, l'allaitement au sein est loin d'être exclusif et soumis à la simple volonté du bambin. Pour entrevoir ces nuances, il est toutefois indispensable de prêter une observation attentive et prolongée aux gestes les plus banals de la vie quotidienne.

Il est tout d'abord difficile de déterminer exactement combien de prises d'alimentation lactée un nourrisson a au cours de la journée. Nous avons tenté d'effectuer ce genre de calculs pour constater finalement que certains enfants sollicitaient le sein de leur mère jusqu'à une trentaine de fois par heure sans réussir à savoir pour autant s'ils avaient réellement bu du lait.

Mais sans doute faut-il rappeler ce que Lallemand [1997 : 43] appelle « l'aspect multifonctionnel du sein maternel ». Ce dernier est en effet à la fois consolateur, ludique et apaisant pour l'enfant qui manifeste des signes d'agitation. S'il est donc vrai que la mère propose au bébé de téter dès qu'il pleure, ce n'est pas seulement dans le but de l'alimenter. Pour les « mamans », l'origine des pleurs ne se réduit d'ailleurs pas à la manifestation de la faim. Il peut s'agir de beaucoup d'autres choses qu'elles se font fort de déterminer au cas par cas. Si l'on reste attentif, on constatera que les soins corporels, le réconfort physique par le bercement ou la sollicitation de l'attention à travers le don d'objets sont autant de réponses qui alternent avec l'allaitement [Rabain, 1979 : 39].

En outre, l'allaitement au sein est rarement exclusif, ceci dès la naissance, et même s'il est présenté comme tel par les mères. De fait, les prises d'eau accompagnent celles du lait maternel et croissent en nombre et en volume avec le temps. Aux tout premiers jours de la vie, la mère verse quelques gouttes d'eau dans la bouche de l'enfant, ceci afin « qu'il récupère l'eau qu'il perd en pleurant ». Quelle que soit l'origine des familles, la crainte de la déshydratation du tout-petit occasionnée par les pleurs est largement répandue à Brazzaville. Pour que l'enfant « ne se dessèche pas », il convient également d'humidifier ou d'oindre régulièrement son corps.



En général, l'eau donnée à boire au nourrisson est prélevée d'une bouteille d'eau minérale achetée par le père de l'enfant sur le marché et dont le coût prohibitif justifie qu'il s'agisse d'un « cadeau de naissance ». Cette eau a d'ailleurs une telle valeur aux yeux des mères qu'elles la mélangent avec de l'eau de source ou du robinet afin « de faire durer la bouteille ». Comme si, finalement, c'était le contenant, à savoir l'emballage de plastique, qui conférerait à l'eau toute sa bienfaisance. Considérée comme un bien précieux, la bouteille d'eau minérale est toujours jalousement gardée par les « mamans ». Après deux mois tout au plus, l'enfant ne boit plus que de l'eau du robinet ou du puits.

### *Biberon et bouillie de maïs*

Lors de nos enquêtes, une petite minorité d'enfants prenait régulièrement le biberon depuis leur naissance, mais toujours en complément du lait maternel<sup>8</sup>. Néanmoins, de façon assez systématique et stéréotypée, les « mamans » mentionnaient la dévaluation du franc CFA (1994) comme le moment à partir duquel elles ont cessé d'acheter couramment du lait en poudre.

Dans leur discours, les mères affirment que la crise provoquée par la dévaluation a favorisé la consommation de la bouillie locale appelée le *poto-poto* (pâte de maïs fermentée préparée avec de l'eau pour lui donner une forme fluide). D'après les enquêtes nutritionnelles, les mères continueraient en effet à acheter des farines de *poto-poto* toutes faites malgré la crise. Cependant, leur choix se porterait désormais davantage sur les farines d'origine locale, et non plus sur les farines européennes, comme c'était le cas avant la dévaluation.

La bouillie de *poto-poto* et le biberon sont considérés comme des aliments complémentaires au lait maternel et à peu près équivalents entre eux. Selon les mères, aucune formule ne devrait se substituer entièrement à l'autre. Les femmes ont cependant tendance à survaloriser le biberon, non pas à cause d'une quelconque supériorité nutritive ou énergétique, mais plutôt en vertu de sa valeur de prestige, autrement dit de la connotation occidentale qu'il revêt.

Dans la pratique, quelques « mamans » commencent à donner des cuillères de bouillie de *poto-poto* à leurs enfants au cours du premier mois, quoique la majorité attendent le deuxième mois [Cornu *et alii*, 1992]. Dès lors, la plupart des enfants consomment la bouillie de *poto-poto* une fois vers la mi-journée. Certains, mais c'est plus rare, la mangent le soir. Moins nombreux encore sont ceux qui prennent la bouillie deux fois par jour<sup>9</sup>. Il en est d'ailleurs de même pour le biberon. Celui-ci est plutôt donné tôt le matin, plus rarement le soir, presque jamais aux deux moments.

En général, l'alimentation à la bouillie de *poto-poto* est donc plus fréquente que la prise du biberon. En dépit d'une phase de préparation plus longue, le moindre coût économique de la bouillie pourrait expliquer son succès. Néanmoins, il faut

8 D'après Tchibindat [1995 : 27], ce sont plus de 20 % des enfants (en milieu urbain) qui reçoivent du lait artificiel en même temps que le lait maternel à la naissance.

9 Sur ce point, nos observations diffèrent de celles de Tchibindat [1995 : 31] selon laquelle « la fréquence moyenne de consommation [en milieu urbain] est de l'ordre de deux bouillies par jour. [...] Lorsque les enfants consomment une bouillie par jour, cette consommation se fait [...] le matin [...] »

convenir que les mères tentent toujours de combiner ces deux pratiques alimentaires. Ainsi, il n'est pas rare qu'elles fassent boire à l'enfant qui les accompagne un verre d'eau où elles ont dilué une mesure de lait en poudre achetée sur le marché. De même, l'enfant dont la mère est absente est nourri de quelques cuillères d'une bouillie toute faite achetée sur un petit étal à proximité de la « parcelle ».

Plus tard, entre six et dix mois, une alimentation de type adulte est introduite. Entre-temps, jusqu'au sevrage définitif (mais parfois au-delà), les enfants continuent à prendre régulièrement de la bouillie de *poto-poto* plus ou moins épaisse et accommodée de poisson ou de viande.

### *Les « nourritures intermédiaires »*

Dans une intervention nutritionnelle, il est essentiel de savoir à partir de quel âge les enfants commencent à prendre un « plat spécial », c'est-à-dire une préparation culinaire qui leur soit distribuée à eux seuls, quoiqu'elle incorpore des ingrédients destinés aux adultes. Dans la pratique, il est délicat d'établir une distinction nette entre le plat spécial et les bouillies que les mères « chargent » progressivement de poisson ou de viande, selon leur propre expression. Il est vrai que les quantités ajoutées sont modestes et irrégulières, faute de moyens économiques. La pratique qui consiste à soutirer une petite part du plat familial destiné aux adultes pour la donner à l'enfant est également plus répandue que celle de préparer un plat spécial.

Dans l'esprit des « mamans », la notion de plat spécial s'applique plutôt aux régimes exceptionnels prescrits par le devin guérisseur à l'individu adulte qui suit une cure. Les enfants malades, quant à eux, sont plutôt privés de certains aliments, notamment de poisson et de viande, ce qui a pour effet de limiter encore davantage l'éventualité de la préparation d'un plat spécial qui leur soit réservé<sup>10</sup>. Dans ce contexte, la bouillie de *poto-poto* enrichie ou la part du plat familial que l'on donne à l'enfant constituent plutôt ce que Lallemand [1997 : 44] appelle des « nourritures intermédiaires » que des plats spéciaux.

Soulignons toutefois que les incitations auxquelles les mères ont recours pour que leurs enfants commencent à manger des aliments d'adulte mêlent habilement le dirigisme et le libre-arbitre. Il s'agit en effet de laisser les petits croire que ce sont eux qui vont spontanément décider du moment où ils iront piocher de la nourriture d'adulte. Pour ce faire, on abandonne sciemment des aliments dans des assiettes posées à même le sol et à leur portée. Par curiosité, par jeu ou par goût, les bambins décideront donc « spontanément » de la suite à donner à leur régime, compte tenu des restrictions de moyens et de quantités évoquées plus haut.

---

10 Comme nous l'avons signalé plus haut, c'est lors des épisodes de maladie que l'appartenance ethnique prend tout son sens et retrouve sa vigueur. Les interdits alimentaires, et les cures qui les accompagnent, sont alors extrêmement divers. Les viandes, les poissons d'eau douce, les volailles et l'huile de palme figurent parmi les aliments proscrits pour les enfants et les parents qui suivent fréquemment le régime imposé aux premiers.

### *La question du plat familial et de la consommation du manioc*

Aux goûts des Brazzavillois, un « vrai repas » se compose toujours de manioc, qu'il soit servi sous forme de *chickwangué* (pâte dense, de texture élastique, obtenue après avoir fait cuire en une ou deux fois la pâte de manioc rouie, défibrée et écrasée par laminage) ou de *foufou* (pâte obtenue à partir de la cuisson de la farine de manioc dans l'eau). Aussi, comme c'est souvent le cas en Afrique, les sauces – élaborées à base de viande, de légumes ou de poisson – accompagnent le manioc. Néanmoins cette exigence culinaire est loin d'être satisfaite quotidiennement. Les familles, en effet, ne mangent pas régulièrement de manioc (et donc pas de sauces non plus) et se contentent d'une simple « baguette » (pain de blé fabriqué localement<sup>11</sup>).

La question de l'introduction du plat familial – et donc du manioc et des sauces qui l'accompagnent – dans l'alimentation du petit enfant se pose à peu près dans les mêmes termes que celle du plat spécial. Hormis le cas des aliments interdits aux bambins pour des raisons culturelles ou de maladies, c'est le même jeu combinant dirigisme et libre-arbitre qui est à l'œuvre. D'où la difficulté de reconstituer les itinéraires alimentaires des enfants si l'on questionne les mères sur l'âge exact d'introduction d'aliments spécifiques. En fait, les « mamans » ne se posent pas le problème en ces termes. Pour elles, les enfants peuvent parfaitement consommer des nourritures intermédiaires et des plats familiaux simultanément, même s'ils ne sont pas encore sevrés. En la matière, le pragmatisme et l'opportunisme priment largement sur les principes déclarés.

L'âge à partir duquel les mères se prêtent à ce type d'incitation est délicat à déterminer, car personne ne garde en mémoire de repère précis pour ce type d'événements. Ces processus ne sont pas non plus rattachés à des séquences temporelles dont l'âge réel serait le référent. L'observation, en revanche, montre que les enfants concernés sont ceux que les adultes commencent à laisser déambuler librement à quatre pattes dans la cour de la « parcelle ». *Grosso modo*, ces enfants sont âgés de huit à dix mois, quoique les plus précoces aient à peine six mois.

Quoi qu'il en soit, la consommation du manioc – même irrégulière et alternée de pain – fait franchir à l'enfant un cap décisif dans le processus de socialisation. On dit de lui désormais qu'« il sait ce qui est bon ! » ou qu'« il est devenu un vrai Congolais ! » En dépit des changements qui affectent les régimes alimentaires, surtout en ville, le manioc reste un référent essentiel de l'identité et le principal vecteur de son acquisition.

### *Les déterminants du sevrage définitif de l'enfant*

Les petits Brazzavillois que nous avons suivis étaient généralement définitivement sevrés vers 14-15 mois. Une proportion non négligeable d'enfants, une quin-

---

11 D'après Dorier-Apprill [1993 : 138], le pain tendrait à supplanter le manioc, avec une consommation de plus de 450 grammes par jour et par habitant dans les villes (contre 250 grammes par jour et par habitant dans les zones rurales en 1983).

zaine environ, a cependant continué à prendre le sein jusqu'à l'âge de deux ans ou plus, tandis qu'une dizaine s'était arrêtée avant l'âge d'un an<sup>12</sup>.

Dans la plupart des cas, la décision d'arrêter le sein survient de façon plutôt abrupte et n'est jamais remise en cause, quelles que soient les réactions de l'enfant et de l'entourage. Ce procédé n'entraîne cependant pas une rupture alimentaire et psychique systématiquement néfaste, voire traumatisante, pour le petit enfant. On sait en effet que la familiarisation de l'enfant avec une alimentation plus solide a commencé quelques mois auparavant, selon des procédures que nous venons de décrire. En outre, l'enfant désormais mobile aura eu le temps de s'intégrer au groupe familial, notamment au cercle de ses congénères de la « parcelle » ou du quartier, et de découvrir les joies de la sociabilité. Pour lui, l'entrée dans la vie sociale semble compenser, en quelque sorte, la disjonction, somme toute relative, qui s'est opérée au niveau de la relation avec la mère.

Les déterminants de l'ablactation, ou les raisons qui conduisent la mère à sevrer définitivement son petit restent toutefois complexes à élucider et ressortissent à des ordres différents. Un peu comme partout en Afrique, c'est d'abord la venue d'une nouvelle grossesse qui provoque l'arrêt de l'allaitement : le lait d'une femme enceinte est en effet perçu comme « pauvre ». On considère également que ce lait est soustrait sur les quantités qui reviennent au futur nouveau-né. Or, dans le contexte congolais où le « modèle persécutif du mal » est dominant [Gruénais, 1990], on pense que l'enfant en gestation ainsi privé risque d'empoisonner le lait de sa mère pour se venger du mauvais traitement qu'il subit et, par conséquent, de provoquer la mort de son aîné. Cette relation d'opposition entre les enfants – qui s'appuie sur des représentations extrêmement vivaces – s'impose comme l'un des principaux facteurs d'arrêt de l'allaitement au sein.

La situation matrimoniale de la mère influence également la prise de décision par rapport au sevrage. On peut ainsi distinguer quelques types de situations spécifiques.

– Les femmes isolées ou les filles-mères qui n'ont pas réussi à se faire accepter dans la « parcelle » de leurs parents ou amis affrontent les situations les plus délicates, tant sur le plan affectif que social et économique. Parfois contraintes à la mendicité ou à la prostitution, ces mères font tout pour essayer de « caser » leur progéniture dans une famille d'accueil selon la formule du *fosterage*<sup>13</sup>. Or cette forme de transfert d'enfant momentanée suppose que l'enfant soit déjà sevré. Dans une certaine mesure, cette solution de survie pour la mère et l'enfant favorise la précocité du sevrage.

– Dans le cas où la fille-mère n'a pas réussi à « caser » son enfant, elle aura au contraire tendance à prolonger l'allaitement le plus longtemps possible. Mais le régime alimentaire du tout-petit risque alors de présenter des insuffisances et des déséquilibres graves pouvant conduire à la malnutrition sévère.

12 Pour Tchibindat [1995 : 27], qui se fonde sur l'enquête nutritionnelle nationale réalisée en 1987 par Cornu *et alii* [1992], la durée moyenne de l'allaitement est de 16,4 mois en milieu urbain.

13 Le *fosterage* est une institution très répandue dans le monde non-occidental. Il s'agit d'un « transfert d'enfant » momentanée « qui suppose [contrairement à l'adoption] le partage ou l'alternance des prérogatives parentales entre ascendants directs et gardiens » [Lallemand, 1997 : 22]. Sur les prêts, transferts et adoptions d'enfants en Afrique, cf. l'ouvrage de Lallemand [1993].

– La situation de la femme dont le conjoint partage temps et argent avec d'autres coépouses n'est pas un facteur décisif en soi. Ce sont, en revanche, les conflits intrafamiliaux qui surgissent dans ce type de configuration qui peuvent conditionner l'arrêt de l'allaitement au sein. À l'occasion de disputes qui tournent mal, il est fréquent que les mères quittent le domicile en laissant à une coépouse le soin de s'occuper de leur tout-petit. Cette mesure, qui a pour signification presque explicite de placer le mari dans une négociation très délicate avec ses épouses, peut conduire à l'accélération brutale du sevrage définitif de l'enfant.

– Enfin, la femme dont le conjoint participe régulièrement aux frais du ménage prendra quant à elle sa décision selon des critères complexes qui mêlent des impératifs économiques, de disponibilité, de santé et de plaisir. Dans ce cas, on perçoit clairement les enjeux exprimés par le prolongement de l'allaitement, car il y a des contradictions parfois irréconciliables entre la satisfaction éprouvée par la mère et la nécessité d'effectuer les tâches domestiques ou des travaux rémunérateurs. Or, la femme devra un jour ou l'autre choisir. Et sa décision de prolonger ou d'interrompre l'allaitement variera alors selon l'appréciation qu'elle se fera des circonstances, des contraintes et des opportunités du moment.

### **Les marqueurs de la socialisation du petit enfant**

De ce qui précède, on peut retenir que la décision conduisant au sevrage définitif n'a pas grand-chose à voir ni avec le régime alimentaire que l'enfant a reçu ni avec son âge réel. Ce dernier, en effet, n'est pas un repère fondamental pour les « mamans ». Les postures, l'acquisition de la marche ou de la parole sont en revanche des points de repères généraux ou des marqueurs physiologiques dont l'apparition induit des changements de traitement – qui ne sont toutefois ni immédiats ni systématiques – vis-à-vis de l'enfant. En réalité, la décision de la mère se fonde sur d'autres critères, lesquels sont liés à la situation sociale qu'elle vit, perçoit ou subit à un moment donné de son existence.

### *Des itinéraires alimentaires résolument souples*

Bien entendu, tout cela ne veut pas dire que le sevrage ne signifie rien pour les mères et qu'il n'a aucune conséquence perçue sur la socialisation et le développement de l'enfant. C'est même le contraire dont il s'agit, car, une fois sevré, l'enfant est pleinement intégré à la vie familiale et sociale, notamment à travers la participation aux tâches domestiques et aux jeux qu'il engagera avec ses congénères. Au moment du sevrage, d'ailleurs, certaines « mamans » confient leur progéniture à une mère ou à une parente résidant dans un autre quartier de Brazzaville et parfois même au village. Toujours selon le principe du *fosterage*, ce prêt peut durer plusieurs mois durant lesquels l'enfant verra irrégulièrement sa génitrice, comme pour mieux marquer le passage de son statut de bambin à celui de membre d'une famille.

Du point de vue alimentaire, les itinéraires des petits Brazzavillois n'obéissent pas à des règles rigoureuses. Tandis que des enfants continuent à prendre de la bouillie alors qu'ils sont sevrés, d'autres – qui ne sont pas encore sevrés – prennent déjà le plat familial.

### *Les vertus socialisantes de l'entourage nourricier*

Après avoir évoqué l'entourage maternel du petit enfant, il convient de se pencher brièvement sur ce que nous proposons d'appeler son entourage nourricier, c'est-à-dire sur les personnes ou les groupes de personnes qui influencent plus particulièrement son alimentation et, par extension, sa socialisation.

Nulle part dans le monde les prises alimentaires ne se réduisent à la satisfaction d'un besoin physiologique. Elles sont au contraire l'occasion d'apprendre des règles de conduite, d'intérioriser des habitudes et de se familiariser avec un univers de valeurs spécifiques à l'entourage nourricier. Pour l'enfant, la socialisation s'opère avec sa mère et au sein des groupes de commensalité successifs qu'il intègre rapidement dès sa prime enfance. Or, en grandissant, l'enfant change non seulement de régime alimentaire, mais aussi d'entourage nourricier.

Parmi les groupes de commensalité privilégiés, il y a d'abord celui constitué par les tout-petits qui commencent à marcher et que l'on confie aux fillettes ou aux garçons à peine scolarisés de la famille. Ces groupes se forment lorsque la mère s'absente pour quelques heures, le temps d'aller au marché par exemple. À cette occasion, les enfants découvrent des aliments que leur offrent leurs gardiens, à la fois pour les calmer et les occuper : il s'agit en particulier de fruits, d'arachides, de glaces au lait ou de beignets frits à l'huile de palme. D'une certaine façon, ces moments permettent aux tout-petits de se familiariser avec des aliments que leur mère leur propose rarement elle-même. Dans la foulée de leur expérience, les bambins retournent auprès de leur maman pour prendre leur biberon, une bouillie ou toute autre « nourriture intermédiaire ».

Lors des véritables séances d'expérimentation alimentaire orchestrées par leurs gardiens, les tout-petits apprennent également les modalités du partage et de l'échange. Ils intègrent aussi les règles élémentaires qui caractérisent les relations entre aînés et cadets. Enfin, ils découvrent les usages qui régissent les différents espaces qui organisent les « parcelles ». Vécus sur un mode ludique, ces moments sont essentiels au processus de socialisation de l'enfant, car ils permettent d'apprendre dans la bonne humeur les codes d'un ordre social par ailleurs fort rigide.

Lorsque l'enfant mange de façon autonome, c'est-à-dire quand il est capable de garder son assiette et de tenir une cuillère, il fait partie du groupe des gardiens. Contrairement aux tout-petits, les enfants de ce groupe mangent une nourriture d'adulte. Pour ce faire, ils s'isolent de leurs mères dans un périmètre spécifique de la « parcelle ». En réalité, les « mamans » se détachent rapidement du suivi alimentaire des enfants qui parviennent à ce stade d'autonomie. Il est même fréquent qu'on leur laisse des portions de plat familial dans des assiettes qu'ils mangeront au moment de la journée de leur choix. Généralement, ces enfants se réunissent après l'école, soit en fin de matinée soit en fin d'après-midi, pour manger l'unique plat de la journée qui leur sera servi.

L'ensemble des membres de la famille, tous sexes et générations confondus, se retrouvent également à manger ensemble lors d'événements exceptionnels comme une naissance, un mariage, une veillée mortuaire ou la visite d'un parent important. La solennité du moment est alors propice à la sensibilisation de l'enfant aux domaines de la magie, de la sorcellerie et de la sexualité qui, à l'occasion des repas, entretiennent entre eux des relations métaphoriques et symboliques directes. Loin

d'être ludiques, ces repas pris avec les adultes initient l'enfant à l'univers mystique et au modèle persécutif qui prévaut dans l'interprétation des relations sociales au Congo. L'enfant apprendra ainsi très tôt à maîtriser son regard dont la force peut « bouffer », c'est le mot employé, n'importe quel parent. Au sein de ce groupe de commensalité éphémère, l'enfant apprendra aussi à maîtriser sa parole dont la puissance peut avoir des répercussions concrètes sur le devenir de ses voisins.

Enfin, la pratique qui consiste à faire circuler l'enfant entre sa mère, des groupes d'adultes et des groupes de commensalité de même génération à l'intérieur et en dehors de la « parcelle » favorise incontestablement l'apprentissage des règles de la vie sociale et familiale dans la plus grande convivialité. Dans ce contexte, la sociabilité du petit enfant semble relever d'une véritable affaire de famille dont l'objectif serait de transmettre des valeurs plutôt rigides sur un mode ludique.

\*

Contrairement à ce qui se passe dans les sociétés occidentales où le rapport à l'alimentation de l'enfant est vécu sur un mode très instrumental et régi par un découpage temporel strict [Aymard *et alii*, 1993], l'alimentation du jeune enfant à Brazzaville est beaucoup plus souple et sujette à de constantes adaptations contextualisées. Aussi, de l'ensemble des données exposées sur le processus de socialisation du jeune enfant, en rapport avec son état de santé, on peut retenir que plusieurs facteurs interagissent étroitement : (i) la situation matrimoniale et le statut de la mère ; (ii) le statut de l'enfant au sein du groupe familial ; (iii) le système d'attitude en vigueur (avec en l'occurrence l'importance de la sanction magico-religieuse) ; (iv) la précarité économique du groupe familial de l'enfant. La prise en compte de ces différents facteurs pourrait contribuer à renouveler, d'un point de vue méthodologique et théorique, les perspectives des interventions en nutrition.

### *L'instabilité matrimoniale*

L'importance de la crise économique et la dislocation des liens sociaux contribuent à expliquer la moindre fréquence des mariages parmi les jeunes générations, comme l'accroissement du nombre de familles monoparentales matricentrées. S'il reste valorisé, le mariage – pris ici au sens de la cérémonie coutumière qui lie deux familles – est un investissement coûteux et les procédures qu'il engage sont difficilement menées à terme<sup>14</sup>. Lorsque les mariés se séparent, les femmes gardent généralement avec elles les jeunes enfants. Les jeunes femmes qui ont des enfants en dehors du mariage, quant à elles, quittent la « parcelle » de leurs parents pour s'établir chez une parente ou une amie qui voudra bien les accueillir. Pour les femmes abandonnées par le géniteur de l'enfant, la situation est souvent dramatique, car il s'écoule parfois plusieurs années avant qu'elles soient réintégrées dans leur famille d'origine avec ou sans leur progéniture.

---

<sup>14</sup> D'après l'enquête démographique nationale [1985], et celle de Cornu *et alii* [1992], environ une femme sur quatre n'est pas mariée au Congo.

De façon générale, les conflits intrafamiliaux et intergénérationnels, avivés par l'instabilité des situations matrimoniales, laissent nombre de jeunes mères sans aucune sorte d'assistance. Et si la solidarité familiale se ravive parfois après plusieurs années, une telle mise à l'écart sociale a souvent de graves conséquences sur la santé des plus petits. À ce sujet, des études anthropologiques et épidémiologiques ont montré que les formes de malnutrition les plus sévères chez les enfants à Brazzaville apparaissaient dans les situations où les mères se trouvaient isolées et en rupture avec leur milieu familial [Gruénais, 1986 b ; Gruénais, Delpeuch, 1992].

### *Le statut particulier du petit enfant*

Contrairement à ce qu'il advient dans d'autres sociétés (Afrique de l'Ouest notamment), ce n'est pas tant le rang de l'enfant dans la fratrie qui détermine son statut que son intégration et celle de sa mère au groupe familial. Généralement, les rapports qui se jouent autour de l'enfant sont en effet à la mesure de l'enjeu social et symbolique qu'il représente aux yeux des adultes. Parce qu'il est à la fois vecteur, révélateur et marqueur des alliances et des conflits qui caractérisent les relations entre les individus et les lignages, le tout-petit est investi de tous les espoirs et également de toutes les rancœurs. Le statut de l'enfant au sein du groupe familial est ainsi en rapport direct avec celui de sa mère. L'enfant porte, en quelque sorte, le fardeau de cette dernière.

En dépit des apparences, la relation mère-enfant est donc loin d'incarner une dyade autonome et hermétique aux influences extérieures. Si cette relation est manifestement privilégiée, elle ne s'insère pas moins dans des réseaux de parenté et d'influences complexes. S'ils sont contradictoires et contraignants, ces réseaux situent la mère et l'enfant dans le champ de la société, de ses coutumes, de ses institutions et de ses acteurs sans lesquels la relation ne saurait exister.

Du point de vue opérationnel, il apparaît indispensable de connaître le statut de l'enfant et de sa mère, car celui-ci peut expliquer beaucoup de situations de blocage ou de résistance. Ce qui, de la part de la mère, ressemble à un comportement irresponsable ou négligeant n'est parfois que la traduction d'un profond désarroi, lequel est lié à une situation sociale vécue comme insupportable [Bonnet, 1996].

### *Les systèmes d'attitude*

En dépit de leur transformation rapide, les relations sociales au Congo demeurent strictement codifiées et obéissent toujours à deux principes fondamentaux : celui de l'âge et celui du sexe. De manière générale, les hommes commandent les femmes et les plus âgés commandent les plus jeunes, quoique, dans la réalité, chaque personne occupe plusieurs statuts à la fois. À ce titre, tout individu a simultanément des devoirs et des droits sur plusieurs personnes. Aussi, nous avons vu plus haut que le non respect des « anciens » et de l'ordre social est sanctionné par l'attaque en sorcellerie et l'empoisonnement qui provoquent en priorité la maladie ou la mort de l'enfant de la personne que l'on veut atteindre [Gruénais, 1990 ; Tonda, 1990 ; Suremain, en préparation].



Avant la mise en place d'interventions nutritionnelles ou de politiques de santé, il apparaît indispensable de prendre en compte les systèmes d'attitudes en vigueur chez les populations concernées et de sensibiliser les acteurs qui – en dehors de la mère – participent directement au développement de l'enfant. L'entourage maternant et l'entourage nourricier changent selon les contextes, mais leur rôle ne peut être escamoté au risque de créer des conflits et de provoquer des réactions de rejet de la part des populations cibles.

### *La précarité économique des groupes familiaux*

Les agressions sorcières et les empoisonnements redoublent d'intensité dans le cadre urbain en raison des inégalités de richesse qui surviennent entre les membres d'une même famille. D'où l'importance de la prise en compte des stratégies de survie à l'échelle des individus et des familles. Extrêmement précaires, fluctuantes et complexes, ces stratégies mobilisent des relations sociales, des savoir-faire et des représentations qui obéissent à une logique d'ensemble d'autant plus délicate à reconstituer que les acteurs se montrent fort discrets sur le sujet.

Dans une perspective d'amélioration des situations nutritionnelles ou de santé en général, il est important de déterminer précisément les contraintes d'existence quotidiennes de la population à qui l'on s'adresse. La précarité des situations économiques est un facteur que l'on se doit de prendre en compte au même titre que tout autre aléa physique ou social de l'existence (maladie, mariage). Il nous semble également essentiel de resituer les problèmes dans le champ des dynamiques sociales mentionnées ci-dessus. Pour ce faire, des analyses approfondies portant sur la cohérence, les contradictions, les contraintes et les réponses des systèmes et des acteurs sociaux locaux sont incontournables. Sans un minimum d'informations préalables sur la façon dont l'entourage maternant et nourricier de l'enfant se représente et vit la réalité quotidienne, les interventions et autres politiques risquent de se cantonner au diagnostic ou, pire, de se heurter à la résistance (passive ou active) des populations.

#### BIBLIOGRAPHIE

- AUGÉ M. [1984], « Ordre biologique, ordre social: la maladie, forme élémentaire de l'événement », in M. Augé, C. Herzlich (éd.), *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, éditions des Archives contemporaines: 35-92.
- AYMARD M., GRIGNON C., SABBAN F. [1993], *Le Temps de manger. Alimentation, emploi du temps et rythmes sociaux*, Paris, éditions de la Maison des sciences de l'homme-Institut national de la recherche agronomique.
- BASTIDE R. (éd.) [1973], *La Notion de personne en Afrique noire*, Paris, CNRS.
- BAZENGUISSA-GANGA R. [1997], *Les Voies du politique au Congo. Essai de sociologie historique*, Paris, Karthala.
- BONNET D. [1996], « Présentation. La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant », *Sciences sociales et Santé*, 14 (1): 5-16.
- BONNET D. [1994], « L'Éternel retour ou le destin singulier de l'enfant », *L'Homme*, 34 (3): 93-110.
- COURADE G., SUREMAIN Ch.-É. DE [sous presse], « Inégalités, vulnérabilités et résilience: les voies étroites d'un nouveau contrat social en Afrique subsaharienne », in J.-P. Chauveau et alii (éd.), *Inégalités et Politiques publiques en Afrique*, Paris, Karthala.

- CORNU A., DELPEUCH F., SIMONDON F., TCHIBINDAT F., FAUCON L.-D. (éd.) [1992], *Enquête nationale sur l'état nutritionnel des enfants d'âge préscolaire au Congo*, Paris, Orstom.
- CORNU A., MASSAMBA J.-P., TRAISSAC P., SIMONDON F., VILLENEUVE P., DELPEUCH F. [1995], « Nutritional Change and Economic Crisis in a Urban Congolese Community », *International Journal of Epidemiology*, 24 (1): 155-164.
- DELPEUCH F., MARTIN-PRÉVEL Y., FOUÉRE T., TRAISSAC P., MBEMBA F., LY C., SY A., TRECHE S., MAIRE B. [1996], « L'alimentation de complément du jeune enfant après la dévaluation du franc CFA: deux études de cas en milieu urbain, au Congo et au Sénégal », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 74 (1): 67-75.
- DELPEUCH F., TRAISSAC P., MARTIN-PRÉVEL Y., MASSAMBA J.-P., MAIRE B. [2000], « Economic Crisis and Malnutrition: Socio-Economic Determinants of Anthropometric Status of Preschool Children and their Mothers in an African Urban Area », *Public Health Nutrition*, 3 (1): 39-47.
- DETTWYLER K.A. [1988], « More than Nutrition: Breastfeeding in Urban Mali », *Medical Anthropology Quarterly*, 2: 172-183.
- DETTWYLER K.A. [1989], « Styles of Infant Feeding: Parental/Caretaker Control of Food Consumption in Young Children », *American Anthropologist*, 91 (3): 696-703.
- DETTWYLER K.A. [1987], « Breastfeeding and Weaning in Mali: Cultural Context and Hard Data », *Social Sciences and Medicine*, 24 (8): 633-644.
- DORIER-APPRILL É. [1993], *Environnement et Santé à Brazzaville (Congo). De l'écologie urbaine à la géographie sociale*, thèse de géographie, université Paris X-Nanterre-Orstom.
- ERNY P. [1972], *Les Premiers Pas dans la vie de l'enfant d'Afrique noire. Naissance et première enfance*, Paris, Éditions de l'école.
- ERNY P. [1987], *L'Enfant et son Milieu en Afrique noire*, Paris, l'Harmattan.
- ERNY P. [1990 (1968)], *L'enfant dans la pensée traditionnelle de l'Afrique noire*, Paris, l'Harmattan.
- FOUÉRE T., DELPEUCH F., MAIRE B., MARTIN-PRÉVEL Y., TCHIBINDAT F., LEFEVRE P. [soumis à *Journal of Development Studies*], « Economic Crisis and Household Expenditures in two African Cities: Coping Strategies and Effects on Family Ties ».
- GRUÉNAIS M.-É. [1986 a], « Pour une étude des systèmes familiaux en milieu urbain », in Collectif (éd.), *Journées d'étude sur Brazzaville* Brazzaville, Orstom-Ageco: 599-611.
- GRUÉNAIS M.-É. [1986b], « Une approche sociologique de malnutritions graves à Brazzaville », in D. Lemonnier et alii (éd.), *Les Malnutritions dans les pays du Tiers Monde*, Paris, Inserm, 136: 61-68.
- GRUÉNAIS M.-É. [1990], « Le malade et sa famille. Une étude de cas à Brazzaville », in D. Fassin, Y. Jaffré (éd.), *Sociétés, Développement et Santé*, Paris, Ellipses-Aupelf: 257-272.
- GRUÉNAIS M.-É. [1997], « Congo: la fin d'une pseudo démocratie », *Politique africaine*, 68: 125-133.
- GRUÉNAIS M.-É., DELPEUCH F. [1992], « Du risque au développement. Anthropologie sociale et épidémiologie nutritionnelle: à propos d'une enquête », *Cahiers des sciences humaines*, 28 (1): 37-55.
- LALLEMAND S. [1993], *La Circulation des enfants en société traditionnelle. Prêt, don, échange*, Paris, l'Harmattan.
- LALLEMAND S. [1997], « Enfances d'ailleurs, approche anthropologique », in M. Guidetti, S. Lallemand, M.-F. Morel (éd.), *Enfances d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui*, Paris, Armand Colin: 7-57.
- MARTIN-PRÉVEL Y., DELPEUCH F., TRAISSAC P., MASSAMBA J.-P., ADOUA-OYILA G., COUDERT K., TRECHE S. [2000], « Deterioration in the Nutritional Status of Young Children and their Mothers in Brazzaville (Congo) Following the Devaluation of the CFA Franc », *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (1): 108-118.
- MASON J.B., HABICHT J.P., GREAVES J.P. et alii [1996], « Public Nutrition », *American Journal of Clinical Nutrition*, 63 (3): 399-400.
- RABAIN J. [1979], *L'Enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge chez les Wolof du Sénégal*, Paris, Payot.
- RÉPUBLIQUE DU CONGO [1985], *Recensement général de la population et de l'habitat*, Brazzaville, ministère du Plan-Bureau central du recensement.
- STORK H. [1986], *Enfances indiennes. Étude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant*, Paris, Le Centurion.

- SUREMAIN Ch.-É. DE [1998], « “De la parcelle à la rue, il n’y a qu’un pas !” Itinéraires et rythmes alimentaires à Brazzaville : vers une approche socioanthropologique de la précarité », *Autrepart*, 7 : 43-62.
- SUREMAIN Ch.-É. DE [en préparation], « Entre convivialité et suspicion : une approche anthropologique de la sociabilité chez les Kukuya », in Y. Martin-Prével, F. Tchibindat, Ch.-É. de Suremain, S. Trèche (éd.), *Un programme d’éducation nutritionnelle à l’épreuve d’une société d’Afrique centrale*.
- TCHIBINDAT F. [1995], « Pratiques de sevrages au Congo », in S. Trèche, B. de Benoist, D. Benbouzid, A. Verster, F. Delpeuch (éd.), *L’Alimentation de complément du jeune enfant*, Paris, Orstom : 27-37.
- TONDA J. [1990], « Les églises comme recours thérapeutique », in D. Fassin, Y. Jaffré (éd.), *Sociétés, Développement et Santé*, Paris, Ellipses-Aupelf : 200-210.