



HAL
open science

Négociier la guérison du petit malade. Configurations d'enfance et accessibilité des soins à Nouakchott

Hélène Kane

► **To cite this version:**

Hélène Kane. Négociier la guérison du petit malade. Configurations d'enfance et accessibilité des soins à Nouakchott. Anthropologie sociale et ethnologie. EHESS - Paris; Centre Norbert Elias, UMR 8562, 2015. Français. NNT: . tel-01191395

HAL Id: tel-01191395

<https://hal.science/tel-01191395>

Submitted on 1 Sep 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Publié avec l'aide des Fonds MUSKOKA

ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SCIENCES SOCIALES
Centre Norbert Elias, UMR 8562

Thèse pour l'obtention du doctorat en anthropologie sociale et ethnologie
Présentée et soutenue le 22 mai 2015

Hélène Kane

Négocier la guérison du petit malade

Configurations d'enfance et accessibilité des soins à
Nouakchott (Mauritanie)

Sous la direction de Yannick Jaffré

Directeur de recherche, CNRS, UMI 3189

Membres du jury

Dorothee Dussy

Directrice de recherche, CNRS, Centre Norbert Elias

Yannick Jaffré

Directeur de recherche, CNRS, UMI 31 89 (Directeur de thèse)

Ilario Rossi

Professeur, Université de Lausanne (Rapporteur)

Régine Sirota

Professeur, Université Paris Descartes (Rapporteur)

Thèse préparée et présentée au sein du :

Centre Norbert Elias, UMR 8562

ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SCIENCES SOCIALES

La Vieille Charité, 2 rue de la Charité
13002 Marseille

Contact auteur : helene.kane@gmail.com

RESUME

Négocier la guérison du petit malade. Configurations d'enfance et accessibilité des soins à Nouakchott

Résumé :

Malgré la concentration de l'offre sanitaire à Nouakchott, l'accès aux soins et la prise en charge des enfants malades constituent une problématique majeure pour la santé publique. Plutôt que mesurer l'importance respective d'une série prédéterminée de facteurs, l'approche anthropologique s'intéresse aux agencements socioculturels construisant l'accès aux soins. Une démarche qui nécessite d'appréhender, aux niveaux global et local, les milieux dans lesquels les enfants évoluent au fil de leur maladie. Dans cette optique, ce travail expose les cas d'une vingtaine d'enfants malades, documentés par le biais d'entretiens avec les enfants et leurs parents. En complément, des entretiens auprès de grand-mères, une ethnographie du pluralisme thérapeutique urbain et des observations systématisées dans les services de pédiatrie sont réalisés. L'identification des maladies des enfants, qui se formule sur fond de savoirs populaires associant pratiques de maternage et représentations nosologiques, est étudiée en milieu *haal pulaar*. Les modèles conjugaux et les relations de parenté admettent des variations composites entre milieux urbain et rural, aisé et précaire. Ces configurations familiales modulent la possibilité des enfants d'exprimer leurs maux et le pouvoir décisionnel des mères de recourir aux soins. Nous considérons ensuite comment les familles évoluent dans des espaces thérapeutiques pluriels, percevant les options de recours selon leurs expériences et mobilités. L'inégale répartition de l'offre médicale, son manque de contrôle et de transparence, participent à l'enclavement sanitaire de certains enfants, cantonnés à des soins domestiques, informels et peu qualifiés. Enfin, nous examinons les parcours de soins en pédiatrie, où l'admission n'assure pas une dispensation systématique des soins. Le coût des actes et des traitements, les normes de fonctionnement et l'organisation du travail médical composent un cadre discriminant et sélectif. Confrontés à des difficultés d'accès aux soins, les membres de l'entourage s'efforcent de négocier, selon leurs ressources économiques et sociales, l'itinéraire thérapeutique de leur enfant. L'analyse des trajectoires singulières et conjoncturelles qui en découlent permet d'explicitier la construction des inégalités sociales de santé.

Mots clés : accès aux soins, enfance, pluralisme thérapeutique, savoir populaire, trajectoire de maladie

ABSTRACT

Negotiating healing for little ones. Patterns of childhood and healthcare access in Nouakchott

Abstract:

Despite the wide array of medical facilities in Nouakchott, access to healthcare and treatment for child patients constitutes a major public health issue. Rather than measuring the respective importance of a predetermined series of factors, the anthropological approach focuses on the sociocultural settings which affect access to care. The environments in which children evolve over the course of their illness must be understood both at a local and a global level. In this perspective, this dissertation outlines the cases of about twenty sick children, documented through interviews with the children and their parents. Complementary to these, interviews with grandmothers, an ethnography of urban therapeutic pluralism and formalized observations in pediatric wards were also conducted. The identification of children's illnesses, formulated from popular knowledge associated with mothering practices and nosological representations, is studied among the Haal Pulaar. Conjugal models and kinship relations permit composite variations between urban and rural environments, as well as those of affluence or of poverty. These different family configurations not only affect the children's possibility to express themselves about their ailments or pain, but also the decisional power of the mothers when seeking care. We then consider how the families evolve within spaces of therapeutic pluralism, perceiving healthcare options through the prism of their experience and their mobility. The unequal distribution of the medical offer, its lack of control and transparency, contribute to the isolation of certain children, who are limited to informal, underqualified home care. Finally, we examine the healthcare in pediatric wards where admission does not necessarily ensure systematic healthcare and treatment delivery. The cost of medical acts and treatment, operational norms and procedures, and the organization of medical work form a discriminating and selective framework for care. Confronted with the difficulties to access care, using their economic and social resources, family members and relatives strive to negotiate the therapeutic itinerary of their child. The analysis of the singular and temporary trajectories that result from these negotiations will elucidate the construction of social inequalities of health and healthcare.

Key words: access to care, childhood, therapeutic pluralism, popular knowledge, illness trajectory

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de thèse, Yannick Jaffré, qui par ses écrits a inspiré mon projet avant de guider admirablement mon travail tout au long de ces quatre années. Merci aux chercheurs du programme ENSPEDIA qu'il a su rassembler autour de questions qui nous tiennent à cœur, ainsi qu'à l'UNICEF et au Fonds Muskoka qui nous ont apporté leur soutien financier.

Régine Sirota et Ilario Rossi ont accepté de relire et rapporter ce manuscrit, qu'ils soient vivement remerciés de leur diligence.

Mon engagement à réaliser cette thèse découle de rencontres décisives. Philippe Vadrot, le premier, m'a transmis le goût de la réflexion anthropologique. Alice Desclaux m'a initiée aux richesses de l'approche anthropologique appliquée aux problématiques de santé. Mon intérêt pour les questionnements s'agissant des familles confrontées à la maladie s'est nourri d'échanges animés avec Joëlle Kivits et Emmanuel Ricard, au sein de la Société française de santé publique. Qu'ils soient aujourd'hui sincèrement remerciés.

La possibilité d'enquêter tient à l'accueil et au dévouement que de nombreux Mauritaniens m'ont réservés. Je remercie le Pr Weddih qui m'a ouvert les portes du service de pédiatrie de l'Hôpital national, ainsi que tous les professionnels de santé qui y travaillent. Je remercie enseignants et chercheurs qui tour à tour m'ont apporté appui et conseils : Alain Carayon, Marie Cauli, Sidi Ahmed Dahdi, Moussa Diagana, Ibrahima Dia, Baidy Lo, Philippe Renaudin, Ibrahima Sy, Amadou Sall, Sidi Ahmed Teguedi, Moustapha Taleb. La qualité de l'interprétariat est condition de la qualité du « terrain » : un grand merci à Aliou Wade et Moktar Sneïba, mais aussi à Moussa Coulibaly, Fatimetou Cheibani et Boubacar Ngom qui ont inlassablement traduit le *pulaar*, l'hassanya, le soninké et le wolof... et même les non-dits de la Mauritanie ! Merci à Abdoulaye Harouna Sy pour ses éclairages sur la langue et l'orthographe *pulaar*. Merci aux associations qui nous ont fait bénéficier de leurs répertoires et de leur reconnaissance auprès des familles: l'Association d'aide aux parents nécessiteux, l'Association de soutien aux drépanocytaires en Mauritanie, l'Association Mauritanienne de Lutte contre le Diabète, l'Association pour le développement des populations, l'Association pour l'intégration des enfants handicapés et la Mutuelle Communautaire de Dar Naïm. Merci à tous les interlocuteurs ayant participé aux entretiens : parents, guérisseurs, grands-mères et particulièrement aux enfants qui ont accepté de confier une partie de leur histoire aux sciences sociales.

CONVENTIONS D'ÉCRITURE

Anonymat

Les noms des enfants utilisés dans ce texte sont fictifs : ils ont été changés tout en respectant les appartenances sociales des enfants, selon un principe de plausibilité. En annexes, figure une liste des enfants rencontrés synthétisant leurs caractéristiques sociales et résumant leur trajectoire de maladie. Les parents rencontrés sont identifiés par l'intermédiaire de leur lien familial avec l'enfant. Les grand-mères rencontrées sont toutes désignées de manière anonyme, par déférence, avec l'adresse *pulaar* « *neene* » (maman) que nous devons employer à leur égard. Un tableau présentant leurs caractéristiques sociodémographiques figure en annexes. En tant que personnages publics ayant une renommée et exerçant en leur nom propre, les guérisseurs sont authentiquement nommés. Les professionnels de santé sont désignés au travers de leurs fonctions (infirmier, médecin, pédiatre,...), en évitant le terme « docteur » utilisé de manière générique par les populations pour désigner les professionnels de santé. Compte-tenu de la précision nécessaire aux descriptions et malgré nos précautions, certains des protagonistes sont susceptibles de se reconnaître. Soulignons que l'objectif d'un tel travail n'est pas critique mais escompte engager chacun dans une approche réflexive s'agissant de ses pratiques. À ce titre, les descriptions ne visent personne en particulier et sont mobilisées dans l'intérêt collectif.

Acronymes

ATM : Association des Tradipraticiens Mauritaniens

CHN : Centre Hospitalier National

CSLP : Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté

OMD : Objectif du millénaire pour le développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONS : Office National des Statistiques

PNSAS : Politique Nationale de Santé et d'Action sociale

PMA : Paquet minimum d'activité

SRO : Solution de réhydratation orale

UNICEF : Fond des Nations Unies pour l'enfance

Transcription des termes en *pulaar*

Pour la transcription du *pulaar*, nous avons suivi les règles du système international de Bamako, dans sa version officielle sénégalaise. Les sons des voyelles courtes ont été transcrits avec les simples voyelles (a, e, i, o, u). Le « e » se prononce toujours « é ». Les sons des voyelles longues ont été transcrits avec le doublement des voyelles (a, e, i, o, u). Outre les exceptions listées ci-dessous (Ciavolella, 2008), l'ensemble des autres consonnes suivent l'usage de la langue française :

c - se prononce comme ch de « church » en anglais ;

g - se prononce toujours comme dans « gang », également dans les syllabes ge et gi (correspondants aux sons gue et gui dans la transcription française) ;

h - se prononce toujours ;

j - se prononce comme j de « jam » en anglais ;

ŋ - se prononce comme ng de « song » en anglais ;

ñ - se prononce comme gn de « espagnol » ;

b, d, y - se prononcent comme b, d et y mais en y ajoutant un son glottalisé.

Divers manuels proposent une codification de l'orthographe des termes *pulaar* tel que celui Mamoudou Niang (1997). Sachant que l'uniformisation des termes ne fait pas toujours consensus et afin de retranscrire au mieux les propos de nos interlocuteurs, nous avons privilégié le lexique de l'Association pour la promotion du *pulaar* en Mauritanie. Son vice-président monsieur Abdoulaye Harouna Sy a lui-même relu et corrigé l'ensemble des termes et expressions utilisées dans ce travail.

Ethnonymes

Les ethnonymes utilisés pour désigner les différents groupes en Mauritanie sont multiples et varient en fonction des locuteurs (Ciavolella, 2008). Pour désigner les locuteurs *pulaar*, nous avons privilégié le terme *haal pulaar* qu'ils emploient eux-mêmes. De l'autre côté du fleuve Sénégal, ils sont plutôt appelé Toucouleur, terme parfois repris pour les désigner en hassanya (*tekrûri*). Les *haalpulaaren* appartiennent plus largement à l'ensemble peul parlant le *fulfulde*. Nous utilisons le terme « Maures », qui est communément employé en français par les Mauritanien, bien que celui-ci soit peu satisfaisant (Villasante de Beauvais, 1997). Ce terme

désigne Maures blancs (*bidân*) et Maures noirs (*sudân*), sans que les spécificités de ces seconds ne soient considérées. L'utilisation de cette catégorie en anthropologie comporte donc un risque de réduction de la culture « maure » au modèle *bidân*. Nous utilisons également le terme Négro-Mauritaniens, désignant les Mauritaniens non-*bidân*. L'usage de ce terme, qui regroupe de nombreuses autres appartenances (*Pulaar*, *Wolof*, *Soninké*), est investi d'enjeux sociopolitiques, et nécessite également précautions. Les appartenances ethniques recouvrent des réalités métisses et labiles, mais l'utilisation de ces ethnonymes permet cependant de travailler sur les variations interculturelles.

TABLE DES MATIERES

Résumé	5
Abstract.....	6
Remerciements.....	7
Conventions d'écriture.....	9
Table des matières	13
Introduction	17
Chapitre I : Inscriptions théoriques et choix méthodologiques.....	29
I-1 Références conceptuelles dans le champ de l'anthropologie	29
I-1-1 De l'anthropologie de l'enfance à l'anthropologie de la pédiatrie.....	29
I-1-2 Décrire et caractériser l'offre de soin	34
I-1-3 Etudier les itinéraires thérapeutiques	39
I-2 La méthodologie mise en œuvre : restituer le travail anthropologique	45
I-2-1 Les conditions d'enquête et son déroulement	45
I-2-2 Rassemblement, analyse et synthèse des données	65
I-2-3 Autour d'une trajectoire de maladie : pistes de travail	68
Chapitre II : Les enfants en milieu <i>haal pulaar</i> , soins quotidiens et maladies	77
II-1 Les enfants <i>haalpulaaren</i> en famille	78
II-1-1 Enfants et système de parenté	78
II-1-2 Âges, catégories de l'enfance et sociabilités infantiles	83
II-2 Soins quotidiens, précautions, protections	88
II-2-1 Protéger l'enfant à naître	89
II-2-2 Soins et protections du nouveau-né.....	92
II-2-3 Alimentation du nouveau-né.....	95
II-3 Représentations des principales maladies de l'enfance en milieu <i>haal pulaar</i>	100
II-3-1 <i>Came</i> et <i>tekko</i> : ces maladies qui « prennent » les enfants.....	100
II-3-2 Maladies du ventre et de la peau.....	104
II-3-3 <i>Addo</i> : maux des poussées dentaires.....	112

II-3-4 <i>Sooynabo</i> : une maladie que les docteurs ne savent pas soigner	113
II-3-5 Fièvres et terminologie multiple du paludisme	120
II-3-6 <i>Ñaw-ñawto</i> : l'enfant faible et maladif	123
II-3-7 « <i>Ñaw baleebe</i> » : maladies des génies et des sorciers	125
II-4 Interprétations et nominations de la maladie	132
II-4-1 Des entités nosologiques aux interprétations en situation	133
II-4-2 Nominations et récits en partage.....	136
II-4-3 Statuts sociaux des locuteurs et poids de la parole.....	137
II-4-4 Nominations et recours thérapeutiques	142
II-4-5 Etre désigné « malade » : conséquences sur le statut des enfants.....	146
Chapitre III : Pluralisme thérapeutique des guérisseurs	153
III-1 Les pratiques des guérisseurs urbains : éléments de description	154
III-1-1 Islam et pratiques thérapeutiques	154
III-1-2 Des pratiques thérapeutiques se référant à des « traditions » plurielles	161
III-2 Statuts des guérisseurs : positionnements thérapeutiques et sociaux.....	172
III-2-1 Les guérisseurs et la « revalorisation de la médecine traditionnelle »	173
III-2-2 Les guérisseurs face à la biomédecine : adaptations et stratégies de légitimation.....	178
III-2-3 Traiter les maladies des enfants, une question qui divise les guérisseurs	187
III-2-4 Implantation spatiale des guérisseurs à Nouakchott.....	190
III-3 Perceptions de l'offre de soin des guérisseurs	193
III-3-1 Terminologie <i>pulaar</i> de l'offre de soin : <i>bileejo</i> , <i>cerno</i> et <i>dabotoodo</i>	193
III-3-2 Perceptions des guérisseurs en milieu maure	198
Chapitre IV : Système de santé et espaces thérapeutiques.....	199
IV-1 L'offre de soin biomédicale : aspects historiques et actuels développements	199
IV-1-1 Système de santé à l'époque coloniale.....	199
IV-1-2 Evolution du système de santé et situation actuelle	201
IV-2 Perceptions du système de santé par les Mauritaniens	211
IV-2-1 Un rapport au système de santé marqué par la méfiance.....	212
IV-2-2 Le système de santé comme espace de coûts et de profits.....	220
IV-2-3 « C'est la Mauritanie ! » : l'offre publique dépréciée	227
IV-3 Les « espaces thérapeutiques » : variations socioculturelles et intrafamiliales	234
IV-3-1 « Familiarité » résidentielle et construction des espaces thérapeutiques.....	235

IV-3-2 Des espaces thérapeutiques infantiles	244
IV-3-3 Différences ethniques dans les espaces thérapeutiques	249
IV-3-4 Des espaces thérapeutiques différenciés par le genre	253
IV-3-5 L'influence de l'âge : des générations charnières dans les espaces thérapeutiques.....	258
Chapitre V : Entre les murs de la pédiatrie, soins et parcours de soins	265
V-1 L'accès aux soins hospitaliers : admissions et qualités des prises en charge	266
V-1-1 L'admission à l'hôpital : des moments denses et révélateurs	266
V-1-2 Des admissions aux prises en charge : éléments problématiques	274
V-1-3 La qualité des soins : focus sur l'hygiène et la douleur.....	283
V-1-4 Informer dans la relation thérapeutique	301
V-2 Parcours de soins : des parents négociant a l'hôpital.....	307
V-2-1 Des trajectoires de maladie diversement négociées.....	307
V-2-2 Des parents acteurs des parcours hospitaliers	323
V-2-3 L'idéal de protection familiale de l'enfant malade.....	331
Conclusion : Les configurations d'enfances canevas de l'accessibilité des soins	340
Bibliographie.....	352
Annexes.....	377

INTRODUCTION

Vaste pays de plus d'un million de km² pour un peu moins de 3,8 millions d'habitants, la Mauritanie doit faire face à de nombreuses difficultés en terme de développement des services de base pour l'éducation et la santé. Les enfants mauritaniens sont diversement confrontés à des problèmes d'accès aux richesses, à la scolarisation et aux soins de santé. Des villages dans la vallée du fleuve, des campements maures des régions désertiques aux habitations de Nouakchott et Nouadhibou, les territoires contrastent les situations quotidiennes de vie des enfants. À des processus d'urbanisation rapide, se greffent de nouveaux enjeux d'éducation et de socialisation pour les familles. Le choix d'élever les enfants en milieu urbain ou rural peut se traduire par des circulations entre les villes et les villages, renouvelant les configurations familiales dans lesquelles les enfants grandissent.

La pluralité culturelle des enfances tient à la diversité de la société mauritanienne, partagée entre d'une part les Maures parlant l'hassanya, d'autre part les populations dites « négro-mauritaniennes », terme désignant les *Pulaar*, *Soninké* et *Wolof*. Depuis les événements de 1989, qui ont conduit des milliers de Négro-Mauritaniens à se réfugier au Sénégal, l'opposition entre Maures et Négro-Mauritaniens s'est accentuée et reste présente sur l'échiquier politique (N'Diaye, 2010). Les tensions entre ces groupes ne sont pas sans incidences sur la socialisation des enfants, notamment sur les stratégies relatives à leur scolarisation et leur intégration sociale. Bien que les traits culturels en partage soient nombreux, les structures de parenté, la place des enfants dans leurs familles, les modes de soins de maternage ou encore les habitudes de recours thérapeutiques admettent des variations fonctions des appartenances à ces groupes. La société mauritanienne reste également marquée par des hiérarchies sociales de castes. Malgré une quatrième abolition officielle en 1980, l'esclavage resurgit sous d'autres formes sournoises d'appropriation du travail (Botte, 2005), les anciens esclaves demeurant socialement marginalisés (Botte, 2005 ; Leservoier, 2005). Ces formes d'inégalité peuvent concrètement tramer l'accès des enfants aux services sociaux et de santé. Les pratiques en termes d'éducation et de soins aux enfants admettent des variations dans le prolongement des castes. C'est notamment le cas pour les descendants d'esclaves dit *harratines*, qui ne représentent pas seulement un groupe infériorisé de l'ensemble maure, mais sont porteurs de traits culturels spécifiques.

Protégés, soignés, les enfants sont parfois soumis à des agressions s'exerçant sur leur corps et leur personne : mutilations génitales féminines, punitions corporelles, négligences ou inaudibilité des plaintes infantiles. Au sein même des systèmes de santé, les soins médicaux comportent parfois des violences : non-préoccupation pour le soulagement de la douleur ou négligences dans les soins. Les relations à l'enfant se contrastent entre soins et égards de qualités variables, que les sciences sociales peuvent aider à comprendre. Des nœuds problématiques se dessinent dans les configurations qualitatives de l'accès aux soins, ou encore dans la « *dépendance de la qualité des soins au statut social, affectif et décisionnel donné à l'enfant.* » (Jaffré et al., 2009).

Santé et survie des enfants : de la santé publique à l'anthropologie de la santé

Problématique majeure, la santé des enfants constitue une priorité de santé publique internationale. Le quatrième des huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD 4) vise une réduction de deux tiers du taux de mortalité infanto-juvénile entre 1990 et 2015. À l'approche du terme des OMD, entre 2010 et 2012, la survie de l'enfant de moins de cinq ans a considérablement progressé dans le monde, passant de 75 à 48 décès pour 1000 naissances vivantes (OMS, 2014). Les dernières estimations pour 2012 signifient qu'un enfant sur 21 décède avant cinq ans. La mortalité néonatale, qui diminue plus difficilement, représente une part croissante de ces décès. S'agissant de la mortalité infantile, les inégalités mondiales sont criantes : le risque pour un enfant de décéder avant son cinquième anniversaire est huit fois plus élevé dans la région Afrique de l'OMS que dans la région Europe (OMS, 2014). Le taux de mortalité des moins de cinq ans est à 95 décès pour 1000 naissances vivantes en 2012 (OMS, 2014). Pour la Mauritanie, ce taux est légèrement plus favorable que dans la région Afrique dans son ensemble, estimé à 84 décès pour 1000 naissances vivantes (OMS, 2014). Malgré les progrès accomplis, l'atteinte de la cible de l'OMD 4 en Afrique et en Mauritanie est loin d'être acquise. Une large part de ces décès est attribuable aux pathologies néonatales, aux maladies infectieuses et parasitaires : diarrhées, paludisme, pneumonie et infections respiratoires. Mais les enfants sont aussi confrontés à une morbidité importante avec diverses pathologies chroniques comme la drépanocytose, l'asthme, les cancers ou le diabète, encore relativement peu ciblées par les autorités publiques.

Pour lutter contre la mortalité infanto-juvénile, le Gouvernement mauritanien et l'UNICEF ont conjointement établi une Stratégie de Lutte pour la santé et la survie de l'enfant, dont la mise en œuvre a débuté en 2010. Cette stratégie repose notamment sur la promotion et la généralisation de quelques interventions reconnues pour avoir un impact élevé sur la mortalité infantile, afin d'atteindre l'OMD 4. Certaines des interventions concernent le champ de la prévention (promotion de l'allaitement maternel exclusif, du lavage des mains, utilisation des moustiquaires imprégnées,...) d'autres reposent sur le dépistage et la prise en charge médicale de certaines symptomatologies telles que la fièvre, les difficultés respiratoires, la malnutrition. Les facteurs sociaux et culturels opposent certaines résistances

à la mise en œuvre de ces interventions : des difficultés qui se situent tant du côté des familles, de leurs pratiques quotidiennes et de leurs réticences à recourir aux soins médicaux, que du côté de l'organisation du système de santé et de la qualité de l'offre de soin. La Stratégie de Lutte pour la santé et la survie de l'enfant définit comme « *goulot d'étranglement* » les obstacles sociaux que sont « *le manque d'information des populations* » et la « *faible motivation des professionnels de santé* ». Autant dire que la part octroyée au social comme facteur de survie de l'enfant est congrue.

Mener une approche anthropologique des problématiques de santé de l'enfant nécessite de prendre le contre-pied de cette définition de santé publique. Ainsi peut-on envisager plus largement les facteurs sociaux et culturels, afin de comprendre comment ils englobent et traversent les problématiques de santé. D'un point de vue anthropologique, la maladie, lorsqu'elle implique des dimensions familiales, économiques et politiques, peut être approchée comme « fait social total » (Mauss, 1936). Soulignant le désordre social constitué par la maladie, Marc Augé (1984) définit même la maladie comme « forme élémentaire de l'événement ». Les soins, qu'il s'agisse de soins maternels et domestiques ou de soins médicalisés ont également une épaisseur sociale, prise comme objet d'étude en anthropologie (Collière, 1990 ; Benoist, 1996 ; Saillant & Gagnon, 1999 ; Bonnet & Pourchez, 2007). Francine Saillant et Eric Gagnon soulignent les questions d'identité, de reconnaissance et d'altérité traversant les soins, qu'ils définissent avant tout comme relations : « *ensemble de gestes et de paroles répondant à des valeurs et visant le soutien, l'aide et l'accompagnement de personnes fragilisées dans leur corps et leur esprit, donc limitées de manière temporaire ou permanente [...]* » (1999 : 5). Doris Bonnet et Laurence Pourchez, s'agissant des soins dans l'enfance, mettent en avant la continuité existant entre le soin et le rite : « *le soin constitue à la fois une technique, un rituel (ou un ersatz de rituel) ainsi qu'un révélateur de l'identité et du statut social de l'enfant et de sa famille* » (2007 : 27). La teneur sociale, représentationnelle et symbolique de la maladie et des soins implique que la modification de pratiques d'hygiène et de santé selon les recommandations médicales ne va pas sans heurter certaines conceptions. Cependant, la résistance du social à l'instauration de nouvelles pratiques de santé n'est pas uniforme : il faut en effet distinguer des comportements qui n'engagent aucune relation sociale importante des conduites qui sont étroitement liées à des significations sociales (Jaffré, 1991). Ainsi peut-on espérer contribuer, par le regard anthropologique, à la compréhension des échecs et succès des interventions de santé publique.

Les conceptions de santé publique imprègnent les conceptions des problématiques de santé, avec l'usage de notions incontournables telles que l'« accès aux soins », l'« offre de soin », les « tradipraticiens »,... Croisant ces notions, l'approche anthropologique, partant d'une approche compréhensive et située, en revisite le contenu, cherche à en déconstruire les implicites et les contours. L'anthropologie discute ainsi que l'« accès aux soins » n'engage pas simplement la mise à disposition de services géographiquement et économiquement

accessibles. L'accessibilité sociale et cognitive se pose : l'écart culturel entre les professionnels de santé et les familles peut engendrer de grandes incompréhensions, ainsi qu'un déficit de confiance marquant les relations thérapeutiques (Jaffré, 1993). L'« offre de soin » n'est pas donnée en soi mais se négocie (Hahonou, 2002). Quant aux « tradipraticiens », les récents travaux décrivent la constante modernisation de leurs pratiques (Hardon *et al.*, 2008 ; Pordié & Simon, 2013). L'apport de l'anthropologie, en outre, est de réinvestir une approche globale, notamment au travers des études de cas, afin de « *mettre en relation les éléments disjoints d'une configuration qui est au départ indéchiffrable et même impossible à repérer, et qui pour cela fait problème* » (Passeron & Revel, 2005 : 19).

Partant de la complexité des situations locales, l'anthropologie de la santé considère que la résolution des problèmes de santé ne peut se comprendre dans le seul rapport aux systèmes de santé médicaux. La coexistence de pratiques thérapeutiques plurielles est une caractéristique majeure de nombreuses offres de soins locales dans le monde contemporain (Benoist, 1996), qui contextualise les problématiques d'accès aux soins. Pour soigner leurs enfants malades, les familles des grandes agglomérations africaines se trouvent face à une offre de soin dense, plurielle (Dorier April, 1995 ; Salem, 1998) et globalisée (Leslie, 1980). La capitale de la Mauritanie, Nouakchott, n'échappe pas à ces tendances, concentrant une large part de l'offre de soin biomédicale, mais aussi pléthore de guérisseurs et de marabouts proposant divers « traitements » visant la guérison.

Face aux problématiques de la santé infantile, la réponse du gouvernement se concentre sur le développement de l'offre de soins pédiatriques, avec la construction de nouvelles structures, et la formation de ressources humaines en santé. L'introduction du système de santé en Mauritanie date du 20^{ème} et de la période coloniale. La formation des professionnels de santé, mais aussi les recours aux soins spécialisés, insuffisamment développés, sont encore largement tournés vers des pays étrangers tels que le Sénégal, le Maroc, la Tunisie et la France. À Nouakchott, l'offre a dû rapidement être développée pour faire face à la croissance extrêmement rapide de la ville qui est passée de 2000 habitants en 1960 à plus de 800 000 aujourd'hui. Tandis que le centre ville abrite les principaux centres hospitaliers ainsi que les centres de santé historiques, les nouveaux quartiers périphériques ont progressivement été dotés de centres et de postes de santé. Une offre de soin d'inégale qualité, puisque que 70% des structures périphériques ne sont pas en mesure d'assurer le « Paquet Minimum d'Activité » escompté (Ministère de la Santé, 2011). Les évaluations de la qualité des soins à Nouakchott (Mbow, 2006 ; Ministère de la Santé, 2011), critiques, pointent l'insuffisante qualité des diagnostics, l'insuffisante prise en charge et de suivi des patients, la qualité douteuse des médicaments ou encore, le manque d'hygiène hospitalière. Les ressources humaines en santé sont limitées avec 1,3 médecin pour 10 000 habitants et 6,7 infirmiers pour 10 000 habitants (OMS, 2014). Des chiffres significativement inférieurs à ceux de la zone

Afrique de l’OMS, alors que le développement des cabinets et cliniques privées exsangue le service public des spécialistes. Phénomène majeur de ces dernières années, le développement du secteur privé s’avère rapide et incontrôlé, avec la multiplication de cliniques et de cabinets en centre ville, de pharmacies et d’infirmiers libéraux, pas toujours agréés, sur l’ensemble de la ville jusqu’aux quartiers périphériques (Fargier, 2011).

Etudier l’accessibilité des soins à Nouakchott

L’amélioration des taux de survie des enfants suppose que ceux-ci accèdent à des soins appropriés. Or, le taux de fréquentation des structures sanitaires reste relativement faible pour la Mauritanie. L’étude d’Ibrahima Sy *et al.* (2010) sur les recours aux soins à Nouakchott trouve que seulement 50,8% des personnes interrogées déclarent recourir aux soins modernes pour les affections les plus courantes que sont les infections respiratoires aiguës et les diarrhées, malgré une accessibilité géographique satisfaisante. L’étude relève d’importantes disparités d’accès aux soins, ainsi qu’une tendance à recourir aux soins tardivement, en situation d’aggravation des symptômes. Malgré la densité de l’offre de soin, les inégalités sociales et territoriales se conjuguent et dans certains quartiers défavorisés, les soins médicaux sont quasiment inaccessibles pour la population (Taleb *et al.* 2006). Notre objectif est de reconsidérer ce paradoxe selon une approche globale et anthropologique de l’accessibilité des soins.

En amont des recours, toute démarche thérapeutique suppose l’identification des maux ressentis et observés. Ce premier repérage a lieu au sein de la famille, sur fond de savoirs populaires. Les décisions thérapeutiques découlent ensuite de conciliations, négociations ou sacrifices ayant pour objet de mobiliser les ressources nécessaires à tel ou tel recours. Afin de comprendre les recours aux soins des parents mauritaniens, encore faut-il comprendre les enjeux socioculturels traversant leurs rapports aux systèmes de santé. Ainsi, la question de l’accessibilité des soins renvoie à des problématiques comme le rapport au service public, ou aux différences sociales, culturelles et statutaires dans la société mauritanienne. Une lecture fine et attentive des différences socioculturelles permet de comprendre les diverses configurations facilitant ou entravant l’accès des enfants aux options de l’offre thérapeutique. La question du coût des soins peut être questionnée par l’approche qualitative. Le paiement direct joue certes en défaveur des plus pauvres, mais il ne constitue pas le seul facteur explicatif. La mise en œuvre de l’Initiative de Bamako (IB) en 1993, qui s’est accompagnée en Mauritanie d’une hausse de l’activité des structures, n’aurait eu qu’un impact limité sur l’accès aux soins des pauvres, sachant que la population s’est montrée prête à payer davantage pour une meilleure qualité des soins (Audibert & Mathonnat, 2000). Les coûts indirects (frais de déplacement, manque à gagner) peuvent contribuer pour beaucoup aux difficultés d’accès aux soins des Mauritaniens, comme l’a montré Yannick Durant Bourjate (2009) s’agissant de la tuberculose. Quant aux mécanismes de solidarité susceptibles de

contribuer à la protection sociale et l'accès aux soins des Mauritaniens, ils ont été idéalisés par les autorités publiques et les organisations internationales, alors qu'ils contribuent aussi à générer des inégalités (Ballet & Hamzetta, 2003). Ces solidarités, comme étudié ailleurs en Afrique, fonctionnent moins bien dans les milieux les plus pauvres (Vuarin, 1993 ; Vuarin, 1994 ; Vidal, 1994).

Outre les difficultés en amont des recours, la problématique de l'accès aux soins ne s'arrête pas aux portes des structures sanitaires : l'une après l'autre, les étapes thérapeutiques la redéfinissent. En cas de parcours de soins prolongé, les efforts à consentir, les difficultés à surmonter et les « incompréhensions » se cumulent. Chaque situation de soin concrétise la possibilité d'accès du malade à tels ou tels soins. En contexte de ressources limitées, les renoncements aux soins, les prises en charge partielles ou les sorties contre avis médical sont le quotidien des services hospitaliers. L'attention peut être portée aux recours aux soins retardés ou découragés, mais aussi à la détermination et à la débrouillardise dont font preuve certaines familles au fil de parcours « entravés » de multiples obstacles. Outre les contraintes économiques, le déroulé des parcours de soins, faits d'étapes accompagnées et aidées, se différencie par leurs aptitudes relationnelles.

Une approche anthropologique des itinéraires thérapeutiques

Pour la Mauritanie, rares sont les travaux ayant abordé les problématiques de santé sous l'angle des sciences sociales. Hormis le travail de thèse de Moustapha Taleb (2007), qui fournit des éléments qualitatifs sur l'accès aux soins et les représentations des affections pulmonaires en milieu maure, les travaux réalisés se situent surtout sur un niveau macrosociologique. De nombreux aspects des problématiques de santé restent dans l'ombre, tels que les relations de soins dans les établissements de santé, le vécu et les perceptions du système de santé. L'offre de soin des guérisseurs est aussi relativement peu connue, bien que les pratiques maraboutiques aient été documentées par divers anthropologues (Hamès, 1994, 2007, 2008 ; Stone, 1994 ; Schmitz, 2000). S'agissant des représentations des maladies, les éléments sont assez disparates et incomplets, bien qu'il soit possible de s'appuyer, admettant certaines réserves, sur des travaux menés dans d'autres pays. Par exemple, la contribution de Kadya Tall (1984) sur la santé dans un village *pulaar* de la vallée du fleuve côté Sénégal nous est particulièrement précieuse.

Considérant les lacunes de la production en sciences sociales de la santé en Mauritanie, il semblait intéressant de construire un questionnement assez large, qui apporte des éclairages sur les aspects encore insuffisamment documentés, tout en fournissant des données qualitatives précises sur les problématiques de santé telles qu'elles sont vécues et perçues par les enfants et leurs familles. L'approche par les itinéraires thérapeutiques apparaît alors pertinente, à la fois pour embrasser le traitement social des maladies, mais aussi pour

resituer, au travers d'expériences subjectives, les problématiques d'accès à des soins qualifiés.

Afin d'engager une approche assez globale et multidimensionnelle des problématiques de santé, nous partons d'études de cas centrées sur la description des itinéraires thérapeutiques des enfants. Ces itinéraires thérapeutiques se composent de recours appartenant aux différents secteurs tels que définis par Arthur Kleinman (1978) : le secteur « populaire » qui correspond à l'ensemble des soins familiaux ou domestiques, le secteur « traditionnel » qui concerne les recours aux guérisseurs et marabouts, et le secteur « biomédical » qui correspond aux recours aux structures sanitaires. L'entrée par les itinéraires thérapeutiques permet d'éviter une approche médico-localisée des problématiques de santé. Elle ouvre sur l'étude des perceptions des populations, pour qui le secteur biomédical ne s'impose pas comme référence mais constitue une option thérapeutique parmi d'autres options. La classification en trois secteurs, qui a le mérite de mettre en avant la pluralité des recours thérapeutiques, laisse place à la description « émique » (Olivier de Sardan, 1998) de l'offre thérapeutique par nos interlocuteurs. Quels sont les aspects discriminants de l'offre thérapeutique pour les familles ? Comment celles-ci se repèrent, s'orientent vers telles ou telles options ? Les itinéraires thérapeutiques sont ainsi analysés dans le cadre des espaces thérapeutiques tels qu'ils sont subjectivement appréhendés.

Les études de cas réalisées ne partent pas de problématiques de santé définies au travers de catégories nosologiques médicales. Elles correspondent à l'étude de récits de maladies par les membres de la famille et de l'enfant, sachant que ces points de vue peuvent être plus ou moins consensuels. Nous nous sommes intéressés aux problèmes de santé formulés au niveau familial, problèmes qui n'ont pas tous donné lieu à une prise en charge et à un diagnostic médical. Pour reprendre les termes qui, suite aux travaux de Kleinman (1980), font paradigme en anthropologie de la santé, nous ne sommes pas partis de la réalité biologique des troubles (*disease*) mais de maladies « significées », ressenties et interprétées par les malades (*illness*) et de maladies « socialisées », c'est à dire des identifications et reconnaissances sociales de ces maladies (*sickness*). La définition biomédicale de la maladie (*disease*) est approchée comme un registre thérapeutique participant à la trajectoire de maladie, et non comme un cadre définissant notre objet d'étude. S'agissant de maladies chez l'enfant, nous nous intéressons en particulier aux rapports entre *illness* et *sickness*. Le statut social accordé aux enfants pèse de manière significative sur leur possibilité de faire reconnaître socialement (*sickness*) leur maladie (*illness*). Par ailleurs, chez les jeunes enfants dont la maîtrise du langage est approximative, la maladie « significée » et les mots du ressenti s'élaborent essentiellement dans les dyades mères-enfants, et plus largement dans le cadre de la famille. Aussi les interactions familiales sont particulièrement déterminantes de la socialisation de la maladie (*sickness*) et des réponses apportées en termes de soins.

Au-delà de la description des itinéraires thérapeutiques, nous questionnons les articulations et décalages existant d'une étape de soins à l'autre. Cela initie la réflexion sur le déroulement des prises en charge et les vécus de l'offre thérapeutique. L'intérêt porté à la succession des recours permet d'appréhender l'histoire de la maladie par rapport aux différents secteurs de l'offre de soin. Par ce biais, nous approchons notamment les interrogations relatives à l'organisation hospitalière et à la qualité des soins. Quelles sont les réponses apportées par les structures hospitalières en cas de recours des familles ? Comment les familles perçoivent l'offre hospitalière au regard de leurs expériences ? Comment les professionnels de santé prennent en compte l'itinéraire thérapeutique en amont d'un recours ? Reconstituer les itinéraires thérapeutiques permet de considérer les conséquences des dysfonctionnements de l'offre de soin biomédicale pour les familles, sans pour autant les aborder de manière frontale, critique, ou normative. En vue de partager ces résultats avec les professionnels de santé et acteurs de la santé publique, il s'agit plutôt de « donner un visage » (Jaffré, 2009), une voix et une histoire aux enfants malades, plutôt que d'asséner des observations désobligeantes positionnant le chercheur comme évaluateur.

Au final, centrer nos investigations sur les itinéraires permet d'initier une compréhension qualitative des déterminants sociaux et culturels de l'accès aux soins, qui ne s'exercent pas de manière univoque, linéaire, statique, mais plutôt par contraintes, orientations, configurations. Dans des contextes de pauvreté et de précarité, alors que les mécanismes de protection sociale sont limités, ces déterminants sont liés à des économies « informelles », qui représentent le mode d'économie le plus répandu, ainsi qu'à des mécanismes de solidarité labiles et pluriels (Zwarthoed, 2009). L'étude de cas est à même de rendre compte de cette complexité sociale échappant aux mesures et aux règles systématisées. Une telle approche anthropologique, définissant les facteurs sociaux et culturels dans le respect du sens qu'en donnent les individus, se positionne en complément des approches quantitatives développées notamment en épidémiologie (Massé, 1995).

Ne cherchant pas à obtenir une description objective des itinéraires thérapeutiques mais à accéder à leur construction subjective, nous privilégions le concept de « trajectoire de maladie ». Développé par Anselm Strauss (1992) ce concept désigne les évolutions subjectives accompagnant l'évolution de la maladie au sens médical, sa prise en charge, ainsi que les actions du malade et de son entourage sur cette trajectoire. Il fait bien ressortir la dimension conjoncturelle, tout moment d'une trajectoire pouvant apporter des éléments susceptibles de modifier l'interprétation de la maladie. La « trajectoire de maladie » se dessine donc au fil d'un parcours dont les déterminants subjectifs et contextuels sont en constante évolution.

Les rencontres thérapeutiques confrontations de savoirs

Les trajectoires de maladie, qui mobilisent des savoirs variés, sont points de confluences et de confrontations entre des conceptions de l'enfance et de sa santé. Ces savoirs sont notamment partagés entre des référents sociaux et culturels, biomédicaux et éducatifs. Les récits des trajectoires de maladie, par l'enfant et les membres de son entourage, expriment la diversité de ces référents. S'agissant des conceptions du soigner, l'anthropologie de la santé propose notamment de faire la distinction entre les termes anglo-saxons *care* et *cure*, le *care* se rapportant aux soins de confort et le *cure* à la dimension curative du soin. Autour de la petite enfance en Mauritanie, du côté des familles, les normes d'un « prendre soin » (*care*) apparaissent particulièrement denses, peu modifiées par les savoirs issus d'une médicalisation récente. Les femmes âgées détiennent toujours un rôle majeur de prescription s'agissant des soins et gestes de maternage au quotidien (Keith et Dedah, 2009). Du côté du *cure*, les marabouts et guérisseurs sont également très présents, eux qui affirment détenir des savoirs permettant de résoudre le mal à sa racine.

L'accessibilité des soins peut être questionnée comme conséquence de rencontres thérapeutiques entre interlocuteurs dont les savoirs divergent. Dans le contexte de références plurielles, comment les professionnels de santé communiquent avec les parents ? Quels sont les savoirs que les enfants et familles retiennent à l'issue de leurs consultations, intègrent à leurs récits ? Ces rencontres thérapeutiques ou situations de soins peuvent être étudiées comme vecteurs d'enculturation et d'évolution des savoirs sur l'enfance. Au carrefour de ces savoirs, les jeunes mères sont en prise avec des faisceaux de normes exigeantes et parfois contradictoires, entre les recommandations des professionnels de santé et les injonctions de leur entourage (Delaisi de Parleval & Lallemand, 1998[1980] ; Bonnet & Pourchez, 2007). Les professionnels de santé, inégalement formés, sont eux-mêmes partagés entre des références issues de leur formation médicale, de leurs expériences, et de leurs environnements socioculturels. Les infirmiers, dont l'origine sociale conserve une relative proximité avec les patients, endossent des rôles d'intermédiaires et de médiateurs (Hahonou, 2002) : ce sont de remarquables traducteurs de savoirs. Notre intérêt se porte sur la production de savoirs « intermédiaires » ou « métis », fruits d'appropriations des savoirs biomédicaux depuis des contextes socioculturels variés, et de réinterprétations des savoirs thérapeutiques traditionnels. Des savoirs qui peuvent notamment se constituer autour de « recommandations de bonnes pratiques », de catégories nosologiques ou de médicaments (Jaffré, 2006).

Dans le domaine du maternage, de nombreux savoirs concernant les soins de l'enfant relèvent de savoirs gestuels implicites ou techniques du corps, c'est à dire « *les façons dont les hommes, société par société, d'une façon traditionnelle, savent se servir de leur corps* » (Mauss, 1936). Les modalités de soins peuvent être observées dans leurs contrastes gestuels :

lenteur ou vivacité, légèreté ou vigueur, proximité ou distance, délicatesse ou agressivité (Razzy, 2007). Les soins biomédicaux sont porteurs de gestes inédits pouvant déranger ces normes gestuelles implicites. Nous pouvons nous interroger sur l'exposition aux regards des nouveau-nés dans une couveuse ou un lit de néonatalogie, alors que ceux-ci sont en principe confinés à l'intérieur des maisons et dissimulés aux regards extérieurs. Nous pouvons questionner ce que signifie, pour la famille, la séparation corporelle d'un nouveau-né d'avec sa mère. Les gestes médicaux et les douleurs iatrogènes, le fait de prendre le sang ou de perfuser, sont également à comprendre par rapport à des conceptions et acceptabilités culturelles. Il est intéressant d'interroger dans quelle mesure l'organisation sanitaire s'adapte ou ignore les pratiques de maternage et les savoirs gestuels populaires sous-jacents comme cela a notamment été réalisé s'agissant des techniques d'accouchement (Hancart Petitet, 2007).

Dans l'ombre des savoirs des professionnels de santé, des marabouts guérisseurs et des parents membres de l'entourage, la question des savoirs des enfants est moins souvent posée. Les enfants d'âge scolaire sont pourtant en mesure de participer significativement à leurs trajectoires de maladie. Considérant ces enfants comme acteurs et locuteurs de leur maladie, nous avons pris le parti d'écouter leurs propos sur la maladie. Comment interprètent-ils les maux qu'ils ressentent ? Dans quelles mesures participent-ils aux décisions thérapeutiques les concernant ? Que pensent-ils de l'offre de soin qui les entoure et de la qualité des soins qu'ils reçoivent ? Quelles sont les conditions sociales et sanitaires dans lesquelles ils peuvent s'exprimer et se faire entendre ? Nous postulons que l'intégration de ces questions adressées aux enfants enrichit la compréhension de leur accès aux soins, et lève le voile sur certains biais des enquêtes auprès des parents et professionnels de santé.

Plan de la thèse

Notre premier chapitre s'ouvre sur les références conceptuelles et théoriques que nous avons mobilisées afin d'élaborer notre recherche. Notre travail trouve son inscription au carrefour des champs de l'anthropologie de l'enfance et de l'anthropologie de la santé. Nous devons beaucoup aux travaux sur l'enfance, qui dessinent des options méthodologiques et conceptuelles permettant d'appréhender la place des enfants dans la société, leurs statuts sociaux, mais encore, qui ont opéré un changement paradigmatique positionnant l'enfant comme acteur social (Bernard-Béchariès, 1994). Dans la lignée de ces travaux, nous avons intégré à notre questionnement les participations et productions sociales des enfants. Au champ de l'anthropologie de la santé, nous empruntons notamment les concepts d'itinéraire thérapeutique et de trajectoire de maladie, et nous nous appuyons sur les travaux réalisés dans le champ de l'anthropologie hospitalière. Ensuite, nous poursuivons l'explicitation de nos choix méthodologiques sur le terrain, ayant soin de décrire les conditions d'enquêtes (Bizeul, 1998) dans lesquelles nous avons réalisé nos investigations. Outre la revue des

apports conceptuels, nous avons souhaité introduire de manière parlante la richesse des questionnements partant de l'analyse des trajectoires de maladies, avec l'illustration d'un premier cas, celui de la petite Khadjetou. Ainsi, nous empruntons un cheminement exploratoire et inductif, suivant le rapport dialectique à partir duquel se construit, sur le terrain, le questionnement anthropologique.

La thèse se structure ensuite au fil d'une traversée des sphères sociales configurant l'accès aux soins des enfants. Nous commençons, dans un second chapitre, par explorer le quotidien des enfances à Nouakchott. Le travail se focalise en milieu *haal pulaar*, où les statuts des enfants, les savoirs profanes relatifs à leurs soins, santé et maladies sont décrits. Des points de comparaison sont pris en milieu maure et auprès de sociétés voisines. Partant du système de parenté et des catégories de l'enfance *pulaar*, nous ébauchons les évolutions des modes de vie des enfants à Nouakchott, et la diversité des situations d'enfance. Ces configurations sociales et familiales dessinent des environnements plus ou moins propices à l'évolution des pratiques de soins et des habitudes de recours. Nous décrivons les pratiques de maternage et de protections telles qu'elles sont prescrites par les femmes âgées, et la manière dont celles-ci intègrent, en marge, certains savoirs médicaux. Les catégories nosologiques *pulaar* des principales maladies de l'enfance sont décrites: il s'agit d'en étudier les contours, mais aussi d'illustrer comment elles sont sollicitées comme éléments interprétatifs au fil des trajectoires de maladie. Ceci nous mène à identifier les logiques interprétatives et les contraintes d'énonciations des maladies en milieu populaire.

Le troisième chapitre s'intéresse plus largement au pluralisme thérapeutique nouakchottois dans lequel évoluent les enfants malades et leur famille. Nous y décrivons succinctement les pratiques thérapeutiques des marabouts et guérisseurs, leurs différentes influences sociales et culturelles. Nous proposons d'étudier comment ceux-ci se positionnent, géographiquement et socialement, et comment leurs pratiques et justifications évoluent, dans un contexte fortement concurrentiel et face au développement rapide de l'offre biomédicale. Ceci nous permet, ensuite, d'interroger la manière dont les marabouts et guérisseurs sont distingués, nommés et considérés par les familles nouakchottoises.

Le quatrième chapitre poursuit l'exploration du pluralisme thérapeutique nouakchottois avec ce qui relève du secteur biomédical. L'histoire du système de santé, ses spécificités actuelles et la manière dont il est perçu sont envisagées. Ce chapitre opère un détour dans le temps afin de comprendre l'implantation récente de la biomédecine en Mauritanie. Il se poursuit par une analyse de la manière dont les Mauritaniens perçoivent leur système de santé: des perceptions marquées par l'attirance de la modernité, la méfiance envers les agents de santé, la peur des dépenses, ou encore, la dépréciation des politiques nationales. Une suivante sous partie se penche sur les « espaces thérapeutiques » subjectivement construits par les membres des familles. Elle fait ressortir les différences liées aux lieux de résidence, à l'âge et

au genre. Une attention particulière est portée à la manière dont les trajectoires de maladie modifient ces lectures de l'offre de soin.

Enfin, nous pénétrons à l'intérieur de l'hôpital au cours d'un cinquième et dernier chapitre. Au travers des voix de l'enfant et de ses parents, à l'appui de descriptions des situations de soins, nous documentons les parcours de soins en pédiatrie. Les difficultés d'admission, les dysfonctionnements de l'organisation hospitalière, les inégalités de traitements et les relations des familles avec les professionnels de santé sont examinés. L'étude approfondie des parcours hospitaliers permet de comprendre la dimension négociée des soins, alors que les coûts hospitaliers sont inadaptés à la plupart des bourses. Une richesse d'ingéniosité sociale ressort des activités déployées par les parents pour infléchir, selon leurs attentes, la prise en charge de leur enfant.

CHAPITRE I : INSCRIPTIONS THEORIQUES ET CHOIX METHODOLOGIQUES

La méthodologie de recherche mobilisée en anthropologie, à la fois souple et rigoureuse, doit être choisie en cohérence avec l'objet de recherche construit (Fainzang, 1994). Afin d'étudier l'accessibilité des soins pour les enfants malades à Nouakchott, nous avons sollicité diverses contributions de la littérature anthropologique, qui constituent une série de ruptures épistémologiques par rapport à des appréhensions communes des problématiques de santé. L'objet de ce chapitre est de présenter les champs de recherche, approches, et concepts centraux dans lesquels ce travail s'inscrit. Dans le champ de l'anthropologie de l'enfance, nous nous sommes appuyés sur les travaux relatifs aux pratiques de soins maternels et aux statuts de l'enfant dans sa famille. Dans le champ de l'anthropologie de la santé, nous nous référons en particulier aux approches du pluralisme de l'offre de soin, ainsi qu'aux multiples travaux réalisés autour du concept d'itinéraire thérapeutique. Suite à la description de ces inscriptions théoriques, nous décrivons de manière concrète et réflexive notre méthodologie de travail et le déroulement de nos enquêtes en Mauritanie.

I-1 REFERENCES CONCEPTUELLES DANS LE CHAMP DE L'ANTHROPOLOGIE

I-1-1 De l'anthropologie de l'enfance à l'anthropologie de la pédiatrie

Le développement de l'anthropologie de l'enfance : une évolution du regard sur l'enfant

La courte histoire de l'anthropologie de l'enfance a été reconstituée par plusieurs écrits (Lallemand, 2002 ; Bonnet & Pourchez, 2007 ; Hejoaka, 2012). De son côté, Régine Sirota (1994, 2006, 2012) a retracé les ancrages académiques et institutionnels successifs qui ont marqué l'émergence et la structuration de la sociologie et de l'anthropologie de l'enfance. Le premier constat de ces auteurs est que l'anthropologie de l'enfance, « petit sujet » est longtemps resté dans l'ombre des approches structuro-fonctionnalistes et des sujets plus reconnus tels que l'histoire des peuplements, le système symbolique, les formes de production ou d'échange économique : « À vrai dire, outre ces courtes mentions dans la

littérature ethnographique pure [...] les données sur l'enfance apparaissent éclatées, émiettées aux quatre coins d'un ouvrage, ou bien intermittentes, par le biais de certains articles » (Lallemand & Le Moal, 1981 : 12). Du côté de l'anthropologie anglophone, un constat similaire est établi notamment par la publication de l'article au titre provocateur : « *Pourquoi les anthropologues n'aiment-ils pas les enfants ?*¹ » (Hirschfeld, 2003).

Diverses explications à la sous-représentation des enfants dans les sciences sociales ont été apportées, notamment leur statut social subordonné dans la société, la prégnance des approches relevant de la psychologie et de la psychanalyse s'agissant des questions relatives à l'enfance, ou encore les difficultés méthodologiques et éthiques posées par les enquêtes auprès d'enfants (Danic *et al.*, 2006). Une vision « naturalisant » l'enfance rapportée à une psychologie du développement a dû être dépassée afin que la pertinence des approches anthropologiques de l'enfance se révèle. Des anthropologues précurseurs ont décrit la diversité des enfances (Mead, 2004[1928] ; Malinowski, 1989[1929] ; Kardiner, 1969[1939]), remettant notamment en cause nos conceptions universalistes de l'adolescence. En France, nous devons à d'autres disciplines l'évolution du regard sur l'enfance et la généralisation de l'idée selon laquelle l'enfance est une construction sociale. L'historien Philippe Ariès (1973[1960]), au travers de ses travaux sur l'enfance et la vie familiale dans l'ancien régime, révolutionne les approches de l'enfant dans les sciences sociales. Il montre comment l'investissement affectif des enfants – et le « sentiment d'enfance » – émergent au 17^{ième} avec l'évolution de la vie familiale vers la résidence nucléaire et l'apparition de nouveaux modes de conjugalité. Une thèse notamment reprise par la philosophe Elisabeth Badinter (1980), qui, partant de descriptions concernant l'indifférence des mères envers leurs enfants au 17^{ième} et 18^{ième}, décrit comment l'amour maternel s'impose peu à peu comme une valeur et une obligation maternelle. Certains auteurs, et notamment Arlette Farge (2005), relativiseront néanmoins l'idée selon laquelle les parents français du 17^{ième} étaient indifférents au sort de leurs enfants, tout en montrant le contraste de leurs modes de vie et statuts sociaux en comparaison des enfants actuels. D'autres travaux en histoire apportent de riches descriptions sur les soins traditionnellement apportés dans la petite enfance (Loux, 1978 ; Morel, 1993 ; Morel & Rollet, 2000 ; Rollet, 2001).

Dans le champ de l'anthropologie, un tournant épistémologique s'amorce dans les années 1990, (Bernard Béchariès, 1994 ; Sirota, 2012), menant à considérer l'enfant comme un acteur social. Ce tournant, initié dans le monde anglophone, est marqué notamment par la publication d'un ouvrage collectif dirigé par Allison James et Alan Prout (1990), qui pose les bases d'un nouveau paradigme de l'anthropologie de l'enfance. Les principes de ce nouveau paradigme sont de considérer l'enfance comme une construction sociale, de considérer les enfants comme acteurs sociaux ayant des relations et activités sociales propres, et étant

¹ L'article original a été publié en langue anglaise en 2002, dans la revue *American Anthropologist*, sous le titre : « *Why don't anthropologists like children?* »

porteurs d'une culture infantile digne d'un intérêt propre. Ce nouveau paradigme implique l'utilisation des méthodes de sciences sociales auprès ou avec des enfants, notamment pour leur donner voix (James, 2007). Dans le sillage de ce nouveau paradigme, une nouvelle dynamique est donnée, donnant lieu à de multiples publications dont nous ne pouvons citer que quelques-unes parmi les plus notoires pour l'anthropologie anglophone (Corsaro, 2005[1987] ; Corsaro & Eder, 1990 ; James & James, 2004) et francophone (Delalande, 1995 ; Saadi Mokrane (dir.), 2000 ; Delalande, 2003 ; Arléo & Delalande, 2010). La considération de l'enfant comme sujet et acteur ouvre la porte à de nombreux travaux revisitant des thématiques habituellement traitées au travers du regard des adultes. Aussi, malgré une difficile reconnaissance au niveau institutionnel, l'anthropologie de l'enfance française est aujourd'hui caractérisée par une vitalité de la production et un renouveau des thématiques (Héjoaka, 2012).

Enfances africaines : des travaux centrés sur les soins maternels

Sur le terrain africain, de nombreux travaux sur l'enfance ont été menés, notamment initiés dans les années 1960-70 avec les travaux de l'« École de Fann » à Dakar associant psychiatres, psychologues et ethnologues (Zempléni & Rabain, 1965 ; Ortigues & Ortigues, 1966). Par la suite, l'anthropologue Pierre Erny publie une série de travaux de synthèse rassemblant des données africaines sur les conceptions de l'enfant (1968), les conceptions de l'éducation (1987), les soins et pratiques relatives à l'accouchement et aux soins maternels (1988). Jacqueline Rabain publie un ouvrage de référence sur la petite enfance en milieu wolof (1979), qui décrit notamment les pratiques de nourrissage et d'alimentation, les gestes de maternage et contacts corporels, les statuts des jeunes enfants en tant que partenaires sociaux, mais aussi, les conceptions imaginaires et symboliques de l'enfant. À la même période, l'anthropologue Suzanne Lallemand réalise une série de travaux qui donneront à l'anthropologie de l'enfance sa légitimité par rapport à l'anthropologie sociale (Bonnet & Pourchez, 2007). Après avoir abordé la question de l'enfance au Togo et au Burkina Faso, (1981, 1988), elle dirige notamment un ouvrage sur la grossesse et la petite enfance (1991), et réalise un travail comparatif sur la « *circulation des enfants en société traditionnelle* » (1993). Doris Bonnet apporte de nombreuses contributions sur les soins et les maladies de l'enfant en Afrique, notamment au travers de son ouvrage sur la procréation et les maladies de l'enfance chez les Mossi au Burkina Faso (1988), mais aussi de chapitres d'ouvrage et articles sur le paludisme (1990), la malnutrition (1997), ou encore l'épilepsie (1999). Plus tard, elle participe notamment à la coordination de deux ouvrages collectifs sur « *les soins et les rites dans l'enfance* » (2007) ainsi que sur les « *modèles d'enfance* » (2012). Ces travaux ont en commun de se centrer sur la petite enfance, les savoirs populaires relatifs aux pratiques de maternage et les conceptions ontologiques de l'enfant, dans un contexte de forte mortalité infantile. Ils s'appuient sur de nombreuses descriptions des savoirs et pratiques relatives à la

grossesse, l'accouchement et au maternage des enfants, telles des « techniques du corps » (Mauss, 1936). Dans la lignée de ces travaux inauguraux, une nouvelle génération d'anthropologues approfondit les recherches dans diverses sociétés. Leurs travaux portent sur les conceptions de la procréation (Dupuis, 1981 ; Journet, 1981 ; Jonckers, 2001 ; Walentowitz, 2006) ; les pratiques de maternage (Lestrangé & Passot-Guevara, 1981 ; Gélard, 2003 ; Razy, 2007), la socialisation dans l'enfance (Fellous, 1981 ; Querre, 2002 ; Guilhem, 2008). De nouveaux objets sont investis, tels que le travail des enfants (Bonnet, 1993 ; Jacquemin, 2000).

Pour la Mauritanie, quelques anthropologues ont produit d'intéressantes contributions sur l'enfance. En milieu maure, des travaux ont porté sur les pratiques de soins périnatales et notamment les massages des nouveau-nés (Tauzin, 1986, 1988, 2001 ; Fortier, 1998), les modes d'apprentissage du Coran aux enfants et aux jeunes (Fortier, 1998, 2003), ou encore, les représentations de la procréation (Fortier, 2006). La configuration maure des relations hommes-femmes ayant fasciné les anthropologues, un ensemble d'écrits ont abordé le statut des petites filles et leur socialisation (Tauzin, 1988 ; Simard, 1996 ; Fortier, 2001 ; Lesourd, 2007). S'agissant des *haalpulaaren* de Mauritanie, les contributions sont moins nombreuses. Relevons la contribution notoire de Bios Diallo (2004), qui fournit un ensemble de descriptions sur les soins, rites et statuts sociaux de l'enfance. Quelques éléments plus épars figurent dans d'autres travaux (Wane, 1969 ; De Chasse, 1982[1977] ; Marchesin, 1992). Plus récemment, des travaux ont porté sur la situation des enfants vulnérables en Mauritanie tels que les orphelins (Lafdal & Sow, 2006), les enfants confiés aux marabouts appelés talibés (Ballet *et al.*, 2012) ou les enfants des rues (Ballet, 2006 ; Ballet *et al.*, 2011).

Anthropologie de l'enfant malade en Afrique

S'agissant des questions relatives à la santé et aux maladies des enfants en Afrique, les travaux précédemment cités de Doris Bonnet (1988, 1990, 1997, 1998) sont précurseurs. D'autres anthropologues se sont interrogés sur les représentations des maladies de l'enfance (Jaffré, 1996 ; Landry Faye, 2009) et les recours thérapeutiques de leurs parents pour les soigner (Gruénais, 1985 ; Fassin, 1986 ; Baxerres & Le Hesran, 2008). Ces travaux documentent notamment les différents rôles et positionnements des membres de l'entourage en contexte de maladie. Les mères, qui assurent les soins quotidiens des enfants, jouent un rôle central dans l'organisation des recours aux soins (Baxerres et Le Hesran, 2008 ; Baxerres, 2010). Soumises à un certain contrôle social s'agissant des soins apportés aux enfants, elles s'avèrent être souvent prises comme responsables en cas de maladie (Epelboin, 1982 ; Bonnet, 1988 ; Desclaux, 1996 ; Egrot, 2004). Les pères, dont les moyens financiers sont en moyenne plus importants, jouent un rôle majeur s'agissant de l'accès aux structures sanitaires (Franckel, 2007 ; Fromageot, 2005). L'importance des grand-mères dans l'accès aux soins des enfants en Afrique est souvent évoqué (Jaffré, 2006 ; Franckel, 2007 ; Keith &

Dedah, 2009), mais leur rôle, en pleine mutation, est encore peu documenté. Une multiplicité d'autres membres de l'entourage de l'enfant – oncles, tantes, grand-tantes, grand-oncles, cousins, voisins,... - sont susceptibles d'endosser des rôles variables, plus conjoncturels.

De manière concomitante au développement des systèmes de santé et des services destinés aux enfants, quelques travaux vont aborder la question de la prise en charge des enfants à l'hôpital et des relations entre parents et professionnels de santé (Gruénais, 1985 ; Desclaux, 1996 ; Jaffré, 1996). Notons que dans le contexte de la pandémie du VIH, des questionnements particuliers ont émergé. Alice Desclaux (1997) a notamment consacré son travail de thèse au traitement social et de santé publique du sida chez l'enfant au Burkina Faso, analysant comment le sida des enfants met à l'épreuve le système de santé. Suivent une série de publications analysant en particulier l'impact du VIH sur les pratiques et représentations de l'allaitement maternel (Desclaux, 1996, 2000, 2002). Le développement des soins pédiatriques et la diffusion des savoirs médicaux posent la question de la médicalisation de l'enfance (Bonnet & Pourchez, 2007). Les effets de cette médicalisation ont notamment été analysés par les historiens et anthropologues dans les pays développés (Morel, 1993 ; Delaisi de Parleval & Lallemand, 1998 ; Hamelin-Brabant, 2006). Pour l'Afrique, l'influence des savoirs médicaux sur les pratiques de maternage et les rapports aux enfants est encore relativement peu documentée, bien que la réflexion ait été menée avec l'analyse des savoirs populaires relatifs à certaines pathologies (Jaffré & Olivier de Sardan, 1999 ; Landry Faye, 2009). Un questionnement particulièrement intéressant auquel nous espérons modestement contribuer.

Si des travaux relevant de recherches avec les enfants sur leur santé en Afrique ont été réalisés dans les pays anglophones (Hampshire, 2011), les travaux francophones embrassant cet objet restent relativement rares. Les décisions de recours, la qualité des soins, ou encore les itinéraires thérapeutiques ont peu été abordés du point de vue des enfants. Relevons néanmoins, au Burkina Faso, le travail de Fabienne Héjoaka (2012), focalisé sur l'expérience du sida vécue par les enfants, qui montre notamment, dans le cadre d'une approche des enfants comme acteurs, comment ceux-ci gèrent leur maladie et leur traitement et se font gardiens du secret entourant leur maladie. L'article de Yannick Jaffré *et al.* (2009) sur les interactions entre enfants et soignants dans les services de pédiatrie d'Afrique de l'Ouest fait également figure d'exception. La poursuite en cours du programme de recherche « *Enfance, Soins et Pédiatrie en Afrique de l'Ouest* » (ENPEDIA), qui réunit des chercheurs en sciences sociales de sept pays et dans lequel s'intègre notre travail, devrait contribuer à la production de publications en ce sens.

I-1-2 Décrire et caractériser l'offre de soin

Répartition territoriale des structures sanitaires

De nombreux champs disciplinaires tentent de rendre compte de l'offre de soin et de sa pertinence pour répondre aux besoins de santé des populations. Les géographes s'intéressent à la répartition territoriale de l'offre, notamment à son accessibilité géographique, qui dépend non seulement des distances mais aussi du développement de la voirie et des transports, qui sont autant d'adaptations construites entre la société et son environnement.

« La géographie de la santé est donc beaucoup plus que la simple addition de la géographie des soins et de la géographie des maladies, encore moins de leur juxtaposition. Elle vise à mettre en perspective les déterminants naturels et sociaux des états de santé en des lieux donnés. » (Salem, 1998 : 59)

La dimension spatiale de l'offre de soin est également très présente dans les approches relevant de la santé publique dont l'objectif est de rationaliser la planification de l'offre sanitaire, et veiller à la réduction des inégalités territoriales de santé. Le développement exponentiel et incontrôlé des grandes villes africaines pose particulièrement problème en termes d'infrastructures et d'équipements sanitaires (Salem, 1998 ; Harang, 2007). Ce contexte est propice à l'accroissement des inégalités de santé et d'accès aux soins, tandis que l'implantation des structures sanitaires répond à des rapports de pouvoir et des enjeux politiques.

« Il ne faut plus poser comme hypothèse que les structures de soins se distribuent de façon aléatoire dans la ville mais qu'au contraire elles sont causes et conséquences de la différenciation de la ville: l'offre de soin est un moteur des dynamiques territoriales. » (Harang, 2007 : 166)

S'agissant de Nouakchott, dont la population croît à une vitesse impressionnante, le développement de l'offre sanitaire n'a pas suivi la croissance urbaine, produisant des inégalités dans la répartition des infrastructures et des marges urbaines (Choplin & Ciavolella, 2008) en situation de déserts médicaux (Taleb *et al.*, 2006).

La dimension spatiale de l'offre de soin est relativement négligée en anthropologie. Considérant l'approche que les anthropologues ont de l'espace, Gérard Salem (1998) explique que ceux-ci ont tendance à y faire référence de manière allusive et restrictive, indiquant les noms de lieux et d'espaces, mais laissant dans l'implicite le sens de ces catégories spatiales. C'est donc du côté des géographes que nous trouvons des conceptualisations pour une approche spatiale de l'offre de soin: "*Le système de santé, et non le seul système de soins, sera défini par nous comme l'ensemble des pratiques sociales sur un espace donné qui expose*

de façon différentielle des espaces à un certain profil sanitaire" (1998 : 58). Une définition particulièrement pertinente pour une approche compréhensive de la dimension spatiale des recours thérapeutiques, sachant que l'offre et les pratiques de soins s'avèrent très contrastées d'un quartier à l'autre.

Certains géographes de la santé centrent leurs travaux sur l'offre de soin telle qu'elle est subjectivement perçue par les populations. Il s'agit notamment de chercheurs anglophones, qui ont travaillé autour du concept de « therapeutic landscape » (Gesler, 1992 ; Madge, 1998 ; Gesler, 2005 ; Leach *et al.*, 2008 ; Grose, 2011 ; Hampshire *et al.*, 2011 ; Buzinde & Yarnal, 2012). Nous pouvons traduire ce terme par « espace thérapeutique » ou « paysage thérapeutique ». Ces travaux se distinguent selon plusieurs courants (Gesler, 1992). Notre attention se porte en particulier sur les approches envisageant la perception subjective des espaces thérapeutiques, considérant les catégories propres que mobilisent les individus dans leurs décisions de recours (Leach *et al.*, 2008 ; Madge, 1998). Ces approches intéressent particulièrement l'anthropologie, qui est à la recherche du point de vue des individus et des catégories « émiques » (Olivier de Sardan, 1998) que ceux-ci utilisent pour qualifier leur environnement social.

Catégoriser l'offre de soin : l'anthropologie face au pluralisme thérapeutique

Prenant le parti de ne pas exclure les pratiques de soins traditionnelles et/ou informelles, les travaux anthropologiques sur l'offre de soin se sont davantage concentrés sur des tentatives de compréhension de l'offre dans sa pluralité. Plutôt que d'opposer la biomédecine aux « médecines traditionnelles », de nombreux anthropologues, ces dernières décennies, ont favorisé dans leurs travaux l'étude du « pluralisme thérapeutique ». Parmi les contributions les plus significatives, citons « *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre* » de John M. Janzen (1995) « *Soigner au pluriel* », ouvrage collectif dirigé par Jean Benoist (1996), et « *Corps et chamanisme : Essai sur le pluralisme médical* », ouvrage d'Ilario Rossi (1997). Sur les terrains africains, dès les années 80, plusieurs anthropologues ont mené des réflexions sur le pluralisme thérapeutique, s'interrogeant notamment sur les rapports entre les différentes options de l'offre plurielle : Andréas Zempléni (1982), Jean-Pierre Dozon (1986, 1987), Didier Fassin (1988, 1992, 1994) et Marc-Eric Gruénais (1988). À la suite de ces travaux, considérer le pluralisme thérapeutique de l'offre de soin est devenu une option classique, intégrée à la plupart des études anthropologiques réalisées en Afrique.

Considérant l'offre de soin sous l'angle du pluralisme thérapeutique, il est possible d'approcher la diversité des pratiques tout en évitant des catégorisations dont les limites ont été mises en évidence (Dozon & Sindzingre, 1986 ; Fassin, 1988). Les tentatives de classifications des différents types de « médecines » ont été nombreuses. Outre les classifications binaires opposant la biomédecine aux « *ethnomédecines* », aux « *médecines*

traditionnelles » ou aux thérapies « *magico-religieuses* », la classification d'Arthur Kleinman (1978), qui distingue trois secteurs qui sont les secteurs « biomédicaux », « populaire » et « traditionnel », a marqué les approches théoriques de plusieurs générations d'anthropologues de la santé. Les limites de cette classification, qui fait référence, ont néanmoins été largement discutées.

« L'intellectualisme de cette démarche, qui conduit à envisager des pratiques hétérogènes sous la forme d'un système théorisé, réduit celui-ci à un culturalisme. En effet, l'illusion classificatoire qui, dans la catégorie, voit une essence, la considère comme un objet "en soi", au lieu de replacer les pratiques thérapeutiques dans l'ensemble des relations qui les définissent et leur donnent un sens. » (Fassin & Fassin ; 1988 : 209)

Le terme même de « médecine », plaqué sur des pratiques thérapeutiques plurielles et non fixées par des écrits, pose problème. Dans son acception courante, le terme renvoie aux paradigmes des sciences médicales, qui supposent une rupture épistémologique avec l'expérience commune (Bachelard, 1940). Raymond Massé (1997) a parfaitement analysé les difficultés des anthropologues devant la question de la « *rationalité des savoirs ethnomédicaux* », soulignant le piège d'attribuer aux « *pratiques ethnomédicales* » une cohérence et une systématisme qui les dénature. Aussi émet-il une série de propositions visant à dépasser « *la position hégémonique de la rationalité biomédicale ou utilitariste* » (Massé, 1997 : 56). Malgré ces ambiguïtés, les anthropologues emploient le terme de « médecine » pour désigner diverses pratiques thérapeutiques. Jean-Pierre Dozon et Nicole Sindzingre (1986) utilisent le terme de « *médecine traditionnelle* », tout en expliquant qu'il ne s'agit pas d'une entité comparable à la médecine « biomédicale ».

« La médecine traditionnelle est coextensive à l'ensemble du champ social. En ce sens, la question de son existence spécifique par rapport à la biomédecine est une fausse question car elle constitue, dans ces sociétés, un domaine non autonome des pratiques et références sociales générales. » (Dozon et Sindzingre, 1986 : 45)

Avec un positionnement comparable, Didier Fassin n'évite pas le terme « médecine » dans ses écrits, tout en soulignant l'inadéquation du terme médecine traditionnelle.

« L'expression même de médecine traditionnelle est doublement trompeuse, puisque dans les consultations de ces gens du savoir la médecine est bien loin d'être la seule ou même souvent la principale activité, et que les activités de transformation de ces pratiques rendent inadaptée la référence exclusive à la tradition. » (Fassin, 1991 : 65)

C'est donc par défaut que de nombreux auteurs emploient le terme « médecine », alors même qu'il leur paraît inapproprié pour qualifier les pratiques thérapeutiques qu'ils étudient. Difficile, en réalité, d'éviter ce qui correspond à une catégorie prégnante socialement : textes du ministère, porte-paroles des ONG, guérisseurs, malades,... tous utilisent le terme de « médecine traditionnelle » lorsqu'ils s'expriment en français. Consacrer à l'inverse le terme

de médecine à la seule « biomédecine » peut conduire à l'écueil de nier l'existence d'autres formes de savoirs, et de s'engouffrer naïvement dans l'hégémonie de la rationalité biomédicale (Massé, 1997). Cependant, face à l'évolution des systèmes thérapeutiques traditionnels, le terme de « médecine traditionnelle » est de plus en plus délaissé par les anthropologues, car impropre à qualifier la diversification et l'hétérogénéité des pratiques.

Etudiant le pluralisme thérapeutique en Afrique, les anthropologues ont également analysé comment les relations entre les différents thérapeutes engageaient des rapports sociaux et politiques (Dozon, 1985 ; Hours, 1985 ; Fassin & Fassin 1888 ; Fassin, 1992 ; Berche, 1998 ; Caprara, 2000). Dans cette veine, la manière dont la médecine moderne a été introduite en Afrique a été analysée comme un mode d'exercice du pouvoir colonial (Fanon, 1972[1959] ; Dozon, 1985 ; Berche, 1998). De même, des auteurs ont analysé en quoi les processus de « revalorisation » de la médecine traditionnelle s'inscrivaient dans des revendications et enjeux sociopolitiques (Dozon, 1987 ; Fassin & Fassin, 1988). Les évolutions sociales actuelles, et notamment la professionnalisation, la marchandisation et précarisation socio-économique, produisent des offres thérapeutiques de plus en plus concurrentielles, poussant les guérisseurs à de nouvelles adaptations pour conserver leur place dans l'offre thérapeutique (Pordié & Simon, 2013). En Mauritanie, où les pratiques thérapeutiques s'ancrent dans diverses traditions, il apparaît pertinent d'analyser les rapports sociaux entre thérapeutes et les différents statuts sociaux que ceux-ci occupent dans l'offre thérapeutique et plus largement, dans la société mauritanienne.

La globalisation de l'offre de soin

L'idée d'un « pluralisme global » au niveau sanitaire a été introduite par les travaux de Charles Leslie (1980), qui analysent les facteurs sociaux et politiques de l'évolution des médecines et savoirs médicaux. Les approches intégrant l'espace géopolitique international des offres de soins se sont par la suite multipliées, considérant les nouveaux espaces thérapeutiques dans le contexte d'une offre de santé globalisée (Fassin, 2001). Selon Arjun Appadurai (2005) la globalisation du monde, produite par une accélération des échanges et des mobilités internationales, produit des « paysages culturels » globaux et déterritorialisés. Appréhendées dans ce cadre théorique de la globalisation, nous pouvons considérer que les perceptions de l'offre de soin s'élaborent de manière complexe en référence à des registres culturels divers et déterritorialisés. Les attentes thérapeutiques, correspondant à divers modèles, sont globalisées (Sakoyan, 2012). Face au développement et à la globalisation de l'offre, les besoins perçus en produits pharmaceutiques sont de plus en plus importants (Hardon *et al.*, 2008). Cette dimension implique que les individus perçoivent l'offre de soin dans des espaces internationaux et selon des références multiculturelles, même lorsque ceux-ci n'ont pas les moyens d'une mobilité internationale. Il faut veiller, cependant, à ne pas réduire la globalisation de l'offre thérapeutique à la diffusion de la biomédecine de l'occident au reste

du monde. L'anthropologie, qui privilégie une approche « par le bas », doit se défaire des idéologies de la mondialisation, et considérer les processus de globalisation comme le résultat d'interactions multiples, locales, fragmentées (Assayag, 2005). Ainsi, la globalisation de l'offre sanitaire prend corps aux travers de pratiques thérapeutiques locales, de perceptions qui font référence à un imaginaire de l'offre sanitaire mondiale, et d'itinéraires thérapeutiques pouvant être multi-situés (Kangas, 2002 ; Pinsonnault, 2003 ; Sakoyan, 2012). L'internationalisation de l'offre de soin se manifeste notamment dans des espaces transfrontaliers, où les migrations de part et d'autres de frontières dépendent des politiques de santé diversifiées déterminant les possibilités d'accès aux soins (Pérez, 1992 ; Sakoyan, 2012). Cependant, une large part de la population vit en situation de pauvreté. Laissés pour compte de la mondialisation, ces acteurs n'accèdent qu'à une offre de soin informelle et de proximité, tout en percevant l'injustice de ne pas avoir accès à des soins de haute technicité.

La prise en compte de la globalisation de l'offre de soin est essentielle pour comprendre les conceptions mauritaniennes. Compte-tenu du développement tardif et incomplet de l'offre biomédicale sur le territoire mauritanien, de nombreuses familles ont historiquement recours aux soins dans les pays frontaliers, notamment le Sénégal et le Maroc, tandis que les destinations européennes ne sont accessibles qu'aux plus nantis. De nombreuses évacuations sont d'ailleurs prises en charge par la Caisse nationale d'assurance maladie, ce qui en grève considérablement le budget et pose des problématiques de justice sociale. L'offre des guérisseurs, avec l'apparition de nouvelles pratiques et de nouvelles modalités de recours, est également à comprendre dans le contexte de la globalisation (Pordié & Simon, 2013). Les guérisseurs mauritaniens sont notamment fortement concurrencés par les guérisseurs sénégalais, maliens ou nigériens, souvent réputés plus puissants.

L'offre de soins hospitaliers : une ethnographie des services

Les institutions hospitalières, relativement fermées au public, ne sont pas des terrains faciles d'accès. Pourtant, les hôpitaux ont historiquement fait l'objet de nombreux travaux en sociologie et anthropologie de la santé (Peneff, 1997). Sjaak van der Geest et Kaja Finkler (2004), introduisant un numéro spécial de *Social Science & Medicine* sur l'ethnographie hospitalière, soulignent que l'un des éléments les plus importants à prendre en compte est que le fonctionnement des services hospitaliers est loin de représenter une réplique de la biomédecine dans les pays du monde. Au contraire, l'hôpital est un lieu dans la société qui reflète et participe des valeurs et hiérarchies sociales, et doit être étudié comme tel. En France, des contributions récentes ont mis en lumière le fonctionnement de certains services, avec des ethnographies réalisées aux urgences (Peneff, 1992), à la réanimation (Pouchelle, 2003), à la cancérologie et aux soins palliatifs (Marche, 2004) ou en néonatalogie (Paillet, 2007 ; Gisquet, 2008). Ces différents travaux ont porté leurs analyses sur les rapports sociaux et de pouvoir à l'hôpital, la communication et l'information des données médicales aux

patients, ou encore, les processus de décisions thérapeutiques. D'autres contributions se sont focalisées sur certaines professions de santé en milieu hospitalier, telles que les infirmières (Véga, 2000), les aides-soignantes (Arborio, 2001), ou encore, les chirurgiens (Peneff, 1997).

Pour l'Afrique de l'ouest, depuis deux décennies, des travaux constituant des apports majeurs à l'anthropologie hospitalière se sont succédés. Des travaux ethnographiques ont été réalisés par service, notamment aux seins des services de nutrition (Gruénais, 1985) des urgences (Hahonou, 2002), des services de maternité et obstétrique (Moumouni & Souley, 2004 ; Jaffré *et al.*, 2009, Ouattara *et al.*, 2009). « *Une médecine inhospitalière* », l'ouvrage de Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier De Sardan (2003), s'appuyant sur les contributions d'auteurs ayant mené leurs recherches dans les hôpitaux de cinq capitales africaines, a édifié les bases de la réflexion, relevant un certain nombre de traits caractéristiques du fonctionnement des services de santé étudiés. Face au constat général de relations difficiles entre professionnels de santé et malades, les auteurs relèvent, notamment, la mauvaise qualité de l'accueil et des soins, la discrimination des malades pauvres et anonymes, les traitements de faveur fonctions de relations familiales et sociales, l'usage de pratiques de corruption.

Pour la Mauritanie, nous n'avons repéré aucune publication relevant d'une ethnographie hospitalière. Le fonctionnement quotidien correspond cependant aux caractéristiques décrites par ailleurs dans les services de santé en Afrique (Jaffré, 1999 ; Jaffré & Olivier de Sardan, 2003). L'étude de traits pouvant relever de spécificités mauritaniennes du fonctionnement hospitalier reste ouvert à l'étude et à la réflexion. Il nous semble notamment pertinent de s'interroger sur la manière dont les rapports interethniques, que l'histoire rend particulièrement sensibles en Mauritanie (N'Diaye, 2010), s'expriment au niveau des structures sanitaires et notamment par le biais des usages linguistiques. Autrement, les implications de la prégnance d'un islam d'Etat, qui traverse l'ensemble des institutions, nous paraît intéressant à questionner au niveau du fonctionnement et des valeurs hospitalières.

I-1-3 Etudier les itinéraires thérapeutiques

Les « itinéraires thérapeutiques » objet d'étude classique en anthropologie

Depuis son introduction par Marc Augé (1984), la notion d'itinéraire thérapeutique a été utilisée par de nombreux anthropologues s'intéressant à la maladie et à ses traitements. L'itinéraire thérapeutique est peu à peu devenu un objet classique et central en anthropologie médicale (Hours, 1999), notamment s'agissant des productions francophones. L'intérêt pour les itinéraires thérapeutiques déborde le champ de l'anthropologie, donnant lieu à des études dans les domaines, notamment, de l'ethnopsychiatrie (Guile *et al.*, 1992 ; Joly *et al.*, 2005) de la santé publique ou encore de la démographie (Franckel, 2007). En santé

publique, les études des itinéraires thérapeutiques, relativement nombreuses, restent néanmoins marginales par rapport aux approches problématisées sur l'accès aux soins. Les approches, souvent quantitatives, tentent de distinguer différents facteurs déterminant les trajectoires, ou de quantifier les différents types de recours. En Afrique francophone, ces travaux de santé publique aboutissent au constat de l'importance des recours à l'« automédication moderne ou traditionnelle », notamment dans la population pauvre (Ouendo *et al.*, 2005 ; Franckel, 2007 ; Sy *et al.*, 2010).

En anthropologie, l'étude des itinéraires thérapeutiques s'est surtout déployée dans les pays du sud, notamment en Afrique, ainsi que dans les sociétés créoles, compte-tenu de l'importance du pluralisme thérapeutique dans ces régions (Sindzingre, 1883 ; Fainzang, 1985 ; Sturzenegger, 1992 ; Fassin & Jaffré, 1990 ; Fassin, 1992 ; Vidal, 1992 ; Diarra, 1993 ; Janzen, 1995 ; Benoist *et al.*, 1996). Cependant, considérant l'offre thérapeutique dite « alternative » dans les pays développés, des études traitant des itinéraires thérapeutiques en France et en Europe se sont multipliées ces dernières années (Bouchayer, 1986 ; Marcellini *et al.*, 2000 ; Raineau, 2002 ; Rossi, 2007 ; Peglidou, 2010). La production anglophone en sciences sociales de la santé a relativement moins investi la notion de « *therapeutic itineraries* ». Dans la lignée de l'ouvrage de Janzen (1995) intitulé « *Quest for therapy* », dont le travail s'apparente aux études sur les itinéraires thérapeutiques, les chercheurs anglophones ont davantage problématisé leurs approches autour de la notion d'« *health seeking* », c'est à dire la recherche ou les recours aux soins, ainsi que celle « *health seeking behaviour* », c'est-à-dire les comportements de recours aux soins. S'agissant des enfants, nous avons ainsi relevé des études centrées sur « *infant health seeking* » (Kamat, 2006 ; Leach *et al.*, 2008 ; Tolhurst *et al.*, 2008, Chibwana *et al.*, 2009), qui étudiaient notamment les processus décisionnels de recours aux soins.

Itinéraires thérapeutiques et représentations des maladies

Les premiers anthropologues ayant travaillé cette notion ont mis en avant comment les itinéraires thérapeutiques engageaient, au-delà de recherche de guérison, une recherche étiologique, visant à identifier la cause de l'« infortune », notamment auprès des devins (Sindzingre, 1983 ; Augé, 1984 ; Fainzang, 1985). L'interprétation causale n'est jamais totalement prédéfinie et elle s'ajuste, *in fine*, à l'évolution de la maladie.

« C'est souvent en effet la persistance du mal, plutôt que sa forme, qui suscite l'hypothèse d'une cause sociale, par exemple une agression en sorcellerie. Bien des auteurs l'ont noté, mais il faudrait alors remarquer du coup qu'aucune solution de continuité n'apparaît entre les maux à symptômes vagues mais brefs, les maux à symptômes vagues mais insistants, les maux à symptômes précis pour lesquels il existe a priori une étiologie relativement précise mais dont l'interprétation reste en définitive liée à l'évolution dans le temps. » (Augé, 1984 : 76)

Ces travaux ont analysé que les choix de recours dépendent non seulement de systèmes d'interprétation des maladies, mais aussi, des perceptions des fonctions et domaines de compétences des différentes options du pluralisme thérapeutique (Sindzingre, 1983 ; Tall, 1984 ; Fainzang, 1985 ; Sturzenegger, 1992). L'introduction de la biomédecine dans le paysage de l'offre thérapeutique, selon ces auteurs, n'a pas bouleversé les systèmes interprétatifs locaux. Les recours à la biomédecine se sont greffés comme moyens de traiter les états malades, dans une recherche de pragmatisme, d'efficacité (Sindzingre, 1983 ; Fainzang, 1985) et de soulagement de la douleur (Jaffré, 1999). Les systèmes d'interprétation étiologique sont considérés dans leur imbrication à l'organisation sociale en général (Zempléni, 1982 ; Sindzingre, 1983 ; Augé, 1984 ; Janzen, 1995). Marc Augé (1984), notamment, a analysé comment la maladie est interprétée comme la rupture d'un ordre ou interdit social dans les sociétés lignagères africaines, où « *la maladie y a très fréquemment la valeur et la signification d'un rappel à l'ordre social* » (1984 : 36). La rupture d'un ordre social peut notamment être une dette vis-à-vis des ancêtres, un conflit familial, ou encore, une relation incestueuse. Ainsi, conclut Sylvie Fainzang, « *Le savoir biomédical n'est pas susceptible à lui seul, d'ébranler en profondeur la perception locale du mal, pour la raison majeure que cette dernière est intimement liée à l'organisation sociale qui l'accompagne* » (1985 : 129). Au total, nous retiendrons que ces travaux, au travers la notion d'itinéraire thérapeutique, se sont attachés à l'analyse de la recherche étiologique ou de la « quête de sens ».

Très vite, les travaux des anthropologues, privilégiant des approches qualitatives et approfondies, font ressortir la singularité et l'imprédictibilité des itinéraires thérapeutiques, l'impossibilité d'en inférer des règles systématiques (Sindzingre, 1983 ; Sturzenegger, 1992 ; Fassin, 1992 ; Vidal, 1992 ; Benoist, 1996). Laurent Vidal explicite notamment cela à propos d'itinéraires thérapeutiques de malades atteints par le VIH à Abidjan.

« Au-delà de la compréhension de quelques grandes tendances [...], seule la présentation détaillée d'exemples d'approches de la maladie et de son traitement par les séropositifs peut mettre en lumière les liens tissés régulièrement, de façon fortement individualisée, entre connaissance du Sida et parcours thérapeutiques. » (Vidal, 1992 : 322)

Il ressort de ces travaux que les itinéraires thérapeutiques traduisent certes des cheminements interprétatifs ou cognitifs, mais sensiblement conjoncturels, dont il n'est pas possible de déduire des liens de cause à effet univoques. Au contraire, ces travaux font ressortir la multiplicité des combinaisons observées : recours alternatifs, simultanés ou cycliques, fixation sur un ou plusieurs recours de référence, zapping, errance, trajectoires en suspens... Nous relevons, de même, la cumulation de registres de soins dont les interprétations pourraient apparaître contradictoires, plusieurs auteurs remarquant, notamment, que les recours aux soins « traditionnels » n'excluent pas le suivi médical (Fainzang, 1985 ; Vidal, 1992 ; Joly *et al.*, 2005).

Itinéraires thérapeutiques et relations sociales

Comprendre les itinéraires thérapeutiques au-delà d'un processus interprétatif nécessite notamment de considérer les relations interindividuelles qui les traversent et, plus largement, leurs dimensions sociales.

« Une herméneutique des itinéraires conduit à une interprétation cognitive qui néglige l'incorporation des conduites de soin dans le social. Car le pluralisme médical est largement le résultat de rapports sociaux qui transcendent les conduites individuelles. Ils exercent des pressions sur les choix ; ils orientent, favorisent ou pénalisent les décisions. Ce serait un grave aveuglement que de ne laisser qu'une part congrue au social, alors qu'il est englobant et inclusif, et c'est à travers lui que l'on accède au sens du désordre des comportements. » (Benoist, 1996 : 17)

Etudiant les itinéraires thérapeutiques, un ensemble de travaux ont mis l'accent sur la dynamique des relations, dans l'entourage, qui président aux choix de recours (Gruénais, 1990 ; Janzen, 1995 ; Benoist, 1996 ; Raineau, 2002 ; Peglidou, 2010 ; Gauthier *et al.*, 2013). Dans la littérature anglophone, l'une des contributions allant le plus loin dans l'analyse des relations sociales en jeu dans le déroulement des itinéraires est « *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre* », de John Janzen. L'ouvrage décrit en détail l'itinéraire thérapeutique de six malades, analysant comment les décisions de recours aux soins s'organisent dans l'entourage familial. La place donnée à l'entourage familial y est particulièrement importante, du fait que dans la société *Kongo*, le conflit familial est un important registre d'interprétation de la maladie, mais aussi que : "*la thérapie Kongo entraîne la suspension temporaire des droits des malades de prendre des décisions individuelles*" (Janzen, 1995 : 153). Le rôle de l'entourage analysé par Janzen au travers du concept de « *groupe organisateur de thérapie* » cadre avec certains traits de la société *Kongo*, et nécessite quelques nuances s'agissant de contextes sociaux où les malades conservent davantage d'autonomie. S'agissant des itinéraires thérapeutiques de jeunes enfants, cependant, le concept de « *groupe organisateur de thérapie* » apparaît pertinent, dans la mesure où ceux-ci ne sont pas en position d'organiser leurs recours aux soins. Les « participations » de divers membres de l'entourage concernent l'interprétation de la maladie, les décisions de recours, la mobilisation de ressources économiques, logistiques ou relationnelles. Nous pouvons désigner cet environnement familial « *groupe organisateur de thérapie* », gardant à l'esprit que ce groupe est rarement aussi organisé que celui décrit par John Janzen (1995) au Zaïre, que sa composition peut varier, évoluer au cours de l'itinéraire thérapeutique, fonction des configurations familiales et d'habitat, des moyens et opportunités de chacun.

Avec la question des participations dans l'entourage, des auteurs se sont intéressés aux relations de genre à l'œuvre dans le déroulement des itinéraires thérapeutiques (Gibbal, 1984 ; Desclaux, 1996 ; Suremain, 2000 ; Fromageot *et al.*, 2005 ; Peglidou, 2010). Ces travaux

documentent à la fois comment le genre détermine des rôles thérapeutiques distincts, les rapports décisionnels à l'œuvre, et comment le genre modèle les relations avec les thérapeutes. D'autres auteurs ont élargi le champ des relations sociales pour s'intéresser à des tiers acteurs des itinéraires, ni membres de la famille, ni thérapeutes. Le travail de Clémentine Raineau (2002) en milieu rural auvergnat, notamment, s'est intéressé aux rumeurs : « *La rumeur, système de communications local et oral, où transitent informations, comptes rendus d'expériences personnalisées, où se forment jugements et réputations. Paroles sur les soins et thérapeutes, références circulant de façon dynamique au sein de ces réseaux* » (2002 : 7). Montrant comment les conseils sur les recours aux soins entrent dans le cadre d'échanges de services, elle développe une autre dimension sociale des itinéraires thérapeutiques. En Afrique, les travaux récents, notamment en milieu urbain, envisagent de plus en plus le rôle des relations de voisinage ou entre amis dans la construction de recours aux soins (Leach *et al.*, 2008).

La dimension sociopolitique des itinéraires thérapeutiques

Bernard Hours (1985, 1986) a instruit l'idée que les rapports des malades à leurs systèmes de santé engagent des rapports à l'État, qui est considéré comme responsable de la santé collective. À partir de ses enquêtes au Cameroun, Bernard Hours a relevé les critiques virulentes à l'encontre des établissements de santé : à défaut d'être pris en charge, les malades se sentent « maltraités », et finalement, « persécutés » par un État qui ne leur permet pas d'accéder aux soins. Quelques années plus tard, Didier Fassin (1992) a poursuivi aussi une analyse des rapports de pouvoir dans les relations thérapeutiques, mettant en question les relations entre les pouvoirs thérapeutiques, les pouvoirs politiques, les pouvoirs religieux et les pouvoirs économiques. À la suite de ces travaux, la prise en compte de la dimension sociopolitique dans les rapports des individus à leurs systèmes de santé a conduit à un renouvellement théorique des études sur les itinéraires thérapeutiques. Nathalie Pinsonnault, avec son étude des itinéraires thérapeutiques chez des Peuls touchés par le paludisme en Guinée, considère qu'en évitant le recours au système de santé local, les Peuls "*signifient à leurs autorités locales leur volonté de se distancier des services de l'Etat*" (2003 : 1). Autre exemple remarquable, le travail de Saadia Radi (2007), sur les itinéraires thérapeutiques de malades atteints par l'hépatite C en Egypte, entend rendre compte du rôle crucial de la santé publique dans la structuration des itinéraires thérapeutiques. L'auteur résume que les recours aux traitements « traditionnels » sont encouragés par les défaillances d'un système n'étant nullement en mesure de prendre en charge une maladie chronique et coûteuse comme l'hépatite C. Saadia Radi rejoint sur ce point une série de travaux considérant que les recours aux « médecines traditionnelles » se nourrissent d'une désadhésion vis-à-vis du secteur biomédical, inaccessible ou de médiocre qualité (Merzouk, 1995 ; Hours, 1997 ; Pinsonnault, 2003 ; Benoît, 2004).

Enfin, certains travaux se sont intéressés à la manière dont la construction sociale de la différence ethnique participait à la construction sociale de l'efficacité thérapeutique (Sturzenegger, 1996 ; Fassin, 1992 ; Taverne, 1996 ; Izugbara *et al.*, 2005). En ce sens, les itinéraires thérapeutiques peuvent révéler l'attribution de fonctions thérapeutiques distinctes selon les groupes ethniques, traduisant différents rapports de proximité et d'altérité.

Itinéraires thérapeutiques et trajectoires de maladie

Dans le champ de la sociologie de la santé, le concept de trajectoire de maladie a été privilégié, suite aux travaux d'Anselm Strauss (Strauss, 1992). Celui-ci, qui a étudié les trajectoires de patients malades en stade terminal, en apporte cette définition.

« Le terme de trajectoire [...] fait référence non seulement au développement physiologique de la maladie de tel patient mais également à toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués. » (Strauss, 1992 : 143-189)

Cette conceptualisation met en avant l'interaction entre l'évolution physiologique de la maladie et le vécu des personnes impliquées dans cette trajectoire, tandis que l'approche par les itinéraires thérapeutiques s'ancre dans une approche plus descriptive. Le concept de trajectoire de maladie a été mobilisé dans de nombreuses recherches, notamment par Marie Ménoret, qui a établi une typologie des trajectoires de personnes atteintes par le cancer (Ménoret, 1999). La limite de ces usages du concept de trajectoire de maladie est la centration sur la prise en charge médicale, qui ont poussé les anthropologues à privilégier le concept d'itinéraire thérapeutique, qui leur permettait de rendre compte des circulations entre différents registres thérapeutiques.

Pour notre travail, nous avons mobilisé à la fois les termes d'itinéraire thérapeutique et de trajectoire. D'une part, le concept d'itinéraire thérapeutique tel qu'il est employé en anthropologie de la santé ouvre l'enquête sur la description d'une succession de recours pluriels. Les différentes conceptualisations qui ont été réalisées, permettent d'intégrer à l'étude des itinéraires un ensemble d'axes analytiques : importance des processus d'interprétation causale, dynamiques des relations sociales aboutissant aux décisions de recours, engagement d'un rapport sociopolitique à l'offre de soin publique. D'autre part, nous employons le terme de trajectoire, qui a l'intérêt de souligner les dimensions intersubjectives au travers desquelles les itinéraires thérapeutiques sont déroulés et vécus. Ainsi, la trajectoire d'un enfant malade dépend des perceptions subjectives de l'offre de soin, des interprétations qui sont faites de l'évolution de sa maladie et des effets des traitements, ainsi que du vécu d'un ensemble d'expériences conjoncturelles. Soulignons que les registres interprétatifs mobilisés sont pluriels et ne peuvent pas simplement être compris en rapport à des objectifs rationalisés (Massé, 1997). Chaque nouvelle situation de soins est susceptible de mener à des

reconfigurations interprétatives, ainsi qu'à une modification de la perception de l'offre de soin. Autrement dit, les trajectoires d'enfants malades correspondent à des itinéraires thérapeutiques qui sont sans cesse requalifiés subjectivement. Que la maladie dure ou s'aggrave, que les traitements restent sans succès, cette trajectoire peut être qualifiée de « quête », au sens d'un parcours vécu de manière aléatoire, poursuivant une guérison plus incertaine, par des tentatives parfois désespérées.

I-2 LA METHODOLOGIE MISE EN ŒUVRE : RESTITUER LE TRAVAIL ANTHROPOLOGIQUE

I-2-1 Les conditions d'enquête et son déroulement

Le travail de recherche en anthropologie passe par l'approximation, mais relève « *d'une exigence de rigueur malgré tout* », écrit Jean-Pierre Olivier de Sardan en ouverture de son ouvrage *La rigueur du qualitatif* (Olivier de Sardan, 2008 : 7). L'anthropologie et la sociologie, lorsque leurs approches reposent sur l'enquête de terrain, partagent des modes de production des connaissances particuliers.

« On a affaire, avec l'enquête de terrain propre à l'anthropologie ou à la sociologie qualitative, à un entrelacs complexe d'ordre de grandeur, de tendances, de descriptions, d'illustrations, de cas significatifs, de discours et de représentations "locales", d'hypothèses souples, d'interprétations prudentes, de théories locales, de généralisations plus ou moins assurées, le tout pris dans de constantes variations d'échelles et de perspectives. » (Olivier de Sardan, 2008 : 11)

La richesse et la spécificité de l'anthropologie tiennent à l'option pour un cadre souple, qui permettent de favoriser la réflexion inductive, de déconstruire des conceptions préétablies, et au final, de pouvoir considérer ce qu'il n'était pas attendu d'étudier. Le « terrain » conduit ainsi à des reconsidérations successives qui peu à peu transforment et affinent l'objet de recherche. Ainsi, l'anthropologie se donne les moyens d'approcher le réel de ceux qu'elle étudie (Olivier de Sardan, 1988), valorisant l'approche compréhensive, dévoilant ce qui est « caché » d'une sphère socioculturelle à l'autre. La panoplie méthodologique en anthropologie est elle-même souple, permettant l'ajustement de « *l'objet construit et de la méthode choisie* » (Fainzang, 1994).

Les principales options méthodologiques de ce travail ont découlé, d'une part de l'intention de recueillir des informations descriptives horizontales sur la santé des enfants à Nouakchott (offre de soin, fonctionnement des services de pédiatrie, représentations des maladies infantiles), d'autre part de considérer comment les familles, dans ces environnements

géographiques, sociaux et culturels soignent leurs enfants malades. Certaines des investigations menées (visites des centres de santé, identifications des vendeurs de plantes médicinales en ville, observation du fonctionnement hospitalier) n'ont pas abouti directement à la production d'informations résolument originales. Cependant, en tant que novice et étrangère sur le terrain mauritanien, aller à la rencontre de l'offre de soin paraissait incontournable. Comment parler des trajectoires d'enfants malades sans avoir observé les modes de prises en charge hospitaliers, sans avoir écouté comment marabouts et guérisseurs nomment, diagnostiquent et traitent les maladies ? La simple visite d'un centre de santé, d'un quartier ou d'un marché ne produit pas directement des connaissances anthropologiques, mais contribue à faire évoluer les perceptions du chercheur sur son terrain, évitant de laisser des aspects « imaginés » à partir des propos écoutés. Il ne s'agit pas d'une illusion réaliste tenant le « vu » pour « su », mais d'une démarche visant le recoupement de sources d'informations. En d'autres termes, une nécessité de « triangulation », que Jean-Pierre Olivier de Sardan établit comme l'un des principes pour une production rigoureuse de données en anthropologie (Olivier de Sardan, 1997).

Dans cette partie consacrée à la méthodologie, nous proposons, tout en décrivant les outils mobilisés et les choix effectués, de préciser les conditions du déroulement de l'enquête et d'identifier les influences sur les énoncés recueillis. L'enquête de terrain en sciences sociales se réalise au travers de relations intersubjectives. Ces relations et les enjeux qui les traversent dépassent le cadre du projet de recherche, et le chercheur n'en a jamais une entière maîtrise (Beaud & Weber, 1997 ; Bizeul, 1998 ; Schinz, 2002). La manière dont l'enquêteur et son travail sont perçus, les identités que ses interlocuteurs lui octroient (Olivier de Sardan, 2008 ; Schinz, 2002) sont autant de conditions contribuant à la construction des énoncés. Aussi, écrit Jean-Pierre Olivier de Sardan « *les interactions entre l'anthropologue et ceux qu'il étudie sont décisives* » (2008 : 11). Le récit des conditions d'enquête permet de restituer les traits des relations ayant permis l'obtention d'informations (Bizeul, 1998), et ainsi, de les intégrer comme éléments de recherche.

« Une façon nécessaire, mais non suffisante, de rendre une étude plus fructueuse, plus rigoureuse et ouverte au jugement d'autrui est d'abord de faire usage avec discernement des moyens possibles d'obtention, de contrôle, de compréhension et de traitement des informations, ensuite d'intégrer au compte rendu d'étude une présentation circonstanciée des relations ayant concouru, sous une forme ou sous une autre, à la constitution du matériau empirique. » (Bizeul, 1998 : p754)

Le récit des conditions d'enquête permet d'engager un rapport réflexif au travail de terrain, exigence épistémologique qui fait aujourd'hui l'objet d'un consensus parmi les anthropologues (Ghasarian, 2002 ; Leservoisier, 2005 ; Leservoisier & Vidal, 2007). Comme l'indiquent Olivier Leservoisier et Laurent Vidal, la réflexivité est d'autant plus nécessaire qu'elle doit faire face à de nouveaux contextes ethnographiques : « *loin d'être un prétexte*

pour se laisser aller à un narcissisme, [elle] doit être au contraire au service de la production des savoirs (2007 : 5). Permettant une mise en partage des modalités de recueil des informations, le récit des conditions d'enquête donne au lecteur les clés pour en considérer les déterminants intersubjectifs. Les conditions de notre « terrain », expérience nouvelle et formatrice, ont significativement évolué, redessinant l'enquête au fil de temps. Les conseils du directeur de thèse, les lectures, le hasard d'opportunités ont participé à l'évolution du processus d'enquête. Aussi, tentons de décrire, dans leur déroulement temporel, les éléments renseignant la construction intersubjective de ce travail.

Conditions de mon arrivée en Mauritanie

Le choix de la Mauritanie pour mener un terrain ethnographique est compréhensible du fait de mon mariage avec un Mauritanien. Ensemble, nous avons préparé et organisé notre déménagement sur Nouakchott, et nous nous sommes installés, au début de l'année 2010, dans la maison familiale « *galle mawdo*² », située dans le quartier privilégié de *Tevragh Zeïna*. À l'évidence, l'expatriation était une condition favorable à l'enquête de longue durée. Cependant, du fait du contexte sécuritaire instauré depuis 2008 en Mauritanie, il était difficile d'envisager des investigations nécessitant des déplacements à l'intérieur du pays, déconseillés par l'Ambassade de France. Aussi ai-je privilégié un terrain d'enquête se limitant à la ville de Nouakchott. Le fait d'avoir été directement accueillie dans une famille mauritanienne, *haal pulaar*, peut apparaître comme une facilité ou un raccourci, la recherche d'une « immersion » étant valorisée par la tradition anthropologique. Habiter *galle mawdo* a été source d'une familiarisation avec une vie quotidienne autre que celle du milieu dans lequel j'avais vécu jusqu'alors. Pour reprendre les termes de Jacky Bouju, vivre sa vie dans un pays étranger est une « *variable intéressante du principe d'immersion ethnographique* » (2007 : 142). Ce contexte ouvre sur un quotidien où « *l'on écoute, on observe de manière flottante aujourd'hui, soutenue le lendemain* », qui contribue à « *la compréhension des mondes sociaux dans lesquels on est entré* » (Bouju, 2007 : 142).

Le statut de mari ou d'épouse dans une société par ailleurs étudiée est loin d'être exceptionnel chez les anthropologues. Les relations de la vie privée sont cependant trop proches et engageantes pour admettre une posture de recherche, que certains ont pu qualifier d'intrusion (Zempléni, 1996) ou d'étrange étrangeté (Naepels, 1998). Ces relations se situent donc clairement hors du « terrain » entendu comme lieu d'enquête et de construction de l'objet de recherche. Le positionnement de Jean-Pierre Olivier de Sardan est de considérer que toutes les relations que l'anthropologue entretient en dehors de son projet de recherche à proprement parler, contribuent à construire une familiarité avec le milieu d'accueil,

² *Galle mawdo*, la « grande maison » en *pulaar*, désigne la maison dont le chef de famille est l'ascendant le plus âgé

fournissent l'occasion d'interactions signifiantes, imprégnation qui « *interviendra très indirectement et inconsciemment, mais très efficacement, dans la façon d'interpréter les données relatives à l'enquête* » (1997 : 6). Les relations en tant que belle-fille sont cependant particulièrement denses et engageantes, et en ce sens, leur intervention sur la manière d'interpréter les données doit faire l'objet d'une vigilance accrue. Le risque serait de prendre, de manière inconsciente, ma belle-famille comme modèle d'interprétation des relations familiales, alors que des variations culturelles et individuelles traversent la société *pulaar*. Aussi devais-je veiller à ne pas prendre des traits particuliers pour des normes culturelles, problématique classique de tout anthropologue, mais posée de manière exacerbée lorsqu'une intégration familiale est centrale.

Rétrospectivement, nous pouvons considérer combien mon inscription familiale a contribué à déterminer mes enquêtes en Mauritanie. Mes enquêtes en milieu *haal pulaar* ont progressé plus vite que mes enquêtes en milieu maure, d'autant que j'ai privilégié l'apprentissage du *pulaar*, ne m'initiant que tardivement à quelques rudiments d'*hassanya*. Mes interlocuteurs *pulaar* étaient d'une certaine manière rassurés par mon mariage, qui devait, en principe, m'obliger à appliquer certaines normes de conduite et de respect. En milieu *pulaar*, le fait d'être mariée procure un statut plus respecté, conforme aux normes. Marieke Blondet (2008) explique bien, dans son article concernant les problématiques spécifiquement rencontrées par les femmes sur leurs terrains, comment le fait de se dire célibataire expose à un ensemble de suspicions, et peut revenir à se dire étrangère. En milieu maure, mon mariage constituait à la fois un « rapprochement » et un positionnement interethnique, puisqu'il m'inscrivait dans des relations marquées par des antagonismes et des suspicions. Ne pas maîtriser l'*hassanya* faisait obstacle aux relations, et je n'ai pas pu réaliser un travail sur la terminologie des maladies des enfants tel que celui réalisé en milieu *haal pulaar*, du fait de mon incapacité à relever et retranscrire les noms des maladies en *hassanya*. Au moment de l'interprétation de certains éléments, le différentiel de « familiarité » est également ressorti : j'étais moins à l'aise s'agissant des familles maures, craignant notamment d'être piégée par des stéréotypes transmis par des interlocuteurs ou par des lectures, ayant moins d'éléments d'enquête et moins d'expériences diffuses dans ce milieu.

Ce déséquilibre des enquêtes et des perceptions peut également poser problème s'agissant de la comparaison des trajectoires en milieux maure et *pulaar*. Réifier les trajectoires à l'appartenance ethnique des petits malades serait un écueil, mais, à l'inverse, nier son influence sur le déroulement des trajectoires serait une élision. Plutôt que de produire des distinctions catégoriques et hermétiques, les appartenances ethniques génèrent des altérités souples, dynamiques et métisses (Amselle, 1990), pouvant, ou non, se traduire dans le déroulé des trajectoires. Ces différences se situent dans les représentations des maladies, relativement contrastées, dans les rapports à l'offre de soin et notamment aux politiques de santé, ou encore, dans les configurations familiales définissant les relations de genre et la

L'observation des situations de soins au service de pédiatrie de l'Hôpital national

Dès le mois d'avril 2010, j'ai pris contact avec Dr Philippe Renaudin, qui m'a introduite auprès du Chef du service de pédiatrie de l'Hôpital national, Pr Abdellahi Weddih. Celui-ci, ouvert et aidant, m'a permis de mener mes enquêtes dans les meilleures conditions possibles. Il me fallait obtenir l'autorisation du ministère de la Santé pour mener mes recherches en Mauritanie, ainsi que celle du directeur de l'Hôpital national pour un stage en pédiatrie. Pour obtenir l'autorisation auprès du ministère de la Santé, je multipliais déplacements, plusieurs semaines passèrent. Le référent du dossier était souvent absent, de nouveaux documents administratifs me furent demandés en cours de route. Le tout donnait l'impression que cette démarche n'était ni systématisée, ni habituelle au ministère. Au vu de ces difficultés, ma belle-mère fit le déplacement, appuya ma demande. Elle eut raison de l'inertie administrative et obtint le document sur le champ. Pour ma demande de stage auprès du directeur de l'hôpital, je fus accompagnée par une secrétaire, qui dit me considérer comme sa belle-fille du fait de son lien d'amitié avec ma belle-mère. Dans le bureau du directeur, elle dit pour m'introduire : « *Elle vient pour faire un stage de doctorat. C'est le Chef de service qui m'envoie l'accompagner. Son mari est haal pulaar.* » Après avoir parcouru rapidement ma lettre de motivation, le directeur accepta ma demande. Les « références relationnelles » et au plus sûr, familiales, aidaient des démarches sinon incertaines.

Les premières investigations ont alors débuté au sein de l'Hôpital national. J'ai consacré les mois de mai, juin et décembre 2010 à une première phase d'enquête exploratoire au sein du service. Une quarantaine de séances d'observation ont été réalisées, les matins, où se concentre le travail des professionnels de santé. Ces premiers temps ont été consacrés à réunir un ensemble d'éléments sur le fonctionnement général du service, les modalités de prise en charge des enfants, les relations entre parents et professionnels de santé, la description de quelques situations de soins. Suite à des enquêtes menées en milieu hospitalier en France, cette période d'enquête exploratoire m'a permis de prendre conscience de réalités communes aux systèmes hospitaliers en Afrique de l'Ouest, difficilement imaginables bien que parfaitement décrites dans la littérature anthropologique à ce sujet (Jaffré, 1999 ; Hahonou, 2002 ; Jaffré & Olivier de Sardan, 2003 ; Moumouni & Souley, 2004 ; Ouattara, 2006). Dans ces premiers temps d'enquête, j'étais souvent décontenancée, attristée, indignée, mais aussi distraite et réconfortée par l'accueil chaleureux que les professionnels de santé me réservaient. Ceux-ci m'entraînaient dans les bureaux, dans les salles de repos, ou sur de simples chaises dans le couloir, nous buvions le thé, l'atmosphère était joviale, détendue, parvenait à faire oublier les souffrances et les deuils des enfants. Cependant certains éléments, frappants, questionnaient : le peu de temps effectivement consacré à l'activité de soins, la prédominance des problématiques de coûts ou de moyens entravant les prises en charge, la part d'approximations et d'aléas dans

l'organisation des soins, l'hygiène, des attitudes d'indifférence vis-à-vis des souffrances et des décès des nouveau-nés.

Suite à la rédaction d'une première note de terrain à l'issue de cette phase exploratoire, je poursuivis mes observations hospitalières entre février et juin 2011, avec une cinquantaine de séances d'observation à l'Hôpital national. Pour cette seconde phase, l'objectif était d'approfondir et de systématiser l'observation des soins. Suivant les propositions de mon Directeur Yannick Jaffré, j'ai focalisé mon attention sur certains postes (l'entrée, les premiers contacts) ainsi que sur des soins particuliers (ponctions, injections, changement de pansements, aspiration des voies aériennes supérieures, gavage des nouveau-nés prématurés). Par ailleurs, j'ai tenté de faire parler parents et soignants sur les soins que j'observais. En l'absence d'interprètes et aux débuts de mon apprentissage du *pulaar*, les propos que je pouvais alors recueillir auprès des parents étaient lacunaires, dépendaient de leur maîtrise du français, et apparaissaient souvent stéréotypés. M'inspirant des travaux de Jean-Pierre Olivier de Sardan (2001), je souhaitais relever, en termes techniques, en quoi les « normes pratiques » mises en œuvre différaient des normes prescrites. Par ailleurs, je tentais notamment d'observer les soins en tant que situations relationnelles (Saillant, 1999). Se focaliser sur les éléments relationnels des soins et en relever des descriptifs se révéla être plus difficile. J'étais spontanément happée par les problématiques de réalisation technique et de prise en charge (qui m'inquiétaient directement au regard de la santé des enfants), alors qu'interroger la dimension relationnelle nécessitait un effort constant de décentration, d'autant qu'une part des enjeux sociaux de ces situations m'échappaient.

Du point de vue de mes relations avec les professionnels de santé, cette phase d'enquête fut plus délicate que la précédente. Plus ma présence dans le service durait, plus elle devenait pesante. Les professionnels de santé se rendaient moins disponibles, mes questions se répétaient, de moins en moins naïves, dérangeaient. Le fait que je prenne des notes contribuait probablement à agacer et inquiéter. La durée de mes observations semblait paraître incompréhensible : on me demandait sans cesse quand mon stage prendrait fin. Chez certains professionnels de santé, la sympathie s'émuoussa, et l'inutilité de cette « longue » observation fut signifiée. Il me sembla percevoir une lassitude d'être observé, et, au fur et à mesure que j'assistais à des conduites non conformes aux règles, l'idée qu'il aurait été préférable de me tenir à distance. Un autre élément sembla déranger : le fait que, peu à peu, je discute avec des personnes de moindre statut : des stagiaires, des filles ou garçons de salle, des gardiens, des parents d'enfants malades. Alors qu'au départ, on m'avait octroyé d'emblée un statut favorable quasiment équivalent à celui des médecins (en orientant mon stage sur la visite médicale, en m'expliquant les dossiers médicaux, en me faisant participer aux réunions de staff,...) le fait que je m'attarde en discussions avec le personnel subalterne fit décroître la confiance à mon égard. Ceci était subversif par rapport à l'estime qui m'avait été apportée d'être avec les médecins, mais aussi par rapport à mon mariage dans une « grande famille ».

Le fait que je « traverse » des espaces sociaux hiérarchisés était probablement mal perçu, et de plus, les informations que j'obtenais devenaient incontrôlables : les dissimulations et critiques sur le fonctionnement de l'hôpital finissant inévitablement par surgir ça et là. Face à ces tensions, je tentais de me faire discrète, et aucune désapprobation ne me fut directement adressée. Seule ma « belle-mère », la secrétaire, m'avertit.

« Il ne faut pas parler au gardien, c'est quelqu'un qui ne sait rien. Si tu as quelque chose à me demander, tu me demandes ou tu demandes au chef. [...] Fais ton travail seulement. [...] Bon je te dis cela parce que tu es ma fille et que tu es d'une grande famille, les gens parlent. Ils disent que tu es partout, que tu es curieuse et que tu poses beaucoup de questions. Ils disent que tu parles avec les accompagnants tout ça, et ils ne savent pas trop ce que tu fais. Ils pensent que tu es espion. C'est pour cela, il faut que tu fasses ton travail seulement. [...] Mais il ne faut pas t'approcher des gardiens, tu n'as rien à faire là-bas, parce que tous les médecins ils ont des personnes de leurs familles qui essaient d'entrer. Mais le chef il a donné des consignes, il est très droit, ici il n'y a pas de consultation, c'est seulement des hospitalisations, les consultations c'est en H3. [...] Parce que les gens, pour ne pas payer de consultation, ils veulent venir consulter ici, mais le chef il a interdit toutes les consultations ici. [...] Donc ne t'approche pas des gardiens, je sais pourquoi je te dis cela, si le chef ou bien le directeur voient cela, ils vont penser autrement, tu as compris ? » (Note de discussion, secrétaire, Hôpital national, 24-04-11)

Finalement, l'enquête à l'hôpital prit fin sans conflit ouvert. Les malaises m'ont poussée à écarter certaines séances, mais il se trouvait toujours des interlocuteurs accueillants, qui ne tarissaient pas de questions à propos de ma vie familiale. Les tensions suscitées par les enquêtes de terrain de longue durée font partie du quotidien des anthropologues. Daniel Bizeul décrit de la manière suivante les responsables face aux enquêtes de terrains menées dans leurs organisations : « *au départ favorables à l'étude, ou contraints de l'autoriser par leurs propres supérieurs, et peu à peu inquiets de son développement, ayant le sentiment d'avoir été bernés et d'être menacés* » (1998 : 758). Le milieu hospitalier pose des difficultés et tensions spécifiques, du fait que les souffrances et les deuils y sont nombreux, que des vies dépendent directement de l'activité qui s'y déploie. Face à la maladie et à la mort, l'insertion et la posture éthique des anthropologues sont mis à rude épreuve (Rossi *et al.*, 2008). Eric Hahonou décrit ainsi le vécu de son enquête aux urgences de l'Hôpital national de Niamey.

« Mal-être, malaise, embarras, impression de ne pas être à sa place... sont autant de sentiments et pensées confus qui viennent troubler le regard ou plutôt construire une vision qui ne cessera de se modifier à mesure que la recherche et la compréhension progressent. Face à la violence sociale, la mort, la souffrance inutile ou une situation d'urgence stressante, le statut et la position du chercheur en socio-anthropologie sont bousculés et remis en cause. Comment rester observateur d'un spectacle que l'on ne peut s'empêcher de condamner? » (Hahonou, 2002 : 5)

Au cours de mon enquête à l'hôpital, la contradiction de relations agréables avec les professionnels de santé et d'un regard critique sur leurs activités n'a pas cessé de se poser. Nous pouvons d'ailleurs faire l'hypothèse que pour mes interlocuteurs, s'attirer la sympathie était une attitude habituelle, valorisée, court-circuitant les regards critiques sur leurs activités.

Participation des interprètes à l'enquête

Le travail avec des interprètes était indispensable pour poursuivre les investigations, notamment réaliser des entretiens auprès des familles. Mes observations à l'hôpital m'avaient laissé l'impression de manquer beaucoup d'occasions, faute de maîtriser les langues qui y étaient parlées. À partir de novembre 2011, j'entrepris de travailler avec deux interprètes, mobilisés en fonction des lieux et des interlocuteurs. Aliou Wade, master en sociologie, journaliste, assura l'interprétariat pour les entretiens menés en *pulaar* et wolof. Moktar Sneïba, alors Chef du service social de l'hôpital Mère-enfant, passionné de philosophie, assura l'interprétariat pour les entretiens menés en hassanya. Dans un premier temps, nous avons tenté de compléter les observations hospitalières, mais l'interprétariat *in situ* des soins était difficilement acceptable, très déroutant pour les professionnels de santé. De même, les discussions avec les familles à l'hôpital demeuraient limitées, gênées par la présence d'autres familles et de professionnels de santé, filtrées par le fait que nous étions assimilés à des professionnels de l'hôpital, puisque obligés au port de la blouse. Nous nous sommes donc orientés vers d'autres lieux d'enquête, en ville et aux domiciles de nos interlocuteurs.

L'arrivée d'Aliou Wade et de Moktar Sneïba enrichit considérablement l'enquête : plus qu'interprètes, ils s'engagèrent en tant qu'enquêteurs ou « assistants de recherche » (Olivier de Sardan, 1997). Tous deux posent un regard aiguisé sur leur société, et très vite, ils se mirent à « défricher » activement les questionnements de la recherche. Les trajets pour se rendre sur le « terrain » étaient animés de discussions : nous envisagions comment dérouler les relations d'enquête, nous confrontions nos interprétations sur les informations recueillies et plus largement, nos observations sur la société mauritanienne. La qualité de ces échanges construisit, au fur et à mesure, une complicité pour les entretiens. Tout en jouant chacun nos rôles, nous composions entre ces trois contraintes majeures : nouer des relations de confiance (ce qui nécessite de prendre du temps, de respecter certaines normes de sociabilité), obtenir réponse à des questions parfois difficiles, et éviter d'introduire des éléments influençant les réponses. Trouver cet équilibre nécessita certains ajustements. Aliou Wade m'incita à des détours et précautions pour les questions sur des aspects qu'il jugeait difficilement abordables en milieu *pulaar* : gravité de la maladie, moyens de se procurer l'argent des soins, relations de couple, relations avec la belle-famille. J'avais l'impression, parfois, que nous ne posions pas les questions nécessaires à l'enquête. Mais le déroulement des entretiens en milieu *pulaar* confirma que l'enquête devait surmonter nombreuses

réserve ou pudeurs. D'ailleurs, malgré les détours entrepris, il nous arriva d'être confrontés à l'évitement et au mutisme de nos interlocuteurs *haalpulaaren*. Avec Moktar Sneïba, une autre problématique prédomina. Nos interlocuteurs maures étaient plus volubiles, s'exprimaient plus spontanément sur les sujets de l'enquête, et Moktar Sneïba savait parfaitement les mettre à l'aise. Cependant, sensible aux souffrances des familles, il ne pouvait se garder de leur apporter aide et conseil, qu'il s'agisse de donner des explications médicales sur les maladies, ou d'arranger des rendez-vous gratuits. Nous nous sommes donc entendus, non pas pour nous abstenir de toute aide, mais pour faire du temps des entretiens des espaces préservés où il ne devait pas encore en être question. Nous nous rendons compte, avec l'exemple de ces deux enquêteurs aux personnalités contrastées, comment ceux-ci ont contribué – différemment - à la construction intersubjective de l'enquête et des entretiens. Jean-Marie Gibbal *et al.* voient dans la participation des interprètes à l'enquête une complexification de la relation à l'objet, soulignant comment ceux-ci doivent composer avec le fait d'être juge et partie.

« D'une manière délibérée, il arrive aussi que l'enquêteur pratique certaines censures [...]. Ce faisant, il défend plus ou moins consciemment une image de sa société, ou bien il obéit aux consignes imposées par le groupe. Pourquoi devrait-on croire à la neutralité de l'enquêteur? »
(Gibbal, 1981 : 16)

La relation avec les enquêteurs, souvent oubliée dans la restitution des conditions d'enquête, doit être intégrée à l'exercice réflexif. Ajoutons que la volonté de l'enquêteur de respecter les normes de sa société, relevée par Jean-Marie Gibbal, ne fait pas que complexifier l'objet, mais participe à redéfinir l'éthique de l'enquête, non plus uniquement sur les principes du chercheur. Dans nos enquêtes, cette volonté s'est notamment manifestée par l'évitement de certaines questions, l'interruption des entretiens au moment des prières, la vigilance à ne jamais contredire une personne âgée, la recherche des contre-dons en faveur des informateurs.

Etudier la pluralité de l'offre de soin en ville

À partir de novembre 2011 débuta une phase d'enquête de terrain en ville, visant à repérer et explorer, d'une part l'offre biomédicale avec les centres de santé, d'autre part l'offre de soin des guérisseurs, marabouts-guérisseurs, et vendeurs de plantes médicinales. L'objectif n'était pas de réaliser une approche exhaustive mais seulement de mieux comprendre la diversité des pratiques thérapeutiques, les positionnements de chacun, relevant des éléments signifiants s'agissant de l'offre de soin constituant le « contexte » des itinéraires thérapeutiques.

Du côté de l'offre biomédicale, outre l'Hôpital national et l'hôpital Mère-enfant où des observations ont été réalisées, les hôpitaux proposant un service de pédiatrie ont été visités,

c'est-à-dire l'hôpital Cheikh Zayed et l'hôpital de l'Amitié. Neuf des treize centres de santé de Nouakchott ont également été visités, ainsi que deux structures de l'AMPF (Association Mauritanienne pour le Planning Familial) et plusieurs postes de santé. Nous nous sommes à chaque fois entretenus avec les responsables sur les activités de la structure (origine géographique des consultants, soins proposés, volume des consultations, composition de l'équipe, problématiques de fonctionnement rencontrées).

Du côté de l'offre de soin informelle, nous avons envisagé de mener des entretiens auprès de guérisseurs et marabouts-guérisseurs, afin de mieux cerner leurs pratiques. La grille d'entretien comprenait des questions sur leur « formation », les modalités de leurs activités thérapeutiques, le déroulement des consultations, leur coût, les maladies soignées, le soin des maladies des enfants. Sur une vingtaine d'entretiens prévus, seulement une quinzaine ont été réalisés, sachant que certains guérisseurs se sont montrés indisponibles. Ceux-ci proposaient des rendez-vous contraignants (le vendredi, le soir à 22h00, etc.), nous faisaient attendre plusieurs heures, n'honoraient pas leurs rendez-vous, ou encore, ne nous consacraient qu'une dizaine de minutes, pressés de reprendre leurs consultations. L'identification des guérisseurs, marabouts, et revendeurs de plantes médicinales, a été réalisée de diverses manières, en faisant intervenir des relations, en demandant aux familles dans lesquelles nous avons réalisé des entretiens de nous orienter vers les guérisseurs qu'elles consultaient, ou encore, par simple repérage en ville, lorsque leur activité était visible ou affichée.

Enquêter les familles d'enfants malades

En parallèle des investigations s'agissant de l'offre de soin en ville, nous avons enquêté, à partir du mois de novembre 2011, sur les trajectoires d'une dizaine d'enfants malades³. Ces trajectoires étaient en cours de déroulement. À plusieurs moments des trajectoires, nous avons relevé des éléments et réalisé des entretiens, à compter de cinq à dix rencontres par enfant « suivi ». Les intervalles entre ces rencontres allaient de quelques jours à plusieurs mois, ce volet d'enquête s'étant déroulé sur une période d'une année. Cela nous a permis de saisir certaines évolutions des propos tenus sur la maladie et son traitement, ainsi que d'éventuelles évolutions des configurations du « *groupe organisateur de thérapie* » (Janzen, 1995). Nous avons tenté de recueillir le plus d'éléments possibles, combinant observations des situations de soins, entretiens avec plusieurs parents⁴ de l'enfant, notes issues des dossiers médicaux et explications des professionnels de santé. Cette diversité des sources visait à décrire des trajectoires à partir de plusieurs points de vue, et ainsi pouvoir envisager

³ Abdoulaye, Abou, Aïchetou, Aly, Cheikh, Magatte, Moussa, Rametoulaye, Sidi (voir annexes pour le résumé de leurs trajectoires de maladie)

⁴ Nous employons le terme « parent » non seulement pour désigner le père et la mère, mais au sens large de « membre de la parenté ».

comment ceux-ci se recoupaient ou différaient. Les premiers entretiens ont été réalisés avec le support d'une grille, dont les questions portaient sur les premiers signes et l'identification de la maladie, l'appréciation du parcours de soins dans le système biomédical notamment à l'hôpital, les décisions de recours, l'environnement familial de l'enfant et l'interprétation de la maladie. Cette grille était très structurée : en pratique, les premiers entretiens se sont surtout focalisés sur la reconstitution de l'itinéraire thérapeutique. Lors des entretiens suivants, nous nous sommes enquis des récents événements, nous avons cherché à faire préciser et confirmer la chronologie des précédents recours, et nous avons élargi nos questions à d'autres interlocuteurs ainsi qu'à d'autres aspects susceptibles de nous aider à situer et interpréter les itinéraires thérapeutiques. Nous avons notamment cherché à en savoir davantage sur les habitudes de recours aux soins des familles : nous avons questionné sur les maladies et les recours concernant les autres enfants, sur le suivi des grossesses et le lieu des accouchements de la mère, ainsi que sur les recours de santé des adultes de l'entourage. Avec ces questions, suscitant à la fois des exemples précis et des propos génériques, nous étions en mesure d'obtenir une vision d'ensemble des lieux de soins fréquentés et connus par les familles. Au fil des rencontres, dans la mesure du possible, nous avons également recueilli propos généraux et détails significatifs concernant l'environnement familial de l'enfant et le niveau de vie de la famille.

Concernant l'intégration des enfants malades à l'étude, nous souhaitons obtenir un petit corpus de situations variées, à la fois s'agissant des moyens socioéconomiques de la famille, de leur(s) appartenance(s) ethniques, du quartier de résidence à Nouakchott, du sexe et de la pathologie affectant l'enfant. Sans que nous n'ayons été volontairement sélectifs à ce propos, les configurations des entourages familiaux de l'enfant se sont révélées être également variées : enfants vivants avec leurs deux parents dans un logement indépendant, avec leur mère dans la famille maternelle, fratries plus ou moins importantes, familles recomposées ou non. Considérant l'âge des enfants, il s'agissait pour la plupart de jeunes enfants : nouveau-nés, nourrissons, ou enfants de quelques années qui sont les catégories d'âge les plus représentées dans les structures sanitaires. Leur intégration s'est faite progressivement en fonction des opportunités de rencontres, notamment à l'Hôpital national et à l'hôpital Mère-enfant.

Enquêter auprès d'enfants atteints de maladies chroniques

Dans un second temps, dans le cadre du programme de recherche Enfance, Soins et Pédiatrie en Afrique de l'Ouest (ENSPEDIA), nous avons réalisé de nouvelles enquêtes au sein des familles, pour lesquelles nous avons intégré une vingtaine d'autres enfants malades⁵. Pour ce

⁵ Ahmed, Amadou, Ami, Astou, Awa, Bacari, Demba, Fatimata, Filie, Houssein, Khadjetou, Lebkhou, Mamoudou, Mariem, Mettu, Oumar, Salma, Seydou, Siré, Yeyha, Youssouf (voir annexes pour un résumé de leurs trajectoires de maladie)

volet, en perspective de réaliser des entretiens avec les enfants, nous avons recherché des enfants âgés de 6 à 15 ans souffrant de maladies chroniques induisant une fréquentation régulière des services de santé. Pour éviter les biais de recrutements introduits par les structures sanitaires, nous nous sommes cette fois appuyés sur les organisations à base communautaire (OBC) exerçant dans les domaines de la santé et/ou de l'éducation, afin de prendre contact avec des familles dont les enfants correspondaient au profil recherché. Nombreuses à Nouakchott, les OBC ont été identifiées et contactées à partir du répertoire de la Communauté Urbaine de Nouakchott (CUN, 2009). Outre les questions et relances relatives aux itinéraires thérapeutiques, nous avons interrogé les enfants et leurs parents sur leurs vécus des épisodes douloureux et des soins, leur gestion de la maladie au quotidien. Compte-tenu du temps imparti, les rencontres dans ces familles ont été moins nombreuses s'agissant de ces vingt enfants que s'agissant de dix premières études de cas réalisées : néanmoins, une cinquantaine d'entretiens ont été réalisés dans le cadre de volet d'enquête, dont 27 avec des enfants.

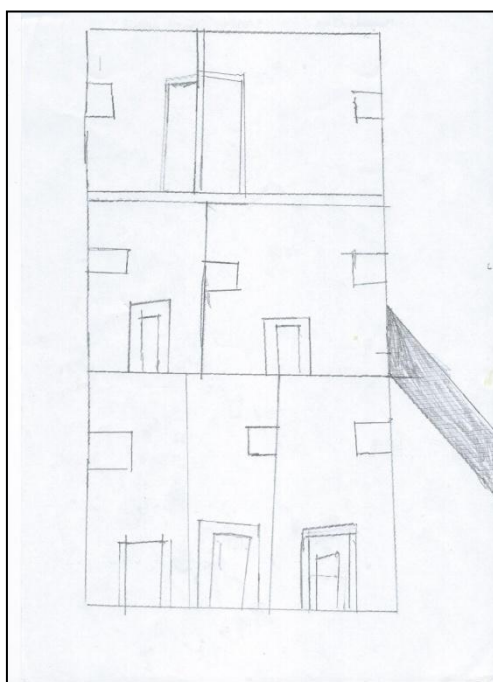
Réaliser des entretiens avec les enfants est une démarche relativement récente dans l'histoire de l'anthropologie et présente des problématiques et enjeux particuliers. Les difficultés des entretiens avec les enfants ont fait l'objet de peu de publications, laissant un certain « vide méthodologique » (Hejoaka, 2012). Nous pouvons néanmoins nous appuyer sur l'ouvrage d'Isabelle Danic, Julie Delalande et Patrick Rayou sur l'enquête auprès d'enfants et de jeunes (2006). La prise de parole des enfants est notamment plus furtive, instable : propos brefs et parfois apparemment contradictoires, silences, formulations spontanées pouvant rapidement se muer en mutisme. Le côté formel des entretiens (formulaire de consentement, grille de questions, enregistrement audio...), qui peut entraver la spontanéité de toute situation d'enquête, est encore plus paralysant pour les enfants. Il est apparu nécessaire de « dédramatiser » l'entretien, notamment en alternant temps de concentration et interactions langagières communes ou ludiques. Le positionnement des enquêteurs par rapport aux enfants est également important, d'autant que les enfants, en Mauritanie comme souvent en Afrique de l'Ouest, manifestent une obéissance et une déférence marquée envers les adultes. Comme tout propos recueilli dans le cadre d'entretiens, la parole des enfants ne doit pas être prise comme intrinsèquement authentique ou mensongère : elle doit être recontextualisée, notamment par une réflexion s'agissant des relations d'enquête établies avec les enfants (James, 2007). Une relation d'enquête favorable à la prise de parole peut notamment être trouvée au travers la construction d'un rôle intermédiaire d'« adulte atypique » (Corsaro, 2005[1997]), qui consiste à se rapprocher des enfants en se situant en marge des normes sociales des relations entre adultes et enfants. Ce positionnement est d'autant plus difficile à construire que la relation d'enquête engage des interprètes qui ne sont pas forcément prêts à risquer le statut social que leur société leur confère. Aussi, il me semble que la posture prise par nos interprètes s'apparentait plutôt à celle d'un cousin ou d'une cousine plus âgée, ou

d'un jeune oncle ou tante, sans se départir totalement d'un rapport de conseil et d'ascendance sur l'enfant. En milieu *pulaar*, on peut néanmoins supposer que ces modèles de relations (du côté de la parenté maternelle) sont parmi les plus favorables au dialogue et à la confiance. En tant qu'étrangère, il m'était plus facile de constituer un « adulte atypique », dont les relations avec les enfants, hors normes, étaient empruntées d'une certaine étrangeté (Naepels, 1998) : une situation à double tranchant qui pouvait aussi s'avérer trop déroutante pour certains enfants.

Afin de libérer la parole de l'enfant, nous avons procédé en trois temps. Dans un premier temps, nous rencontrions la famille pour expliquer les objectifs de notre étude, présenter le formulaire de consentement et vérifier, par quelques questions, que la trajectoire de maladie correspondait aux critères d'intégration à l'étude. Dans un second temps, nous réalisions un entretien avec l'enfant, donnant aux parents la consigne d'attendre la fin de l'entretien s'ils souhaitaient intervenir et compléter les propos de l'enfant. Lors d'une troisième rencontre, nous réalisions si besoin un complément d'entretien avec l'enfant, puis avec les membres de l'entourage étant significativement intervenus dans la trajectoire de maladie de l'enfant. Le succès de cette démarche s'est avéré mitigé : beaucoup de parents acceptaient difficilement l'aparté recherché avec l'enfant, et ne pouvaient s'empêcher d'intervenir lors des entretiens. Cependant, certains jeunes enfants étaient rassurés et soutenus par la présence de leurs parents : Khadjetou, 8 ans, tout sourire, est restée assise sur les genoux de sa mère lors de l'entretien ; la mère de Mariem, 11 ans, caressait le cou, l'épaule et le bras de sa fille tandis que celle-ci prenait confiance à nous parler. Le fait de réaliser les entretiens avec les enfants chez eux et en présence des parents produit des contextes d'énonciation particuliers, à la fois significatifs et limitatifs. Significatifs, car ces situations d'entretien permettent d'observer des dialogues parent-enfant autour de la maladie, et la place de chacun dans l'espace familial du domicile. Limitatif, car les enfants ne peuvent tout dire en présence de leurs parents : ils évitent, notamment, de les contredire ou d'avancer des propos qui mettraient en cause les soins que leur prodiguent l'entourage.

Nous avons également demandé aux enfants de dessiner sur deux thèmes : « *dessine l'hôpital* » et « *dessine un soin que tu as reçu* ». Une trentaine de dessins ont été réalisés et commentés par les enfants, permettant d'illustrer certains aspects relatifs à la maladie, ses traitements, et les relations avec les professionnels de santé. Les dessins fournissent un certain nombre d'éléments qui seuls sont difficiles à interpréter mais qu'il est intéressant de croiser avec les propos recueillis lors des entretiens. Le fait de faire dessiner nous a aidé à centrer les entretiens sur les enfants, et parfois à leur donner des tons plus ludiques. L'usage du dessin dans l'enquête peut permettre d'accéder à « vivier de sens » sur un niveau de parole moins censuré (Cros *et al.*, 1997). Cependant, comme le relève Fabienne Hejoaka (2012), passé une dizaine d'année, les enfants ont moins d'entrain à dessiner, et craignent davantage le jugement qui sera porté sur leurs dessins. Certains des enfants les plus âgés,

s'acquittant très schématiquement de cette tâche (Demba, Mamoudou, Yeyha), ont bien signifié l'inadéquation de la demande. Il faut souligner que la production artisanale ou artistique peut être mal perçue, puisqu'elle renvoie à des catégories statutaires traditionnellement dépréciées en milieu *pulaar* comme en milieu maure. Nous remarquons également le partage des styles entre filles et garçons, les filles privilégiant l'esthétique et les couleurs des dessins, tandis que les garçons, notamment les plus âgés, refusaient les feutres de couleur et se dissimulaient derrière des représentations de type plan, sans personnages, s'apparentant davantage à un « dessin technique ».



Dessin 1 : « *Hôpital national* », Siré, 15 ans, « maladie de poitrine »

Nous pouvons faire l'hypothèse que pour les garçons, la pratique du dessin, comme celle de la musique (Tauzin, 2001), est perçue incompatible avec leur identité masculine. De plus, la représentation figurative peut poser problème vis-à-vis de la religion musulmane, bien qu'un ensemble de contournements aient été observés dans les arts d'islam (Clément, 1995).

Problématiques relationnelles dans le suivi des études de cas

L'explication donnée aux familles était que nous cherchions à étudier les parcours de soins des enfants malades, notamment pour comprendre les difficultés des familles à accéder aux soins. Cependant, cette explication n'était pas prise pour argent comptant : nos interlocuteurs nous attribuaient diverses identités, et nourrissaient certaines attentes à notre égard. Comme l'écrit Olivier Schinz (2002), l'anthropologue a peu de prise sur l'identité que ses interlocuteurs lui attribuent. Il n'a d'autre choix que d'intérioriser ces identités, et de les interroger sur un mode réflexif. Ainsi, en tant que femme blanche s'intéressant aux

problèmes de santé des enfants, je devais probablement avoir des compétences médicales, et représenter une organisation humanitaire susceptible d'apporter une aide⁶. En ce sens, les attentes étaient fortes, plus ou moins exprimées. Comprenant que nous n'avions finalement rien à leur apporter, certaines des OBC mobilisées se sont rapidement désengagées de leur rôle de relais auprès des familles. Honorant notre visite, les familles nous accueillirent avec attention : une fois sur deux, on nous apportait des sodas⁷, et quelqu'un s'appliquait à nous préparer le thé. Très vite, se posa la question de nos réponses par rapport à des attentes que nous ne pouvions ignorer, et de nos interventions face aux difficultés des familles. Nos interprètes vécurent de plein fouet les tensions générées par ces attentes démesurées, qui s'exerçaient de manière très explicites à leurs yeux. Je démentis détenir des compétences médicales, mais ma position demeura ambivalente, du fait qu'il m'arrivait d'apporter des conseils sur certains recours ou certains traitements (prendre des solutions de réhydratation orale en cas de diarrhées, suivre jusqu'au bout un traitement par antibiotique, consulter un médecin lorsqu'une fièvre persiste, etc.). De même, je ne pouvais nier avoir les moyens financiers d'une certaine aide. Le fait de disposer d'une voiture pour me rendre aux entretiens, notamment, me situait indiscutablement du côté des « patrons »⁸. Nous répondîmes avec un minimum de dons visant une bienséance relationnelle (produits alimentaires ou vêtements pour les enfants, achats d'ordonnances), espérant trouver un point d'équilibre sans nourrir davantage d'attentes. Les semaines passant, les familles perdirent l'espoir d'une intervention radicale, et nos relations se stabilisèrent selon des formes amicales.

Mon rôle fut cependant plus significatif concernant les itinéraires thérapeutiques de Rametoulaye et d'Abou. J'ai accompagné Rametoulaye lors de son hospitalisation et réglé tous les coûts de ses soins. Concernant Abou, les démarches que nous avons menées avec son père ont conduit à l'acceptation de son dossier pour une évacuation sanitaire par l'association *Terre des Hommes*, ce qui m'a valu une reconnaissance de la part de ses parents. Cette reconnaissance, tout comme les attentes d'aides plus ou moins insatisfaites des autres familles, constituaient des définitions « décalées » des situations d'enquête que nous souhaitions instaurer. Cela nous assurait une certaine coopération des familles, qui nous

⁶ En Mauritanie, comme dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, les blancs sont appelés « toubab », terme dérivé du mot « toubib ». La médecine moderne est désignée en *pulaar*, comme dans d'autres langues locales en Afrique de l'Ouest, sous le terme de « soigner des blancs » (*safaare tuubakoobe*).

⁷ Les familles pauvres n'achètent des sodas qu'exceptionnellement, pour les visiteurs auxquels elles souhaitent marquer une déférence particulière. Dans les familles plus aisées, servir des sodas est quasiment devenu une obligation pour faire preuve d'hospitalité et respect envers les visiteurs.

⁸ Le fait d'être blanche, de résider dans le quartier de *Tevragh Zeïna*, et d'être mariée à un membre de la famille Kane constituaient autant de confirmations de ma « richesse ». Sauf se lancer dans une série de mensonges, l'option de « s'appauvrir en apparence », pour réduire la distance sociale avec nos interlocuteurs pauvres, était vouée à l'échec. En revanche, plusieurs éléments m'ont aidé à réduire la distance culturelle : l'usage de certains codes sociaux, le parler *pulaar* et le port du voile, qui m'ont attiré, me semble-t-il, des attitudes conciliantes.

recevaient et répondaient à nos questions, mais n'a pas vraiment facilité l'obtention d'informations. Comme le soulignent Florence Bouillon, Marion Fresia et Virginie Tallo dans l'introduction de leur ouvrage portant sur l'anthropologie des terrains sensibles, « *les efforts de réciprocité, pouvant aller de l'écoute attentive à l'aide matérielle, n'impliquent pas toujours une amélioration de la relation d'enquête, ni ne préviennent les refus de voir poursuivi le travail d'observation* » (2005 : 23-24). Ces définitions des situations d'enquête constituent, par ailleurs, des configurations intersubjectives qui orientent les énoncés recueillis. Espérant une aide, nos interlocuteurs étaient davantage incités à faire part de leurs difficultés, à se positionner en tant que victime, plutôt qu'à décrire les moyens qu'ils déployaient pour les surmonter ou les contourner. D'ailleurs, nous nous sommes rendu compte que certaines familles nous avaient tues certaines de leurs ressources. Sur ce point, nous nous référons aux réflexions de Marion Fresia s'agissant de ces enquêtes auprès de réfugiés mauritaniens au Sénégal (2006). Sur son terrain, l'anthropologue a dû faire face à des problématiques de mise en scène de la souffrance exacerbées, variant les situations d'enquête afin de recueillir d'autres registres discursifs exprimant la souffrance. Au final, aucun registre discursif n'est plus « véridique » que l'autre, mais tous éclairent l'objet de recherche selon des rapports particuliers avec l'expérience vécue (Fresia, 2006). Dans le cas de nos enquêtes dans les familles, la mise en avant des difficultés et souffrances était bien présente, mais contrebalancée par d'autres configurations intersubjectives. Le fait de recueillir les points de vue de plusieurs interlocuteurs, notamment, a permis de faire apparaître des dissonances significatives de la manière dont les différents interlocuteurs « arrangeaient » leurs discours.

Les propos des enfants, bien que prudents, ont notamment permis de faire ressortir d'autres aspects des trajectoires de maladie, tels que les relations entre enfants, et ont permis de considérer certaines conduites de l'entourage qui ne transparaissaient pas des entretiens avec les parents. Les enfants nous ont notamment amenés à considérer comment les parents restaient sourds à certaines plaintes douloureuses ou mettaient en attente, plusieurs jours durant, des recours aux soins. Du côté des parents, il y avait manifestement le désir de faire reconnaître que les « bonnes » décisions de recours avaient été prises, quitte à « arranger » le récit de l'itinéraire thérapeutique, en minimisant le temps écoulé entre l'identification des symptômes et les différents recours, en déguisant ou en éludant des recours « informels ». Après quelques rencontres, notamment auprès des mères, nous avons découvert l'existence d'autres recours aux guérisseurs ou marabouts dans un premier temps dissimulés, et compris que certaines consultations du « docteur » étaient des recours aux pharmacies ou à des revendeurs de médicaments. Enquêter les recours informels présente des difficultés méthodologiques particulières, qui conduisent les enquêtes quantitatives à sous-estimer leur fréquence (Fassin & Brousselle, 1991). Pour comprendre l'importance de ce biais, gardons à l'esprit comment les parents, en milieu hospitalier, dissimulent leurs recours non-biomédicaux et comment, d'autre part, on nous associe spontanément aux professionnels de

santé. Nos interlocuteurs s'attendaient logiquement à ce que nous soyons, comme les professionnels de santé, incrédules et hostiles vis-à-vis de certaines pratiques de soins.

Des difficultés relationnelles se sont néanmoins posées lorsque nous cherchions à nous entretenir avec plusieurs membres d'une même famille. Dans chaque famille, nous avions d'une certaine manière un interlocuteur référent, qui était notre premier contact et souvent le principal instigateur du parcours de soin de l'enfant. Il s'agissait soit de la mère de l'enfant, soit de son père. Ces interlocuteurs étaient ceux qui nous accueillait à leur domicile, et de fait, nous introduisaient auprès des autres membres de l'entourage. Les entretiens se réalisaient d'une certaine manière sous leur contrôle : soit ils nous invitaient dans une pièce à part (lorsque la configuration du domicile le permettait), soit ils nous installaient en présence d'autres membres de l'entourage. En tant qu'hôtes, ils restaient le plus souvent en notre compagnie. Dans ce contexte, le fait que nous demandions à nous entretenir avec un autre parent ou avec l'enfant pouvait être difficilement compréhensible et justifiable⁹. Cela s'apparentait à une remise en cause du rôle prééminent pris par notre hôte. Certains maris ne laissaient pas leur épouse prendre la parole, certains parents ne laissaient pas leurs enfants s'exprimer. Privilégier les entretiens avec les enfants pouvait être perçu comme dévalorisant : une négation du fait que le savoir des adultes prévaut sur celui des enfants. Faire des entretiens avec les enfants paraissait à beaucoup inutile, car, selon de nombreux parents, ils n'avaient pas grand-chose à nous dire. Nos hôtes pouvaient aussi craindre d'être contredits par d'autres versions du récit, d'autant que nous risquions de toucher, sans le savoir, des points conflictuels dans les relations familiales. Enfin, il est possible que certains de nos interlocuteurs aient craint de perdre la main sur des relations dont ils espéraient tirer certains avantages. Dans certains quartiers où nous suivions des enfants, notamment, nos visites attiraient quelques jalousies entre voisins. Des femmes venaient spontanément se joindre aux entretiens et tentaient de nous montrer leurs enfants, espérant que nous nous intéresserions à leurs cas.

Nous sommes finalement parvenus à obtenir au minimum deux « points de vue¹⁰ » pour chaque trajectoire étudiée, qu'il s'agisse de deux parents ou d'un parent et d'un enfant. Nous nous sommes entretenus avec les enfants dont l'âge le permettait, avec au moins l'un des parents de l'enfant, parfois avec ses oncles ou tantes, ou encore, avec ses grands-parents. Sachant que nous faisons l'hypothèse que les grand-mères maternelles et paternelles jouaient un rôle important, nous avons cherché à rencontrer les grand-mères. En réponse à nos demandes répétées, nous obtenions l'accord vague de nos référents, mais ces rencontres

⁹ Nous expliquions, par exemple, que nous souhaitions nous entretenir avec tel parent car il avait accompagné l'enfant à l'hôpital, discuter avec l'enfant pour savoir ce que lui pensait des soins reçus dans les structures sanitaires, ou rencontrer un parent âgé car celui-ci devait détenir des savoirs particuliers concernant les soins traditionnels.

¹⁰ Sachant que pour certaines familles, notre hôte était présent pour tous les entretiens, la possibilité que d'autres « points de vue » aient été exprimés est à relativiser.

n'étaient finalement jamais possibles. Il apparaissait clair que nos interlocuteurs n'étaient pas favorables à cette démarche. Nous pouvons avancer au moins trois hypothèses expliquant ces refus : ce type de demande était délicat du fait des normes socioculturelles régissant les relations entre générations (1), nos interlocuteurs n'étaient pas prêts à faire d'efforts pour un projet vis-à-vis duquel ils restaient dubitatifs (2), et enfin, les grand-mères étaient précisément les personnes qu'ils souhaitaient tenir à distance car celles-ci étaient en décalage avec les explications qu'ils souhaitaient nous communiquer (3). Au regard des données recueillies par ailleurs, cette troisième hypothèse est tout à fait vraisemblable.

Enquêter les maladies de l'enfance chez des grand-mères *haalpulaaren*

Un dernier volet d'enquête a été mené auprès d'une dizaine de grand-mères *haalpulaaren*¹¹, de février à juin 2012, auprès desquelles nous avons cherché à mener deux entretiens successifs, à quelques semaines d'intervalle. Au total, une vingtaine d'entretiens ont été réalisés dans ce cadre. Ces grand-mères avaient toutes des petits-enfants, mais n'appartenaient pas à une même génération, leurs âges variant d'une cinquantaine d'années à plus de 80 ans. Ayant vécu des décennies où l'exode rural était massif, elles avaient toutes en commun d'avoir passé une partie de leur vie « au village », dans la vallée du fleuve Sénégal, avant de s'être installées à Nouakchott.

L'objectif principal de ces entretiens était d'étudier les « entités nosologiques populaires » (Jaffré & Olivier de Sardan, 1999) et leurs traitements domestiques. Dans un premier temps, nous demandions aux grand-mères de nous énumérer les maladies qui touchaient les enfants (*ñabulli sukaabe*) puis, nous les interpellions à propos de maladies dont nous avions relevé les noms par ailleurs. Après une première série d'entretiens, nous avons listé une vingtaine de « maladies¹² » les plus évoquées, puis complété avec une seconde série d'entretiens, questionnant chacune des grand-mères sur chacune des maladies listées. De plus, nous cherchions des éléments s'agissant du rôle et de l'influence des grand-mères dans les soins de leurs petits-enfants. À cet effet, nous avons intégré des questions concernant l'alimentation, la prévention des maladies et les recours aux soins des enfants. *A priori*, ce volet d'étude me paraissait être le plus difficile à réaliser, car il concernait des catégories *pulaar* qui m'étaient totalement obscures au début de l'enquête. Cependant, du point de vue des relations d'enquête, ces entretiens furent les plus aisés. Les grand-mères étaient les plus disponibles de

¹¹ Voir leurs profils en annexes.

¹² Parmi les maladies (*ñaw*) désignées par nos interlocuteurs, certaines entraient clairement dans la définition d'« entités nosologiques populaires », d'autres relevaient simplement d'une désignation de symptômes, tel que « *reddu musuure* » (maux de ventre) ou « *dojjo* » (la toux).

nos interlocuteurs. Peu méfiantes, elles ne nourrissaient pas d'attentes criantes à notre égard, bien qu'il leur soit arrivé de réclamer, avec humour, leur dû de « médicaments¹³».

« C'est vous vous avez beaucoup fait pour les gens, vous avez beaucoup aidé les gens. Toi aussi ce que tu cherches là, c'est bon aussi. Toi aussi si tu reviens il faut faire un grand dispensaire. Comme ça tu amènes toujours des médicaments si j'en ai envie. [...] Et les gens comme toi qui viennent aider les gens c'est bien. Si quelqu'un te fait quelque chose que tu ne peux pas faire pour toi-même, tu ne peux que dire merci. Que Dieu t'aide. » (Neene L.)

Le contexte d'entretiens s'inscrivait en conformité de modèles sociaux où les personnes âgées détiennent les savoirs « traditionnels¹⁴ » et promulguent leurs conseils. De fait, les grand-mères âgées se faisaient volontiers porte-parole du savoir des anciens, commençant spontanément leurs phrases par « *mawbe hanki* » (les vieux d'hier) et « *ndeen* » (autrefois). Cette prise de parole leur permettait, en quelque sorte, d'affirmer la valeur de leurs savoirs et leur identité en référence à un ordre « traditionnel » qui leur serait favorable, tandis qu'elles se plaignaient de ne pas être entendues par leurs filles et leurs belles-filles. Le fait qu'une « toubab » soit attentive à leurs propos attestait de la valeur des savoirs « ancestraux », face aux limites de la biomédecine. Cependant, conscientes du hiatus qui devait exister entre ma culture et certaines de leurs conceptions de la santé et des maladies, les grand-mères n'hésitaient pas à recourir à des justifications territorialisées. Par exemple, certaines ont expliqué que la mauvaise langue et le mauvais œil (*hunuko e yitere*) nécessitent que l'on protège les enfants en Afrique, mais sont méconnus en France où les gens, qui travaillent, n'ont pas le temps de s'observer et de parler les uns des autres. Aucune grand-mère ne se cantonnait au seul registre des « savoirs ancestraux » : toutes intégraient des noms de maladies ou de médicaments issus de la biomédecine, toutes désignaient des maladies pour lesquelles elles recommandaient le recours à l'hôpital.

Avec les grand-mères les plus « jeunes », le contexte relationnel était néanmoins plus délicat. D'une part, elles semblaient parfois gênées d'être prises comme détentrices des savoirs traditionnels. L'une, malgré la richesse de ses descriptions, ne se sentait pas encore légitime pour prendre la parole. À plusieurs reprises, elle nous dit que sa grand-tante, plus âgée de vingt ans, en savait plus qu'elle. D'autre part, les plus jeunes semblaient davantage dubitatives s'agissant de notre intérêt pour les savoirs « traditionnels ». Comparablement aux parents d'enfants malades, elles manifestaient certaines craintes d'être discréditées lorsqu'elles énonçaient des conceptions impliquant des forces invisibles : « *vous les européens*

¹³ Il est courant que les vieux, en milieu *pulaar*, réclament des médicaments dans leur entourage et à leurs visiteurs, se faisant notamment offrir diverses boîtes d'antalgiques. Cependant, la demande « de médicaments » est utilisée de manière métonymique pour demander de l'argent.

¹⁴ Au sens anthropologique, il s'agit d'une construction sociale de la « tradition », registre sur lequel nous nous appuyons pour réaliser les entretiens. Cette construction porte à la fois sur le contenu de savoirs « ancestraux », qui auraient été « transmis », et sur des modèles de relations sociales perçus comme statiques (l'opposition entre générations étant ainsi construite comme nouvellement introduite par la modernité).

vous dites que l'on est superstitieux, on n'est pas superstitieux... », nous a dit l'une d'entre elles. Enfin, deux grand-mères jeunes, habituées des hôpitaux, maîtrisant parfaitement le français, ne connaissaient qu'approximativement les « *entités nosologiques populaires* ». Elles décrivaient ces savoirs avec distance, « *j'ai déjà vu des vieux qui...* », ne souhaitant pas y être associées. Au reste, la diversité du positionnement des grand-mères vis-à-vis des savoirs « traditionnels » et de la biomédecine est significative. Malgré l'option méthodologique que nous avons prise de jouer sur ce registre, il serait naïf de les considérer, au pied de la lettre, comme simples détentrices de savoirs « ancestraux ».

I-2-2 Rassemblement, analyse et synthèse des données

Notes d'observations en pédiatrie

Durant toute la période d'observation à l'hôpital, une prise de notes minutieuse a été menée. Pour chaque séance d'observation de quelques heures, un temps au moins équivalent était employé à transcrire sous forme de descriptions, à partir des notes, les propos tenus et les situations observées. Le passage par la description ethnographique a quelque chose de laborieux, notamment car elle vise, contrairement à la description littéraire, à se départir de colorations subjectives.

« Pour l'anthropologue, décrire n'est donc ni tout voir, ni tout nommer, ni tout relier. Son discours se situe cependant à l'inverse des pratiques communes, où décrire consiste très largement à "ramener à soi", et où connaître signifie avant tout reconnaître. À cet égard, la description ethnographique se présente sous les auspices d'un dessaisissement et d'une errance organisée. » (Jaffré, 2003 : 12)

Une grande part des descriptions accumulées à l'issue de cette phase d'enquête constituait un matériel épars du type carnet de terrain. Ces éléments, peu faciles à exploiter directement, permettent d'illustrer et d'appuyer des descriptions générales sur le fonctionnement de l'hôpital, sur l'organisation des prises en charge. Cependant, l'observation systématisée de situations de soins (ponctions, injections, changement de pansements, aspiration des voies aériennes supérieures, gavage des nouveau-nés prématurés) a permis de réunir des descriptions par dizaines, comparables entre elles. Ces descriptions concentraient, sur des gestes et des temps circonscrits, des détails de réalisation techniques et relationnels.

L'ensemble des notes issues de l'enquête en services de pédiatrie ont ensuite été introduites et triées à l'aide du logiciel QSR NVivo 10, afin de faciliter leur comparaison et de les retrouver rapidement. Concernant les autres phases d'enquête (sur l'offre de soin en ville, dans les familles d'enfants malades, auprès des grand-mères *haalpulaaren*), un mode de recueil moins chronophage a été utilisé. Seules des notes générales et des éléments de recension ont été

relevés directement sur un carnet de terrain, sans être systématiquement dactylographiées. Les principaux matériaux issus de ces enquêtes sont en effet les enregistrements d'entretiens.

Traiter les données des entretiens

La plupart des entretiens, enregistrés par dictaphone ont été retranscrits (entretiens avec les marabouts et guérisseurs, entretiens avec les enfants et leurs parents, entretiens avec les grand-mères), soit une centaine d'entretiens au total. Une vingtaine d'autres entretiens avec des parents n'ont fait l'objet que d'une retranscription partielle : les expressions jugées les plus significatives ont été retranscrites, tandis que les diverses informations, plus éparées, ont été prises en notes. Il importe de préciser que les « verbatims » recueillis et cités n'ont pas tous le même rapport avec l'énoncé d'origine. Certains correspondent à une retranscription directe de propos recueillis en français, tandis que d'autres correspondent à des transcriptions de traductions du hassanya, *pulaar* ou wolof vers le français. Certains entretiens mêlent plusieurs langues, et génèrent ces deux niveaux de « verbatim ». S'agissant de la justesse des informations, la traduction produit une certaine déperdition, qui oblige, sur les aspects centraux de l'enquête, à retravailler le contenu des termes « émiques » (Olivier de Sardan, 1998). Le fait de pouvoir croiser les informations recueillies dans les différentes langues maternelles avec celles d'entretiens réalisés en français est intéressant, permettant de considérer comment certains termes sont spontanément traduits par nos interlocuteurs.

Toutes les retranscriptions ont été téléchargées sur le logiciel NVivo, dont la version 10 a été utilisée. Ce logiciel permet d'aider considérablement l'analyse thématique des entretiens, qui sinon nécessite de nombreuses séances de copier-coller, le plus souvent trop fastidieuses pour être systématiquement réalisées. Après avoir créé un « thésaurus » sous forme d'arborescence à trois niveaux, nous avons codé l'ensemble de nos fichiers d'entretien, ainsi que les données d'observations, autour des aspects problématiques que nous souhaitions analyser. Le travail d'encodage systématique produit essentiellement un triage des informations. De surcroît, il permet un certain détachement des impressions subjectives issues de l'enquête de terrain, pousse à reconsidérer certains constats et fait apparaître d'autres éléments significatifs. Bien qu'il s'agisse d'un logiciel d'analyse qualitative, NVivo quantifie les encodages, permettant de réajuster l'appréciation de l'importance de certains aspects, de certaines occurrences. Au moment de l'écriture, il devient aisé de retrouver les éléments, mémorisés (ou non), ce qui constitue un gain de temps considérable. À l'issue de ce travail d'analyse, nous considérons donc qu'un tel outil trouve pertinence dans le cadre d'une étude en anthropologie, permettant de faire avancer l'analyse et de contribuer à la rigueur du qualitatif (Olivier de Sardan, 2008).

Reconstituer les trajectoires par des récits

Afin de rendre exploitables les matériaux concernant les trajectoires d'enfants malades, nous avons choisi de rendre compte des plus riches et complètes au travers de récits détaillés en quelques pages¹⁵. Agglomérant des données polymorphes - extraits d'entretiens, notes d'observations, extraits de dossiers médicaux – ces récits fournissent la base d'une étude « par cas » (Passeron & Revel, 2005). Selon Olivier de Sardan, l'étude de cas constitue « *une combinaison particulièrement fructueuse* », permettant de faire converger différents types de données « *autour d'une séquence sociale unique, circonscrite dans l'espace ou le temps* » (1997). Les trajectoires sont ainsi restituées dans leur singularité, retraçant les conjugaisons des facteurs contextuels et intersubjectifs, rendant compte de la part d'aléas et d'imprévisibilité de leur déroulement.

Mettre en récit un ensemble de données ethnographiques ne va pas sans questionnements méthodologiques. La narration produit inévitablement des biais de transformation des matériaux « bruts ». La mise en récit, comme toutes les formes textuelles en anthropologie, est un compromis entre la fidélité au terrain et l'obligation de rendre la narration compréhensible. Ce type de récit suppose une sélection des éléments jugés significatifs par rapport au projet de recherche. En ce sens, la narration suppose un risque notamment relevé par Jean-Claude Passeron à propos des récits biographiques, qui est de rendre pertinente toute information par rapport à l'intrigue : « *tout semble pertinent parce que tout est senti comme métonymique* » (1990 : 6). La mise en récits des trajectoires d'enfants malades nous a posé une difficulté majeure, qui était d'articuler des éléments issus de plusieurs points de vue (de l'enfant et des membres de son entourage, des professionnels de santé et des enquêteurs). Cela nécessitait de rendre discernable, autant que possible, ces différentes voix. Aux côtés de la narration, nous avons intégré des extraits d'entretiens, au discours direct ou indirect, tout en essayant d'explicitier le positionnement de chacun. Les récits de trajectoires impliquent des mises en forme spécifiques différentes de la manière dont les événements vécus nous ont été racontés. Il s'agit de reconstitutions intersubjectives visant à rendre compréhensible le réel de nos interlocuteurs. La reconstitution par le récit induit notamment des transformations liées à la « *refiguration de l'expérience temporelle phénoménologique* » (Ricœur, 1985). Rares sont les parents qui ont situé leurs propos par rapport à des dates, ou en faisant référence à l'âge de l'enfant. Temporellement, leurs propos étaient plutôt situés, peu précisément, par rapport aux saisons et aux fêtes religieuses (pendant l'hivernage, à la fin du mois de ramadan,...) et par rapport au développement de l'enfant (ses premières dents étaient sorties, il commençait à se mettre debout,...). En perspective de la reconstitution des trajectoires, nous n'avons cessé de rechercher des repères temporels datés, incitant nos

¹⁵ Les récits détaillés des trajectoires de maladie de douze enfants (Abdoulaye, Abou, Aïchetou, Aly, Amoudou, Cheikh, Magatte, Moussa, Rametoulaye, Salma, Seydou et Sidi) sont présentés au fil des chapitres.

interlocuteurs à se les remémorer, cherchant à les relever dans les dossiers médicaux ou sur les ordonnances. Nos récits de trajectoires sont donc référés au calendrier, alors que les propos des parents l'étaient très peu. Ces reconstitutions temporelles - indispensables afin de recouper et clarifier l'ordre de succession des différents recours - traduisent mal les temporalités subjectives des parents s'agissant du déroulement des événements. Plus largement, gardons à l'esprit que les récits n'étaient énoncés ni spontanément, ni d'une seule traite. Nous nous y sommes repris plusieurs fois, éclaircissant petit à petit différents aspects. Les entretiens s'étant déroulés à intervalles variés, le point de vue de nos interlocuteurs pouvait avoir évolué d'une fois sur l'autre. Tout en rendant compte de certaines évolutions des propos, nous étions contraints d'apporter des simplifications. Cependant, nous avons évité de forcer la cohérence des récits, renonçant à « élucider » totalement les points vagues, à trancher les propos équivoques ou contradictoires. Des points confus tenaient en particulier aux hésitations de nos interlocuteurs s'agissant de l'interprétation de la maladie. Pour un même enfant malade, nous devons composer, par exemple, avec différentes nominations de la maladie, y compris chez un même interlocuteur. Ces différentes nominations recouvraient des périmètres de symptomatologie variés, posant la problématique cruciale de l'unicité de la trajectoire étudiée.

I-2-3 Autour d'une trajectoire de maladie : pistes de travail

Afin d'introduire les angles de questionnement composant notre objet d'étude, nous proposons de présenter une trajectoire de maladie, celle de la petite Aïchetou. Il s'agit d'un enfant dont le décès, à six mois, est enregistré sous la cause médicale d'une diarrhée, la troisième cause de mortalité chez l'enfant de moins de cinq ans en Mauritanie (OMS, 2012). Au-delà de cette cause identifiée, l'analyse qualitative de la trajectoire de maladie permet de considérer l'agencement de multiples facteurs qui font qu'une maladie le plus souvent commune et bénigne peut entraîner la mort, en lien avec des problématiques d'accès à des soins adaptés. Dans le sillage des travaux de Yannick Jaffré sur la mortalité maternelle (2009), il s'agit de considérer les éléments apparemment mineurs ou anecdotiques qui participent à entraîner un décès.

« Il ne s'agit pas ici de dépeindre une sorte de tableau des erreurs et des regrets. Cela serait sans intérêts. En revanche, ces descriptions soulignent combien les "variables" explicatives des décès sont "ouvertes" et difficilement codifiables. Elles ne sont pas "codées" dans des questionnaires quantitatifs. De ce fait, elles ne sont pas identifiées par les enquêtes épidémiologiques et n'entrent pas dans la réflexion sur l'amélioration des prises en charge. » (Jaffré, 2009 : 22)

L'exemple d'Aïchetou, selon cette approche, peut être interprété comme une succession de contraintes et de décisions défavorables, une accumulation de désengagements, de l'environnement familial à la prise en charge hospitalière. L'exemple permet d'ouvrir un autre regard sur l'accès aux soins : Aïchetou a certes accédé à des soins hospitaliers mais les interruptions, contretemps et faiblesses de sa prise en charge ont joué en sa défaveur.

Trajectoire d'Aïchetou, 6 mois

Jeune femme maure de 29 ans, la mère d'Aïchetou a donné naissance à trois enfants, Malik, âgé de 9 ans, Teslem, aujourd'hui âgée de 3 ans et Aïchetou, son troisième enfant. Après avoir vécu dans une chambre louée par le père de ses deux filles, la mère d'Aïchetou a divorcé et est retournée vivre dans la concession familiale, avec sa mère et ses sœurs, au Ksar. Le logement, construit en béton, sans meubles, est sale et mal entretenu : les murs sont crasseux, la vaisselle et les vêtements sales jonchent le sol, l'odeur est désagréable. Malgré ce dénuement, les enfants possèdent quelques jouets, entassés dans un coin.

Aïchetou est née à l'hôpital Mère-enfant, l'hôpital public le plus proche de leur habitation. Vers 5 mois, elle a commencé à souffrir de diarrhées, c'était le début du ramadan, au début du mois d'août 2011. Sa mère l'a d'abord conduite chez un marabout, qui consulte chez lui, au 1^{er}, non loin de leur domicile. Ce marabout est un homme wolof, qui soigne mais reçoit également beaucoup de femmes pour leurs « histoires de maris ». La mère d'Aïchetou nous dit qu'il s'agit d'un marabout réputé, très sollicité, notamment connu pour soigner les dents, qu'il guérit « en suçant le sang de la dent ». Il soigne avec des plantes, attache des gris-gris. La mère d'Aïchetou est d'abord venue le voir car, au départ, elle craignait que la maladie ne soit le fait d'un djinn qui suçait le sang d'Aïchetou. Mais le marabout lui a dit que son ventre était pur, qu'elle n'était pas ensorcelée. Il a dit qu'elle avait tout simplement le palais qui tombe, ce qui provoque des diarrhées et des vomissements. Ainsi a-t-il écarté la crainte principale que l'enfant ait été envoûté. Il lui a donné un collier au niveau du cou et un autre à attacher autour de la taille. Suite à cette consultation, la mère a constaté une amélioration de l'état de santé d'Aïchetou.

Mais, peu après, les diarrhées ont repris, et la mère d'Aïchetou a décidé de conduire sa fille à l'Hôpital national, à une vingtaine de minutes en taxi de chez elle, où elle a été hospitalisée. Là-bas, ils lui ont fait des analyses, lui ont donné des médicaments, notamment des injections d'anti-vomitif. La santé d'Aïchetou s'est améliorée. Mais, sa mère se sentait seule, elle n'avait personne pour l'aider, pour la remplacer, elle veillait le soir et la journée, ne dormait pas. Seul le père de l'enfant venait régulièrement pour régler les ordonnances. Aussi, après quatre jours d'hospitalisation, sa mère fait sortir Aïchetou contre avis médical, pour pouvoir rentrer chez elle. Les médecins ne voulaient pas qu'elle parte, mais elle a vu que la santé d'Aïchetou commençait à s'améliorer, elle l'a vue sourire, et a décidé de rentrer. Elle a appelé son ex-mari qui est venu la chercher et l'a reconduite chez elle.

De retour à domicile, plusieurs jours se sont écoulés. Vers la fin du ramadan, la diarrhée a repris. Lorsqu'elle a remarqué les mêmes symptômes, la mère d'Aïchetou a décidé d'emmener sa fille à l'hôpital Mère-enfant. Pourtant, elle ne souhaitait pas retourner à l'hôpital Mère-enfant, et son ex-mari non plus. Lors du mois de ramadan de l'année précédente, elle avait amené sa première fille

Teslem, son mari avait demandé à un médecin qu'il l'ausculte et il avait répondu qu'il n'avait pas le temps, qu'il rentrait chez lui rompre le jeûne. Elle souhaitait ne plus y retourner, mais a finalement insisté auprès de son ex-mari pour qu'il l'accompagne là-bas, trop inquiète de la maladie d'Aïchetou. Le 31 août, Aïchetou est hospitalisée à l'hôpital Mère-enfant, avec, pour motif d'admission, diarrhée avec déshydratation sévère. L'enfant ne pèse alors que quatre kilos. Aïchetou, raconte sa mère, a été mise « *sous perfusion et recevait en traitement un liquide jaune* ». Au fil de l'hospitalisation, le traitement est changé à plusieurs reprises, mais la diarrhée persiste. Les médecins orientent vers l'Hôpital national pour faire une radio du thorax. Là, le médecin a remarqué une petite tâche au niveau de ses poumons, mais « *il n'a pas pu savoir de quoi il s'agissait vraiment* », poursuit sa mère. À l'hôpital Mère-enfant, le père d'Aïchetou venait, donnait de quoi acheter les médicaments et les repas du midi et du soir. Sa mère dit qu'elle se sentait abandonnée à elle-même, car sa famille ne venait pas à son soutien, ne lui a jamais rendu visite. Seule sa tante maternelle et ses belles-sœurs sont venues, mais seulement pour saluer : elles ne lui ont rien donné pour aider à supporter les frais. Pendant ce temps, ses deux aînés étaient gardés par ses beaux-parents.

À l'hôpital Mère-enfant, la mère d'Aïchetou se montre loquace et extravertie avec les autres parents de la chambre. Critiquant le système hospitalier à tout va, elle dit qu'elle est venue à l'hôpital Mère-enfant car les choses se sont mal passées à l'Hôpital national, mais qu'ici, ce n'est pas mieux ! Elle montre le sol sale, se moque des médecins ; les imite marchant nonchalamment dans la chambre, remplissant les ordonnances sans ausculter l'enfant. Pour aller acheter les médicaments, elle envoie son fils aîné. C'est également lui qui se débrouille pour laver le biberon d'Aïchetou, avec de la lessive sous un robinet situé derrière le bâtiment. Elle explique que personne de sa famille n'est là car : « *ils ont peur de l'hôpital* ». L'un des docteurs évoque la nécessité de transférer Aïchetou à l'Hôpital national, mais cela n'est pas fait. Un matin, une semaine après le début de l'hospitalisation, sa mère remarque que le ventre d'Aïchetou est ballonné, et qu'une substance jaune sort de sa bouche. Aïchetou avait aussi de l'asthme, précise-t-elle. Selon elle, l'injection d'anti-diarrhéique a provoqué une constipation. Cependant, d'après le dossier médical, Aïchetou souffre toujours de diarrhées. Le médecin remarque que le ventre d'Aïchetou est ballonné, lui prescrit un électrocardiogramme. L'électrocardiogramme ne sera jamais fait, car Aïchetou décède en fin de matinée, dans les bras de sa mère.

Sa mère pense qu'Aïchetou est peut-être morte à cause des anti-diarrhéiques, qui avaient provoqué des ballonnements, ce qui est délicat, dangereux. Lorsqu'elle a remarqué les ballonnements, elle voulait amener Aïchetou chez un marabout, mais elle n'a pas eu le temps, car dit-elle « *la mort avait déjà pris ses droits sur l'enfant* ». Face à ce décès, sa mère évoque le destin, mais dit aussi qu'elle aurait dû ne pas quitter l'Hôpital national, continuer le traitement jusqu'au bout. Elle ajoute que la mort est quelque chose d'inéluctable, que tout le monde est appelé à mourir, c'est pourquoi elle prend les choses avec philosophie. Pour régler les coûts des soins et supporter les frais d'hospitalisation, la mère d'Aïchetou a puisé dans ses économies, dont il ne lui reste plus rien. Elle a gardé le dossier médical de l'hôpital Mère-enfant, qui contient des ordonnances d'analyses sanguines et les radios, mais pas de résultats : elle dit qu'elle les a jetés. Le nom du médecin qui a suivi l'enfant n'est pas indiqué, mais elle nous dit le nom de ce docteur, jugeant que celui-ci s'est bien occupé de son enfant, qu'il est très compétent, « *mach Allah* ». Elle ajoute qu'elle croyait qu'Aïchetou allait guérir, car le docteur voulait la faire sortir, et que c'est elle qui avait préféré rester, pour faire un bilan

et se rassurer. Grâce au docteur qui suivait Aïchetou, son état s'était amélioré, précise-t-elle. Elle ajoute que l'enfant d'une autre femme, un nouveau-né jumeau qui était hospitalisé dans la même chambre, est également décédé sous ses yeux ; elle renchérit que les enfants qui vont à l'hôpital Mère-enfant souvent décèdent, que c'est devenu un cimetière, que ce n'était pas un bâtiment qui était prévu pour faire un hôpital.

Les choix successifs de recours : des décisions aux ressorts complexes

Marabout wolof → Hôpital national → hôpital Mère-enfant

Les soins de santé de base étaient *a priori* accessibles pour Aïchetou, qui habite à proximité d'un centre de santé et de l'hôpital Mère-enfant, et dont la mère possède quelques économies. Cependant, dès les premiers signes de la maladie, l'inquiétude de sa mère concernait la nature de la maladie, sachant que les diarrhées qui persistent – et résistent aux traitements – sont parfois considérées comme étant provoquées par la présence de « diables » dans le ventre. Moussa le marabout la rassure, diagnostiquant une maladie considérée banale et fréquente en milieu maure. Ainsi, plusieurs jours durant, Aïchetou ne reçoit aucun traitement médicamenteux. Lorsque l'état d'Aïchetou s'aggrave, sa mère décide de se rendre directement à l'Hôpital national. Il est probable que, du fait de son divorce, elle ait eu davantage de difficultés à mobiliser le père d'Aïchetou pour qu'il assure les coûts d'un recours hospitalier, n'ayant pu le convaincre que face à une maladie aggravée. Celui-ci, en effet, ne subvient qu'irrégulièrement aux besoins de ses enfants, alors que le droit musulman l'oblige, en principe, à un soutien régulier. Travaillant comme journalier, ses revenus sont modestes et irréguliers. Le premier recours au système de santé est donc un recours tardif et coûteux, se faisant directement à l'échelon supérieur de l'hôpital. Suite à une nouvelle aggravation de l'état d'Aïchetou, sa mère se rend à l'hôpital Mère-enfant. Elle évite l'Hôpital national, dont elle garde un mauvais souvenir, et au sein duquel un retour suite à une sortie contre avis médical ferait très probablement l'objet de réprobations. Entre ces différents recours, sa mère dit que quelques jours se sont écoulés : il s'agit plutôt de quelques semaines, la maladie d'Aïchetou s'étant manifestée tout au long du mois de Ramadan. Enfin, notons que peu avant le décès, sa mère, face à une constipation jugée « dangereuse », non reconnue par les médecins de l'hôpital, avait l'intention de retourner consulter un marabout.

En parallèle de cet itinéraire décrit avec la maladie d'Aïchetou, il est intéressant de comparer les choix de recours opérés par sa mère lorsqu'elle se trouve confrontée à d'autres maladies de ses enfants. Notamment, peu après le décès d'Aïchetou, Malik, son fils de neuf ans, se blesse à la main, tombant sur un arbre épineux alors qu'il joue, dans la rue, avec ses amis. Les amies de sa grand-mère lui mettent une pommade sur la main, mais une grosse épine reste plantée. Sa mère dit que le lendemain, la plaie était infectée. Malik, fiévreux, montre sa main à sa grand-mère, qui presse la plaie, en fait sortir du pus. Suite à cela, la main enfle de plus en

plus. Teslem l'envoie chez Moussa le marabout, qui lui attache une cordelette au poignet. En revenant, Malik raconte qu'il criait tellement il avait mal, que la douleur n'avait pas diminué. La nuit suivante, il ne peut pas dormir, il tourne et retourne les coussins, sort pour pleurer dehors. Il souffre tellement qu'il marche sur ses parents, leur donne des coups de pieds. Le lendemain, très tôt, sa mère le conduit à l'Hôpital national. Malik raconte qu'on lui a fait une prise de sang, pour l'analyse, qu'on l'a perfusé, puis anesthésié et emmené pour l'opérer.

Pommade des amies de la grand-mère → marabout wolof → Hôpital national

Pour cette affection très différente de celle dont souffrait Aïchetou, sa mère décrit un même itinéraire, bien que précipité par les plaintes insistantes de Malik. De même que pour Aïchetou, on remarque un délai initial au premier recours manifestement minimisé par sa mère (donc, difficile à évaluer), le passage préalable par Moussa le marabout, puis un recours à l'Hôpital national en situation d'urgence et nécessitant une intervention coûteuse.



Photo 1 : Main de Malik, cordon du marabout et pansement de l'hôpital, Ksar

Cependant, cette succession de recours n'est pas un schéma systématiquement mis en œuvre par la mère, comme nous le constatons avec l'exemple d'un épisode de difficultés respiratoires dont a souffert Teslem, une année après le décès de sa petite sœur Aïchetou. Lorsqu'elle a remarqué les difficultés respiratoires de Teslem, sa mère a identifié une maladie nommée « *Digha*¹⁶ », et a conduit sa fille au dispensaire le plus proche de chez elle, considérant que cette maladie ne peut être soignée qu'avec la médecine moderne.

Au travers de l'exemple des choix de recours de la mère d'Aïchetou à l'occasion des problèmes de santé de ses enfants, nous pouvons illustrer la complexité des facteurs orientant vers tels ou tels recours. Nous aurons l'occasion de revenir, au fil des chapitres, sur ces faisceaux d'interprétations, d'habitudes et de contraintes qui permettent de comprendre,

¹⁶ Cette maladie, qui désigne des difficultés respiratoires, est le plus souvent traduite par « asthme » (Taleb, 2007)

au singulier, les recours aux soins des familles. Remarquons la double propension de la mère à privilégier, dans un premier temps, les recours informels (soins domestiques, automédication, marabout-guérisseur) et, en cas de nécessité perçue, le recours au système de santé, de préférence direct à l'hôpital. Plus largement, l'exemple d'Aïchetou permet d'introduire, d'ores et déjà, différents aspects permettant d'analyser les recours aux soins des familles nouakchottoises. Les contraintes géographiques et économiques ne sont pas neutres : alors que la mère a les moyens de se rendre seule chez Moussa le marabout, elle doit solliciter le père d'Aïchetou pour qu'il les emmène à l'Hôpital national, préservant ainsi, pour un temps, ses maigres économies. Cependant, les contournements du centre de santé et de l'hôpital Mère-enfant, s'ils sont compréhensibles *a posteriori*, étaient imprédictibles à partir de ces seuls facteurs. Il faut, pour cela, comprendre comment les choix cristallisent l'histoire d'expériences thérapeutiques singulières, récentes et plus anciennes. Si la mère d'Aïchetou est familière de Moussa le marabout, c'est qu'elle le connaît pour avoir été sa voisine durant plusieurs années, ayant observé combien il était sollicité et réputé. Lorsqu'elle se rend à l'Hôpital national plutôt qu'à l'hôpital Mère-enfant proche de chez elle, cela s'explique par le fait qu'elle ait eu une mauvaise expérience dans ce second établissement, l'année passée. Enfin, lorsqu'elle retourne, dans un troisième temps, à l'hôpital Mère-enfant, c'est qu'elle sort tout juste d'une expérience conflictuelle à l'Hôpital national. Aux contraintes géographiques et économiques, aux expériences thérapeutiques singulières, il faut aussi ajouter l'importance des interprétations de la maladie, qui peuvent engager diverses options thérapeutiques. Ainsi, pour les problèmes respiratoires de Teslem, sa mère n'a aucune intention, cette fois, de solliciter Moussa le marabout, considérant que seule la médecine moderne est à même de traiter cette affection.

Manque de soutien familial et difficultés dans la mise en œuvre des soins

Lors des hospitalisations d'Aïchetou, sa mère raconte avoir beaucoup souffert du manque de soutien de sa famille maternelle. Être accompagnant, dans les hôpitaux de Nouakchott comme dans les hôpitaux d'Afrique de l'Ouest en général, est particulièrement éprouvant : il faut assurer en permanence une présence et une surveillance de l'enfant malade, faire des allers-retours pour chercher les médicaments, porter les analyses et retirer les résultats. Il n'y a pas d'autres endroits où dormir que le lit de l'enfant malade et les accompagnants ne peuvent compter que sur leurs proches pour se procurer leurs repas. La souffrance de la mère d'Aïchetou est d'autant plus forte qu'en milieu maure, en cas de maladie, les obligations sociales envers les malades sont importantes. Dans ces moments, l'entourage réaffirme son soutien et son affection, se montre généreux, notamment par d'ostensibles dons alimentaires. À défaut, se retrouver seule à l'hôpital avec son enfant est douloureux et stigmatisant. Cela a notamment été analysé dans les services santé maternelle en Afrique de

l'Ouest (Ouattara *et al.*, 2009 ; Landry Faye, 2008). Autant de facteurs qui ont joué dans la décision de la mère de faire sortir Aïchetou contre avis médical.

À l'hôpital Mère-enfant, de nouveau, la mère d'Aïchetou se retrouve relativement seule, s'appuyant sur son fils de 9 ans, Malik, qui se charge d'acheter les médicaments et de laver les biberons, au sein d'infrastructures sanitaires qui ne facilitent pas l'hygiène. Elle excuse alors l'absence de ses proches : *« ils ont peur de l'hôpital »*. En réalité, le manque d'engagement de la famille est lié à des conflits familiaux de longue date. Bien qu'elle habite dans sa famille maternelle, la mère d'Aïchetou dit recevoir peu d'aide en général, car elle est en conflit avec sa mère, qui, dit-elle, la rejette, lui préférant ses jeunes sœurs. Selon elle, sa mère n'aimait pas son mari et cela s'est répercuté sur ses rapports avec ses petits-enfants. Elle est aussi en conflit avec ses sœurs. La cumulation de ces situations conflictuelles est à comprendre en rapport avec des troubles de santé mentale dont elle souffre. Il lui arrive d'avoir des crises de colère lors desquelles elle se bat avec sa mère et ses sœurs, les griffant au visage. Son frère et ses trois sœurs décrivent comment elle s'isole du reste de la famille : *« cela fait huit ans qu'elle ne mange plus dans le plat familial, elle se cache pour manger, elle ne participe plus aux activités familiales, même pas aux cérémonies. »* La mère d'Aïchetou reconnaît ses problèmes, dit qu'elle a des insomnies, qu'il lui arrive d'avoir des envies de tout casser et qu'elle a essayé de se faire soigner. Concernant Aïchetou, ses tantes et sa grand-mère disent avoir remarqué qu'elle n'était pas en bonne santé, et avoir demandé à sa mère de l'amener à l'hôpital, mais qu'elle ne les écoutait pas. *« Elle ne respecte pas l'autorité de ses parents, personne n'a d'emprise sur elle »*, dit une des tantes d'Aïchetou. Sachant qu'elle n'a pas écouté leurs conseils, qu'elle est d'abord allée consulter Moussa le marabout à leur l'insu, la famille n'a pas apporté son aide à la mère d'Aïchetou. *« Si elle nous avait écoutés »*, assure une tante, *« nous l'aurions aidée à payer l'hôpital »*.

Avec l'exemple d'Aïchetou, nous voyons comment le peu d'engagement et de soutien familial se conjugue aux dysfonctionnements hospitaliers, faisant avorter certaines options de la prise en charge. Une radio de poumon, qui révèle une tache, ne sera pas suivie d'examens complémentaires. Lors de l'hospitalisation à l'hôpital Mère-enfant, la nécessité d'un transfert à l'hôpital est évoquée, mais reste sans suite. Dans le dossier d'hospitalisation de l'hôpital Mère-enfant, nous retrouvons des ordonnances d'analyses mais pas de résultats : sa mère dit les avoir jetés, mais il est possible que ces analyses n'aient jamais été réalisées faute de moyens. Avec un autre appui de l'entourage, la mobilisation de moyens financiers plus importants, le déroulement de la prise en charge aurait probablement été différent. Dans le cas d'Aïchetou, compte-tenu des analyses n'ayant pas abouti (radio ne permettant pas de conclure, électrocardiogramme non réalisé), le diagnostic et la cause du décès ne sont pas clairement établis. Le cas d'Aïchetou n'étant pas exceptionnel, il y a là une zone d'approximation concernant plus généralement les statistiques des causes de décès.

Le soutien de l'entourage, nous l'envisageons avec l'exemple d'Aïchetou, n'est pas inconditionnel, mais plutôt soumis au bon vouloir des protagonistes. En ce sens, l'entourage peut à la fois être perçu comme une richesse, faisant levier pour optimiser la prise en charge de l'enfant, et comme source de failles faisant obstacle à l'accès aux soins. La mère d'Aïchetou n'a pas non plus de relations préalables avec des professionnels de santé sur lesquelles s'appuyer pour accéder aux soins. Cependant, extravertie, elle ose s'adresser aux médecins et se faire remarquer, ce qui provoque une communication mais aussi, un risque de conflits. Ce point nous paraît intéressant à creuser et nous serons attentifs aux diverses stratégies déployées par les familles pour accéder aux meilleurs soins, en fonction de ressources relationnelles variables.

Interprétations discordantes et conflits

Une autre voie d'interprétation de l'itinéraire thérapeutique d'Aïchetou est de considérer les représentations des maladies mises en question et, plus largement, les confrontations et conjugaisons de différents registres interprétatifs. Nous pouvons évoquer les dissonances entre la manière dont la mère se représente la maladie et ses traitements et les conceptions des professionnels de santé : décalages et incompréhensions jalonnent la trajectoire de maladie. La mère d'Aïchetou banalise la diarrhée de sa fille, ne percevant ni risque de déshydratation, ni la nécessité d'un recours au système de santé. À l'Hôpital national, elle a l'impression que sa fille va mieux, alors que les médecins contre-indiquent sa sortie. À l'hôpital Mère-enfant, elle s'inquiète que sa fille soit constipée tandis que le dossier mentionne une persistance de la diarrhée. Elle évoque même, suite au décès de sa fille, que la constipation est peut-être à l'origine du décès. Sa culture thérapeutique entre en dissonance avec celle des professionnels de santé. Elle ne s'inquiète pas des mêmes symptômes, ne se rassure pas des mêmes signes. Sa compréhension du traitement médical, superficielle, repose sur ce qu'elle peut en observer. Elle retient, par exemple, qu'« *ils lui ont donné en traitement un liquide jaune* », et juge la qualité des soins aux comportements et à l'apparente implication des professionnels de santé.

« Les docteurs ne passaient pas très souvent, lorsqu'ils passent le matin à 11h00, il faut ensuite attendre la visite le jour suivant. Lorsque que je leur disais qu'Aïchetou n'allait pas bien, ils disaient "ce n'est pas grave, ce n'est pas grave", rassuraient puis partaient. [...] Le docteur il restait toujours souriant et gardait son sang froid lorsque les parents s'énermaient, c'est le meilleur docteur de l'hôpital Mère-enfant. [...] Les infirmières ne s'occupaient pas toujours bien des enfants, parfois elles laissent les enfants avec la perfusion arrêtée, qui ne coule pas, et elles continuent de dormir, lorsqu'elles dormaient je leur demandais de venir, elles refusaient. » (Mère d'Aïchetou, entretien à domicile)

Dans l'entourage d'Aïchetou, plusieurs interprétations de la maladie contradictoires sont évoquées. Une des tantes, notamment, considère que les problèmes de santé d'Aïchetou

étaient liés aux mauvais soins que lui prodiguait sa mère. Elle cite, notamment, le fait qu'Aïchetou a respiré la fumée du hachich que consommait son père, supposant que cela a altéré sa santé. Elle révèle que sa mère, lorsqu'elle sortait, l'enfermait dans une chambre : la petite restait plusieurs heures dans une pièce chaude, sans téter ni boire. Elle indique que cela a probablement eu des conséquences sur la santé d'Aïchetou, mais que sa mère refusait de laisser l'enfant à sa grand-mère ou à ses tantes, par peur du mauvais œil. Elle craignait particulièrement le regard des amies qui rendaient visite à la grand-mère, prenant des précautions pour ne pas exposer Aïchetou aux regards d'étrangers. Protectrice et exclusive, elle tenait sa fille à distance des membres de sa famille. Après la mort d'Aïchetou, d'ailleurs, elle reporte toute son attention sur Teslem, ne « laissant personne la toucher ». Les interprétations de la maladie d'Aïchetou traduisent des lignes de conflit dans l'entourage. D'un côté, sa mère cherchait à la protéger du mauvais œil de son entourage, de l'autre, sa tante accuse les parents pour leurs mauvais soins. Cet environnement conflictuel, qui fait peser la crainte d'éventuelles « attaques », peut contribuer à expliquer que, dans un premier temps, la mère vérifie auprès du marabout la nature de la maladie. La coexistence de registres interprétatifs opposés dans l'entourage d'Aïchetou implique des désaccords sur les choix de recours. Ainsi, la grand-mère et les tantes réprouvent le recours auprès de Moussa le marabout. Une des tantes exprime sa peur pour « *ce genre de personne* », et indique que lorsque ses propres enfants sont malades, elle a pour habitude de les conduire directement à l'hôpital Mère-enfant. En s'opposant à l'interprétation de sa famille, sa mère inscrit l'itinéraire thérapeutique d'Aïchetou hors de leur portée, renchérissant le conflit familial.

« Nommer la maladie n'est pas uniquement un acte cognitif. Pour la mère, accepter une interprétation de la maladie de son enfant et un traitement, signifie aussi reconnaître une hiérarchie et marquer son appartenance à une famille ou à un groupe de "co-activité" » (Jaffré, 2006 : 411)

Aussi, nous comprenons que le recours au marabout constitue un affront vis-à-vis de l'entourage, qui se soldera malheureusement par son désengagement pour la suite de l'itinéraire thérapeutique de la petite Aïchetou. L'intrication des interprétations de la maladie et des relations dans l'entourage est complexe : nous y portons une attention particulière tout au long de ce travail.

CHAPITRE II : LES ENFANTS EN MILIEU *HAAL PULAAR*, SOINS QUOTIDIENS ET MALADIES

L'objet de ce chapitre est de décrire, en milieu *pulaar*, les environnements sociaux et culturels au sein desquels s'élaborent les trajectoires de maladie des enfants. Il s'agit de documenter la place des enfants dans les familles *pulaar*, les évolutions statutaires fonction de leurs âges et les rôles des différents membres de l'entourage s'agissant de leurs soins. L'attention est ensuite portée aux savoirs populaires relatifs à l'enfance : représentations de la santé ; prescriptions en termes de soins quotidiens, d'alimentation, et de protections contre les génies ; « entités nosologiques populaires » (Jaffré & Olivier de Sardan, 1999). Suite aux descriptions génériques des catégories *pulaar* des maladies de l'enfance, nous analysons les modalités de leur mobilisation en contexte de maladie. À ce titre, nous envisageons les contraintes et enjeux relatifs à la nomination des maladies au sein des familles. Cela nous mène à réfléchir aux conséquences sociales et à l'acceptabilité des maladies des enfants.

Nous centrer sur les environnements socioculturels *haalpulaaren* permet d'avoir une compréhension globale et horizontale des trajectoires de maladies. Les traits culturels qui s'y dessinent s'accommodent néanmoins d'une pluralité, au sein d'une société mauritanienne marquée par les influences interethniques et les changements d'une société en pleine évolution. Nous tentons donc de rendre compte des spécificités culturelles construisant les enfances en milieu *haal pulaar*, à l'appui de travaux portant sur la région du fleuve Sénégal (Wane, 1969 ; De Chassez 1982[1977] ; Ba, 1976 ; Tall, 1984 ; Diallo, 2004) et de données plus actuelles. Nous veillons à faire ressortir des points de comparaison avec la société maure, ainsi qu'avec d'autres sociétés voisines.

II-1 LES ENFANTS HAALPULAAREN EN FAMILLE

II-1-1 Enfants et système de parenté

Galle, unité familiale et de résidence de l'enfant

L'unité résidentielle qui définit traditionnellement le cadre de vie chez les *haalpulaaren* est la concession (*galle*), abritant une unité familiale élargie, plus étendue que la tente maure (*khaïma*). Au sein de chaque concession, se regroupent plusieurs foyers (*fooyre*) issus d'un même ascendant masculin. La famille *haal pulaar*, patrilinéaire, patrilocale et patriarcale, s'organise autour du lignage paternel (*leñol gorol*). Ce lignage représente le groupe de parenté le plus large organisé autour d'un ancêtre commun (*mawdo leñol*), fragmenté en plusieurs unités de résidence (*galle*). L'organisation traditionnelle du *galle*, sous l'autorité du maître de maison (*jom galle*), place l'enfant dans un système de relations particulièrement dense.

« L'enfant maure, bien qu'il ait des liens de parenté réels ou fictifs avec toutes les « tentes » du campement, établit cependant dès le départ des relations affectives privilégiées avec le couple de ses parents, père et mère [...] qui vivent dans une tente séparée comme tous les couples. Il n'en est pas de même du jeune Toucouleur qui grandit au sein de la concession paternelle avec oncles, tantes, cousins, cousines qui sont autant de pères, mères et sœurs selon les termes de la parenté classificatoire. Il semble donc enserré, dès son jeune âge dans un réseau de relations affectives d'autant plus rigide qu'il est dense et complexe. » (De Chassey, 1982[1977] : 218-19)

Sous la pression de l'exode rural, des évolutions économiques et monétaires, les modes de résidence évoluent. Depuis plusieurs décennies, l'émigration tend à disloquer l'organisation familiale, en dispersant les membres et en réduisant le groupe familial étendu (Diop, 1965). On assiste à un bouleversement des structures nuptiales et familiales, bien qu'en milieu rural, la résidence en famille élargie tend à se maintenir (Gonzalès, 1994). En milieu urbain, les nouvelles générations préfèrent, lorsqu'elles en ont les moyens, disposer d'un logement autonome. Les jeunes couples s'installent dans leurs propres foyers peu après leur mariage. La concession du père le plus âgé, *galle mawdo* (la grande maison) conserve une importance symbolique. Lieu de passage obligé pour les visites et les cérémonies, *galle mawdo* abrite les enfants non-mariés ou divorcés, les parents malades ou âgés dépendants, et offre l'hospitalité aux parents de passage. À Nouakchott, les « grandes maisons » accueillent notamment les parents du village en séjour pour quelques semaines ou mois, venus se soigner, commercer, ou fuir passagèrement la pauvreté de leur vie au village.

La tendance à la nucléarisation de l'unité de résidence ressort de notre corpus : la moitié des enfants que nous avons intégrés à l'étude habitent dans un logement autonome avec leurs parents, frères et sœurs, ce qui représente, en soi, un bouleversement des configurations familiales. Notons que cette nucléarisation est rarement stricte (Locoh, 2002), le ménage pouvant abriter, sur de longues périodes, un ou plusieurs parents en résidence, et notamment des enfants de la parentèle. Il serait aussi inexact de penser que le passage à l'unité de résidence restreinte implique de fait l'effacement de la famille élargie (Osmont, 1981). Bien que dispersée, celle-ci peut conserver ses prérogatives en termes de contrôle des mariages, d'organisation des cérémonies, et plus largement, en termes d'entraide et de solidarité. Les modes de résidence des autres enfants intégrés à l'étude s'avèrent très variés, reflétant la diversité et l'instabilité des formes familiales entraînées par le développement de l'économie marchande (Vimard, 1993). Un quart d'entre eux cohabitent avec des grands-parents, selon des motifs et configurations variés. Il s'agit notamment d'enfants dont la mère divorcée est retournée vivre chez ses parents (Aïchetou, Lebkhous), d'enfants dont l'un des parents, veuf, est retourné vivre chez ses parents (Ahmed, Mariem), ou encore d'enfants dont les parents entretiennent des ascendants dépendants (Amadou, Awa). Enfin, dans le contexte de difficultés économiques majeures en milieu urbain, on observe des « arrangements résidentiels » (Locoh, 2002) établis en marge des normes traditionnelles : Abdoulaye et Magatte vivent au sein de la concession de leurs grands-parents maternels, comme leurs pères n'ont ni parents en ville, ni moyens de doter leurs familles d'une résidence autonome. Autre évolution majeure, en lien avec les migrations pour raisons professionnelles, nombre de pères sont durablement absents de leur domicile (Gonzales, 1994). Leurs épouses se retrouvent dans des situations d'éducation monoparentales où elles endossent, au quotidien, le rôle de chef de famille. Phénomène que les démographes décrivent comme une tendance globale en Afrique de l'Ouest, l'évolution des modes de résidence et la précarisation des mariages s'accompagnent d'une augmentation du nombre de ménages où la mère est chef de famille (Vimard, 1993 ; Locoh, 2002). Nous avons rencontré ce type de configurations familiales, notamment chez Aly, Moussa, Seydou. Les modes résidentiels rencontrés, comparables à ceux observés dans les autres capitales africaines, s'avèrent multiples et complexes, rendant caduque toute définition stricte des unités résidentielles. Jean-Marie Gibbal et ses collaborateurs (1981) proposent, à ce propos, de privilégier l'analyse des « systèmes résidentiels », qui s'avèrent multiformes et parfois « éclatés ». Les enfants *pulaar* peuvent notamment circuler entre plusieurs unités résidentielles, fréquenter librement la « grande maison » de leur lignage paternel (*galle mawdo*), ou partir dormir, lorsqu'ils le souhaitent, auprès des sœurs de leurs mères. Ces évolutions ne sont pas sans impacts sur la place et le statut des enfants dans leurs familles : « *les mobilités matrimoniales et géographiques des parents conduisent à une diversification des modes d'insertion des enfants dans les noyaux familiaux* » (Vimard, 1993 : 98). Il demeure pertinent de faire un détour par le

système de parenté traditionnel *pulaar*, et d'en apprécier certaines évolutions, afin de mieux comprendre les relations sociales se jouant autour des enfants aujourd'hui.

Système de parenté en milieu traditionnel *pulaar*

Le système de parenté en milieu traditionnel *pulaar* est de type classificatoire, conformément au principe de la famille indivise matérialisé par le *galle* (Diop, 1965 ; Wane, 1969 ; De Chassey, 1982[1977]). Pour le petit enfant, tous les frères du père sont des pères, qu'il appelle *baaba* (papa), et toutes les sœurs de la mère sont des mères, qu'il appelle *yumma* (maman). Les enfants de ces pères et mères sont ses frères et sœurs. Par extension, tous les hommes de la classe d'âge du père sont des pères classificatoires, et toutes les femmes de la classe d'âge des mères sont des mères classificatoires. Les sœurs de son père, mais aussi, les coépouses de la mère sont appelées *gorgol*. Il s'agit de tantes dont la représentation s'apparente plutôt à des « pères de sexe féminin » (Wane, 1969 ; De Chassey, 1982[1977]). Les frères de sa mère sont des « mères de sexe masculin » (Wane, 1969 ; De Chassey, 1982[1977]), dit *kaaw* (oncles). Ce système de parenté détermine un certain nombre d'attitudes prédéterminées vis-à-vis des enfants. Le père se montre communément réservé envers ses enfants, « *il intervient peu dans les détails de la vie familiale : il en est juge* » (Diallo, 2004 : 33). L'oncle maternel, *kaaw*, est généralement bon et généreux, tandis que la tante paternelle, *gorgol*, est dure et autoritaire : elle relaie l'autorité paternelle de son frère. Un trait retrouvé généralement dans les sociétés peules, la tante paternelle étant réputée être une bonne éducatrice pour l'enfant, car détenant plus d'autorité que la mère (Dupire, 1970). Les cousins maternels, mais aussi les demi-frères et demi-sœurs de mère (*bibbe yumma*) entretiennent des relations de familiarité et de tendresse. En revanche, les relations entre cousins paternels et entre demi-frères et demi-sœurs de père (*bibbe baaba*) s'expriment de manière ambivalente, sur fond de réserves et de rivalité¹⁷. En principe, les relations de parenté du côté paternel sont teintées de respect et de craintes qui n'excluent pas la rivalité. Les relations de parenté maternelle dites *endam*, terme signifiant à la fois la parenté de lait et la parenté utérine, sont en revanche des relations que l'on considère empreintes de solidarité et d'affection. Les rapports entre générations sont également très codés : l'enfant doit obéissance, considération et respect à toute personne de l'âge de ses parents. Il est obligé vis-à-vis de ses aînés, qui de leur côté, le commandent et le protègent. L'enfant profite en revanche d'une relation d'affection particulière avec ses grands-parents (*taaniraabe*), qui sont considérés comme ses égaux (*giyiraabe*). L'indulgence des grands-parents envers leurs petits-enfants est réputée être sans bornes. Une relation de plaisanterie lie la petite fille

¹⁷ Notons que dans un système matrimonial polygame, un enfant a plus de demi-frères et demi-sœurs de père (*bibbe baaba*) que de demi-frères et demi-sœurs de mères (*bibbe yumma*), qui ne peuvent naître qu'en cas de remariage de la mère suite au veuvage ou au divorce. Pour les frères et sœurs (même père et même mère), leurs relations sont ambivalentes, puisque teintées à la fois des caractères de la parenté maternelle et de la parenté paternelle.

symboliquement « épouse » de son grand-père et le petit garçon symboliquement « époux » de sa grand-mère. Cependant, on prête facilement à la grand-mère maternelle des intentions maléfiques vis-à-vis des enfants en bas-âge qu'elle chercherait à dévorer : aussi est-il recommandé de les protéger en leur faisant porter un collier de perles blanches (Wane, 1969). De même, lorsqu'un grand-père atteint une longévité remarquable, ses petits-fils apparaissent en danger : on soupçonne leur grand-père de détourner leur force vitale à son profit, ce dernier pouvant être accusé de sorcellerie.

Relations parents-enfants : ancrages culturels et évolutions modernes

En milieu *pulaar*, comme dans l'ensemble peul, les relations sociales sont régies par un code socio-moral (*pulaagu*) définissant des attitudes de pudeur, de réserve et d'évitement afin d'échapper à des situations honteuses (Dupire, 1970 ; Querre, 2002 ; Sall, 2004). Ce code concerne notamment l'évitement de toute manifestation publique de la relation conjugale, qui ne peut se manifester qu'au travers de comportements stéréotypés exempts de toute expression sentimentale. Le couple parental est caractérisé par l'autorité du mari sur son épouse, qui lui doit soumission et obéissance (Diop, 1965 ; Wane, 1966). Avant de s'occuper de ses enfants, la femme *pulaar* doit faire preuve d'obéissance et de dévouement pour son mari. Les enfants appartiennent en principe au lignage paternel, l'homme obtenant, par le mariage, des droits sur la fécondité de sa femme. Les relations entre parents et enfants sont traditionnellement marquées d'une part par la nécessité d'éduquer, d'autre part par la soumission des enfants à leurs parents. L'autorité paternelle s'étend sur l'ensemble de la famille, mais il existe une certaine spécialisation des rôles, l'éducation des filles dépendant davantage de leurs mères, tandis que celle des garçons dépend de leur père (Wane, 1969). La relation du père à l'enfant est désignée par les termes *duhol* (cordon du pantalon) et *yyam* (sang), qui expriment la dureté du père à l'égard de ses enfants. Une tonalité que Marguerite Dupire identifie dans l'ensemble des sociétés peules.

« La relation père-enfant est celle dont le contenu juridique est le plus riche et le comportement attendu parmi les plus rigides. Dans toutes les sociétés peules, les obligations du père sont considérables en face des droits qu'il exerce affectivement. [...] Les attitudes entre pères et enfants sont faites de respect, de crainte et d'évitement, ce dernier aspect négatif étant beaucoup plus marqué chez les nomades pasteurs et tout particulièrement envers l'aîné. » (Dupire, 1970 : 190)

Les enfants doivent obéir aveuglément à leurs pères, baissant les yeux en leur présence, obéissance obtenue, s'il le faut, au prix de corrections corporelles. Hormis les premières années où le père joue avec son enfant, la relation au père est teintée de craintes laissant peu de place à la familiarité (Wane, 1969 ; De Chassey, 1982[1977]). La relation de la mère à l'enfant est désignée par le terme *endam* (lait maternel), exprimant une relation de tendresse et d'affection. Le terme *endam* désigne également la « parenté de lait », lié au fait d'avoir été

allaité par une même femme. La mère, dévouée et aux petits soins pour ses enfants (Bâ, 1976), est toujours prête à les défendre, même auprès de leur père (Wane, 1969). L'amour et l'attachement maternel, que les auteurs littéraires ont su mettre en récit, s'exprime en principe avec pudeur et réserve, mais débordant, peut s'épancher à la folie (Bâ, 2011). Tandis que le petit garçon devra peu à peu s'éloigner du giron maternel, la petite fille grandit auprès de sa mère, qui a la responsabilité de la préparer à être une bonne épouse.

L'évolution actuelle des configurations familiales s'accompagne de transformations significatives des relations conjugales, mais aussi des relations entre parents et enfants. L'un des points de rupture majeur réside dans le développement de la scolarisation des enfants. Avec la scolarisation, ceux-ci passent, selon Patrice Vimard (1993), du statut de producteur à celui de consommateur. Un constat qui demeure à nuancer car, si la plupart des enfants rencontrés poursuivent une scolarité, celle-ci ne les exempte pas de prendre part à différentes tâches, domestiques ou contribuant aux activités rémunératrices de leurs parents. La scolarisation demeure aussi un investissement pour l'avenir, étant toujours attendu que les enfants, s'acquittant d'une dette inextinguible, soutiennent leurs parents dans leurs vieux jours. Cet investissement est d'autant plus marqué que les parents doivent s'acquitter de droits d'écolage toujours plus élevés, tandis que l'école publique est désertée à cause de ses dysfonctionnements. La crise économique met à mal ce « contrat entre générations » (Roth, 2007), retardant et rendant plus improbable le moment d'inversion où ce sont les enfants qui soutiennent financièrement leurs parents. La nucléarisation des modes de résidence procure les conditions d'une certaine intimité familiale, même si les visites demeurent nombreuses. Les relations des pères à leurs enfants répondent toujours à un modèle autoritaire, mais s'affranchissent d'une certaine distance et peuvent évoluer vers des tons plus familiers. Loin des regards de l'entourage élargi, les pères peuvent exprimer une certaine affection pour leurs enfants sans risquer de « perdre la face ». Ils adoptent, notamment, de nouveaux modes de consommation urbains, gâtant leurs enfants de yaourts, sucreries et vêtements neufs. S'ils s'attendrissent davantage devant leur progéniture, s'amusent de leurs facéties ou commentent leur scolarité, ces pères restent relativement distants s'agissant de leurs vies quotidiennes, qui restent à la charge des mères. Le fait que de nombreux pères soient absents du domicile familial du fait de migrations de travail n'est d'ailleurs pas considéré déstabilisant pour les enfants : le bon père est celui qui finance au mieux l'éducation de ses enfants. Enfin, bien que la tendance soit à la nucléarisation des résidences, l'unité familiale restreinte n'est pas érigée en référence éducative unique. Les enfants sont souvent envoyés en séjours - voir confiés - à des oncles, tantes ou grands-parents, notamment pour leur scolarisation, comme observé ailleurs en Afrique (Deleigne & Pilon, 2011). Les mères, de leur côté, sont de plus en plus nombreuses à exercer une activité génératrice de revenus, voir salariée, l'éducation des enfants au quotidien pouvant alors s'appuyer sur une grand-mère, tante, ou sœur aînée de l'enfant. Cependant, si certaines mères font vivre leur ménage, elles

ne sont pas exemptées de la responsabilité maternelle et domestique condition incontournable de leur reconnaissance sociale. Certaines activités rémunératrices des femmes, contraintes ou volontaires, prennent sur le temps de l'éducation, et les enfants sans autre support social sont délaissés (Ballet, 2006). Une équation difficile à résoudre pour les mères chefs de famille, qui n'ont parfois d'autre choix que d'envoyer leur enfant chez des parents au village. Le rôle des mères, en milieu *pulaar*, demeure extrêmement exigeant et valorisé, comme nous avons pu l'observer au fil des enquêtes. Les membres de la famille élargie, notamment les « belles-mères », gardent un œil sur les mères – suspectées de paresse ou de négligence – prompts à les rappeler à l'ordre. Références incontournables s'agissant des soins quotidiens de leurs enfants, le destin des mères est de tout donner à leurs enfants qui ne pourront qu'être éternellement reconnaissants. « *Nul ne peut payer sa mère*¹⁸ » dit-on, formule qui prend tout son sens face aux dévouements de mères se sacrifiant aux besoins d'enfants handicapés et dépendants (Cheikh, Demba, Seydou).

II-1-2 Âges, catégories de l'enfance et sociabilités infantiles

Les terminologies de l'enfance associent des étapes biologiques du développement à des conceptions de « l'émergence de la personne » (Erny, 1976) dans la société. Ces terminologies décrivent des catégories d'âge particulièrement importantes pour comprendre les statuts accordés aux enfants.

« Toutes les sociétés [...] définissent des âges de la vie et possèdent des marqueurs sociaux qui indexent les étapes que l'individu est amené à parcourir pour passer de l'enfance à l'âge adulte avant d'atteindre l'âge mûr, puis la vieillesse et l'étape ultime de l'existence qu'est la mort. » (Rabain, 2003 : 50)

Les anthropologues de l'enfance ont décrit ces étapes dans diverses sociétés africaines (Erny, 1976 ; Jonckers, 2001 ; Rabain, 1979 ; Razy, 2007). Jacqueline Rabain (2003) a particulièrement développé ce travail s'agissant des catégories d'âge chez les Wolof du Sénégal, montrant comment chaque catégorie d'âge correspondait à des modes de relations à l'enfant, mais aussi, à des environnements sociaux particuliers. Par ailleurs, les anthropologues ont analysé que les statuts des enfants ne dépendent pas uniquement du développement individuel, mais se construisent en lien avec l'évolution de leurs classes d'âge dans la société (Dupire, 1991). Si les catégories d'âge découpant l'enfance demeurent socialement significatives, soulignons en préambule que l'évolution des modes de vie, en milieu urbain, contraste pour beaucoup les enfances. Les rôles et statuts liés aux âges peuvent considérablement varier d'un milieu à l'autre. L'allongement de la scolarisation,

¹⁸ *Hay gooto waawa yobde yummum*

l'augmentation de l'âge au mariage ou la diminution de la taille des fratries ont notamment des répercussions sur ces étapes sociales et leur temporalité.

Nouveau-nés et nourrissons

En milieu *pulaar*, le nouveau-né est appelé *tiggu*, en référence au fait qu'il est enveloppé dans un pagne. Particulièrement fragile, *tiggu* fait l'objet de multiples protections. Gardé la plupart du temps reclus auprès de sa mère, *tiggu* ne sort pas les sept premiers jours, et relativement peu les 40 premiers jours de son existence. Si le nouveau-né doit malgré tout sortir de la maison, son corps et son visage sont dissimulés sous un linge¹⁹. Très présentes lors de la période postnatale, les femmes âgées de l'entourage prennent la main sur les soins aux nouveau-nés. Elles les massent, leur administrent divers remèdes (*lekki*) ou nourritures. Les premiers temps, les pères se tiennent relativement à distance, tandis que les jeunes mères agissent sous la surveillance des femmes âgées, distillant notamment leurs recommandations s'agissant de l'allaitement. Du fait de la réclusion des nouveau-nés et de leur mère, de la densité des préceptes populaires, cette période est peu propice aux recours médicaux. L'accès aux soins des nouveau-nés à Nouakchott demeure d'ailleurs problématique, malgré les efforts et stratégies expérimentées pour réduire les obstacles financiers (Ministère de la Santé & Agence Française de Développement, 2010).

Lorsqu'il prend des forces, tient sa tête et peut être maintenu dans une position verticale, le nourrisson est appelé *binngel keccel* (petit bébé). Derniers-nés, ces petits bébés reçoivent en principe toute l'attention et l'affection de leurs mères, dont ils restent corporellement proches. C'est l'âge auquel ils peuvent être facilement déplacés, portés au dos. Ils sont allaités à la demande et passent leurs nuits auprès de leurs mères, qui font leur possible pour qu'ils ne pleurent pas. Les femmes âgées relâchent peu à peu leur vigilance. Les petits bébés découvrent les membres de leur famille proche : leur père, frères et sœurs s'amuse avec eux, et ils passent communément entre les mains des visiteurs ravis. Les sœurs aînées des petits bébés secondent leurs mères, quand il ne s'agit pas de femmes de condition servile, remplacées, en milieu urbain, par l'emploi de petites « bonnes » s'occupant de l'enfant. Cependant, les mères *haalpulaaren* sont sommées de s'occuper elles-mêmes de leurs enfants, rôle pour lequel elles seront à terme particulièrement valorisées. Comme observé ailleurs en Afrique, le développement moteur de *binngel keccel*, fortement stimulé, est précoce (Rabain 1979 ; Bril, 1997 ; Gerber, 1998). Dès quatre mois, on commence à apprendre à *binngel keccel* à se tenir assis, notamment en le calant avec des coussins dans une bassine. On estime qu'il se tiendra debout vers 8 mois, et marchera pour sa première

¹⁹ Une dissimulation à laquelle parviennent plus aisément les femmes maures, qui, portant leurs nouveau-nés devant elles, les recouvrent d'un pan de leur voile, rendant leur présence presque indécidable.

année. Dès cette première année de maternage, on prépare déjà bébé à savoir se défendre. Cela peut prendre la forme d'un jeu consistant à écarter au dernier moment quelque chose qu'on lui tend, geste contre lequel il doit riposter. On dit aussi qu'il faut laisser un bras libre à l'enfant porté au dos, sinon, il ne saura pas se défendre à l'âge adulte et restera les bras ballants si quelqu'un l'agresse. L'entourage incite *binngel keccel* à ne pas se laisser faire et à « frapper » les frères ou cousins plus grands que lui. Ceux-ci, de leur côté, doivent accepter sans broncher ces enfantillages de leur puîné. Enfin, alors que *binngel keccel* fait ses premiers pas ponctués de chutes, son entourage lui apprend à ne pas s'apitoyer sur lui-même, et à frapper, en retour, le sol ou le mur sur lequel il s'est cogné. C'est lors de cette période d'allaitement qu'a lieu, en secret et sans cérémonie particulière, l'excision de la plupart des petites filles, réalisée de plus en plus précocement²⁰. Contrairement à la période postnatale, cette période est plus favorable aux recours aux soins médicaux : les parents disposent de leurs prérogatives sur l'enfant, se sont remis de l'agitation et des dépenses liées au baptême, et leur attention est encore toute tournée vers le développement du bébé. C'est d'ailleurs la période à laquelle les mères se rendent dans les structures sanitaires pour réaliser les vaccins de leur enfant.

Du sevrage à l'enfance

Comme observé dans d'autres sociétés ouest-africaines, le sevrage représente un changement majeur, se traduisant notamment par une rupture de la proximité corporelle de l'enfant avec sa mère (Erny, 1972 ; Rabain, 1979 ; Razzy, 2007). En milieu *pulaar*, le sevrage correspond également à une étape majeure : l'enfant sevré est appelé *entaado*. Une grand-mère ou une tante peuvent prendre le relais de son éducation (De Chassey, 1982[1977]). C'est l'âge à partir duquel l'enfant peut être confié, et où il doit, en principe, rejoindre le domicile de son père en cas de divorce de ses parents. *Entaado* est encouragé à rejoindre les autres enfants dans leurs jeux, intégrant peu à peu sa classe d'âge. Lors de ces premières années, l'indulgence demeure et les défaillances attendrissent. L'enfant est néanmoins pris à partie de valeurs essentielles, notamment au travers de la nourriture, support privilégié de l'apprentissage du partage (Rabain, 1979). Ses tantes lui demandent, par exemple, de leur donner ce qu'il est en train de manger. S'il accepte, il est félicité et applaudi, s'il refuse, il recueille amusements et moqueries. L'insistance porte aussi sur son intégration familiale, les premières questions posées à *entaado* concernant principalement ses parents : « où est ton père ? », « où est ta mère ? », « où est ta mamie ? », etc. Il est également courant de s'amuser à le questionner sur ses frères, sœurs ou cousins, sondant d'éventuelles jalousies que l'enfant ne saurait pas encore dissimuler : « est-ce que ton frère est méchant ? », « c'est ton cousin qui est vilain ? ». Des « routines de questionnements » qui dessinent un schéma de communication cadré dans lequel l'adulte questionne tandis que l'enfant est obligé de

²⁰ En Mauritanie, le taux d'excision est estimé à 69% (UNICEF, 2013)

répondre (Rabain, 2003). L'affection de l'enfant pour sa mère, dont nul doute qu'elle soit débordante, est l'objet de railleries : « *ce n'est pas ta mère c'est ma fille !* », « *laisse ta mère, un vieux comme toi !* ». Au travers de ces interactions, l'enfant apprend les règles morales du *pulaagu*, apprenant à réprimer ses sensations (faim, douleur), et à rester réservé et pudique dans l'expression de ses sentiments (affection, jalousie). Au sevrage suit souvent la survenue d'une nouvelle grossesse, qui entérinera le changement de statut d'*entaado*. Celui-ci devra laisser sa place, et passer après le nouveau-né, comme l'entourage ne manquera pas de le rappeler à sa mère. *Entaado* devra à son tour faire preuve de patience et de générosité envers son puîné, et vis-à-vis des enfants plus jeunes de son entourage. Ainsi que le souligne Jacqueline Rabain s'agissant des enfances wolofs (1979) l'éducation se fait beaucoup indirectement, par la médiation des relations entre enfants.

Vers quatre ans, les enfants atteignent des âges où des tâches peuvent progressivement leur être confiées : une socialisation différenciée selon le genre se dessine alors. L'enfant est appelé *cukalel* (enfant), terme utilisé de manière générique pour qualifier des enfants de tous âges. Les qualificatifs relatifs aux sexes apparaissent plus fréquemment, distinguant *cukalel gorel* (le petit garçon) de *cukalel dewel* (la petite fille). La petite fille apprend à exécuter des travaux domestiques ou à s'occuper d'un cadet auprès de sa mère, tandis que le petit garçon est plutôt envoyé en commission, s'occupe des animaux ou commence à suivre son père dans certaines de ses activités. En milieu urbain, cette responsabilisation par la délégation de tâches dépend beaucoup du milieu de vie et du type d'activité des parents. Cette socialisation fonction du genre n'est pas sans impact sur les modalités de recours aux soins, bien qu'il soit difficile, en l'absence de données quantifiées, d'en tirer des conclusions en termes d'accès aux soins. On observe, notamment, que les garçons, en grandissant, sont plus souvent accompagnés à l'hôpital par leur père, tandis que les mères semblent conserver davantage d'emprise sur les décisions de recours de leurs filles.

Enfants d'âge scolaire : des modes de vie en mutation

Vers six sept ans, l'enfant devient *suka mawdo* (grand enfant). C'est l'âge où, traditionnellement, les petits garçons subissent la circoncision et doivent être progressivement écartés de l'environnement féminin de leur petite enfance, leurs pères prenant en charge leur éducation. En effet, le garçon doit construire sa virilité, et la petite fille apprendre l'obéissance dévolue à son sexe (Wane, 1969). Si l'éloignement du garçon et son initiation aux tâches masculines passe traditionnellement pour brutale (Dupire, 1976), dans le Nouakchott contemporain, la rupture semble beaucoup plus nuancée. L'âge de la circoncision se fait de plus en plus précocement, et ne donne plus lieu aux cérémonies d'initiation. Le quotidien des jeunes garçons et des jeunes filles demeure relativement comparable avec la scolarisation, bien que les premiers soient plus libres de sortir rejoindre leurs amis, et les secondes plus chargées de tâches domestiques en rentrant de l'école. C'est à ces âges, aussi,

que l'éducation des enfants traditionnellement se différencie selon la caste d'appartenance (Wane, 1969). Si leur famille est de caste artisanale, les garçons deviennent apprentis auprès de leurs pères et oncles. L'apprentissage prolongé du Coran et de la culture arabo-islamique est généralement réservé aux garçons de nobles castes, tandis que le passage à l'école coranique des petites filles et des garçons de castes artisanales et serviles est bref (Taine-Cheikh, 1976). L'accès à l'école coranique s'est considérablement démocratisé, les enfants d'origine servile étant parfois les plus poussés dans ces apprentissages dont ils étaient auparavant exclus (Kamara, 2001). L'âge de la scolarisation demeure cependant celui où les destins sociaux se cristallisent par le contraste des modes de vie. Les enfants de milieux aisés restent relativement exemptés de responsabilités domestiques et sont poussés vers une scolarisation à grands frais, aidés par un « répétiteur » à domicile. Leurs parents contrôlent leurs sorties, et ils passent la plupart de leur temps à l'intérieur des maisons, avec quelques cousins ou amis, à regarder la télévision et à apprivoiser l'ennui avec quelques jouets (Awa, Fatimata, Mamoudou). Cet « enfermement » des enfants est récent à Nouakchott : Annick Combier (1994) décrivait, il y a seulement deux décennies, les rues d'une capitale regorgeant d'enfants. Les temps de scolarisation des enfants de milieu plus modestes sont moins importants : l'école publique n'ouvre que huit mois dans l'année, les horaires sont restreints et les enseignants souvent absents. Ces temps d'enseignement sont néanmoins complétés par l'apprentissage du Coran, poursuivi les après-midis par la plupart des enfants rencontrés. Les enfants de milieux modestes, qui n'ont pas d'aide à domicile, contribuent davantage aux activités de leurs parents. Dans les cas les plus critiques, ils doivent faire preuve de « débrouille » et compléter les revenus du ménage. Mais ces enfants sont aussi plus libres d'occuper l'espace de leur quartier (Aly, Amadou, Oumar). La cartographie sociale des quartiers nouakchottois est caractérisée par la présence ou non d'enfants dans les rues, significative du mode de vie des familles. Hormis de petits mendiants, pas d'enfants dans les rues des riches quartiers de Tevragh Zeïna et du Ksar, où s'installent les premiers magasins de jouets. Dans les quartiers historiques du centre ville, du Ksar et de Sebkha, on commence à craindre pour la sécurité des enfants, mais l'on compte encore sur l'interconnaissance du voisinage : de grands garçons jouent au foot, des enfants partent en commission, quelques filles se promènent en petits groupes. Quant aux communes périphériques d'Arafat, de Dar Naïm, ou d'El Mina, les situations sont particulièrement hétérogènes, dépendant notamment de la confiance et de l'entente au sein des quartiers. Il est courant d'y rencontrer, cependant, des enfants de tous âges évoluant à proximité de leurs habitations.

Classes d'âges : strates de sociabilités infantiles

Traditionnellement, la classe d'âge (*fedde*) crée des groupes de sociabilité importants dans l'enfance et la jeunesse. Elle correspond d'abord à un groupe de jeux d'enfants d'âge et de voisinage proche, encouragés par les mères (Diop, 1965). Les classes d'âges regroupent d'une

part les garçons (*fedde worbe*), d'autre part les filles (*fedde rewbe*). Cependant, dans le cadre de leur classe d'âge, filles et garçons peuvent également se côtoyer et participer à des manifestations communes. Vers 10-12 ans, la classe d'âge est officiellement distincte, à l'instigation des parents (Wane, 1969). L'un des événements qui scelle la classe d'âge d'une génération de garçons est la circoncision, qui donne lieu à une « retraite initiatique » (De Chassey, 1982[1977]). Chez les filles, le tatouage de la bouche, réalisé également en groupe, produit également un lien autour d'une parenté d'âge (Wane, 1969). La solidarité, l'entraide et l'apprentissage de la vie collective prévalent à l'intérieur des classes d'âge (Erny, 1968 ; Dupire, 1991 ; Querre, 2002).

« Les participants d'une même fraternité sont ainsi liés mutuellement comme par une parenté spéciale, parenté horizontale, qui se greffe sur celle des familles. Cette institution élargit considérablement les liens sociaux de l'individu et l'enserme dans un tissu de solidarités entre égaux qui complète et contrebalance l'influence du lignage. » (Erny, 1968 : 153)

Les membres des classes d'âges s'entraident notamment pour le travail aux champs et l'organisation des cérémonies, lorsque la famille de l'un d'entre eux est concernée. Pour les enfants *haalpulaaren*, la classe d'âge n'est cependant pas une organisation égalitaire. La place que chaque enfant y occupe dépend de sa caste d'origine, et seul un enfant de noble famille (*tooroodo*) peut prétendre en être le chef (Diop, 1965 ; Wane, 1969). Encore présente dans l'organisation de la vie sociale des enfants du village, la sociabilité autour de la classe d'âge perd du terrain en milieu urbain, quoiqu'on la retrouve peut-être au travers de l'importance donnée au fait d'avoir partagé les mêmes « bancs » scolaires. Pour les enfants ayant le loisir de se côtoyer au sein de leurs quartiers, des groupes de jeux relatifs à l'âge se forment. Cependant, ces groupes ne sont plus scellés socialement et tendent à perdre leur réalité sociale lorsque les enfants grandissent. Par ailleurs, ces sociabilités scolaires et de quartier sont caractérisées, en milieu urbain, par une mixité culturelle, impliquant une recomposition des modes de relations entre enfants.

II-2 SOINS QUOTIDIENS, PRECAUTIONS, PROTECTIONS

Les soins quotidiennement apportés aux jeunes enfants, au-delà de leur visée pragmatique, intègrent un certain nombre de protections et précautions contre les maladies, en particulier celles causées par les *jinneeji*. Ces protections témoignent de vives craintes s'agissant de la survie des enfants (Erny, 1972 ; Lallemand, 1991), dans des contextes où la mortalité des enfants en bas âge reste une réalité tangible. Comprendre ces pratiques préventives, c'est comprendre les dissonances qui séparent les préoccupations des mères de celles déterminées par la biomédecine (Jaffré, 1996). Pour se protéger au quotidien, la récitation de

versets coraniques tient une grande place. Elle ponctue les activités courantes, notamment celles qui sont susceptibles d'être risquées (voyage), celles qui exposent aux attaques de génies (déplacements en brousse, sommeil, douche), ou celles qui nécessitent une purification (rapports sexuels). La prononciation de la basmala, « *Bismillah ar-rahmân ar-rahîm*²¹ », qui remet l'action au nom de Dieu, permet notamment de se prémunir du mal au quotidien. À l'enfant qui ne peut pas se protéger lui-même, l'entourage adresse des évocations d'Allah, des versets coraniques ou formules conjuratoires à diverses occasions : au moment de la toilette, du repas ou de l'endormissement, pour calmer ses pleurs, pour soulager ses « bobos ». Lorsqu'un enfant présente des signes d'inconfort ou de douleur, il est fort probable qu'un membre de sa famille, ou simple visiteur, notamment parmi les hommes âgés ayant reçu un enseignement coranique, lui récite des versets, en dehors de toute demande de ses parents. La connaissance approfondie du Coran est réservée aux hommes, mais les femmes, notamment de castes maraboutiques, reçoivent également un enseignement coranique, leur permettant de réciter leurs prières quotidiennes mais aussi de connaître les versets qui les protègent, elles et leurs enfants. De la grossesse au sevrage, les précautions et protections à prendre envers l'enfant sont particulièrement denses.

II-2-1 Protéger l'enfant à naître

Dissimuler la grossesse

Avant la naissance, la grossesse est dissimulée le plus longtemps possible afin de protéger l'enfant à naître. Les femmes enceintes doivent porter des vêtements amples, éviter que leurs tailles ne soient serrées et que leurs ventres ne soient visibles. Il s'agit de protéger la grossesse, objet de désir et de convoitise, du mauvais œil et de la mauvaise langue (*hunuko et yitere*), sans quoi l'enfant à naître pourrait souffrir de diverses maladies. Pour cette raison, les femmes enceintes doivent éviter, dans la mesure du possible, les lieux publics et les cérémonies où leurs grossesses pourraient être remarquées. En milieu *pulaar*, la volonté de dissimuler la grossesse l'emporte encore souvent sur la préoccupation médicale et sur le recours aux consultations prénatales. Aux craintes s'ajoutent la honte, notamment pour les premières grossesses qui manifestent l'entrée en sexualité avec le mari (Querre, 2002). Cela contraste avec le milieu maure : bien que la pudeur exige de dissimuler la première grossesse (Fortier, 2000), il existe une certaine fierté à faire connaître son état. Les femmes maures, de plus, valorisent davantage le recours précoce aux soins prénataux (Landry Faye, 2013). Les femmes *haalpulaaren* se montrent généralement discrètes et circonspectes vis-à-vis de leurs grossesses, évitant tout propos susceptible d'attirer l'attention sociale, mais aussi, celle des génies et des sorciers qui rôdent. Cette discrétion, identifiée dans d'autres sociétés africaines

²¹ Au nom de Dieu, le Bienfaisant et le Bienveillant

associant pudeur et désir d'une large descendance (Erny, 1972 ; Bonnet, 1988 ; Lallemand, 1989 ; Jaffré, 1993 ; Jonckers, 2001 ; Razzy, 2007), se retrouve dans les savoirs populaires traditionnels français, qui somment de ne pas préparer la venue de l'enfant (Loux, 1978).

Protéger le fœtus des génies : espaces et moments critiques

La première grossesse (*dikkuru*) est souvent considérée comme la plus risquée, et les précautions devant être prises par la mère pour éviter génies (*jinneeji*) et sorciers (*sukuño*²²) sont plus impératives. La future mère ne doit pas marcher pieds nus, ne pas saluer les personnes de certaines castes à la tombée de la nuit, éviter les espaces périphériques et les cimetières (Diallo, 2004). Elle doit éviter de se rendre en brousse (Epelboin, 1982 ; Tall, 1984) et de sortir la nuit, interdit que l'on retrouve dans diverses traditions populaires (Loux, 1978 ; Lestranger & Passot-Guevara, 1981). Ces interdits correspondent aux lieux et aux moments dangereux, car exposant à la rencontre avec les génies et les sorciers.

« Le *sukuño* attaque le plus souvent, pendant la saison froide et aux heures de repos: au zénith, au crépuscule, au petit matin en passant par la nuit. À ce sujet, d'ailleurs, le *haal pulaar* normal (qui n'est pas *sukuño*) ne manque pas de se souvenir qu'il lui a été défendu de se promener dans les rues pendant que le *sukuño* est supposé être aux aguets. » (Wane, 1991 : 45)

Ces lieux et moments risqués, « où l'on risque d'enfreindre la règle de séparation des deux mondes » (Gibbal, 1984 : 195) le sont tout particulièrement pour les personnes jugées vulnérables, telles que les femmes enceintes et les enfants en bas-âge. Le moment de la prière du crépuscule – heure des *jinneeji* - est probablement le plus critique. Par crainte ou habitude, tous ou presque restent à l'intérieur des maisons, et même les rues de Nouakchott se vident pour quelques instants. Les mères se rapprochent de leurs enfants, et gardent contact avec ceux qui se sont endormis. Le sommeil est un état de particulière vulnérabilité puisque l'ombre de l'individu (*mbeelu*) se détache légèrement de l'âme (*fittaandu*), et survole le corps (*banndu*), laissant plus facilement prise aux attaques (Wane, 1991). Les génies du fleuve (*munuuji maayo*) sont réputés être parmi les plus puissants des *jinneeji*, dont seuls les *subalbe* (pêcheurs) ont la maîtrise (Sow, 1982). Il est particulièrement risqué, pour une femme enceinte, de traverser le fleuve. Le fœtus pourrait être changé par les génies et la femme accoucher d'un de ces enfants impotents comme des poissons, dit *bibbe maayo* (enfants du fleuve). Les femmes enceintes doivent aussi éviter de croiser le chemin des pêcheurs (*subalbe*), car ceux-ci, pour maîtriser les génies du fleuve, possèdent des gris-gris puissants pouvant provoquer des fausses couches.

²² Le *sukuño* est un sorcier se nourrissant de l'ombre ou du sang de ses victimes aussi appelé *jaroowo yiyam* (buteur de sang). C'est un homme ou une femme au cœur mauvais ayant le pouvoir de nuire sans support matériel (Wane, 1991). Le pouvoir de sorcellerie est inné (Dupire, 1970), il concerne notamment les enfants nés avec des dents (Tall, 1984).

Protections et vie quotidienne

Pour se prémunir des lieux et moments critiques, les femmes enceintes doivent utiliser des formules protectrices. Ces formules peuvent correspondre à des versets coraniques écrits puis dilués dans l'eau (*aaye*), ou être des incantations magiques et secrètes (*cefi*) transmises au sein de la parentèle. Elles peuvent aussi utiliser, en talisman, des formes écrites du coran (*binndi*). Nombreux guérisseurs proposent aux femmes enceintes d'attacher autour de leur taille des gris-gris qui les protégeront durant cette période risquée.

« J'ai des protections que je donne aux femmes quand elles sont en état de grossesse. Et quand je leur donne cela, elles l'attachent et elles le gardent jusqu'à la naissance. Et lorsqu'elles arrivent à l'hôpital, le jour de la naissance, elles l'enlèvent. Et le jour où elles l'enlèvent, elles vont accoucher, mais tranquillement, et elles vont reprendre le gri-gri, et le mettre sous la tête du bébé. » (La mère des enfants, guérisseuse wolof)

Contrairement aux femmes maures, qui sont considérées malades (Fortier, 2006) et « s'allongent », les femmes *haalpulaaren*, comme leurs homologues wolofs et soninkés, poursuivent leurs activités au cours de leurs grossesses, bien qu'elles les ralentissent (Landry Faye, 2013). Il semble exister relativement peu d'interdits alimentaires s'exerçant chez les femmes enceintes : les grand-mères rencontrées n'ont pas été prolixes sur la question. Selon une enquête réalisée auprès des « accoucheuses traditionnelles », ces interdits seraient variables selon les régions, seuls le thé, le sel et le beurre étant fréquemment déconseillés (Sanwogou & Gnambodoue, 1984). Faisant le même constat en pays soninké au Mali, Elodie Razy (2007) fait l'hypothèse que l'accent est aujourd'hui davantage mis sur les aliments à favoriser, plutôt que sur les interdits alimentaires. Il est d'ailleurs reconnu que lors de sa grossesse, la femme peut avoir des envies alimentaires particulières (*sayo*). Selon nos interlocuteurs, il est important que ces envies soient satisfaites, sinon l'enfant risquerait des problèmes de santé, de souffrir de maux d'oreilles, ou de présenter des tâches sur le corps. En fin de grossesse, et notamment en perspective de leur premier accouchement, les femmes *haalpulaaren*, comme leurs homologues maures, vont se réfugier chez leur mère (*reentoyahde*) pour y trouver leur protection (Diallo, 2004 ; Landry Faye, 2013). Il n'est pas rare que ces déplacements les éloignent d'une offre sanitaire plus qualifiée, sachant que rejoindre les mères en question peut signifier se rendre au village. Dans ces situations, le sentiment de sécurité et d'intimité recherché au travers de la familiarité entre en contradiction avec l'accès à une offre de soin qualifiée.

II-2-2 Soins et protections du nouveau-né

Comme nous l'avons évoqué, la période postnatale est particulièrement dense de soins et d'attentions, orchestrés par les femmes âgées de l'entourage. Selon le cadre analytique de l'historienne Marie-France Morel : « *Deux grands principes structurent cette foule de pratiques qui peuvent nous paraître désordonnées: le nourrisson est un être fragile qu'il faut protéger; c'est un être inachevé qu'il faut tirer vers l'humanité* » (Morel, 1993 : 22-23). Deux principes que nous retrouvons au travers des soins et protections chez les nouveau-nés en milieu *pulaar*.

Les sept premiers jours

Traditionnellement, le nouveau-né est considéré comme un être entre deux mondes, impur, étranger, de même que chez les maures (Fortier, 1998) ou dans d'autres sociétés ouest-africaines (Erny, 1972 ; Bonnet, 1981 ; Lallemand, 1991). Le nouveau-né est un être marginal au sens de Mary Douglas (2001[1967]) : n'ayant pas confirmé sa place dans l'ordre social, il est perçu à la fois vulnérable et potentiellement dangereux. Aussi, la première toilette est réalisée avec la main gauche, et l'on prend soin de bien nettoyer tous les orifices, censés dégager une puanteur (Diallo, 2004). Pour purifier le ventre de l'enfant, les marabouts préparent une solution dans laquelle des écritures coraniques ont été diluées, dont il est courant d'administrer quelques gouttes aux nouveau-nés (*tobbirdam*).

« Souvent, lorsque l'enfant naît, on vient et on lui apporte une potion qui s'appelle *tobbirdam*. C'est une potion que l'on fait tomber par goutte dans la bouche de l'enfant. C'est un marabout qui prépare cette potion et, le plus souvent, il y a du miel à l'intérieur. Il faut prendre cela car dans le ventre de l'enfant, il y a comme des graines, comme des grains de maïs, que la potion va nettoyer. » (Vieux Diallo, Guérisseur *pulaar*)

Avant son baptême, l'enfant est particulièrement vulnérable, de même que sa jeune mère, qui ne doit en principe pas être vue (Sanwogou & Gnambodoue, 1984). Il doit être veillé, ou, tout au moins, être protégé par un couteau ou un objet en fer placé à ses côtés, comme en milieu maure (Fortier, 1998). Des craintes que l'on retrouve dans d'autres sociétés sahéliennes, mais aussi dans les savoirs traditionnels en France, où l'enfant devait être veillé avant son baptême (Loux, 1978). Le sexe de l'enfant demeure relativement caché jusqu'à son baptême, les visiteurs se gardant, encore aujourd'hui, d'interroger les parents sur la question.

Baptême

Sept jours après la naissance, le baptême du nouveau-né est organisé, lors duquel son nom est annoncé. Il est dans un premier temps prononcé par l'imam ou le marabout, puis crié à

l'assistance. La nomination de l'enfant est l'objet d'affrontements entre la famille maternelle et paternelle, qui tentent de s'approprier l'enfant. Les enfants reçoivent un nom de leur père, imposé publiquement lors du baptême, et un nom choisi par leur mère (Wane, 1969), qui peut prendre le dessus et devenir le nom d'usage le plus courant. Plusieurs logiques de nomination se confrontent : on privilégie souvent la dation d'un nom coranique, mais on cherche aussi à donner un nom pour perpétuer le souvenir d'un ancêtre, dont l'enfant deviendra l'homonyme (*tokara*). D'autre part, aux rangs de naissance des garçons et des filles correspondent des noms prédéfinis (Wane, 1969 ; Dupire, 1975 ; Bâ, 1976). Enfin, à tous les prénoms sont associés des surnoms familiers, affectueux ou péjoratifs, permettant d'éviter de nommer l'enfant directement par son nom (Dupire, 1975). En milieu peul, les surnoms ou périphrases sont très usités, les normes de pudeur et de respect imposant des interdits d'énonciation des noms, notamment s'agissant des beaux-parents, mais aussi du premier enfant (Kintz, 1986 ; Querre, 2002). Les travaux des africanistes font ressortir que c'est la dation du nom qui réalise l'intégration et l'existence sociale de l'enfant : « Généralement, c'est l'imposition du nom qui va marquer la véritable entrée dans la vie, l'agrégation à la famille et à l'édifice social. Recevoir un nom, c'est commencer à exister en tant que personne » (Erny, 1972 : 129). L'enfant baptisé pourra alors faire ses premières sorties. Le matin du baptême, les hommes érudits du Coran se réunissent et prodiguent à l'enfant prières, bénédictions, protections.

« Le bébé passe de mains en mains entre les marabouts et lettrés et chacun d'eux prononcent sur lui une prière de bénédiction et lui donnent un gri-gri fait sur place, soit contre les sorciers, soit contre les génies, pour être riche, pour vivre longtemps et pour être savant. » (Ly, 1938)

Un mouton est sacrifié et des noix de cola, beignets et autres friandises sont distribuées à l'assistance. Une parente âgée rase les cheveux de l'enfant, considérés comme restes impurs de sa vie intra-utérine. Les festivités se poursuivront toute la journée laissant place, l'après-midi, à l'assemblée des femmes. Après son baptême, l'enfant est moins vulnérable aux génies : « Une fois l'enfant nommé, les mauvais esprits contre lesquels la mère a dû se protéger durant toute sa grossesse sont affaiblis » (Diallo, 2004 : 29). Les mois suivants, pourtant, seront encore denses en protections contre les attaques surnaturelles.

Protections des nourrissons

Pour la protection des enfants vulnérables, les usages talismaniques du Coran sont nombreux (Hamès, 2007). Outre les talismans remis aux enfants au moment de leurs baptêmes, ceux-ci portent diverses protections, délivrées en particulier par les marabouts (*ceerno*), les guérisseurs (*bileejo*) ou les mères des enfants (*yummum sukaabe*). Les marabouts préparent

des dilutions d'écrits coraniques (*binndi*) avec lesquelles l'enfant doit être « douché²³ ». Le nouveau-né peut également être frictionné, à titre préventif, avec des décoctions de plantes, notamment d'une plante appelée *giyel gooti*. Les plantes et gris-gris utilisés par les pêcheurs (*subalbe*) pour protéger leur enfants sont réputés être plus puissants que les autres. Aussi dit-on qu'il est dangereux de laisser ses enfants s'amuser avec les enfants des pêcheurs car leur *lekki* (plante-médicament) pourraient rendre malades des enfants dont les *lekki* sont plus faibles. On retrouve, également, l'usage de versets coraniques (*aaye*) et de formules magiques (*cefi*), destinés à protéger les nourrissons de toute rencontre malencontreuse avec des entités surnaturelles.

Massages

Les premières semaines, le nourrisson doit être massé : il s'agit de rendre son corps solide, souple et beau. Ses membres sont allongés pour l'aider à abandonner la position recroquevillée qu'il garde après sa naissance. Ces massages requièrent des savoirs particuliers, que les « nouvelles mamans » ont, selon les grand-mères rencontrées, perdus. Bien que ce soit les mères et les femmes âgées qui se chargent, en principe, des massages, il est possible de recourir à une femme spécialisée. Comme relevés par les anthropologues de l'enfance (Loux, 1978 ; Querre, 2002 ; Bonnet & Pourchez, 2007), ces massages visent à modeler le corps selon des référents esthétiques culturels. En milieu peul, les massages doivent notamment imprimer la maîtrise des sphincters (Querre, 2002) et participer de l'incorporation de l'identité de genre (Guilhem, 2008). Aussi, les massages comprennent des variations selon qu'ils s'exercent sur le corps d'un garçon ou d'une fille.

« Avant, si c'est une fille on masse très bien pendant trois quatre mois. Le garçon un mois, parce qu'il ne faut pas qu'il soit mou comme une femme. [...] Le garçon... c'est au niveau de l'anus, pour que ce ne soit pas un garçon qui passe son temps à péter. Et pour les testicules. Pour que les testicules soient devant. Parce que chaque fois tu vois des hommes pour s'asseoir ils prennent tout le temps leurs testicules. Parce qu'on ne leur a pas fait le massage. Parce qu'il faut amener devant, et mettre la couche, comme ça ce sera normal. [...] Le garçon on lui met les bras derrière, parce qu'il y en a certains qui ne peuvent pas toucher derrière. La fille on lui masse la taille, on lui descend les fesses, pour qu'elle ait des hanches, de belles formes. Les mollets, on lui met les mollets en bas pour qu'elle ait de jolis mollets. [...] Maintenant le garçon, on lui fait comme ça sur les seins, on appuie, pour ne pas qu'il ait de seins. » (Neene M.)

²³ Le terme « douché » est couramment utilisé lors de descriptions en français. En réalité, l'enfant, préalablement lavé, est frictionné, sur tout le corps, avec de petites quantités de ces « eaux » déposées au creux de la main. Il ne doit être ni rincé, ni séché suite à cette « douche ».

« Quand on a un nouveau-né on le masse, avec du beurre de Karité. On allonge les bras, les pieds, bon si c'est une fille on tire un peu sur les fesses-là pour que sa forme soit jolie. On les décolle un peu. Et on serre un peu le nez pour qu'il soit fin. » (Neene S)

En milieu maure, les massages concernent essentiellement les fillettes, afin de modeler un corps féminin idéal (Tauzin, 1986, 2001 ; Fortier, 1998). Selon l'esthétique maure, le corps féminin doit être lisse et sans pilosité, le front plat, le nez droit et fin, les fesses rebondies, les poignets et les chevilles souples et affinés.

« Ce qu'un tel modelage construit, c'est donc un corps exempt, non pas tant de la marque du désir féminin, enjeu de l'excision, que d'une quelconque protubérance sur laquelle trouverait à s'ancrer le désir masculin, c'est un corps lisse et imprenable, que la rotundité obtenue par le "gavage" va encore magnifier. » (Tauzin, 2001 : 97)

Certains accents de ces normes esthétiques divergent de l'idéal corporel peul. Cependant, les femmes *pulaar* à Nouakchott en sont inspirées, soulignant que les femmes maures ont de jolis corps car leurs mamans sont particulièrement habiles pour les masser.

II-2-3 Alimentation du nouveau-né

Les grand-mères sont particulièrement loquaces sur l'alimentation à donner aux nouveau-nés et aux nourrissons. Elles défendent vivement leurs savoirs à ce propos, qui sont contredits par les recommandations de l'OMS relayées par les professionnels de santé. En Mauritanie, ces recommandations sont peu respectées. Au niveau national, le taux d'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois est estimé à 26,9% (MICS 2011). Selon une étude réalisée à Nouakchott, seules 18,4% des mères pratiquaient un allaitement exclusif jusqu'à six mois, et 28% utilisaient des substituts de lait maternel (Diagana, 2010). Parfois, ces substituts sont particulièrement inadaptés (laits animaux, gloria, laits en poudre non maternisés,...) ; ils sont donnés à la tasse, au biberon, ou à l'aide d'un petit sachet appelé « zazou ». La malnutrition reste importante, les taux de la malnutrition aiguë globale (MAG) et de malnutrition aiguë sévère (MAS) ayant atteint respectivement 13,1% et 2,3% en 2013 (UNICEF, 2013). À Nouakchott, les pratiques de nutrition inadaptées constitueraient un des facteurs majeurs de cette malnutrition (Diagana, 2010).

L'influence des grand-mères dans la poursuite de pratiques alimentaires défavorables a été plusieurs fois mentionnée pour la Mauritanie (Keith et Dedah, 2009 ; Diagana, 2010). L'importance de leur rôle dans les soins de l'enfant est bien connue, mais leurs savoirs sont peu documentés.

L'ingestion de graisses chez le nouveau-né

Bios Diallo (2004) décrit que le nouveau-né, jugé faible pour réussir à téter, est nourri, les premiers temps, avec du beurre de lait. Les femmes âgées rencontrées considèrent que l'enfant qui naît a des « saletés » dans le ventre (*fuketi*), qu'il lui faut rapidement excréter. Ces « saletés » sont notamment associées au « méconium » que le nouveau-né excrète peu après sa naissance. Afin que le ventre « se nettoie bien », les femmes âgées *haalpulaaren* recommandent de donner à l'enfant de la « graisse » (*nebam*), parfois d'autres aliments, facilitant l'évacuation des selles. Une recommandation relevée par d'autres enquêtes (Sanwogou & Gnambodoue, 1984 ; Keith et Dedah, 2009). La consommation de « graisses » a pour effet de provoquer une sorte de diarrhée considérée comme une purge bénéfique.

« Il faut préparer la graisse animale, on met dans un morceau propre, tu lui donnes à manger matin et soir. Pendant un mois, si cela dure c'est mieux. Ensuite, quand l'enfant va à la selle, il a les selles noires, comme l'encre que l'on utilise pour écrire sur les planches coraniques, ça ce sont toutes les maladies qui sortent, et ensuite l'enfant il peut grandir sans jamais avoir de maladies. [...] La graisse animale si tu donnes cela au bébé, cela nettoie bien, ça soigne les maladies, ça enlève la constipation. [...] Même après, lorsque l'enfant grandira, il aura moins de maux de ventre. C'est bon pour les enfants ! C'est bon ! » (Neene L.)

S'il n'ingère pas de graisses, l'enfant souffrira de maux de ventre persistants, les « saletés » restées dans son ventre pouvant constiper et être à l'origine d'autres maladies. En milieu *pulaar*, les usages de la « graisse » (*nebam*) sont nombreux dans les soins domestiques, pour le traitement de diverses maladies, en ingestion ou sous forme de massages. Le terme *nebam* peut désigner du beurre, de l'huile ou de la graisse. Traditionnellement, c'est le beurre obtenu par barattage du lait de vache que l'on utilise à des fins thérapeutiques : « Pour les maux de ventre, chez les nouveau-nés, il faut prendre le beurre du lait, le presser dans un tissu pour extraire le meilleur » (Neene H). Ce beurre est aujourd'hui remplacé par des huiles ou de la margarine industrielle, du beurre de karité, ou encore, des produits cosmétiques. Mais les grand-mères racontent qu'autrefois, le beurre utilisé pour l'alimentation des nouveau-nés était un beurre filtré pour être le plus fin et pur possible. En milieu maure, le premier aliment donné à l'enfant est une datte mâchée par une femme au comportement irréprochable (Sanwogou & Gnambodoue, 1984). La « purge » du ventre du nouveau-né est également pratiquée, en donnant notamment, les premiers jours suivant la naissance, du miel, des dattes. Selon Corinne Fortier (1991), il s'agit traditionnellement d'un mélange de crème, de jarosite et d'argile ferrifère ou de khôl, censé « ouvrir la voie ». De leur côté, les guérisseurs encouragent la prise de matières grasses ou de miel chez le nourrisson, qu'ils considèrent favorable à leur santé : « Pour la prévention des maladies, il ne faut pas donner de biberon. On peut donner de l'huile d'olive ou du miel. » (Guérisseur maure) Les pleurs des nourrissons sont souvent interprétés comme pleurs liés aux maux de ventre et aux constipations, ce qui tend à appuyer les recommandations des grand-mères s'agissant de la consommation de graisses.

« *Quand l'enfant naît, s'il passe la nuit en pleurant, s'il pleure la nuit, le matin, la première des choses à faire c'est de voir s'il n'a pas de maux de ventre.* » (Neene R.) Lorsqu'un nourrisson pleure, les grand-mères vont avoir tendance à considérer qu'il est constipé, et reprocher aux mères de ne pas lui avoir donné les « graisses » nécessaires. La crainte de la constipation est aussi très présente en milieu maure, où des plantes purgatives, notamment le henné, sont utilisés en cas de pleurs du nourrisson sans raison apparente (Tauzin, 1998). Même si les jeunes mères sont réticentes au départ, il leur faudra encore résister face aux tensions suscitées par les pleurs de l'enfant.

« Mon petit-fils, le jour de son baptême, il a eu des maux de ventre aigus, son ventre était enflé. J'ai demandé à ma belle-fille de lui donner des huiles végétales, elle n'a pas voulu, et du lait, elle n'a pas voulu, et l'enfant continuait à pleurer. Nous avons pris du savon, nous lui en avons mis comme suppositoire, et après c'est parti, l'enfant allait mieux. [...] Quand l'enfant est nouveau-né, on a remarqué que quand on met des huiles et tout cela, quand l'enfant il a des selles bleues ou jaunes..., mettre les huiles animales cela permettait de ne pas avoir des maux de ventre aigus, d'avoir une bonne digestion, de ne pas avoir de constipation. Mais maintenant les médecins ils disent qu'il ne faut pas. » (Neene R.)

Les pleurs des nouveau-nés, mal supportés, ne sont pas perçus comme anodins. Si les jeunes mères souhaitent éviter de donner des graisses à leur nouveau-né, il n'en demeure pas moins qu'elles craignent que celui-ci soit constipé : aussi vont-elles consulter si leur enfant ne fait pas de selles quotidiennes, ou s'il leur semble qu'il pleure car il n'arrive pas à excréter.

Donner de l'eau à boire aux nourrissons

L'interdiction de donner de l'eau à boire aux nouveau-nés est probablement une de celles les plus incomprises, même chez les personnes ayant atteint un haut niveau de scolarisation. En 2007, la proportion d'enfants recevant de l'eau avant leur 6 mois était estimée à 87% (MICS, 2007). Il s'agit probablement d'une habitude de maternage ancrée dans le quotidien, ailleurs observée en milieu peul (Epelboin, 1982 ; Querre, 2002). La recommandation médicale de ne pas donner de l'eau aux nouveau-nés est bien connue. Mais les grand-mères considèrent cette proscription exagérée. « *C'est maintenant que tu vois un enfant, il reste six mois sans boire ! On lui donnait de l'eau et l'enfant il avait les os solides ! Il ne mangeait pas, mais l'eau quand même...* » (Neene L.) Les grand-mères ne voient pas en quoi l'eau pourrait être nocive aux nouveau-nés : elles n'ont, d'ailleurs, pas reçu d'explications concernant cette recommandation. Elles craignent que l'enfant ait soif, et se demandent si cette recommandation est vraiment appropriée dans un pays chaud comme la Mauritanie.

« Ah nous en tout cas on donnait de l'eau. Mais maintenant, les sages-femmes elles disent qu'il faut attendre six mois pour prendre de l'eau, mais moi, cela ne m'empêche pas de donner de l'eau. Surtout quand il fait chaud. » (Neene S.)

De même, chez de nombreuses mères, l'impression que l'enfant souffre de la soif est plus grande que l'adhésion à la recommandation médicale. « *Je sais que je ne dois pas lui donner de l'eau mais je lui en donne, car j'ai pitié de lui.* » (Note de discussion, mère d'un enfant hospitalisé, Hôpital national). Au-delà de la soif supposée de l'enfant, certaines grand-mères rencontrées évoquent l'intérêt de l'eau, pour la dureté des os ou pour la fluidité de la digestion.

« Les enfants sont fatigués de ne pas boire de l'eau. Les médecins disent de ne pas donner de l'eau, mais jusqu'alors, on donnait de l'eau, l'eau est bonne pour les bébés. Le lait est collant donc, de temps en temps, il faut que le bébé prenne de l'eau. » (Neene L.)

La diversification alimentaire

Les recommandations s'agissant de la diversification après six mois sont mieux respectées, puisque 67% des mères nouakchottoises réaliseraient cette diversification au bon moment (Diagana, 2010). Nous retrouvons cependant des contradictions avec les propos de certaines grand-mères qui considèrent que l'allaitement maternel est suffisant jusqu'à ce que l'enfant soit sevré (*entaado*).

« Avant les enfants, de la naissance jusqu'au sevrage ne mangeaient pas. C'est maintenant que j'ai commencé à en voir qui mangeaient. [...] Les enfants qui allaitaient avant étaient plus solides. Parce que le lait maternel était complet. Ils étaient plus solides, plus sains. » (Neene L.)

Pour les grand-mères *haalpulaaren*, deux moments clés de la croissance de l'enfant correspondent à des changements alimentaires. Le premier mois, l'enfant doit prendre de la graisse quotidiennement. Lorsqu'il devient *binngel keccel* (petit bébé), la graisse peut être arrêtée. L'enfant reçoit, en plus du lait maternel, de l'eau et éventuellement des bouillies. Le deuxième moment clé est le sevrage de l'enfant, après lequel celui-ci devra adopter la même alimentation que les autres membres de sa famille, et manger dans le plat familial. Le seuil des six mois pour l'allaitement exclusif et la diversification ne correspond donc pas à un moment particulier dans les conceptions du développement de l'enfant. Ce sont plutôt les grand-mères qui observent et, lorsqu'il leur semble que l'enfant ne grossit pas assez, décident d'introduire de nouveaux aliments. En conséquent les pratiques de diversification apparaissent disparates : des aliments sont parfois introduits dès trois ou quatre mois, avec des bouillies ou des laits d'origine animale (Keith et Dedah, 2009), tandis que l'introduction de légumes ou de viandes peut être tardive.

L'alimentation du nourrisson : confrontations de savoirs

Autour des questions relatives à l'alimentation du nouveau-né, les savoirs des grand-mères entrent en contradiction avec les recommandations médicales. Celles-ci sont unanimes dans

leur opposition aux recommandations des médecins s'agissant de ne donner ni beurre, ni eau, ni tout autre aliment avant six mois.

« Mais après ils ont dit qu'il faut faire cela doucement, ça gâte le ventre tout cela, ça donne des problèmes. Maintenant il y a beaucoup de maladies, et les pédiatres ils disent que c'est à cause du beurre. Surtout le beurre en paquet, ce n'est pas bon. Avant les petits on leur donne du sucre avec de l'eau, beaucoup de sucre aussi. Si tu veux qu'il dorme, tu lui donnes du sucre avec un peu d'eau. Maintenant les pédiatres ont dit que non, pas de sucre, pas de beurre. »
(Neene B.)

Partagées sur les aliments à intégrer – ou non - elles jugent en tout état de cause excessive l'emprise des recommandations médicales sur l'alimentation des nouveau-nés, qui interdisent, pour ainsi dire, tout autre aliment que le lait maternel avant six mois. « *Mais maintenant les médecins interdisent les graisses animales, interdisent l'eau, ils interdisent, plein, plein de choses.* » (Neene R.) Selon certaines d'entre elles, les nouveau-nés d'aujourd'hui sont moins solides, car leurs mères, sous l'influence des médecins, ne leur donnent plus ni beurre ni eau.

« Mais l'huile, ça aide l'enfant à être bien rassasié et à nettoyer le ventre. C'est alimentaire et cela aide aussi. Mais maintenant, les nouvelles générations, les nouvelles femmes, elles n'acceptent pas de donner cela à leurs enfants. [...] Les enfants avant étaient plus solides, plus costauds, plus complets. Au bout d'un mois, on arrêta l'huile animale, la graisse cela prend un mois seulement. » (Neene H.)

Le lait maternel n'est pas perçu suffisant à l'alimentation des nouveau-nés, soit qu'il ne suffise pas à éteindre la soif et la faim, soit qu'il soit jugé trop collant. Une conception que l'on retrouve dans de nombreuses sociétés ouest-africaines recommandant d'y adjoindre divers aliments (Erny, 1988). Chez les Lobi du Burkina Faso, Michelle Cros (1991) analyse notamment que le lait maternel n'est pas perçu à lui seul suffisant, l'alimentation du nouveau-né étant complétée par un médicament amer préparé par le patriclan du père : une substance masculine qui tend à supplanter, symboliquement, le rôle nourricier du lait maternel. En milieu peul burkinabé, la valeur nourricière et identitaire du lait maternel apparaît fortement marquée : « *l'enfant devient Peul parce qu'il boit ce lait* » (Querre, 2002 : 111). Les grand-mères *haalpulaaren* valorisent elles aussi le lait maternel, mais considèrent la nécessité d'intégrer d'autres aliments (graisse, dattes, sucre, biscuits, lait d'origine animale...), pour que l'enfant soit plus fort (*tiida*). La recommandation de l'allaitement exclusif, faisant de la mère la seule nourricière, revient à ôter tout rôle de nutrition aux grand-mères. Ceci heurte conception et organisation familiales, puisque qu'en principe les grand-mères, en période périnatale, s'occupent des enfants et leur apportent des compléments alimentaires jugés favorables à leur croissance.

II-3 REPRESENTATIONS DES PRINCIPALES MALADIES DE L'ENFANCE EN MILIEU HAAL PULAAR

Cette partie aborde, avec la nosologie *pulaar* des maladies de l'enfance, les logiques interprétatives intervenant dans les trajectoires d'enfants malades. À l'appui d'entretiens avec des grand-mères *haalpulaaren*, nous présentons les principales « entités nosologiques populaires » (Olivier de Sardan, 1999) associées à l'enfance. Bien souvent les catégories populaires ne correspondent pas avec les catégories médicales : « un *non-isomorphisme des champs sémantiques* » (Jaffré, 1999) qui exige un travail ethnographique attentif. Les entités nosologiques ne sont pas non plus un substrat de traditions : nous analyserons comment elles accompagnent l'évolution de l'environnement thérapeutique, intègrent des termes médicaux ou des messages de santé publique. Il faut également se garder d'ethniciser ces entités nosologiques (Le Marcis, 2001), et envisager, selon une approche comparative, comment elles mettent en jeu des représentations partagées avec d'autres sociétés plus ou moins proches culturellement.

Les modèles explicatifs fournis par ces représentations n'interviennent pas de manière linéaire et univoque dans l'élaboration des trajectoires de maladie. Elles sont confrontées à l'évolution des symptômes, aux explications des professionnels de santé et guérisseurs, au succès des traitements. Quelques récits de trajectoires sont rapportés pour illustrer l'enchâssement des interprétations en contexte de maladie, et la mobilisation des entités nosologiques décrites par les grand-mères.

II-3-1 *Came* et *tekko* : ces maladies qui « prennent » les enfants

Came et *tekko* correspondent respectivement à la rougeole et à la coqueluche. Ces deux maladies sont bien identifiées par les populations (Jaffré, 1999), qui savent en reconnaître les symptômes. Bien que la prévalence de ces deux maladies ait diminué avec la couverture vaccinale, ce sont les maladies des enfants les plus évoquées par les grand-mères, avant le paludisme, les diarrhées et les infections respiratoires qui sont statistiquement les maladies aujourd'hui les plus meurtrières. Ces maladies sont redoutées en tant que maladies mortelles, qui « prennent » les enfants. Les grand-mères demeurent marquées par les épidémies qui sévissaient dans les villages, dont elles gardent un souvenir anxieux. Elles soulignent leur dangerosité, y compris chez les adultes : « *Avant cela tuait, non seulement cela tuait les enfants mais cela tuait les grandes personnes.* » (Neene R)

Came : confrontations de pratiques et d'interprétations

Came est la première maladie qui vient à l'esprit des grand-mères qui ont vécu des épidémies désastreuses.

« Avant quand cette maladie atteignait un village, toutes les mères qui avaient des petits enfants étaient très, très inquiètes. Il fallait presque que cela arrive à leurs enfants pour que cela soit passé quoi. » (Neene G.)

La crainte de cette maladie est telle que certaines grand-mères disent qu'il ne faut pas prononcer son nom, qu'il faut l'appeler *besdo moyyo*, pour que la maladie ne vienne pas « prendre » ses propres enfants. Ce terme, difficilement traduisible en français, signifie littéralement la « gentille maternité » ou la « bonne mère » selon la traduction retenue par Didier Fassin (1986). Les grand-mères reconnaissent le grand apport des vaccinations contre *came*. La plupart de celles que nous avons rencontrées savent également qu'il s'agit d'une maladie qui ne s'attrape qu'une fois dans la vie. Dans les propos des grand-mères sur *came*, s'affrontent recommandations traditionnelles et recommandations des docteurs. Elles ont connu une époque où l'on disait que les enfants qui attrapaient *came* devaient être mis sous des couvertures, jusqu'à transpirer beaucoup, afin que les boutons sortent et que le « liquide » s'en échappe. La conception sous-jacente est que les « boutons » (*puye*) ou le « liquide » sont à l'intérieur du corps et qu'ils doivent sortir à la surface de la peau pour que l'enfant ne meure pas. Tout doit donc concourir à faire sortir les boutons, notamment, couvrir et faire transpirer l'enfant.

« Il faut que la personne soit couverte, parce qu'il ne faut pas que les boutons soient cuits avec la chaleur, et il ne faut pas que les boutons soient à l'air libre, sinon cela fait rentrer la maladie à l'intérieur. [...] L'inconvénient, c'est si cela vient et que cela ne se manifeste pas sur la peau, c'est là que cela tue. » (Neene L.)

Il est également recommandé de ne pas laver l'enfant durant sa maladie et dans les jours ou les semaines qui la succèdent. Les professionnels de santé ont diffusé le message selon lequel, au contraire, il faut découvrir l'enfant fiévreux, et que celui-ci peut être lavé. Sur le fait de ne pas couvrir les enfants, certaines grand-mères se rangent du côté des recommandations des « docteurs », d'autres pas.

« Comme les gens d'avant ne connaissaient pas vraiment que l'enfant ne doit pas être couvert, les gens lui mettent des couvertures, lui mettent tout, avant l'enfant ne voyait pas l'air, et encore s'il voit l'air, c'est pas bon, c'est pas bon. En ce temps les enfants mourraient, petit à petit les gens ont su que quand l'enfant commence à avoir de la fièvre, et le nez coule, tu prends un peu de vinaigre, un peu d'huile, tu mélanges, comme la marinade, et tu le mets sur le petit. Et ils ne mettent pas de couvertures mais un pagne en coton. Quand il se réveille le matin, tout sort. [...] C'est après qu'ils ont su qu'on ne doit pas cacher l'enfant. Parce

qu'avant on recouvrait l'enfant, l'enfant suffoque et meure. [...] Mais maintenant, on lave d'abord avec de l'eau et du savon, et puis on met de l'eau et du vinaigre. On fait porter les habits mais l'on ne met plus de couverture, ni de pagne. L'enfant suffoquait... mais maintenant comme le monde est moderne... » (Neene M.)

« Et *came*, tu as le corps chaud, c'est un problème cutané. Ça doit sortir au bout de trois jours, mais si cela ne sort pas, ou si cela sort et que l'enfant se lave avant trois jours, il peut mourir. Si cela sort il ne faut pas se laver pendant trois jours. Selon les *futaŋkoobe*, quand on a cela, il faut se couvrir, bien se couvrir pour avoir chaud et brûler l'infection et tout ça. Mais la médecine moderne dit qu'il faut rester actif et ne pas se coucher, sortir, ce qui entre en contradiction avec le savoir des *futaŋkoobe*. [...] Il faut se couvrir jusqu'à ce que les boutons libèrent le liquide, et ensuite on peut laver avec l'urine de vache » (Neene D.)

Les grand-mères se positionnent entre les recommandations médicales et les savoirs des anciens, désignés comme les « vieux d'hier » (*mawbe hanki*). L'arbitrage est différent d'une grand-mère à l'autre, exprimant différents positionnements vis-à-vis de l'offre thérapeutique. Tandis que neene M. affirme que le monde est moderne et qu'on ne couvre plus les enfants contractant *came*, neene D., tout en relevant la même contradiction, reste sur les recommandations de ses anciens. Cependant, toutes les grand-mères évoquent, s'agissant de *came*, des remèdes ou « médicaments des noirs » (*ledde baleebe*²⁴) utilisés par les anciens. Trois décennies après la publication des travaux de Didier Fassin (1986) chez des mères *haalpulaaren* au Sénégal – qui sont aujourd'hui en âge d'être grand-mères - nous retrouvons, autour de *came*, une confrontation de logiques interprétatives. Ces maladies s'étant raréfiées, cette confrontation ne se traduit plus par des tensions dans les choix thérapeutiques. En revanche, cette catégorie nosologique, largement mise en avant par les grand-mères, a probablement participé à la construction du rapport à la médecine. Avec *came*, la médecine est reconnue efficace au travers des vaccins, mais non suffisante, puisque ne remplaçant pas les pratiques de soins des anciens.

Came est la maladie pour laquelle nous avons recueilli le plus de remèdes et de recommandations. Le fait que la mémoire de ces recommandations reste vivace peut s'expliquer par l'inquiétude suscitée par cette maladie, et peut-être par sa raréfaction, qui explique qu'il n'y ait pas eu de réactualisation des savoirs. Autour du principe selon lequel il faut que les boutons sortent pour que la maladie sorte, nous relevons une variation de remèdes. Mise à part *gawdi*, citée par toutes les grand-mères, divers traitements sont mentionnés : frotter le corps avec de l'urine de vache (neene G., neene D.), frotter le corps avec de l'huile et vinaigre, (neene M., neene O., neene S.) ; s'exposer au soleil (neene G., neene L.) ; prendre du pain de singe (neene R.) ; attacher un *pihol* (neene G) prendre une préparation de *burbokki* et pastèque (neene G.). S'agissant de la plante la plus citée, *gawdi*,

²⁴ Le terme *lekki* peut désigner l'arbre ou la plante, le remède (qui n'est pas toujours une plante), et même, le médicament moderne (*ledde tuubakoobe*).

elle peut être utilisée en lavement, mais aussi par l'ingestion d'une décoction. La prise de cette plante en breuvage permet, selon les grand-mères, de déclencher des diarrhées et vomissements qui participeront à l'évacuation rapide du « liquide » ou « eau » de la maladie, autrement que par les boutons.

« Il faut prendre *gawdi* dans de l'eau, cela fait sortir la maladie du ventre. Tu as la diarrhée, tu as des vomissements, cela fait sortir la maladie du ventre. Petit à petit, tu bois l'eau avec la plante, petit à petit la maladie va sortir. Tu en bois chaque matin et tu te laves avec. » (Neene A.)

« Pour *came*, il faut prendre *gawdi*, le faire bouillir. Le liquide des boutons de *came*, il sort, mais il est aussi interne. On donne *gawdi* au malade, cela déclenche une diarrhée telle que personne ne peut rester dans la maison avec le malade. À partir de là, cela évacue l'eau des boutons. » (Neene H.)

Si le « liquide » ou les boutons restent dans le corps, la personne risque de mourir. Cette crainte se retrouve, dans les sociétés ouest-africaines, dans les représentations de maladies qui se déplacent de l'intérieur du corps à la surface de la peau. En milieu mandingue, Yannick Jaffré décrit des représentations comparables de la rougeole :

« Mais cette maladie est en "mouvement" et les boutons sont susceptibles de faire de multiples "trajets". Le premier conduisant de l'intérieur à l'extérieur est considéré comme normal. Par contre, le retour de ces boutons vers l'intérieur du corps est interprété comme extrêmement dangereux parce que la maladie risque alors de s'attaquer à des organes essentiels. » (1999 : 233)

Une dernière recommandation est qu'il ne faut pas dormir lorsque l'eau sort des boutons. « *Si tu te mets au soleil les boutons vont sortir et ensuite, si tu te couvres, les boutons vont exploser. Mais, il ne faut pas que la personne dorme quand les boutons commencent à sortir.* » (Neene L.) Une autre grand-mère apporte une explication à la raison pour laquelle on ne doit pas dormir lorsque l'on est atteint par la maladie « *Came si tu as ça il ne faut pas fermer les yeux. Si tu fermes les yeux cela va attaquer les yeux.* » (Neene G.)

Tekko

Tekko (coqueluche), associée à *came* dans les propos des grand-mères, est la seconde maladie « *qui tue les enfants* ». Les grand-mères décrivent que *tekko* fait tousser jusqu'à épuiser et faire mourir l'enfant, et même l'adulte.

« *Tekko* ouah cela c'est encore pire que la rougeole. C'est quand tu tousses, tousses, jusqu'à uriner, jusqu'à péter. C'est que la coqueluche même, cela prend l'enfant, cela prend la grande-personne ! [...] La coqueluche quand tu tousses, tellement tu tousses et tu fais des efforts tu te déshydrates. » (Neene M.)

Certaines décrivent que la toux générée par la maladie vient de manière alternative. « *D'habitude cela dure pendant trois mois. La toux vient pendant un mois, le deuxième mois cela se calme et le troisième cela revient.* » (Neene D.) Selon neene R. la maladie dure six mois, et revient chaque mois à peu près à la même période. Les symptômes de la maladie semblent relativement bien identifiés, mais il n'y a pas de consensus autour de la manière de la traiter. Les traitements évoqués sont aussi divers que nous avons rencontré de grand-mères : boire l'eau restée au fond de la pirogue (neene G., neene L.) ; boire une infusion de *gawdi* (neene H.) ; boire du lait de chèvre (neene A.) ; attacher un cordon autour de la poitrine et manger le foie d'un poisson du fleuve appelé *duddu korkor*²⁵ (neene R.) ; attacher un *pibol* autour du cou (neene D.) ; boire une infusion de *nger* (neene M.).

II-3-2 Maladies du ventre et de la peau

Diarrhées et constipations

Les diarrhées sont des pathologies couramment rencontrées à Nouakchott, du fait des difficultés d'accès à l'eau potable et du manque d'hygiène. Selon l'UNICEF, en 2011 en milieu urbain, seuls 52,3% des familles utilisaient des sources d'eau potable améliorées (UNICEF, 2013). La diarrhée est la seconde cause de mortalité infantile, après les infections respiratoires aiguës. À Nouakchott, sa prévalence moyenne est de 23,6% chez les enfants de moins de cinq ans (Sy, 2008) et de 9,7% chez les enfants de 5 à 14 ans. Entre 2008 et 2012, seuls 18,8% des enfants atteints de diarrhées ont reçu des solutions de réhydratation orales, chiffre s'élevant à 26% en milieu urbain (UNICEF, 2013). En lien avec l'inadéquation de certaines pratiques alimentaires, les constipations sont également fréquentes. Si les diarrhées représentent un lourd fardeau en terme de mortalité infantile, les grand-mères, de leur côté, les évoquent comme maladies « qui fatiguent » les enfants. Cependant, celles-ci sont aussi particulièrement préoccupées par les constipations, dont la gravité est moindre d'un point de vue médical. Dès que l'enfant n'a pas de selles quelques jours consécutifs, ou qu'il pleure sans motif apparent, leur principale hypothèse est qu'il peine à excréter. Il existe, sur ce point, des décalages dans la perception de la normalité de la fréquence des selles, entre professionnels de santé et parents de l'entourage.

Plusieurs des trajectoires étudiées illustrent ce décalage. Lorsque les médecins notent qu'Aïchetou souffre de diarrhées, sa mère, elle, considère qu'elle est constipée. De son côté, la mère d'Abdoulaye s'inquiète davantage des problèmes de peau et de constipation de son fils que de ses fièvres et de son retard de développement. L'analyse des catégories

²⁵ Selon le lexique d'Oumar Bâ, il s'agirait d'un « *tétrodon, qui se gonfle et flotte alors à la dérive, le ventre en l'air* » (1976 : 342)

nosologiques populaires révèle que les constipations sont associées à la « rétention » des maladies dans le corps. Ces préoccupations relatives aux constipations sont à comprendre en rapport avec des conceptions musulmanes de l'impureté.

« La rétention des aliments putréfiés est en opposition avec l'idéologie musulmane qui met un point d'honneur à souligner les endroits où se trouvent les points d'impureté qui ne sont pas seulement spirituels mais aussi corporels. La tâche journalière du bon musulman consiste à effacer rituellement les différentes impuretés. » (Tall, 1984 : 279)

Outre la codification très stricte de la purification dans le rite malékite, les anthropologues ont révélé, dans d'autres régions, combien tout ce qui était en rapport avec les excréments et les gaz était extrêmement honteux dans l'ensemble peul (Epelboin, 1982 ; Querre, 2007). Les termes désignant directement la défécation font l'objet d'interdits linguistiques (Bâ, 1976 ; Epelboin, 1982). Alain Epelboin (1982) décrit, chez les *fulbe bande*, un rythme de défécation relativement fréquent, de deux selles par jour. En conséquent, l'usage de traitements à base de plantes purgatives est fréquent en Mauritanie, dans les pharmacopées maure et *pulaar*. Au quotidien, l'usage de laxatifs, qu'il s'agisse de plantes ou de médicaments industrialisés, est relativement courant : la mère de Cheikh, par exemple, dit garder à la maison des médicaments laxatifs qu'elle donne à son enfant dès qu'il tarde à aller à la selle. Ces pratiques concourent probablement à la forte prévalence des diarrhées.

Reedu dogooru

En *pulaar*, les diarrhées sont appelées *reedu dogooru*, c'est-à-dire, littéralement, « ventre qui court ». Une expression également relevée chez les Peuls du Maasina (Le Marcis, 2001). Les diarrhées sanglantes sont distinguées sous le terme particulier de *delecce* (Bâ, 1976). Les grand-mères distinguent plusieurs causes aux diarrhées. Chez les nourrissons, elles sont souvent associées aux poussées dentaires (*addo*), notamment lorsqu'elles surviennent concomitamment à d'autres symptômes associés (pleurs, fièvres, vomissements). D'autre part, deux causes particulières se distinguent dans les conceptions populaires. L'une de ces causes, fréquemment évoquée, est le fait de passer devant certaines plantes, en brousse (neene G., neene O., neene R. neene B.) « Si tu passes devant un arbre, après tu es comme possédé par l'arbre, ça provoque la diarrhée. » (Neene G.) Ce type de diarrhées se reconnaît au fait que l'enfant a des selles jaunes ou vertes. Cette cause de diarrhées, liée à la brousse (*ladde*) et à ses génies, n'est pas évoquée lorsque l'enfant vit en milieu urbain.

« C'est seulement au *fuuta*. Lorsque les gens vivent dans la nature, qu'ils se promènent en brousse, il arrive souvent que lorsque les enfants vont à la selle, il y a quelque chose de vert. Les gens disent que c'est parce que la maman, elle est passée dans la forêt, donc dans ces cas-là, la maman elle est obligée de retourner par où elle est passée, de cueillir les feuilles de plusieurs plantes. Elle mâche une partie et l'autre partie ils mettent dans de l'eau et ils lavent

l'enfant avec. C'est dans ces cas-là que l'enfant a les selles vertes, qu'il a la diarrhée, à cause de la brousse. » (Neene B.)

Selon les grand-mères, l'enfant peut souffrir de ce type de diarrhées parce qu'il est parti en brousse avec sa mère, ou parce que sa mère, seule, s'y est rendue. La seule solution, sachant que l'on ne peut savoir exactement quel est l'arbre qui a déclenché la diarrhée, est de reprendre le même chemin, de cueillir une feuille de chaque arbre croisé, et de tout prendre en traitement, sous forme d'infusion ou de bouillie. Une autre cause évoquée est le fait que la mère allaitant l'enfant est de nouveau en état de grossesse. Dans ce cas, le lait n'est plus bon pour le nourrisson allaité, car c'est le fait du fœtus (neene R., neene H.) L'allaitement par le lait de l'autre (*muyninde njananam*) provoque des diarrhées. Cependant, comme les jeunes mères *pulaar* évitent de faire savoir leur grossesse, il leur arrive de poursuivre un allaitement. Sur ce point, les grand-mères adoptent des attitudes moralisatrices, jugeant les mères responsables de l'espacement des naissances. L'interdit d'allaiter un enfant en cas de survenue d'une nouvelle grossesse se retrouve classiquement dans les sociétés sahéliennes en considération du fait que l'enfant au sein prive le fœtus du lait nécessaire à sa croissance (Fortier, 2006). Contrairement à la précédente cause évoquée, celle-ci reste mobilisée en milieu urbain.

« Leur maman était en état de grossesse, mais après quatre mois elle continuait à allaiter un autre enfant, c'est pourquoi après l'enfant avait beaucoup de diarrhées. Si elle avait allaité normalement, il n'aurait pas eu tout ça. Quand tu es en état de grossesse, si tu donnes à allaiter cinq-six mois c'est grave. Si l'autre est dans le ventre, il faut arrêter sinon le premier va avoir la diarrhée. » (Neene R.)

Seule une grand-mère évoque que des problèmes d'hygiène sont à l'origine des diarrhées (neene A.). La plupart des diarrhées sont en réalité perçues comme des maladies courantes et inévitables, sans causes particulières, « maladies de Dieu ». Pour ces diarrhées, les grand-mères recommandent un ensemble de traitements visant à ce que le « ventre cesse de courir » : pain de singe en boisson (neene H., neene L., neene S.), biscuits dissous dans de l'eau (neene L.) ; infusion de *ñayo wel* ou eau dans laquelle on a fait bouillir des arachides (neene O.) ; eau du riz sucrée (neene M.) ; graines de coton (neene S.) ; bouillie de riz (neene H.) ; douche avec une décoction de *aljanaawi* ou mettre le pied de l'enfant sur le sable chaud, prendre une pincée de sable et frotter l'enfant avec (neene R.).



Photo 2 : Eau d'arachides bouillies préparée par une grand-mère pour son enfant souffrant de diarrhées et déshydratation, hôpital Mère-enfant, Ksar

Par ailleurs trois grand-mères évoquent le risque de déshydratation, la nécessité de faire boire l'enfant, et la recette d'une « solution de réhydratation » à base d'eau, de sucre et de sel (neene D., neene M., neene A.). Cependant, aucune d'entre elles ne connaît le dosage recommandé de la préparation.

Reedu mussooru

Les douleurs au ventre, *reedu mussooru*, sont surtout évoquées chez les nouveau-nés, avec la nécessité d'ingérer de la graisse. Les maux de ventre peuvent être associés aux diarrhées, aux constipations, mais aussi à la présence de vers dans le ventre (*jalbi*). Les grand-mères préconisent surtout des traitements à base de plantes.

« Il y a des plantes qui sont bonnes pour les maux de ventre, il y a *wudto*. Si l'enfant boit cela, ça fait partir les vers, ça enlève le mal de ventre. Ça c'est bon, *wudto*, c'est bon. *Gawdi*, c'est bon, *yelooko* c'est bon, *wudto* encore, c'est bon, toutes les plantes, c'est bon. » (Neene L.)

Là encore, les plantes à prendre pour soulager les maux de ventre ne font pas l'objet d'un consensus. Lorsqu'elles jugent que les maux de ventre sont causés par la présence de vers (*jalbi*), en revanche, les grand-mères indiquent qu'il faut consulter un docteur qui prescrira un sirop (neene D., neene H., neene S.). S'agissant des douleurs du ventre liées aux constipations (*seero*) outre le beurre, est évoquée la possibilité d'introduire du savon dans l'anus de l'enfant (neene R., neene S.).

Ndiyam jonde

Le terme *ndiyam jonde* signifie, littéralement, l'eau qui est « assise », qui stagne dans le corps - dans le ventre - précisent certaines grand-mères. « *L'eau est assise, elle ne sort pas* »

(neene R). Selon Djibril Ly, *ndiyam jonde* serait une maladie faisant suite à une affection de *jonde* mal soignée : « Il s'est formé dans certaines parties du corps des dépôts de liquide *ndiyam jonde* qui se transforment en abcès et deviennent des plaies » (Ly, 1938 : 309). Cette maladie est rapportée à *dokam siti*, une catégorie nosologique wolof fréquemment utilisée, y compris en milieu *pulaar*. *Ndiyam jonde* se manifeste par des démangeaisons et des boutons sur le corps, d'où s'échappe une eau collante et « contagieuse ». Dans certains cas, *ndiyam jonde* peut correspondre à la syphilis, mais aussi à divers problèmes dermatologiques. Les grand-mères décrivent que la peau devient lisse, tendue (neene A.), qu'elle se fissure, notamment au niveau de la bouche (neene A., neene H., neene L.), qu'elle présente des plaies, *bacce* (neene A., neene L.). Elles précisent que la maladie s'accompagne de fièvres, et que le malade s'amaigrit. Une des particularités de cette maladie est sa transmission, qui peut avoir lieu par l'intermédiaire de l'« eau » des boutons, mais aussi, de la mère à l'enfant lors de la grossesse. *Ndiyam jonde* est donc à la fois une maladie du ventre et de la peau. Une maladie telle qu'Olivier de Sardan (1999) désigne par le terme d'« entité nosologique populaire interne ». Lorsque les boutons sortent, la maladie est considérée « maîtrisable parce que visible et directement traitable par des produits thérapeutiques » (Jaffré, 1999 : 239). Mais, comme pour *came*, le risque est que la maladie ne sorte pas et reste assise dans le ventre ou « rentre » dans le corps.

« *Ndiyam jonde* c'est *dokam siti*. Il y a des boutons qui sortent, il faut mettre de la poudre, il y a d'autres [boutons] qui restent à l'intérieur du corps, qui ne sortent pas comme des boutons, donc tu ne peux pas mettre à l'intérieur du corps. *Ndiyam jonde* souvent quand tu laves, il y a des boutons qui sortent, il faut mettre une poudre de plantes. Mais le problème c'est que d'autres restent à l'intérieur du corps. » (Neene R.)

Ndiyam jonde est une maladie qui, malgré tout, est jugée moins grave que *came*. Bien que les boutons aient tendance à revenir, la maladie est guérissable. Les grand-mères recommandent de traiter la peau avec des plantes (décoctions ou poudres) ou de mettre du charbon sur les plaies. Elles soulignent que la médecine moderne a permis un recul de cette maladie, qu'elle est en mesure de soigner. D'autres traitements sont évoqués de manière plus anecdotique, tels que boire de l'eau sucrée ou couvrir l'enfant.

Trajectoire d'Abdoulaye, l'interprétation d'une « maladie du ventre »

Abdoulaye, 3 ans

Abdoulaye vit avec sa jeune mère de 22 ans, dans la famille de celle-ci, avec son grand-père maternel, sa grande sœur, ses tantes et leurs enfants respectifs. Sa grand-mère maternelle est décédée. Son père, pour le moment, n'a pas encore trouvé les moyens de prendre un logement indépendant. Ils habitent donc sur le terrain d'Arafat, qui a été attribué aux grands-parents d'Abdoulaye au début des années 90, avant que le quartier ne soit loti. Au fond de leur terrain, ils ont construit une petite

baraque de bois et de toile, et sont aussi en train de faire construire une partie d'habitat en béton. Le grand-père d'Abdoulaye, marabout, soigne les adultes et les enfants du quartier. Il attache notamment des *pibol* pour les poussées dentaires des enfants, comme celui que porte son petit-fils autour du cou. Il soigne principalement sur le Coran, mais il utilise également des remèdes à base de plantes, quand les formules ne suffisent pas.

Abdoulaye est né en juillet 2009, au dispensaire de PK 10, surnommé « *Kossovo* ». À sa naissance, à terme, Abdoulaye était un petit bébé, trop petit dit sa mère pour qu'il puisse être massé. Par la suite, Abdoulaye a marché tard, en septembre 2011, alors qu'il était âgé de 26 mois. Sa mère dit ne pas avoir consulté pour cela, que les gens lui disaient que son enfant allait marcher. En revanche, elle a eu recours à une femme qui faisait des massages à Abdoulaye, pour le stimuler. La femme a massé, massé, massé, mais dit-elle, « *cela n'a pas servi à grand-chose* ». Le grand-père d'Abdoulaye explique ce retard de deux manières. D'une part, dit-il, « *cela dépend des mamans, parce qu'il y a des mamans dont le lait est glacé. Il est trop froid, cela rend l'enfant plus lent. Donc souvent l'enfant va avoir du mal à marcher tôt comme les enfants dont la mère a le lait chaud*²⁶. » D'autre part, décrit-il, lorsque qu'Abdoulaye a commencé à se mettre debout, qu'il allait commencer à marcher, il est tombé malade. Pour la mère et le grand-père d'Abdoulaye, il ne fait pas de doute que l'élément déclencheur de cette maladie soit l'ingestion de plâtre que l'enfant a trouvé dans la rue. Cela lui a causé des constipations (*seero*). Sa mère raconte : « *Il a mangé du plâtre. Ils avaient laissé cela au milieu de la rue, d'autres d'enfants en ont mangé. À cause de cela, la constipation l'a pris pendant très longtemps. [...] Il n'avait jamais eu ce genre de problèmes.* » Abdoulaye, décrit-elle, pouvait rester pendant plus de quatre jours sans aller à la selle. À un moment donné, elle consulte au dispensaire pour la constipation. Là-bas, ils lui font une ordonnance, elle achète les médicaments, mais : « *cela n'a rien donné* ». C'est le traitement de son grand-père, l'ingestion d'une décoction de *falayel*, plante du *fuuta*, qui, dit-elle, a soigné la constipation d'Abdoulaye.

Depuis ce premier épisode de maladie, l'enfant présente des symptômes récurrents ; son grand-père dit qu'il souffre souvent de fièvres, sa mère qu'il est souvent constipé. À l'âge de deux ans environ, des boutons, (*puye*), sont apparus sur son corps et sur ses mains. Pour les fièvres, (*paawle*), Abdoulaye prend des médicaments modernes prescrits au dispensaire. Mais, ce qui inquiète surtout le grand-père et la mère d'Abdoulaye, ce sont les boutons qu'il a partout sur le corps, laissant des plaies, qu'ils désignent comme « le » problème de santé. Ils évoquent aussi le cas de la grande sœur d'Abdoulaye, âgée de 5 ans, dont la peau est couverte de boutons similaires à ceux de son petit frère. Sa mère nous explique que la petite a été contaminée après son petit frère, et que les boutons sur les mains la font souffrir. Un de ses neveux était parti chez son père et, lorsqu'il est revenu, il avait la maladie et a contaminé tous les autres enfants. Les enfants qui avaient transmis la maladie ont reçu des injections et sont désormais guéris. À cette époque, explique-t-elle, beaucoup d'enfants avaient ces boutons : « *il y en avait partout dans la ville* ». Elle poursuit : « *il s'agit de boutons remplis d'eau, si le bouton est percé et que l'eau se répand, cela contamine* ». La mère d'Abdoulaye voulait aussi obtenir des injections, mais finalement, elle se rend dans une pharmacie qui vient d'ouvrir. Là-bas, elle achète une pommade contre ces boutons. Avec cette pommade, « *les boutons sont partis du corps mais sont revenus sur les mains* », « *ils vont et viennent* », constate-t-elle.

²⁶ Abdoulaye a été sevré vers 1 an.

Au mois juin 2012, Abdoulaye est fiévreux, pleure beaucoup, son corps est toujours couvert de boutons et sa mère s'en inquiète. Celle-ci nous dit qu'il a la tête chaude, que sa tête lui fait mal. Elle dit que c'est seulement sa tête qui est chaude, pas tout son corps. Elle lui donne de l'Effergal®. La constipation a diminué, mais « *cela reste un peu* ». Pour les boutons, le « docteur »²⁷ lui avait prescrit une ordonnance, avec de la pommade, du sirop et des cachets. L'ordonnance était chère, aux alentours de 5 000 UM [15 euros], et elle n'a vu aucune amélioration. Elle me montre les boîtes : il s'agit d'une pommade appelée Bacteryl®, et l'enfant prend également des sachets d'Erythromycine®. Elle décrit que lorsque qu'elle met la pommade à Abdoulaye après le bain, cela s'améliore un peu, mais ensuite cela revient. Au mois de septembre, la mère d'Abdoulaye considère que son état s'est amélioré. Elle dit l'avoir conduit à l'« hôpital » du « docteur ». Celui-ci a consulté les deux enfants, puis a prescrit une pommade à 3 000 UM [8 euros] ainsi que des injections à 5 000 UM [15 euros] pour la grande sœur d'Abdoulaye. Pendant cinq jours consécutifs, la petite a reçu ces injections. Ce n'est qu'une fois le traitement terminé que sa mère a payé 2 000 UM [5 euros] pour l'ensemble des soins réalisés. Elle souligne que l'offre de service du « docteur » est bien arrangeante. Quant à Abdoulaye, il n'a pas pu recevoir le même traitement, car il est trop petit. Pour financer ces soins, elle a mis un peu de son argent personnel, mais, la plupart du temps, c'est le père de l'enfant qui envoie l'argent.

Les boutons reviennent toujours, dès que l'on arrête la pommade. Sa mère se dit que c'est peut-être car cela vient du ventre. D'ailleurs, le « docteur » lui a dit que le sirop prescrit nettoyait le ventre, aussi pense-t-elle qu'Abdoulaye a peut-être quelque chose dans le ventre. De même, le grand-père d'Abdoulaye dit que les boutons à l'origine sont dans le ventre, et que seule la médecine moderne peut les soigner, en « nettoyant » le ventre. Lorsque nous demandons à la mère d'Abdoulaye si son enfant n'est pas *ñaw-ñawto*²⁸, elle nous répond oui, car il a souvent des fièvres, et que lorsqu'il a de la fièvre elle le conduit à l'« hôpital » (chez le « docteur » de quartier). Une femme du voisinage lui a dit qu'Abdoulaye souffrait peut-être de *dokam siti*, maladie qu'elle avait elle-même contractée, et qu'elle avait pu soigner auprès d'un marabout au Sénégal, avec un remède à base de plantes. Mais, la mère d'Abdoulaye se dit que son fils n'est pas atteint de cette maladie, que dans son cas, il s'agit plutôt de *nefe* (allergie). Pour *nefe*, explique-t-elle, il n'y a pas de traitement, cela vient à l'hivernage, ça contamine plein d'enfants mais après l'hivernage cela s'arrange.

Les symptômes qui inquiètent le grand-père et la mère d'Abdoulaye sont, avant tout, la constipation et les boutons. Ils font moins cas des fièvres, qu'ils traitent avec du paracétamol. Ils ne se préoccupent pas non plus particulièrement du retard de développement d'Abdoulaye et de son corps malingre. Selon eux, l'élément déclencheur des problèmes de santé est le fait que l'enfant a mangé du plâtre, ce qui a provoqué des constipations dont il souffre depuis plus d'une année. En ligne de fond, la crainte semble être celle d'une « maladie du ventre », dont l'enfant ne parviendrait pas à se débarrasser et qui se manifesterait par la persistance de boutons au niveau de la peau. Une conception de la maladie que l'on retrouve pour des maladies jugées graves telles que *came* ou *ndiyam jonde*. Le sirop prescrit par le

²⁷ Référence dans le quartier, ce « docteur », en réalité infirmier retraité, tient une pharmacie (sans agrément) dans laquelle il consulte et réalise des soins tels que les injections et les perfusions.

²⁸ Qui souffre souvent de maladies, maladiif

« docteur », selon cette conception, est censé « nettoyer le ventre » d'Abdoulaye. Cependant, lorsque nous demandons nous-mêmes au « docteur » de quoi souffre Abdoulaye, celui-ci indique qu'il ne s'agit que d'un problème dermatologique. Il ajoute que le problème persiste car sa mère ne poursuit jamais correctement le traitement jusqu'à son terme, avant de prescrire, de nouveau, une pommade à Abdoulaye.

L'interprétation de la maladie n'est cependant pas univoque, et se formule autour de plusieurs hypothèses, sachant qu'aucun des traitements reçus ne s'est avéré concluant. La mère d'Abdoulaye parle d'une maladie transmissible à l'origine des boutons, qu'elle qualifie aussi, un jour, d'allergie (*nefe*). Elle rejette l'hypothèse d'une voisine qualifiant la maladie de *dokam siti (ndiyam jonde)*, alors que la manière dont elle interprète la maladie d'Abdoulaye s'apparente, par certains aspects, à cette entité nosologique. Le fait que les différents symptômes puissent avoir trait à une même maladie – ou à diverses pathologies – ne se dessine pas non plus clairement dans les propos de la mère d'Abdoulaye. Elle oscille entre deux conceptions : soit il s'agit d'une maladie du ventre provoquant des boutons ; soit les deux aspects sont indépendants, les constipations étant liées à l'ingestion de plâtre, et les boutons, à une « allergie » contagieuse. Notons qu'elle ne retient aucun terme médical pour décrire la maladie de son fils : son interprétation reste centrée sur des conceptions populaires de la maladie. Les explications médicales reçues, probablement lacunaires et en tout cas peu comprises, poussent à certaines évolutions interprétatives, sans que ces référents interprétatifs ne soient remis en question.

L'interprétation du grand-père d'Abdoulaye est encore plus catégorique : selon lui, la maladie d'Abdoulaye, qui fait suite à l'ingestion de plâtre, vient du ventre et se manifeste par les boutons. S'il a soigné la constipation de son petit-fils avec une plante appelée *falayel*, il considère que s'agissant des boutons, seule la médecine moderne est en mesure de soigner son petit-fils par des médicaments « nettoyant » son ventre. Dans ce cas, nous assistons à la fois la prégnance d'une conception populaire de la maladie, et la recherche d'une réponse médicale. Une « demande » contrariée par les réponses des professionnels de santé qui prescrivent surtout des pommades ne pouvant permettre, selon cette conception, d'atteindre le « foyer » de la maladie. D'ailleurs, le grand-père d'Abdoulaye voit sa conception confirmée par le fait que les pommades appliquées n'ont qu'un effet temporaire et que « *les boutons reviennent toujours* ».

Soulignons que les soins médicaux auxquels Abdoulaye accède sont cantonnés aux structures de proximité et au secteur informel : aussi peut-on douter de l'efficacité des pommades que sa mère achète, dans des pharmacies sans agréments, importés de pays dont les autorités de réglementation ne garantissent en rien la qualité de leurs produits (Fargier, 2011). On comprend comment la non-maîtrise du secteur pharmaceutique peut avoir des effets désastreux s'agissant de la construction de rapports avec la biomédecine, mais aussi, de

l'évolution des savoirs thérapeutiques populaires. Aux urgences de l'Hôpital national, nous avons observé d'autres enfants dont les parents consultaient inquiets des « boutons » de leurs enfants, ne mentionnant pas d'éventuels autres symptômes jugés mineurs (retard de développement, diarrhées, fièvres,...). Ces enfants sont généralement orientés, sans plus de questions, vers les services de dermatologie. Ce décalage entre les besoins de santé ressentis et les catégories médicales laisse des parents insatisfaits. Comme Abdoulaye, ces enfants peuvent trouver plus de répondant dans des structures informelles admettant davantage de répondre aux représentations locales, en prescrivant des médicaments qui « nettoient le ventre » ou des injections pour des problèmes « dermatologiques ».

II-3-3 *Addo* : maux des poussées dentaires

Addo est une symptomatologie associée aux poussées dentaires des nourrissons. Les grand-mères ont toutes en tête que les poussées dentaires sont des moments difficiles pour les enfants, qui se manifestent par des douleurs, de la fièvre, des diarrhées, des vomissements, ou encore, le nez qui coule et les yeux larmoyants. Les grand-mères considèrent *addo* comme un passage obligé mais recommandent toutes de recourir aux marabouts et aux mères des enfants, qui attachent des gris-gris soulageant la douleur des poussées dentaires.

« Ah oui, c'est douloureux. Tous les enfants qui ont leurs dents, ils ont mal, ils ont la diarrhée, leur corps est très chaud, on ne peut pas les soigner. Il faut leur mettre un *pibol*. Si cela arrive, c'est douloureux, c'est difficile, cela donne beaucoup de maladies. » (Neene L.)

Marabouts et mères de enfants confectionnent, notamment, un collier fait de fils blancs noués, parfois avec de petites perles blanches, appelé *pibol*. Les *pibi* ont généralement la double fonction d'éviter que l'enfant ne souffre lors des poussées dentaires, et de le protéger lors de cette période de vulnérabilité. Rares sont, en milieu *pulaar*, les nourrissons qui ne portent pas leur *pibol*. Lors de la confection (nouage) et de l'attachement du *pibol*, certaines formules doivent être prononcées. Traditionnellement le *fibde* (nouage) constituait une pratique thérapeutique à part entière chez les *haalpulaaren*.

« *Fibde* désigne aussi une technique de soin qui consiste à faire des nœuds sur un fil de coton, lequel est ensuite noué autour de la partie malade. Le *fibooowo*, le faiseur de nœuds, souffle une incantation sur chaque nœud fait. Une fois le nombre requis de nœuds atteint (le nombre de nœuds varie mais on retrouve le plus souvent le chiffre 7), le *fibol* (la cordelette nouée) est remis au patient. Le *fibol* possède avant tout des vertus préventives et propitiatoires. Il est employé pour se protéger des maléfices de toutes sortes chez les *fulbe jeeri* » (Tall, 1984 : 217).

Dans le contexte urbain de Nouakchott, il n'existe plus de spécialistes des *pibol* comme les *fibooowo*, mais la confection du *pibol* occupe une place importante dans les pratiques des

guérisseurs *haalpulaaren*. L'efficacité du *pibol* dépend de l'habileté du marabout ou de la « mère des enfants » qui l'a confectionné. Ceux qui sont simplement « vendus » sur les marchés, dont on ne connaît pas l'origine, ne sont donc pas jugés très efficaces. La prévention des douleurs liées aux poussées dentaires est un des principaux motifs d'attachement du *pibol*. Guérisseurs, marabouts et mères des enfants en font un symbole de leurs pratiques thérapeutiques : l'efficacité du *pibol* à soulager la douleur est à la mesure de la « puissance » du guérisseur. L'activité thérapeutique et la réputation de la *mère des enfants*²⁹ tournent, notamment, autour du soulagement des maux liés à *addo*. Celle-ci donne, en prévention ainsi qu'à tous les enfants souffrant de diarrhées et de vomissements, trois gris-gris prévenant les complications liées à *addo*. Il y a un cordon qu'elle attache à la taille pour que l'anus de l'enfant ne soit pas fissuré lors des diarrhées, un coquillage à porter autour du cou pour ne pas que *giyel bernde* (l'os du cœur) tombe lorsque l'enfant vomit, et un petit papier sur lequel est inscrit une formule protégeant l'enfant des attaques surnaturelles. L'efficacité de ces gris-gris est peu compromise, sachant que ceux-ci ne sont pas censés empêcher des maux jugés ordinaires (diarrhées, vomissements) mais leurs prétendues complications (fissuration de l'anus, chute de l' « os du cœur », attaques de génies,...).

L'emprise des réponses thérapeutiques des marabouts et guérisseurs s'agissant des symptômes associés à *addo* retarde – ou dissuade – probablement certains recours aux structures sanitaires. Chez un nourrisson en âge de faire ses dents, fièvres, diarrhées et vomissements sont rapportés à *addo*. Les grand-mères sont unanimes sur ce point : impossible d'éviter *addo*, mais le nourrisson peut être soulagé grâce à un *pibol*. Bien que les jeunes mères répondent à la pression sociale en attachant un *pibol* à leur enfant, elles ne s'y fient pas complètement lorsque les symptômes surviennent, et cherchent des réponses au sein des structures sanitaires.

II-3-4 *Sooynabo* : une maladie que les docteurs ne savent pas soigner

Les grand-mères considèrent que *sooynabo* est une maladie que la médecine n'est pas en mesure de soigner. Les médicaments des blancs sont même considérés comme dangereux, car, disent-elles « *la maladie n'aime pas les médicaments* ». Les grand-mères décrivent *sooynabo* comme une « jaunisse » se manifestant sur le corps : les yeux et les aisselles sont jaunes, les urines sont jaunes. Une grand-mère ajoute que le ventre peut être ballonné, notamment lorsque la maladie, non soignée, s'aggrave (neene R.). Selon l'une des grand-mères, la « jaunisse » s'expliquerait par le fait que la bile s'est versée sur les intestins (neene G.). Les grand-mères sont unanimes sur les traitements à entreprendre : l'enfant doit regarder des choses jaunes (tissus, perles, épis de maïs), et prendre des décoctions de plantes

²⁹ Voir portrait de la guérisseuse, Chapitre III-1-2

amères tirant sur le jaune (maïs, *gawdi*, racines de *bowde*, *dooki*). Notons que ces modalités de traitement, en milieu *pulaar*, ont été relevées il y a trois décennies (Tall, 1984), signe de leur relative stabilité. Ces breuvages provoquent diarrhées et vomissements qui font « partir » la maladie. Les interdits alimentaires sont nombreux : le malade ne doit pas consommer d'huile, de lait, de sucre, de viande, de *ñebbe* (haricots). Il doit se nourrir de bouillie de mil, de maïs. Deux grand-mères recommandent également la consommation d'un poulet mélangé à de la papaye (neene S., neene O.). La plupart ne connaissent pas la traduction de *soynabo* en français, avançant qu'il s'agit d'une maladie que les blancs ne savent pas soigner. Certaines évoquent, cependant, la « fièvre jaune ». En milieu bambara, Yannick Jaffré (1999) a étudié une entité nosologique populaire comparable à *soynabo* : *saayi*. Comme pour *soynabo*, « le cœur de cette représentation ou de ce module est le "jaune" ». Nous n'avons pas retrouvé une sémiologie aussi riche, mais les modalités de traitement – la « purge » et la consommation d'aliments amers – sont comparables. Comme le souligne l'auteur, l'ictère pouvant être le symptôme de diverses pathologies évoluant vers la guérison ou la mort, l'efficacité des services de santé, qui délivrent des traitements longs et variables, s'en trouve dépréciée.

Parmi les trajectoires de maladies étudiées, deux évoquent *soynabo*. D'une part, la trajectoire de la petite Salma, 11 ans, dont tous les membres de la famille désignent la maladie par le terme de *soynabo*. D'autre part, celle de Cheikh, souffrant d'un ictère néonatal, dont la mère hésite entre plusieurs interprétations de la maladie. À partir de ces deux trajectoires, nous pouvons analyser dans quelles mesures les représentations étudiées auprès des grand-mères sont mobilisées et mises en œuvre dans l'interprétation *in situ* de la maladie.

Trajectoire de Salma : la guérison de *soynabo* par le « soigner noir »

Salma, 11 ans

Salma habite un quartier non loti d'El Mina, un terrain sur lequel son père a fait construire une baraque de bois, devant laquelle une tente maure (*khaïma*) est dressée. Elle y vit avec ses parents, *pulaar*, ses frères et sœurs, et fréquente l'école de son quartier. Gaie, coquette, Salma, avec sa peau claire et ses longs cheveux bruns, se distingue de sa fratrie, ressemblant davantage à une fillette maure qu'à ses frères et sœurs. Son père, chauffeur pour le ministère, a de modestes revenus mais la gâte tant qu'il peut : « *c'est la fille la plus proche de ses parents* », dit-il. Salma dit qu'elle a souffert d'une maladie que l'on appelle *soynabo*, dont elle ne connaît pas le nom en français. Elle est la seule enfant de la famille à avoir souffert d'une maladie grave. Sa mère décrit que dès sa naissance, elle semblait différente des autres : « *Quand elle est née, elle était toute blanche. Elle pesait plus lourd qu'un bébé normal. Elle est née gonflée. Elle avait un grand front. Ils ont dit qu'elle a eu la maladie avant même sa naissance. Avec la nourriture que je mangeais... Quand j'étais enceinte, je ne mangeais que de bonnes choses, des choses sucrées.* »

Premiers signes de la maladie et hospitalisation

En 2008, alors que Salma est âgée de 6 ans, de premiers symptômes se manifestent. Sa mère raconte : « *Le premier jour que c'est arrivé, ses yeux sont devenus comme ça, jaune. Après, ses mains sont devenues jaunes, tout son corps est devenu jaune. Quand elle portait une chemise blanche, toute la chemise devenait jaune. Son corps, lorsqu'il suait, il suait jaune. Quand elle urinait, elle urinait jaune [...]. Elle passait la nuit à pleurer. Elle ne dormait pas, elle passait la nuit à se gratter, se gratter...* » Dans un premier temps, ses parents la conduisent à l'hôpital Cheikh Zayed, où elle est gardée en hospitalisation. Là-bas, on leur prescrit plusieurs analyses de sang et d'urine. Salma raconte : « *ils me prenaient du sang tôt le matin, dans une petite bouteille, mais je ne sais pas ce qu'ils en ont fait.* » La mère de Salma commente : « *J'allais avec elle faire une analyse de sang, après ils ont demandé une analyse d'urine. Ici nous étions une pharmacie de papiers d'analyses. [...] Je me suis fatiguée à l'hôpital. D'ailleurs, à l'hôpital, je n'ai rien eu. La seule chose que j'ai eue à l'hôpital, c'est des rendez-vous, des analyses. Et les analyses, elles disent qu'il n'y a rien.* » Le père de Salma, détaillant les prix des différentes analyses réalisées, particulièrement importants par rapport à ses revenus, en vient à la même conclusion : « *Mais, ça n'a rien servi. On s'est fatigué... On s'est fatigué... Pour rien.* » Il rapporte qu'un pédiatre lui a finalement dit : « *ça ce n'est rien. C'est une maladie qui vient et qui part.* » Une remarque qui l'a particulièrement énervé, lui qui regrette que sa fille soit hospitalisée sans recevoir de traitement : « *Il ne faut pas nous dire que ça c'est une maladie qui vient et qui part. Mais... tu peux essayer de soigner sa maladie ! On est venu uniquement pour soigner. Montrez comment on soigne ! Montrez-nous que vous connaissez sa maladie !* »

Sa mère rapporte avoir obtenu, de son côté, des explications s'agissant de la maladie : « *À un docteur, j'ai demandé ce qui amenait cette maladie. Il a dit que c'était le lait en poudre et le pain qui causaient cette maladie. Les cubes Maggi sont aussi une cause de cette maladie. Il a dit que le lait en poudre, les gens prennent le lait en poudre et en mettent sur le pain. Il a dit que c'est interdit. Parce que c'est de la levure. La levure sèche le pain, ce n'est pas bon. Du café, du thé auquel on rajoute du lait en poudre, ce n'est pas bon. [...] J'ai demandé au docteur comment se présentait cette maladie. Il a dit qu'il savait. Il a dit tu vois, la bile, lorsqu'elle ne travaille plus c'est ça qui amène cette maladie.* » Après un mois d'hospitalisation sans résultats, fatigués d'avoir dépensé beaucoup d'argent, le père de Salma doit se rendre plus disponible pour son travail. Les parents décident de poursuivre les soins chez un guérisseur appelé Thierno Police.

Le traitement de Thierno Police

Thierno Police est un guérisseur renommé à Nouakchott, notamment connu pour délivrer des soins gratuitement. « *Quand on a fait l'admission chez Thierno Police, Thierno Police m'a appelée. Il m'a dit "tu sais que ça fait un mois que ta fille est ici [à l'hôpital] Toutes les personnes avec lesquelles elle était hospitalisée sont guéries. Elle, elle n'arrive pas à guérir. Tu sais qu'on a été créé et qu'on va mourir. [...] Elle n'est plus parmi les hommes."* » La mère de Salma rapporte alors que la petite a répondu au guérisseur : « *Tu n'es pas Dieu. Et tu n'enlèves pas la vie. Moi, je ne meurs pas. C'est Dieu qui m'a rendue malade, et il me guérira jusqu'à ce que je sois guérie.* » La mère croit cependant que le guérisseur dit vrai, que sa fille va mourir, et passe la nuit suivante à pleurer. Selon Thierno Police, Salma souffre de *soynabo*. Il explique : « *cette maladie ressemble à un potiron que l'on aurait gardé et qui finirait par pourrir de l'intérieur. Et maintenant, le potiron est complètement pourri à l'intérieur. Quand tu le touches, qu'est-ce qui reste ? Il s'ouvre et est gâté. C'est ainsi qu'est cette maladie.* » Avec

ce diagnostic, Thierno Police entreprend un traitement de choc. Salma passe ses journées chez le guérisseur, où elle doit se nourrir uniquement de bouillies de mil et boire des décoctions de plantes. Elle raconte : *« Je ne mangeais que de la bouillie, on y met de l'eau froide. C'est avec ça qu'on la cuisine. On n'y met pas de sel, pas de sucre, pas de lait. [...] On y mettait une plante appelée burbokki il me semble, et je buvais la décoction de cette plante. »* Pendant un mois, Salma ne mange que cette bouillie, qui doit provoquer une diarrhée et faire partir la maladie, selon le guérisseur. La bouillie et les décoctions sont amères et Salma rechigne de plus en plus à les avaler. Sa mère raconte : *« Elle ne buvait pas d'eau, seulement la décoction de dooki. À 11:00 on lui donnait un pot. À 3:00 on lui donnait un pot. À 5:00 on lui donnait un pot. Avant de dormir, on lui donnait un pot. Elle ne mange pas de viande. Elle ne mangeait rien de ce que les gens mangeaient. Et ça, c'était pendant un mois. [...] Quand elle voyait les gens déjeuner, elle ne pouvait pas s'arrêter de pleurer. Quand elle voyait à manger, elle ne faisait que pleurer. Thierno Police nous disait de cacher tout ce qu'il y avait à manger qui contenait de l'huile ou de la viande. On fermait la cuisine à clé. Elle attendait jusqu'à ce que tout le monde soit couché pour ramper jusqu'à la cuisine chercher de quoi manger. [...] Elle ne buvait qu'avec la force. Elle buvait elle pleurait, elle buvait elle pleurait. Dans les derniers jours, elle refusait de boire. À ce moment-là, elle avait faim. Quand une personne a faim, elle finit par ne plus se tenir debout. »* Salma ne guérit pas, et son état de santé se détériore. C'est à ce moment qu'un oncle de l'enfant, au village, informé de sa maladie, propose de se rendre à Nouakchott pour s'occuper d'elle.

Traitement et guérison par un oncle guérisseur

L'oncle affirme avoir soigné des cas plus graves encore, et demande à ce qu'on lui laisse l'enfant pour qu'il la soigne. Il utilise *ledde baleebe* (les médicaments « noirs »). Il demande à la mère de chercher un drap jaune, d'acheter des habits jaunes. Pour enlever le jaune des yeux, il lui demande de regarder du jaune. Il lui fait prendre du mil, du maïs, et des décoctions de plantes. Ce traitement déclenche un évanouissement, suivi d'une longue diarrhée. La mère de Salma prend peur, et envisage même d'arrêter le traitement. Elle décrit les étranges manifestations provoquées par le traitement: *« Il lui a amené des médicaments et il lui a fait boire, boire. Au bout d'un certain temps à boire, elle est devenue noire comme ce cartable. [...] Pendant sa guérison, elle prenait des forces mais noircissait, et avait des poils qui lui poussaient. Tu ne pouvais pas savoir comment son corps était. Moi, j'en avais peur. Je suis sa maman mais j'en avais peur. [...] Les oreilles ont éclaté : un liquide noir en est sorti. Les deux oreilles. [...] Il y avait des boutons sur tout le corps, de petits boutons d'où sortait un liquide jaune. Tu croirais que c'est de la gomme arabique. »* Durant ce traitement, Salma ne parvient pas à dormir, pleure. Ses parents, inquiets, décident de la reconduire à l'hôpital. Là-bas, les « docteurs » disent qu'ils ne soignent pas cette maladie, de ramener l'enfant chez Thierno Police. Ils prescrivent cependant une analyse de sang pour vérifier s'il ne s'agit pas d'un problème hépatique. Le résultat revient négatif, et la mère de Salma raconte que les gens du laboratoire lui conseillent de ne pas lui donner de médicaments de blancs, mais de retourner lui donner des médicaments « noirs ». Salma poursuit le traitement de l'oncle, qui, selon sa mère, fait effet. Salma commence à grossir, puis elle recommence à marcher. Elle continue de noircir mais l'oncle dit qu'elle cessera de noircir lorsque sa maladie partira. Et, petit à petit, Salma guérit.

La vie quotidienne après la maladie

La mère de Salma considère que *sooynabo* est une maladie qui ne guérit jamais complètement. Le malade doit être prudent, car la maladie peut revenir, et tuer la personne qui l'a déjà eue. Parfois, elle remarque que la maladie tend à revenir : sa fille est faible, triste, son visage se fige et ses lèvres sont sèches. Dans ce cas, elle fait attention d'appliquer toutes les recommandations reçues s'agissant de son alimentation. Salma dit que c'est lorsqu'il fait chaud que sa maladie revient. Sa mère ajoute qu'un docteur a expliqué que c'est parce que sa maladie craint la chaleur. Depuis cet épisode, lorsqu'elle tombe malade, Salma doit éviter de prendre des médicaments : « *Les docteurs lui ont demandé de ne pas prendre trop de comprimés. La maladie qu'elle avait, n'aime pas beaucoup les comprimés.* » Aussi, sa mère évite de l'amener à l'hôpital, et se contente, dit-elle, de la conduire à la pharmacie. Comme « *ils ont dit* », Salma doit faire attention à son alimentation. Elle ne doit pas manger du riz au poisson quand il y a trop d'huile, ni de cube Maggi, ni de beurre traditionnel, ni de riz pimenté et surtout, pas de sucreries. L'oncle a dit qu'elle devait manger du riz avec un peu de viande et beaucoup de légumes, des hors-d'œuvre. Mais la mère de Salma confie qu'elle n'applique pas toujours ces recommandations : « *Beaucoup de choses qu'ils m'ont demandé de faire, je ne les ai pas faites. C'est que les forces ne sont pas suffisantes pour les faire. Tu comprends ? Partager la dépense du jour, c'est difficile. Au début, je faisais. Mais maintenant... J'ai arrêté de faire sa propre marmite.* » Selon la mère de Salma, les médecins ont donné des recommandations alimentaires similaires : « *Même les gens de l'hôpital lui ont dit de ne pas manger de riz au poisson ou de riz à la viande. Ce qui contient de la viande, ils ont dit qu'elle ne devait pas en manger.* »

Représentations et recours à la biomédecine

Le premier constat est que, malgré la prégnance des représentations populaires de *sooynabo*, évoquées tout au long du récit de Salma et de ses parents, le premier recours est au système hospitalier. De même, les parents de Cheikh décident de le conduire directement à l'hôpital, bien que des parents et amis leur aient assuré que la biomédecine ne pouvait pas soigner cette maladie. Un constat qui rejoint celui de Jean-Pierre Olivier de Sardan (1999), qui relève que malgré leur méconnaissance des « entités nosologiques populaires internes », les médecins sont consultés pour ces pathologies. Il ressort une certaine contradiction entre les représentations et les recours, en partie explicable du fait que la « jaunisse » soit identifiée comme maladie particulièrement inquiétante, et que les parents, en cas de symptôme grave chez leur enfant, préfèrent se tourner vers les structures sanitaires, quitte à rejeter, comme les parents de Cheikh, la « dénomination populaire ». *Sooynabo* est une maladie qui fait peur, et les parents de Cheikh, comme ceux de Salma, espèrent trouver, au sein des hôpitaux, une autre réponse à cette maladie. Le traitement par les guérisseurs est, en effet, particulièrement pénible et effrayant. Dans les deux cas l'hôpital ne répond pas aux attentes des parents, n'apportant ni nomination alternative, ni traitement probant. Le père de Salma le regrette, s'exclamant : « *On est venu uniquement pour soigner. Montrez comment on soigne ! Montrez-nous que vous connaissez sa maladie !* ». Quant à la mère de Cheikh, elle raconte n'avoir obtenu que peu d'informations : « *ils viennent et ils donnent le traitement [...] les médecins soignent mais ils ne disent rien* ».

Preuve selon eux que les médecins ne connaissent vraiment pas cette maladie, les parents de Cheikh et de Salma relatent que toutes les analyses sont revenues négatives. Il y a là une certaine incompréhension de la diversité des analyses : d'après eux, elles devraient toujours chercher la maladie et trouver un résultat positif puisque la personne est malade. Selon cette conception, toutes les analyses ne permettant pas de « trouver » la maladie s'avèrent inutiles. Le problème de la fiabilité des analyses se pose néanmoins à Nouakchott, comme le soulignent les médecins recueillant trop souvent des résultats négatifs surprenants compte-tenu du tableau clinique. Du côté des familles, l'insatisfaction vis-à-vis des soins reçus ravive et confirme les conceptions populaires : la biomédecine est bien incapable de soigner *sooynabo*. Ce discours est même tenu par les « docteurs », qui recommandent aux parents de Salma les « médicaments noirs ». Nous pouvons cependant faire l'hypothèse que ces recommandations n'émanent pas de médecins mais de divers agents de santé aux formations disparates, peut-être simples brancardiers ou secrétaires, dont les explications sont empreintes de savoirs populaires. Face à la prégnance de l'entité nosologique populaire, nous pouvons être frappés par le peu d'explications médicales qui ressortent des récits de la maladie de Salma. Nous pouvons constater une certaine « incommunicabilité » en l'absence de système de référence commun. Les propos de la mère de Salma sont en ce sens étonnants qu'ils traduisent une explication « monolithique » de la maladie modelée sur des représentations populaires. Dans son récit, les « docteurs » participent de cette explication sans y intégrer des « termes » ou conceptions médicales. Ainsi nous rapporte-t-elle ce qu'« *ils ont dit* », « *ils* » désignant à la fois les docteurs et les guérisseurs. Il paraît étonnant que les « docteurs » aient dit que « *c'est le lait en poudre et le pain qui causent cette maladie* », que « *la maladie n'aime pas beaucoup les comprimés* », ou encore que « *cette maladie n'aime pas la chaleur* ». Déformations, écoute sélective, incompréhension ? Rien ne vient contredire, dans les propos de la mère de Salma, la conception de *sooynabo*, qui au contraire, se confirme et s'enrichit au fil de la trajectoire de maladie. Ainsi les recours aux systèmes de santé n'ébranlent pas l'existence des entités nosologiques populaires internes, qui font preuve d'une « *résistance représentationnelle* » surprenante : « *Pluralisme thérapeutique et conformisme entitaire font bon ménage* » (Olivier de Sardan, 1999 : 83).

Les représentations « hésitantes » des parents de Cheikh

De leur côté, les parents de Cheikh sont beaucoup plus hésitants, et, rejetant l'interprétation populaire de *sooynabo*, s'en trouvent pour ainsi dire perdus entre plusieurs pistes explicatives. Soulignons que pour certaines grand-mères, *sooynabo* n'est pas censée toucher les nourrissons.

Interprétation de la maladie de Cheikh, 18 mois

Suite à une hospitalisation pour ictère néonatal, le petit Cheikh présente de graves problèmes de développement, pour lesquels ses parents consultent, à plusieurs reprises, à l'Hôpital national et chez plusieurs guérisseurs. Bien que des parents et amis désignent la maladie de Cheikh comme *sooynabo*, ses parents utilisent le terme de fièvre jaune. Les parents de Cheikh ne sont pas certains que les problèmes de développement de Cheikh soient liés à « *la fièvre jaune* ». Mais peut-être que « les problèmes au cou » [l'enfant ne tient pas sa tête correctement] sont une conséquence de cette première maladie. Le père de Cheikh argumente en ce sens en expliquant que dans un premier temps, les médecins n'ont pas donné à l'enfant le bon traitement et que les dents de Cheikh sont restées jaunes, signe que la maladie a eu des conséquences. Il constate également que son fils est souvent fiévreux et que sa tête est toujours couverte de sueur. À d'autres moments, les parents de Cheikh apportent d'autres interprétations. Ils disent que la fièvre jaune a été guérie par l'hôpital et que, maintenant, c'est un autre problème dont l'enfant souffre au bras et au cou. La mère de Cheikh regrette que lors de son l'hospitalisation, les docteurs n'aient pas pu voir son problème au cou. Son père s'interroge : est-ce que le problème que son fils a au cou n'est pas lié aux ponctions que celui-ci a reçues lors de son hospitalisation en pédiatrie, qui lui ont fait perdre beaucoup de sang ? Il rappelle qu'ils avaient dû racheter du sang tellement les soignants lui en avaient pris, à la tête. La grand-mère maternelle de Cheikh abonde en ce sens, elle qui considère que les problèmes dont Cheikh souffre sont liés aux nombreuses « injections³⁰ » qu'il a reçues à l'hôpital et, sans cesse, raconte le jour où « *ils étaient quatre docteurs sur lui.* » Sa mère remarque aussi qu'il est souvent atteint de « petites maladies »³¹, diarrhées, rhumes,... Elle dit qu'il est *ñaw-ñawto* (maladif), mais que s'il n'y avait pas cela, ça irait. Enfin, son père se demande aussi si les problèmes dont souffre Cheikh ne remontent pas à sa naissance au dispensaire du 6^{ième}. Son épouse a dû accoucher seule, et l'enfant a peut-être fait une chute au moment de l'expulsion. En tout cas, les parents de Cheikh écartent l'idée que l'enfant soit né avec une malformation car, « *l'enfant est sensible à la douleur alors que les enfants malformés ne ressentent rien* ».

Les interprétations de la maladie sont ici ouvertes et enchevêtrées, foisonnantes sachant que les problèmes de développement de Cheikh demeurent irrésolus. Ses parents sont incertains sur le nombre d'« entités nosologiques » dont il souffre, et varient dans leurs imputations de tel ou tel symptôme à telle ou telle maladie. De nouveau, les interprétations s'avèrent peu étayées par des explications biomédicales, bien que davantage de termes médicaux soient utilisés. Les propos des guérisseurs – qui n'ont vraisemblablement pas donné d'explications – sont aussi peu présents. Suite à ces recours peu informatifs, les parents de Cheikh apportent une série d'hypothèses, diverses voire incompatibles. Plutôt que d'un déroulement enchaînant causes à effets, la trajectoire de Cheikh est décrite au fil de couches d'hypothèses, coexistant faute d'être démenties. L'interprétation de la maladie, complexifiée au fil du temps, s'exprime confusément. Certaines des interprétations avancées font ressortir le manque de confiance envers les traitements biomédicaux. Non seulement ces interprétations

³⁰ Il s'agit en réalité de ponctions, mais la grand-mère soit confond les termes, soit pense qu'il s'agissait d'injections.

³¹ « *Ina heewi ñawayon tokoson* » dit Aïssata, c'est-à-dire, littéralement « c'est beaucoup de petites maladies »

ne rejoignent pas l'explication biomédicale, mais elles mettent en cause les soins réalisés : les problèmes de Cheikh ne sont-ils pas liés à la négligence de la sage-femme qui a laissé la mère de Cheikh accoucher seule, ou aux ponctions que celui-ci a reçues à la tête ? Pourquoi les docteurs n'ont-ils pas remarqué son « problème au cou » lors de l'hospitalisation ? La mère de Cheikh retient le terme de « fièvre jaune » pour désigner l'épisode d'hospitalisation pour cause médicale d'ictère néonatal. Elle ne retient ni le terme d'ictère, qu'elle ne doit probablement pas connaître, ni le terme *pulaar sooynabo*, qui signifierait que l'enfant ne peut pas être soigné par la biomédecine.

II-3-5 Fièvres et terminologie multiple du paludisme

Bien que les fièvres soient spontanément associées au paludisme, il existe plusieurs catégories nosologiques populaires *pulaar* se rapportant à cette maladie, la « traduction » ne faisant pas consensus parmi les grand-mères rencontrées. Le fait que le paludisme, compte-tenu de son polymorphisme, ne soit pas reconnu comme une entité unique par les populations a notamment été documenté pour les Mossi du Burkina Faso (Bonnet, 1990). En milieu *pulaar*, le paludisme est variablement associé à plusieurs types de fièvres : *jontinoje*, *paawle jamma* et *nguleyel*, qui chacune correspondent à des descriptions distinctes dont les traitements populaires sont divers. Le terme *paawngal*, d'usage moins courant, peut également désigner une fièvre. Ces différentes « fièvres », précisent les grand-mères, surviennent surtout après l'hivernage. De manière générale, en cas de fièvres, on recommande de frotter l'enfant avec de l'huile et du vinaigre, comme observé pour les fièvres imputées à *came* (rougeole) ou à *mabbo* (rhume ou grippe). Les grand-mères plébiscitent également l'achat de Doliprane® en pharmacie. Notons enfin que les fièvres, repérées au contact de la tête, sont étroitement associées - voire confondues - aux maux de tête.

Outre ces descriptions populaires, les grand-mères utilisent le terme de « palu », qu'elles se sont approprié, mais aussi l'expression *ñawu bawdi* (la maladie du moustique), issu d'une diffusion des savoirs médicaux sur la transmission du paludisme. Bien que les campagnes de promotion de la santé aient été peu soutenues en Mauritanie, les représentations du paludisme intègrent aujourd'hui des éléments issus de la biomédecine, comme observé dans d'autres pays de la zone (Bonnet, 1990 ; Le Marcis, 2001 ; Landry Faye, 2009). Cependant, cette intégration ne doit pas laisser croire à une uniformisation des savoirs sachant que « *la multiplicité des messages a certes amélioré le niveau de connaissances biomédicales, mais aussi conduit à des amalgames.* » (Faye, 2009 : 103). Du côté des grand-mères mauritaniennes, nous constatons que le paludisme reste associé à diverses entités nosologiques populaires distinctes, pour lesquelles elles préconisent diverses conduites.

Jontinoje

La plupart des grand-mères évoquent en particulier l'homologie entre le paludisme et *jontinoje*. Le terme *jontinoje* peut se traduire par « périodique » : il désigne une fièvre qui va et qui vient. L'emploi de ce terme pour désigner des cas de paludisme a été relevé au Sénégal (Epelboin, 1983), tandis qu'en milieu peul au Mali, c'est le terme *jonte* qui est d'usage (Le Marcis, 2001). Les grand-mères *pulaar* évoquent fréquemment le terme wolof de *sibiru* (qui revient demain), qui met également l'accent sur le fait d'une fièvre qui se manifeste plusieurs jours consécutifs. Elles sont d'ailleurs plus sûres d'elles s'agissant de la traduction wolof (paludisme=*sibiru*) que de la traduction *pulaar* (paludisme=*jontinoje*). Cependant, certaines ont fait l'expérience que les cas de *jontinoje* sont bien qualifiés de paludisme par les « docteurs » : « quand tu l'amènes à l'hôpital [celui qui a *jontinoje*] ils disent que c'est le paludisme, parce qu'il tombe régulièrement malade » (neene H.) ; « ceux qui ont *jontinoje*, quand on leur fait la goutte épaisse, on a trouvé que c'est le palu toujours » (neene B.). Pour soigner *jontinoje*, outre le recours à la médecine moderne, les grand-mères évoquent des traitements traditionnels à base de plantes tels que les décoctions de *burbokki* (neene L.) ou de *folere* (neene R.).

Paawle jamma

Paawle jamma, la fièvre du soir, est une fièvre qui, comme son nom l'indique, se manifeste à la tombée de la nuit. Parfois, le malade ne la ressent pas car elle survient dans son sommeil. Le lendemain matin, au réveil, la fièvre est partie mais on voit apparaître un bouton au niveau de la bouche. Tout comme *jontinoje*, la fièvre du soir peut se manifester plusieurs soirs consécutifs, après s'être calmée durant la journée. *Paawle jamma* est souvent considérée comme une maladie bénigne, qui peut correspondre à *mabbo* (une grippe ou un rhume) ou à un « bouton de fièvre ». Cependant, si *paawle jamma* revient plus de quatre jours successifs, précise neene B., c'est qu'il s'agit du paludisme. Différentes causes sont évoquées : *paawle jamma* pourrait être la conséquence d'une transe nocturne ou d'un manque de sang (neene A.), ou bien elle est liée au fait que l'enfant est allaité alors que sa mère a débuté une nouvelle grossesse (neene H.), ou encore, qu'il souffre de poussées dentaires, (neene M.). Les traitements évoqués sont divers : enduire le corps d'huile et de vinaigre (neene M.), mettre du beurre sur le bouton (neene A.), prendre une plante appelée *aljanaawi* ou boire l'eau restée au fond d'une la pirogue (neene R.).

Nguleyel

Nguleyel (petite chaleur) est une fièvre menant au délire : « Tu parles, c'est comme si tu parlais dans le vide, tu commences à insulter les gens » (neene H.). Ce type de fièvre est plus

spontanément rapporté à des interprétations surnaturelles impliquant les génies. Dans ce cas de figure, les traitements évoqués renvoient au fleuve (*maayo*), réputé abriter de nombreux génies. Les grand-mères recommandent de prendre la peau d'un poisson du fleuve, lumineux, s'appelant *majje*³² (neene D., neene R.) ou *suppeere*³³ (neene H.), que l'on prépare avec l'eau restée au fond d'une pirogue. *Nguleyel* concerne donc plutôt les cas de paludismes affectant les fonctions neurologiques, qui reçoivent un peu partout des interprétations surnaturelles (Bonnet, 1990 ; Le Marcis, 2001).

Hoore muussore (maux de tête)

Hoore muussore, le mal de tête, est partiellement confondu avec les fièvres. Dans les structures sanitaires, on entend les mères dire que leurs nourrissons ont mal à la tête lorsque leurs fronts sont chauds. Or, lorsqu'un enfant souffre de la tête, selon les grand-mères *haalpulaaren*, il faut vérifier que son cerveau ne se soit pas (ren)versé (*hoore rufi*). Pour cela, on prend une cordelette et on mesure le périmètre de la tête ainsi que le périmètre de la poitrine de l'enfant : si le périmètre de la tête est le plus important, cela signifie que le cerveau s'est versé.

« L'enfant ne peut pas s'asseoir, il ne peut pas rester stable. Il n'arrive pas à tenir sa tête. La tête est gonflée. Il ne peut pas s'asseoir, tu le couches tout le temps. Tu prends un tissu tu mesures la poitrine, puis tu prends le même morceau pour la tête, si cela est plus gros, c'est que le cerveau est versé. » (Neene G.)

Une lecture du corps qui, une fois de plus, entre en dissonance avec les catégories biomédicales, l'enfant dont la tête est plus large que la poitrine étant probablement un enfant souffrant de malnutrition. Les remèdes évoqués pour lutter contre les maux de tête et le « cerveau versé » sont aussi nombreux que de grand-mères rencontrées: mettre du henné sur la tête pour la refroidir (neene G.) laver la tête avec un savon qui n'a jamais servi (neene G.), étaler une pommade sur la tête et la serrer avec un cordon (neene N.), inhaler les valeurs d'une solution d'eau et de gomme arabique (neene A.), étaler sur les tempes une pommade réalisée à partir de graisse et de charbon de *cekkiri jeeri* (neene H.), se laver avec une décoction de *burbude* (neene L.). Quant à neene S., elle recommande de donner à l'enfant de l'Effergan® ou de le conduire chez un marabout qui prononcera des formules sur la tête de l'enfant.

³² Selon le lexique d'Oumar Bâ, *majje* est une « torpille, sans écailles » (1976 : 343)

³³ Selon le lexique d'Oumar Bâ, *suppeere* est une « variété de carpe au corps plus aplati » (1976 : 343)

II-3-6 *Ñaw-ñawto* : l'enfant faible et maladif

Selon les grand-mères, certains enfants sont *ñaw-ñawto* (maladifs). Ils tombent toujours malades, souffrant notamment de diarrhées, de vomissements, de toux... Le terme employé varie selon les grand-mères (*ñawru*, *ñaw-ñawki*) mais correspond toujours à un dérivé du terme maladie (*ñaw*). « *Ñaw-ñawto, c'est un enfant qui est toujours malade. Parfois, il arrive que tu saches quelle est la maladie, mais on ne sait pas, ce n'est pas forcément une maladie fixe.* » (Neene L.) Un enfant *ñaw-ñawto* est d'apparence chétive, malingre. Il n'est pas fort (*tiidaani*). Ses parents passent leur temps à essayer de le soigner. Ils s'épuisent en recours, mêlant le plus souvent recours aux « docteurs » et recours aux guérisseurs, sans que l'enfant ne soit jamais en bonne santé. Les « docteurs » le traitent pour divers symptômes et maladies, tandis que les guérisseurs le considèrent atteints par les génies ou par « *hunuko e yitere* » (mauvaise langue et mauvais œil). L'enfant *ñaw-ñawto* reste maladif des années durant, ne parvient pas à grossir.

« Ce sont des enfants qui chaque deux jours, ils sont malades. Depuis qu'il est petit, jusqu'à l'âge de trente ans il est toujours un peu malade. Il se lève, il est un peu malade, il vit comme cela quoi, toute sa vie il est comme cela » (Neene B.)

Selon Oumar Bâ (1976), la tradition *pulaar* considère notamment que les enfants de parents âgés sont des enfants plus chétifs, idée retrouvée chez certains de nos interlocuteurs. Au travers certains propos, nous comprenons que l'enfant maladif n'est pas seulement un enfant de faible constitution, mais que l'explication peut se situer sur un registre surnaturel. Si l'enfant est toujours malade, ce peut être que son ombre (ou double) est blanche (*mbeelu ndaneeru*), ce qui le rend particulièrement vulnérable aux attaques de sorciers (neene D., neene S.).

« Pourtant, il arrive que l'ombre soit blanche (*mbeelu ndaneeru*). Celle-ci attire alors l'attention des créatures maléfiques qui sont tentées par la blancheur de la naïveté. L'individu qui possède une ombre blanche détient des dons de supravision. Mais la blancheur qui symbolise la pureté et la candeur de celui qui est ignorant des maléfices, fait de cette personne une proie facile pour les sorciers anthropophages. » (Tall, 1984 : 306)

Posséder une ombre blanche serait inné (Tall, 1984). Certaines grand-mères ont précisé, de leur côté, que l'enfant risque notamment d'avoir une ombre blanche si sa mère, lorsqu'elle est enceinte, dort sous la lune. Nous retrouvons des conceptions comparables de l'ombre blanche, fragile ou claire pouvant être dévorée par un sorcier dans les autres sociétés peules (Dupire, 1970 ; Vidal, 1990 ; Querre, 2002) ainsi que dans d'autres sociétés ouest-africaines, notamment *biya* en milieu Dogon (Jaffré, 1996).

Enfants maladifs et problèmes de santé chroniques

Dans les familles à grande fratrie, il est fréquent qu'un des enfants soit dit « faible » et que ses parents le qualifie de *ñaw-ñawto*. Une multiplicité de problèmes peuvent concerner les enfants dits « maladifs », mais il peut s'agir d'enfants sans pathologies particulières, tombant seulement plus souvent malades que leurs frères et sœurs. *Ñaw-ñawto* dessine une catégorie en négatif, une qualification apportée lorsque qu'aucune autre catégorie nosologique ne paraît assez convaincante ou suffisamment explicative. Cette catégorie apparaît donc sous forme d'hypothèse ponctuant les trajectoires de maladie non résolues, bien que les problèmes de santé soient par ailleurs qualifiés et requalifiés au fil des recours. Elle présente une tonalité très particulière au sens où elle entérine et « normalise » la vulnérabilité l'enfant, tout en mettant en avant la fatigue et le labeur de ses parents.

« La maman qui a un enfant *ñaw-ñawto* va se fatiguer. Elle va aller voir le *bileejo*, *cerno*, les docteurs, tout ça, tout ça, elle passe tout son temps, tous les jours... Si tu as plusieurs enfants comme ça, c'est difficile ! » (Neene B.)

Dans la petite enfance, les dits *ñaw-ñawto* s'avèrent souvent être des enfants malnutris présentant des retards de développement, et vulnérables à de nombreuses pathologies. La catégorie de *ñaw-ñawto*, répandue, porte alors une explication vraisemblable disculpant les soins maternels. Le cas du petit Abdoulaye, notamment, correspond à ce cas de figure. Comme relevé dans d'autres sociétés, il n'existe pas de terme populaire pour désigner la malnutrition (Rabain, 1979 ; Jaffré, 1996). Dans une analyse des dissonances entre les représentations sociales et médicales en milieu zarma au Niger, Yannick Jaffré montre que là où les professionnels de santé appréhendent une malnutrition, les mères évoquent souvent « la peur de l'enfant » (*humburukumey*) et le fait que l'enfant ait une « ombre fragile », que nous retrouvons dans les représentations *pulaar* de l'enfant *ñaw-ñawto*.

Les enfants *ñaw-ñawto* peuvent également être atteints d'une maladie chronique non diagnostiquée telle que la drépanocytose, qui provoque anémie, retard de développement, et maux chroniques. La petite Ami, 11 ans, qui présente de nombreux symptômes évoquant la drépanocytose (maux de ventre aigus, douleurs articulaires, retard de développement, sœur décédée alors qu'elle présentait des symptômes comparables) est simplement dite « maladive » par son père, qui refuse de réaliser l'analyse diagnostique. De même, les parents d'Amadou, avant d'avoir reçu le diagnostic de drépanocytose, pensaient que leur enfant était resté « maladif » suite à sa naissance prématurée. La mère du petit Cheikh, qui présente des troubles de développement psychomoteur majeurs, fait elle aussi l'hypothèse que son enfant est *ñaw-ñawto* : il s'agit, dans ces cas, d'hypothèses explicatives rassurantes, minimisant largement la gravité des atteintes dont souffre l'enfant.

II-3-7 « *Ñaw baleebe* » : maladies des génies et des sorciers

Parmi les catégories nosologiques populaires de l'enfance, figurent quelques interprétations d'attaques surnaturelles. Il n'est généralement question de ces « attaques » qu'au travers des précautions et protections employées pour s'en prévenir. En principe, ce qui relève du savoir secret (*ganndal sirru*), n'est jamais abordé directement, sauf par les guérisseurs (*wileebe*). Le fait de questionner directement en prononçant leur nom suscite malaises et rires chez les grand-mères.

Henndu : le vent malin

Henndu est un « vent du diable » provoquant une paralysie, qui peut toucher les enfants comme les adultes. Les grand-mères sont unanimes, la « médecine des blancs » ne sait rien d'*henndu*. Elle est incapable de soigner, et pire, elle risque de figer la paralysie par les médicaments et injections. Seul les marabouts et les *wileebe* sont en mesure de guérir *henndu* et encore n'y parviennent-ils pas toujours.

« *Henndu*, le vent, il y a le diable, c'est un vent mauvais, ça paralyse les membres, pour cela il n'y a que les marabouts, les dispensaires et les hôpitaux n'y peuvent rien. Ce sont les marabouts seulement qui peuvent soigner. [...] C'est très dangereux. » (Neene G.)

Atteinte particulièrement redoutée, *henndu* n'a pas de remède domestique. Les grand-mères expliquent que les marabouts soignent *henndu*, par la récitation d'« Innde Allah » (noms de dieu), tandis que les *wileebe* le traitent avec des plantes et des formules secrètes (*cefi*). Alors que l'hypertension et les accidents vasculaires cérébraux provoquant des paralysies se multiplient en Mauritanie (Diagana et al. 2002), la catégorie *henndu* ne semble pas être remise en cause. Les grand-mères savent que les docteurs parlent de « tension », mais aussi, qu'ils ne peuvent pas la guérir : « *Si tu vas à l'hôpital, ils te disent que c'est la tension, ils te soignent pendant très longtemps, ça ne guérit pas* » (neene L.). Plus qu'une entité nosologique, *henndu* est le signe par excellence qu'une attaque de génie a eu lieu : « *Henndu, vent qui pénètre le corps humain jusqu'à le rendre froid et mou comme de la gomme, est le symptôme reconnu d'une agression des jinneeji qui font enfler anormalement le corps de leurs victimes* » (Tall, 1984 : 294). Selon Emmanuelle Kadya Tall, *henndu* n'est autre qu'un génie lui-même, qui aurait pris la forme d'un vent. *Henndu* se situe donc clairement dans un registre d'interprétation surnaturelle. Parmi les trajectoires de maladies étudiées, plusieurs comprennent la qualification d'*henndu* : la paralysie faciale du petit Aly, 9 ans, la tétraplégie de Demba, 18 ans. Dans leurs villages respectifs, les voisins désignent les drépanocytoses de Mariem, 11 ans, Youssouf, 8 ans et Houssein, 7 ans sous le terme d'*henndu*. La drépanocytose ne provoque pas de paralysie à proprement parler, mais les douleurs et gonflements articulaires invalidants peuvent également être associés au passage du « vent mauvais ».

Gostaado : l'enfant échangé

Nombreuses sont les précautions des mères et grand-mères pour éviter que leur enfant ne soit « échangé » par les génies avant leur baptême. Les grand-mères sont formelles, quoiqu'on puisse en dire, « *gostaado cela existe* » (neene O.) : des génies peuvent prendre l'esprit de l'enfant et le remplacer par celui d'un des leurs. L'enfant ne doit jamais être laissé seul, ne serait-ce que quelques instants.

« Si tu as un nouveau-né, si tu vas aux toilettes, si tu te douches, il faut que quelqu'un surveille ton enfant jusqu'à ce que tu reviennes. Sinon, si personne ne le surveille, tu pars, quand tu reviens, ils ont changé l'enfant. [...] Sinon tu prends un couteau, tu le mets à côté de la tête de l'enfant, sinon il va être échangé. » (Neene A.)

La vigilance doit être sans faille avant le baptême – et même les 40 premiers jours selon certaines grand-mères – car une fois l'enfant échangé, il y a peu de chance de pouvoir le guérir. « *Il n'y a pas de solution pour gostaado, il y en a qui partent en Espagne, il y en a qui partent partout, mais on ne peut rien faire.* » (Neene B.) Contrairement à *henndu*, qui paralyse le corps, l'enfant échangé présente plutôt des problèmes mentaux : débilité, folie, dépression... L'enfant échangé est un « mongolien » (neene M.), il est malformé (neene B.). Sur son corps, les signes de l'échange peuvent être plus ou moins discrets. En principe, la mère peut les remarquer juste après que l'enfant ait été « échangé ».

« Je connaissais une femme, qui avait un enfant qui était normal, mais la maman elle a été aux toilettes. La maman elle est partie, quand elle est revenue elle a trouvé la bouche qui était de travers, l'enfant avait du mal à voir, ses pieds et ses mains étaient déformés. Ils ont échangé l'enfant, et là maintenant la maman elle est dans la rue, elle fait l'aumône. » (Neene A.)

L'enfant échangé se remarque à ses grimaces particulières (bouche de travers, bave) et à des changements dans sa morphologie. Cependant, l'échange peut être constaté plus tard, lorsqu'en grandissant, l'enfant présente des comportements particuliers. Certains enfants, gravement atteints, seront toute leur vie impotents.

« Moi j'ai une sœur qui a un enfant comme ça [*gostaado*], il a quoi, il a deux ans, trois ans, mais il ne peut pas s'asseoir. Il est tout le temps couché. Sa tête-là elle est tellement grosse. Ses membres-là... on dirait... Vraiment il n'est pas normal. Il ne s'assoit pas il ne parle pas. Il ne fait que crier. J'ai une petite sœur qui a ce genre d'enfant-là » (Neene S.)

La crainte que l'enfant ne soit échangé est très répandue dans l'ensemble peul (Tall, 1984 ; Le Marcis, 2001 ; Querre, 2002) mais aussi chez les Maures (Fortier, 2000) et dans les sociétés arabo-musulmanes. On la retrouve sous diverses formes dans les sociétés africaines : chez les Mossi du Burkina Faso, Doris Bonnet (1988) précise que c'est lorsque la mère pose son enfant par terre en brousse que celui-ci peut être échangé par les esprits mécontents de l'acte de négligence maternelle.

Koydi jamma

Les nourrissons pleurent souvent le soir, sans raison apparente. Selon les grand-mères, c'est parce qu'ils aperçoivent des génies qui passent et prennent peur. Les jeunes enfants, avant le sevrage, sont considérés clairvoyants : ils perçoivent les passages des génies, qui peuvent leur faire peur, et même parfois, les faire rire. La « peur » du soir est néanmoins prise très au sérieux, car elle peut précéder l'attaque d'un génie. Nombreux auteurs ont documenté que dans les sociétés ouest-africaines, le nourrisson est pensé capable d'une double vision : celle du monde d'où il vient et celle du monde où il est né (Zempléni & Rabain, 1965 ; Rabain, 1979 ; Erny, 1968 ; Bonnet, 1988 ; Lallemand, 1991). Aussi, nous retrouvons, parmi ces sociétés, le thème de la peur des nouveau-nés, notamment chez les Zarma au Niger (Jaffré, 1996) ou les Soninké au Mali (Razy, 2004). Chez les enfants plus âgés, qui ne peuvent plus percevoir les génies lorsqu'ils sont éveillés, *koydi jamma* correspond aux peurs nocturnes éprouvées lors des rêves. *Koydi jamma* est peu évoqué spontanément par les mères et grand-mères. En revanche, c'est une des principales interprétations des marabouts face aux pleurs. Selon les grand-mères, ceux-ci calment facilement les « peurs du soir » : avec des gris-gris placés au niveau de la main, en écrivant des prières à placer sous l'oreiller, ou en récitant certains versets aux enfants.

Trajectoire d'Aly : des recours à distance des hôpitaux

Aly, 9 ans

La jeune mère d'Aly a deux enfants : Aly, l'aîné, et une petite fille de 5 ans, qu'elle élève dans son deux-pièces confortable d'un quartier proche du centre ville. La mère d'Aly a mené des études supérieures à Nouakchott, jusqu'à obtenir un master, malgré une interruption de ses études liée à son mariage et à la naissance de son premier enfant, Aly. Son mari, un jeune artiste du quartier qu'elle a épousé par choix, a migré en Europe depuis plus de deux ans. La grand-mère maternelle d'Aly habite un quartier proche, et son grand-père maternel est décédé en 2009 à l'Hôpital national. Drapée dans son voile, la mère d'Aly passe ses après-midi à préparer le thé et à discuter au rythme des visites qui lui sont rendues. Elle exprime ses regrets de ne pas avoir d'activité professionnelle aujourd'hui, tout en appréciant la tranquillité de sa vie mauritanienne.

La maladie d'Aly est survenue alors que celui-ci avait 7 ans. Sa mère a remarqué qu'Aly présentait une déformation au visage : son œil et sa bouche tiraient sur le côté. Ses voisins ont dit : « *ko hunuko wappiiko* » (c'est la bouche qui feinte), ce qui est considéré comme un vent malin, une « gifle du diable ». Dans un premier temps, la grande tante paternelle d'Aly les a conduit voir l'Imam de la Mosquée proche de chez eux. Celui-ci n'est pas spécialisé dans les guérisons : « *il n'en fait pas son métier, mais si tu as besoin de quelque chose, il te donne seulement* », dit la mère d'Aly. Celui-ci lui a donné une bouteille remplie d'une dilution d'écritures coraniques, avec laquelle elle devait laver l'enfant, puis attendre qu'il sèche sans l'essuyer. Ce traitement, dit-elle, a aggravé la maladie. En effet, la mère d'Aly considère que la maladie est liée à un « courant d'air » qui a crispé le visage d'Aly.

Avançant cette interprétation du « courant d'air », elle dit emprunter à un registre de causalité de la maladie plutôt maure³⁴. Les Maures, explique-t-elle, sont très précautionneux vis-à-vis des « courants d'air ». Comme l'enfant a dû attendre d'être complètement sec sans s'essuyer, « *le courant d'air l'a encore attrapé* » ce qui a aggravé son état. Cependant, précise-t-elle, « *pour les blacks, cette maladie, c'est le diable* ». Elle hésite un peu entre ces registres d'interprétation puis nous dit qu'en tout cas, « *c'est une maladie typiquement mauritanienne que la médecine moderne ne sait pas soigner* ».

Face à l'aggravation de la maladie, la grand-mère paternelle d'Aly les a orientés vers un guérisseur maure, Ahmed Haïdara Bah, réputé pour soigner les paralysies - notamment les paralysies faciales -, les maux de tête et de dos. Celui-ci a diagnostiqué « *Chiguigui* », terme qu'il utilise pour désigner les paralysies faciales, mais également pour désigner d'autres maladies du type « *déformations* ». Pour soigner Aly, le guérisseur a mis en œuvre plusieurs soins. Il lui a fait des massages avec de la graisse de mouton mélangée à du henné. Cette préparation, nous a expliqué la mère d'Aly, est également très efficace contre les douleurs. Il a réalisé des ventouses. Après la première consultation, qui a été facturée 2000 UM [5 euros], Aly devait fréquemment être conduit chez le guérisseur, notamment pour les massages qui devaient être, les premiers temps, appliqués matins et soirs. C'est parfois son père qui l'y conduisait. Peu à peu, les séances se sont espacées et Aly se débrouillait pour se rendre seul chez le guérisseur, à pied. Sa mère ignorait alors quel serait le « prix de la guérison », car, chez ce guérisseur « *tu ne paies pas jusqu'à ce que tu voies* ». Le guérisseur a aussi prescrit à Aly des médicaments pharmaceutiques : « *du Doliprane®, des antibiotiques, [...] je ne me rappelle plus les noms, il y en avait pour 12 000 UM [30 euros] de médicaments* ». Ce traitement aux multiples facettes a duré trois à quatre mois. Pendant le traitement, Aly ne devait pas se doucher, ne pas consommer d'aliments froids (glaces, boissons fraîches), ne pas sortir de chez lui et, s'il devait tout de même sortir, bien se couvrir. Puis, Aly a guéri : le prix alors annoncé est de 200 000 UM [530 euros]. Sa mère trouve incorrect de ne pas avoir pu connaître au préalable le « prix de la guérison », mais précise que l'on peut payer comme on veut, petit à petit, vendre une télévision ou quelque chose : « *mais tu paies parce que si tu ne paies pas tu as peur* ».

Même une fois guérie, la maladie risque toujours de revenir, c'est pourquoi la mère d'Aly essaie de maintenir les recommandations du guérisseur. Pendant une année, pour éviter qu'il ne sorte, Aly, alors en 3^{ième} année d'école primaire, a été déscolarisé. Il a ensuite repris le chemin de l'école, mais sa mère lui interdit les aliments froids et limite ses douches. Elle explique qu'il est aujourd'hui très difficile de garder Aly à la maison, qui désire sortir dehors avec les enfants du quartier. Aly se moque de ces interdictions, et se joue de la maladie qu'il avait deux ans plus tôt : provoquant, il fait semblant d'avoir sa bouche sur le côté, et dit que le diable l'a giflé. Lorsque je demande à la mère d'Aly si elle a envisagé à un moment se rendre à l'hôpital, elle répond non, décrivant qu'en neurologie, les médecins prescrivent trop de médicaments sans résultats, qui entraînent de nombreux effets secondaires.

Un des principaux éléments frappants s'agissant de la trajectoire de maladie d'Aly est sa relative simplicité, en comparaison de nombreuses trajectoires mixtes et confuses, intercalant recours à des structures sanitaires et recours hasardeux à divers types de guérisseurs. Certes, on peut considérer que c'est le « succès » de la thérapie d'Haïdara Bah qui produit une

³⁴ En milieu pulaar, le courant d'air est un « vent malin » nommé « *henndu* »

trajectoire concentrée. Mais ce « succès » a impliqué un engagement de la mère d'Aly et de sa famille, durant plusieurs mois de traitement auprès du guérisseur. La simplicité de la trajectoire tient donc également à l'unicité de l'interprétation retenue et à la détermination dans les décisions de recours. Connaissant les tenants et les aboutissants des différentes options de l'offre plurielle, la mère d'Aly s'oriente de manière informée, et avec l'aval de sa belle-mère. Haïdara Bah n'est pas un guérisseur qu'elle fréquente habituellement, mais constitue un recours ciblé, spécifiquement choisi au regard de la maladie d'Aly. La mère d'Aly ne doute pas de ses choix de recours : sûre d'elle, elle connaît bien l'offre thérapeutique qui l'entoure ; connaît les différentes classes de médicaments pharmaceutiques, sait que dans le cas de son fils, si elle doit recourir au système de santé, il s'agira des services de neurologie. Il faut aussi considérer que la notoriété d'Haïdara Bah s'agissant du traitement des paralysies faciales a probablement contribué à générer l'adhésion au traitement. La mère d'Aly estime en effet qu'Haïdara Bah est un grand guérisseur, possédant la « baraka » ainsi qu'un « don du toucher ».

La mère d'Aly infirme avoir eu l'intention de recourir, à quel moment que ce soit, au système de santé, qu'elle fréquente pourtant habituellement. Familière de l'offre biomédicale, elle a habituellement peu recours aux guérisseurs. Mais la paralysie d'Aly - terriblement évocatrice d'*henndu* - ne lui apparaît à aucun moment pouvoir être soignée par la « médecine moderne », d'autant qu'elle a une piètre opinion des soins neurologiques proposés à l'hôpital neuropsychiatrique. En milieu *pulaar*, l'interprétation de la maladie d'Aly s'impose d'emblée sur le registre du surnaturel. La maladie est le méfait d'un vent malin, ou, dit autrement, de la « gifle du diable ». Les paralysies, et plus largement, les expressions étranges du visage sont en effet prises très au sérieux, pouvant être signe d'un sort, d'une mauvaise langue, de l'attaque d'un génie ou d'un diable. La mère d'Aly tend à se démarquer de ce registre d'interprétation qui correspond à l'interprétation spontanée de son environnement *pulaar*, et qui implique la représentation d'une atteinte à la fois crainte et stigmatisante. Son premier recours n'est pas, comme nous pourrions nous y attendre, un marabout ou un guérisseur, mais un Imam, dont elle dénigre finalement l'intervention. Dès le départ, ce premier recours semble signifier un désir de ne pas verser dans le « soigner noir », et de s'inscrire dans un cadre plus orthodoxe. Ensuite, le recours au guérisseur maure mobilise un registre interprétatif où il n'est pas question de diables mais sous-entend un déséquilibre chaud-froid relevant de la théorie des humeurs. Il marque une seconde distanciation du registre interprétatif *pulaar*. Un glissement s'opère du « vent malin » au « courant d'air froid » ayant figé le visage d'Aly. Nous pouvons faire l'hypothèse que le recours au guérisseur maure permet à la mère d'Aly de se distancier d'un registre d'interprétation sombre, avec lequel elle entretient un rapport ambivalent. Ce registre d'interprétation apparaît cependant en négatif. Tandis que le terme *henndu* n'est jamais prononcé, nous retrouvons des attitudes caractéristiques d'agressions surnaturelles : perception d'une dangerosité, discrétion,

éviter de l'hôpital et crainte que la maladie puisse revenir à tout moment. Ainsi, la mère d'Aly engage son fils dans un traitement de plusieurs mois, nécessitant des restrictions contraignantes, allant jusqu'à le déscolariser une année entière. Même après sa guérison, elle prend des précautions par crainte que la maladie ne reprenne. Aly a bien cerné la corde sensible, lui qui, exaspérant sa mère, s'amuse à mimer la « gifle du diable ». De même, le fait que les décisions de recours soient prises dans le cercle restreint d'un environnement féminin, impliquant la mère, la tante, et la belle-mère peut être interprété comme un climat précautionneux relatif à la crainte sorcellaire.

Seydou : une maladie des génies

Les grand-mères évoquent *henndu* et *gostaado* de manière générique, ou indirectement, en relatant la maladie d'un tiers. Dans les trajectoires étudiées, la nomination de ces maladies est circonspecte. Ainsi, de même que la mère d'Aly ne prononce jamais le terme d'*henndu*, la mère de Seydou, dont la description de la maladie s'apparente à celle d'un « échange » par les génies (*gostaado*), la désigne seulement par le terme général de *ñaw baleebe* (maladie des « noirs »).

Seydou, 14 ans

Gravement handicapé, Seydou vit avec sa mère dans la commune de Riyadh. Suite aux inondations de septembre 2013 dans leur quartier de Sebka, la famille s'est résolue à déménager dans ce quartier excentré. Seydou ne peut ni parler, ni se tenir debout, ni manger seul : « *il n'est pas assez solide, et il tremble trop* » dit sa mère. Le père de Seydou, cuisinier, travaille à l'intérieur du pays et rentre rarement sur Nouakchott. Sa mère s'occupe de lui à longueur de journées. Après sa naissance, elle a dû arrêter son travail d'aide ménagère, et s'est mise à faire un peu de commerce pour survivre. Plus tard, elle s'est laissée convaincre de pratiquer la mendicité : « *Même avant je refusais de mendier. On m'a dit de l'amener mendier que je pourrais rencontrer mon destin* ». Tous les matins, dès 6h00, elle part mendier poussant Seydou dans son fauteuil, puis, vers 11h00, elle rentre chez elle pour la préparation du repas. La mère de Seydou a par ailleurs deux enfants scolarisés, et un jeune en apprentissage. Elle a obtenu une scolarisation gratuite dans une école de Sebka pour ces deux enfants : son frère se charge de les y conduire. Elle avait également une fille aînée, mariée, malheureusement décédée lors d'une grossesse.

La mère de Seydou raconte que lorsqu'elle était enceinte de lui, sa grossesse s'était bien déroulée. Cependant, comme il faisait très chaud, il lui arrivait de dormir dehors. L'accouchement était long et difficile mais, dit-elle, quand il est né tout allait bien. Selon elle, c'est trois jours après la naissance que la maladie l'a attrapé. Ce jour-là, il n'a pas tété de la journée. « *Je n'ai pas vu d'autres signes. Il ne bougeait pas. J'essayais de le tourner pour le faire téter mais il ne faisait que dormir. Quand je le prenais il faisait un bruit de plainte. Je pensais que c'était les poumons qui lui faisaient mal.* » Le soir, lorsque le père de Seydou rentre à la maison, elle l'informe de la situation et ils conduisent l'enfant à l'hôpital neuropsychiatrique. Ils font des analyses, des radios, qui ne donnent rien : « *Les docteurs ont*

dit qu'ils n'ont pas vu la maladie. » Les parents de Seydou décident donc de le conduire chez un guérisseur, qui lui fait des prières (*moccude*). Alors, Seydou recommence à téter.

Mais, plus tard, lorsqu'il atteint trois-quatre mois, Seydou « *se raidit et devient tout sec. Chaque année il tombe. Il devient sec* ». Dans ce cas, sa mère le lave avec une eau que son père lui a apportée (eau contenant des versets coraniques). Cela fait dormir l'enfant, et la crise passe. Seydou n'a jamais consulté au cours d'une de ces crises : sa mère dit qu'elle ne va pas à l'hôpital, car elle n'a pas d'argent. À un an et demi, Seydou ne s'assoit toujours pas, ne tient pas son cou. Ses parents consultent un « docteur », qui prescrit des ampoules, sur une longue période. Ses parents ne parviennent à acheter l'ordonnance qu'une seule fois : « *Son père ne travaillait pas, moi je ne travaille pas. C'était une personne qui avait donné à son père pour acheter.* » Vers deux-trois ans, il parvient à redresser et bouger sa tête, et il commence aussi à se mettre sur ses pieds.

Aujourd'hui âgé de 14 ans, Seydou ne reçoit aucun soin médical, et sa maladie n'a jamais fait l'objet d'un diagnostic. Il y a trois ans, sa mère a déposé un dossier pour une prise en charge médicale par MSF mais, dit-elle, elle n'a jamais reçu de réponse.

Interprétation de la maladie

La mère de Seydou considère qu'il est atteint d'une maladie des « noirs » (*ñaw baleebe*). Elle dit n'avoir reçu aucune explication s'agissant de la maladie, ni de la part des quelques docteurs consultés, ni de la part des marabouts. Seule une de ses « petites mamans », qui est *bileejo* (guérisseuse) lui a dit que « *ce sont les esprits noirs qui l'on gâté, depuis qu'il était dans le ventre* ».

La description de la mère de Seydou renvoie implicitement à *gostaado*, bien que plusieurs hypothèses apparaissent s'agissant du moment où les génies auraient « pris » l'enfant. L'attaque aurait pu avoir lieu lors de la grossesse : c'est ce que laisse entendre la mère de Seydou, qui confie qu'elle dormait dehors lorsqu'elle était enceinte. Le fait de sortir la nuit, et plus encore, de « dormir sous la lune » est proscrit pour éviter d'exposer le fœtus aux génies. La mère de Seydou évoque aussi des signes survenus aux trois jours de l'enfant : une période précédant le baptême, où l'enfant est considéré comme étant particulièrement vulnérable aux attaques des génies. Notons, d'ailleurs, que le choix de recours à l'hôpital neuropsychiatrique révèle que, bien que le premier recours aille au système de santé, il soit associé à une hypothèse sous-jacente de maladie surnaturelle. Hypothèse confirmée par le fait que les docteurs n'aient « pas vu la maladie ». Enfin, le non-recours aux soins, au-delà du manque de moyens, peut s'expliquer par une interprétation de la maladie comme destin irréversible, et qui justifie, par ailleurs, la pratique de la mendicité.

Les récits s'agissant de maladies des génies, par les parents d'enfants touchés, sont plutôt allusifs s'agissant des causes. L'intériorisation, par la famille, du fait que la maladie soit une maladie causée par les génies se manifeste par l'absence de tentatives et d'intention de recourir au système de santé. Outre le fait qu'ils s'agissent de maladies invalidantes particulièrement difficiles à assumer dans le contexte des exigences de la vie sociale urbaine,

elles sont sources de dévalorisation sociale. Le mutisme des familles sur les cas d'enfants touchés contraste avec la multiplication de récits dans l'entourage lointain ou le voisinage. Ainsi, les histoires d'enfants échangés représentent des drames sociaux dont les commérages sont friands.

II-4 INTERPRETATIONS ET NOMINATIONS DE LA MALADIE

Etudiant les catégories nosologiques mobilisées dans les trajectoires de maladie, nous comprenons que les interprétations, en situation, sont beaucoup plus hésitantes et équivoques que leur description générique. Les explications monolithiques ne concernent guère que les épisodes de maladie résolus (Aly, Salma), ou les trajectoires de maladie exclusivement centrées sur une offre biomédicale dans des milieux aisés (Abou, Fatimata, Lebkhous, Mamoudou). Les autres trajectoires de maladie se nourrissent d'interprétations fluctuantes, confuses, ponctuées de contradictions.

La confusion des interprétations tient, d'une part, à celle entourant les catégories nosologiques populaires. Autour d'un noyau de sens relativement fixe, ces catégories sont éminemment variables, des sortes de « modules » (Olivier de Sardan, 1999). Nous avons décrit plusieurs exemples de catégories nosologiques *pulaar* dont la géométrie et les ramifications fluctuent selon les interlocuteurs. D'autre part, la sollicitation d'une catégorie nosologique en contexte de maladie est l'objet d'interprétations, fonction d'une lecture des symptômes : « *une représentation de la maladie ne peut être uniquement comprise comme un discours mais doit être aussi envisagée comme un ensemble de relations conjuguant indissociablement les diverses matérialités de la maladie et la pression sémantique d'un lexique.* » (Jaffré, 1999 : 9) Les ressentis et visibilités du corps sont « *autant d'énigmes et de pièges pour une interprétation profane* » poursuit l'auteur. Chez les enfants, ces interprétations sont d'autant plus pièges que la manière dont ils expriment leurs ressentis dépend de leur acquisition du langage et de la socialisation de leurs éprouvés. L'expression des douleurs par les enfants présente des spécificités. Annie Gauvain-Piquard (1997) a notamment décrit les cas d'enfants trop calmes, présentant une « atonie psychomotrice » : submergés par la douleur, ils ne se plaignent plus, ne réagissent plus aux stimulations extérieures. L'éliision de la douleur et des ressentis de l'enfant est en ce sens plus insidieuse.

Par ailleurs, la multiplication des interprétations dans les récits de maladie tient à la multiplicité des locuteurs et des enjeux sociaux traversant l'interprétation nosologique. Les récits de maladie mêlent savoirs populaires et bribes d'explications médicales glanées au fil de parcours thérapeutiques multi situés. Les informations « médicales » délivrées sont loin

d'être homogènes et standardisées, d'autant que les « docteurs » adaptent leurs propos aux langues et aux niveaux de connaissance de leurs patients. L'enchâssement des hypothèses interprétatives dans les récits traduit ainsi la polyphonie des explications dans l'entourage de l'enfant (parents, professionnels de santé et guérisseurs, grands-parents, voisins,...). Afin de mieux comprendre ces compositions interprétatives et leurs implications en termes d'accès aux soins, nous proposons une analyse des nominations des maladies dans les trajectoires étudiées.

II-4-1 Des entités nosologiques aux interprétations en situation

Catégories nosologiques populaires : des modes de nomination pluriels

La nosologie populaire *pulaar* admet plusieurs logiques de nominations qui peuvent se superposer. Trois grands types de nomination des maux se distinguent : *rafi*, *ñaw*, et *muussu* (Tall, 1984). *Rafi* désigne un manque, la diminution d'une fonction du corps qui se rapporte à un organe. Il est question, par exemple, de *rafi hakille* (manque d'intelligence, débilité). Ce sens initial n'exclut pas la création de nouvelles catégories populaires avec la diffusion de savoirs issus de la biomédecine tels que *rafi sukara* (maladie du sucre ou diabète). Le terme *ñaw*, beaucoup plus usité par nos interlocuteurs, correspond d'avantage à une conception de la maladie comme entité. Pour reprendre les termes de François Laplantine, *ñaw* correspond à un « modèle ontologique » définissant la maladie comme un « être » et non à un « modèle relationnel ou fonctionnel » concevant la maladie comme un déséquilibre ou une dysharmonie (Laplantine, 1993[1986]). « Nyaw désigne l'entité du mal, du malheur, de l'épidémie et du désastre pour lesquels un seul terme suffit. Nyaw nécessite la mise en œuvre de la cure, car nyaw entraîne un état qui ne saurait disparaître sans intervention. » (Tall, 1984 : 226). Comme relevé dans les sociétés ouest-africaines (Sindzingre, 1983 ; Fainzang 1985 ; Bonnet 1990), les maladies (*ñaw*) relèvent soit d'une atteinte naturelle (*ñaw Allah*) tels que *came*, *tekko*, *reedu dogooru*, *mabbo...* ; soit d'une atteinte surnaturelle (*ñaw baleebe*), tel que *gostaado*, *henndu*,... Nous l'avons détaillé précédemment, certaines catégories nosologiques se situent à la frontière entre le naturel et le surnaturel (*nguleyel*, enfant *ñaw-ñawto*), le versant interprétatif pouvant dépendre de l'interlocuteur et du contexte de la survenue de la maladie. Enfin, le troisième type de nomination correspond aux désignations par le terme douleur (*muussu*) associé à sa localisation. Il s'agit, entre autres, de *hoore muussore* (douleur à la tête), *becce muussore* (douleur de poitrine), *reddu muussore* (douleur au ventre). Ces trois types de nomination (*rafi*, *ñaw*, *muussu*), non exclusives, se superposent fréquemment dans les récits de maladie. Par exemple, Siré dit avoir souffert de douleurs à la poitrine (*becce muussore*), son grand frère indique qu'il s'agissait d'une maladie de poitrine (*ñaw becce*) dont

nul dans l'entourage ne connaît le « nom » exact en *pulaar* ou en français : peut-être est-ce *doynu* (tuberculose), *mabbo* (grippe), ou une autre maladie.

Déplacements des maladies et ramifications interprétatives

Comme l'ont analysé les anthropologues des sociétés africaines, les représentations des maladies font souvent intervenir des déplacements de l'entité maladie dans le corps (Jaffré & Olivier de Sardan, 1999). Nous retrouvons ce type de conceptions en milieu *pulaar*, avec des catégories telles que *ndiyam jonde*, qui fait intervenir une eau (*ndiyam*) ou des boutons (*puye*) qui s'« assoient » dans le corps, de même que *came*, ou *sooynabo*. La maladie, qui se déplace dans le corps, peut évoluer et se voir désigner par un autre nom : un mal de ventre (*reedu mussu*) peut évoluer en diarrhée (*reedu dogooru*), vomissement (*tuude*) ou en boutons (*puye*). Ces catégories nosologiques sont associées à des traitements qui, selon un « modèle soustractif » (Laplantine, 1993[1986]), reposent sur l'évacuation de la maladie par la transpiration, l'« eau » des boutons, la diarrhée ou les vomissements. Pour les maladies provoquant des boutons tels que la rougeole (*came*), la varicelle (*nanpati*) ou la variole (*bade*), les remèdes consistent à favoriser la sortie des boutons.

« De manière générale, les maux ayant des manifestations cutanées sont reconnus comme proches de la guérison, une fois l'étape des boutons apparue, et les remèdes pour ce type de maux consistent à faire sortir les boutons, ou au contraire à attendre que les boutons soient présents pour éviter qu'un traitement inadéquat ne les empêche de sortir. » (Tall : 1984 : 117)

La « purge » provoquant diarrhées et vomissements est le prototype thérapeutique de ce type de traitements, qui, à l'image de la purge du nouveau-né, permet l'évacuation de la maladie. Par ailleurs, un ensemble de catégories interprétatives font intervenir des conceptions du « renversement » d'un organe. Le plus connu est le « renversement » ou la chute de l'os du cœur (*giyel bernde*), qui se manifeste par des diarrhées et vomissements incessants. Le cerveau peut également se renverser, générant des maux de tête, de même que la bile, provoquant une jaunisse (*sooynabo*). L'évolution d'une maladie jusqu'à renverser un organe est redoutée : il s'agit d'une aggravation jugée difficilement réversible, nécessitant l'intervention d'un spécialiste. Avec l'image du renversement des organes, les savoirs populaires apportent une explication au fait que certaines maladies, la plupart du temps bénignes, puissent persister de manière préoccupante.

Précautions linguistiques et nominations de la maladie

S'agissant de la santé et de la maladie, une attitude de discrétion prévaut, consistant à taire la bonne santé comme la maladie. Dans les deux cas, il s'agit d'être prudent par rapport à la survenue du mal, modeste vis-à-vis de Dieu qui peut donner la vie comme la reprendre, circonspect face aux génies. Dire ou affirmer la santé sans en louer Dieu, s'enorgueillir d'avoir

une nombreuse descendance ou se projeter avec certitude dans l'avenir sont autant de comportements perçus arrogants. De même, provoquer les maladies en prononçant leurs noms relève d'une audace mal placée. Le langage doit être prudent pour prévenir la survenue d'une infortune, comme le relève Corinne Fortier en milieu maure :

« Ainsi, s'il ne faut évoquer son bonheur, ni celui d'autrui, de peur que cela se change en son contraire, il ne faut pas non plus parler de choses malheureuses de peur que cela ne les provoque; deux logiques sont ici sous-jacentes, le principe selon lequel le positif attire son contraire, mais aussi celui que le négatif attire le négatif. [...] Certaines maladies sont également dénommées par des expressions bénéfiques afin qu'elles puissent être évoquées sans que le locuteur et l'auditeur en soient victimes. » (2000 : 816)

La prudence face au pouvoir des mots traverse l'ensemble de la société mauritanienne. En milieu *pulaar*, la nomination peut faire surgir le danger, comme l'explique Ibrahima Sow s'agissant de la nomination du « crocodile », qui représente plus largement les génies du fleuve.

« Nommer un être aussi dangereux par son vrai nom, c'est évoquer le danger qui est en lui. En appelant la bête, on la rend présente. Le nom ne se distingue pas de l'être. Nommer est un acte qui peut être dangereux quand on ne peut maîtriser la présence qui se signifie et se manifeste dans cet acte. Toutes les puissances obscures, ténébreuses, diffuses, parce que non encore intégrées à la conscience sont porteuses pour l'homme de charge affective d'angoisse et de peurs vécues dans l'inconscient. » (Sow, 1982 : 260)

S'agissant du mal, de l'infortune ou de la maladie, la parole n'a pas de statut descriptif, elle est toujours susceptible d'interférer sur le cours des choses. Ce statut de la parole se retrouve aussi bien dans l'islam, prononcer un verset coranique revenant à communiquer avec Dieu, que dans les pratiques de sorcellerie, où toute parole est intervention sur le surnaturel. Aussi trouve-t-on, dans la nosologie populaire *pulaar*, des termes substitutifs utilisés pour amadouer les maladies les plus redoutées : la rougeole est appelée *besdo moyyo* (gentille maternité), les fièvres menant au délire *nguleyel* (petite chaleur). La circonspection s'agissant des noms de maladies est particulièrement marquée s'agissant des maladies d'origine surnaturelle : *henndu*, *koydi jamma*, *gostaado*... Ces termes sont rarement utilisés pour qualifier une maladie, qui sera plutôt vaguement désignée comme *ñaw baleebe* (maladie des « noirs »), ou de manière plus allusive encore, il sera dit que « *ce n'est pas une maladie de docteurs* ». En principe, l'origine surnaturelle de la maladie ne peut être annoncée que par un marabout. Tout le langage du surnaturel est allusif ou imagé : l'intervention sorcellaire est appelée *liggey* (travail), le savoir relatif à ces interventions est appelé *ganndal sirru* (savoir

secret) tandis que celui qui possède ces savoirs peut être nommé *hoore mawdo*³⁵ (grosse tête).

Outre le péril résidant dans l'énonciation de la maladie, il existe, en milieu *pulaar*, de franches réserves à évoquer certaines manifestations corporelles, pour lesquelles l'individu doit faire preuve d'une grande pudeur. L'inventaire des interdits linguistiques d'Oumar Bâ (1976), relève un ensemble de termes de maladies faisant l'objet d'interdits, cependant aujourd'hui relativement atténués. Ainsi, on préférera *ndiyam* (eau) à *yakko* pour désigner la syphilis, *reedu dillundu* (ventre en mouvement) à *reedu dogooru* (ventre qui court) pour désigner la diarrhée, *mbodejam* (la rouge) à *baras* pour désigner la diarrhée, *ruttude* (rendre) à *tuude* pour désigner les vomissements (Bâ, 1976 : 278). Ces interdits linguistiques concernent surtout les maladies mettant en jeu le système digestif, les selles ou les relations sexuelles qui, dans l'islam, sont sources d'impuretés. Liés à la honte et au code moral du *pulaagu*, ces interdits s'exercent différemment selon le statut de la personne, étant entendu que les personnes de castes nobles sont tenues de surveiller davantage leur langage que ceux qui appartiennent aux castes artisanales et servile. Ces interdits linguistiques concernant la maladie et la saleté des substrats corporels renvoient aux dangers des « pollutions » au sens de Mary Douglas (2001[1967]) : les déchets corporels symbolisent les craintes envers ce qui menace l'ordre social. Les précautions du langage sont probablement moins fortes s'agissant des substrats émanant du corps des nourrissons (urines, selles, régurgitations), qui font l'objet de pratiques hygiéniques particulières parfois exposées aux regards (Rabain, 1979), et peuvent recevoir des termes particuliers (Epelboin, 1982).

II-4-2 Nominations et récits en partage

Lors de nos entretiens au sein des familles, nous avons cherché à obtenir le point de vue des différents interlocuteurs, sans pouvoir toujours les écouter isolément. Ces situations d'entretien produisent des contraintes d'énonciation, mais ont permis d'observer certaines discussions entre membres de la famille sur les questions relatives aux maladies des enfants. Avant d'analyser les contraintes régissant la prise de parole, remarquons que l'environnement familial, en tant qu'environnement intime et protecteur, est l'un des principaux lieux d'expression de la maladie. En amont de nos entretiens, des propos s'agissant de la maladie y sont inter-subjectivement produits. Des extraits d'entretien illustrent comment les récits sont élaborés autour d'expériences communes et de partage de points de vue.

Amadou : « Je n'aime pas les docteurs de l'Hôpital national. »

HK : « Pourquoi tu n'aimes pas les docteurs de l'Hôpital national ? »

³⁵ On prête aux enfants ayant une « grosse tête » des dons de visions du monde surnaturel

Amadou : « Parce que lorsque je suis venu pour leur montrer mon pied, ils disaient revenez demain, revenez demain. Ils ont dit qu'ils ne pouvaient pas soigner ça. »

Mère : « Ils disaient tout le temps va voir tel, va voir tel. »

(Amadou, 14 ans, drépanocytose, entretien à domicile)

HK : « Qu'est ce que tu n'aimes pas à l'hôpital ? »

Filie : « Quand il y a les docteurs, ça va. Mais s'ils ne sont pas là, les infirmières, cela ne va pas. On leur demande de faire quelque chose elles ne le font pas. »

Mère : « J'avais dit au docteur que j'habite loin et que je ne peux pas m'occuper de son repas le soir. Il avait demandé à ce que chaque soir, on lui donne à manger. Mais quand il était là-bas, elle mangeait et quand il n'était pas là-bas, personne ne lui donnait à manger. »

(Filie, 10 ans, diabète, entretien à domicile)

Lors de ces entretiens en famille, les propos, qui convergent et se font échos, formulent un récit, plus ou moins préconstruit par des discussions antérieures. Cependant, dans certaines familles, notamment celles ayant un faible niveau de scolarisation, le chef de famille monopolise la parole. La mère d'Houssein ne dit mot face à son mari qui considère être le seul à s'occuper des maladies de ses enfants, et qualifie son épouse d'ignorante. Ahmed, reste sans voix face à nos questions en présence de son grand-père, qui le considère idiot, incapable. En revanche, dans les familles où le niveau de scolarisation est plus important, les différents membres s'expriment plus librement (Amadou, Awa, Khadjetou, Mamoudou, Yeyha). Ces propos tenus dans l'environnement de la famille n'épuisent pas l'ensemble des niveaux de discours sur la maladie. Nous supposons, notamment, qu'il existe dans les espaces de sociabilité féminins de nombreux échanges s'agissant des maladies des enfants. De même, les enfants possèdent probablement d'autres espaces de parole auxquels nous n'avons pas pu accéder, notamment entre enfants.

II-4-3 Statuts sociaux des locuteurs et poids de la parole

Du genre dans la nomination de la maladie

Les noms des maladies sont peu prononcés dans les discussions familiales abordant plutôt les symptômes et les recours. La prudence est de mise afin d'éviter que l'information ne soit entendue par des oreilles malveillantes. De plus, la répartition de la parole fait l'objet de contraintes dans l'environnement familial, qu'ils s'agissent de relations de genre ou intergénérationnelles (Wane, 1969). La parole revient en premier lieu au père, qui questionne et informe le reste de la famille. En milieu *haal pulaar* traditionnel, Yaya Wane décrit le discrédit porté aux « bavardages » des femmes, considérées ignorantes, tandis que le chef de famille doit être consulté et écouté pour toutes décisions. « *En tout cas, elles usurpent constamment une fonction qui ne leur est aucunement dévolue: le verbe est, en effet,*

l'apanage exclusif du chef, voir plus généralement de celui qui décide ou qui sait et "dont la parole est crédible". » (Wane, 1966 : 793) En milieu maure, de même, on apporte peu de crédit à la parole féminine, jugée instable et manipulatrice (Tauzin, 2001). Une asymétrie atténuée dans certains milieux de la société moderne, mais à laquelle nous avons toutefois été confrontés lors d'entretiens où les mères, par honte, n'osaient prendre la parole en présence de leurs maris (Ami, Bacari, Houssein, Salma, Sidi, Youssouf).

La parole des femmes étant tue et infériorisée face à celle de leur mari, leur pouvoir de nommer est moindre. S'agissant des maladies des enfants, ce sont les femmes qui sont les plus impliquées au quotidien. Pourtant, lors de certains entretiens, les pères monopolisent la parole, quitte à commenter les démarches réalisées par leur épouse. De même, lorsque le père est présent lors d'une consultation médicale, c'est lui qui entame le dialogue. L'enjeu de la mise en récit de la maladie est également plus important pour les femmes, puisqu'elles sont davantage rendues responsables de la venue des maladies. Quand l'enfant tombe malade, elles sont spontanément accusées de négligences dans les soins quotidiens ou d'imprudences face aux risques d'attaques surnaturelles, comme analysé dans d'autres sociétés ouest-africaines (Bonnet, 1998 ; Desclaux, 1996 ; Egros, 2004). Analysant les relations de genre à l'œuvre en cas de maladie de l'enfant en Bolivie et au Pérou, Charles-Edouard de Suremain *et al.* (2000) relèvent une comparable prépondérance de la parole du père, associée à un risque de culpabilisation de la mère. L'auteur précise, cependant, l'importance de la stabilité matrimoniale sur le pouvoir qu'a la femme de négocier l'interprétation de la maladie et les décisions de recours. Les mères bénéficiant d'une reconnaissance statutaire sont en mesure d'influencer le cours des interprétations des maladies de leur enfant. En revanche, une mère peu reconnue (par sa belle-famille notamment) est plus vulnérable à des culpabilisations fragilisant davantage sa position sociale. L'étiquetage de la maladie de l'enfant peut ainsi épingle la figure maternelle. En Mauritanie, les mères risquent notamment d'être accusées au travers de l'alimentation de l'enfant ; qu'il s'agisse de l'alimentation de la mère lors de la grossesse (Lebkhou, Salma) ou de la qualité de leur lait pour l'allaitement³⁶ (Abdoulaye, Ahmed). La survenue de maladies handicapantes est particulièrement stigmatisante pour les mères, et l'éloignement ou divorce des maris entérine souvent leur discrédit social (Lebkhou, Seykou). Ainsi, la mère de Lebkhou, divorcée, fait profil bas lors des entretiens, et ne contredit pas sa tante qui explique que Lebkhou souffre de séquelles car sa mère, qui ne veillait pas à son alimentation, mangeait trop d'épices pendant sa grossesse.

Notons que, parallèlement à leurs négociations pour influencer le récit de la maladie auprès de leurs maris, les femmes, qui ont recours en secret à des marabouts ou guérisseurs, attribuent d'autres noms aux maladies de leurs enfants. La belle-mère de Yeyha, qui parle en

³⁶ Nous pouvons y voir l'influence des guérisseurs maures, qui font de l'alimentation un des grands piliers de l'état de santé.

présence de son mari de « douleurs au ventre », qualifie en son absence ces maux de *buubri*, et conduit Yeyha chez une guérisseuse, sans en informer son père. De même, l'oncle de Demba n'approuve aucunement les démarches de sa mère, qui, interprétant toujours la maladie de Demba comme *henndu*, le conduit chez divers guérisseurs. Il feint ne pas en être informé. Ainsi comprenons-nous que le mutisme des femmes en présence de leur mari est un comportement socialement prescrit qui n'assure ni leur consentement ni leur soumission : d'autres mots, d'autres interprétations et d'autres recours peuvent être utilisés.

Poids de l'âge et poids des mots

Tout comme le genre, l'âge du locuteur est déterminant du statut de la parole au sein de la famille. En présence d'une personne de la génération de son père ou de sa mère, le locuteur *pulaar* doit céder la parole, et veiller à éviter tout propos indiscret ou contradictoire avec l'avis de ses aînés. Le respect dévolu à la belle-famille (*essiraabe*) s'ajoutant au respect dû à l'âge, la bru ne peut se montrer en désaccord avec sa belle-mère sur l'interprétation donnée à la maladie de son enfant. Là encore, le mutisme observé n'assure pas l'adhésion, les remèdes de la belle-mère pouvant être discrètement mis au rebut. Plutôt que de négociations sur l'interprétation de la maladie, on assiste là à des dénivellements des récits, adaptés aux contextes sociaux. Le locuteur maure est tenu aux mêmes exigences de déférence et de respect face à ses aînés. En milieu maure, c'est face à un ascendant que la prise de parole sur la santé de l'enfant est complexe, sachant que père et mère, pour ne pas trahir leurs sentiments envers leurs enfants, ne doivent pas s'en occuper, ni se montrer préoccupés de leur état (Tauzin, 2001).

L'âge du locuteur croissant, il impose le respect de sa parole. L'homme accédant au statut de *mawdo* (vieux) a le dernier mot au sein de la maison. Devenant grand-mères et ménopausées, les femmes, libérées de l'obligation de la reproduction, gagnent en autonomie (Vinel, 2008) et s'affranchissent du contrôle de leurs aînées. Plus libres de leur langage, ayant fait leurs preuves en élevant leurs enfants au-delà des âges critiques, elles n'hésitent plus à utiliser des noms de maladies qu'elles n'auraient pas osé prononcer étant jeunes femmes. Grand-mères, elles observent et critiquent, à leur tour, les soins apportées par les jeunes mères à leurs enfants. Cependant, le statut de la parole tend à faiblir chez les plus âgés, que l'on écoute et que l'on consulte toujours ostensiblement, mais dont on ne suit pas forcément les recommandations. Les paroles des personnes âgées amoindries physiquement et économiquement sont implicitement grevées de sénilité, et peuvent passer comme « du vent » dans les oreilles qui les écoutent.

Les enfants interdits de nommer leurs maladies

L'analyse des entretiens réalisés avec les enfants fait ressortir que ceux-ci ne sont habituellement pas locuteurs de leur maladie au sein de leur famille. Il leur est particulièrement difficile de prendre la parole sur ces questions, tandis que leur père ou leur mère, présents lors des entretiens, leur dérobe la parole. Au sein de sa famille, l'enfant est le personnage central du récit de sa maladie, mais non son « auteur ». Nous remarquons, ainsi, que des enfants ayant un bon niveau de scolarisation se montrent en difficulté pour raconter leur hospitalisation, nommer la maladie, les médicaments qu'ils prennent, ou même les lieux où ils se soignent. Lorsqu'on leur pose ces questions, ils cherchent du regard leurs parents, répondent que c'est leur mère qui sait, ou même, se font sèchement couper la parole. Leurs propos dessinent « une ligne rouge » au-delà de laquelle ils se montrent ignorants de leur maladie et des modalités de sa prise en charge. Les termes qu'ils emploient pour désigner leur maladie sont la plupart du temps descriptifs et symptomatiques.

HK : « Est-ce que tu sais comment s'appelle ta maladie ? »

Youssef : « C'est mal aux jambes et au ventre. »

(Youssef, 8 ans, drépanocytose, entretien à domicile)

HK : « Tu connais le nom de ta maladie ? »

Amadou : « Non, je ne connais pas le nom. »

HK : « Tu as quoi en fait, qu'est-ce qui te fait mal ? »

Amadou : « Ce sont mes jambes qui me font mal. »

(Amadou, 14 ans, drépanocytose, entretien à domicile)

Plusieurs éléments peuvent nous permettre de comprendre pourquoi l'enfant ne prononce pas le nom de sa maladie, et s'avère peu capable de la décrire et de l'expliquer. D'une part, les enfants ont probablement intégré des attitudes prudentes à prendre face à la maladie : jugés vulnérables, ils doivent se montrer discrets et circonspects. D'autre part, un entretien en présence des parents renvoie les enfants à leurs statuts et aux comportements socialement attendus : se montrer obéissant et soumis, ne parler que lorsqu'on les questionne, s'en remettre à l'avis de leur parents. Malgré nos efforts pour banaliser l'entretien, la situation a quelque chose de solennel pour les enfants. Nommer la maladie serait s'arroger un savoir qu'on ne leur prête pas : ils sont socialement incompetents au diagnostic, d'autant que c'est de leur propre maladie dont on parle. Les seules nominations légitimes sont donc celles du ressenti (mal de tête, mal aux jambes, mal au ventre) ou des catégories descriptives (boutons à la tête, maladie de poitrine). Sinon, les enfants se contentent de reprendre fidèlement les termes que viennent de prononcer leurs parents. Il faut également avoir à l'esprit que de nombreux enfants évoluent dans des familles qui, elles-mêmes, ont peu de culture et d'informations médicales sur la maladie. Ils sont donc plongés dans les incertitudes et incompréhensions partagées au sein de leurs familles. Enfin, leur prise

de parole est compliquée par la déférence et la reconnaissance qu'ils doivent témoigner à leurs parents qui s'évertuent à les soigner : ils ne doivent pas « fatiguer » leurs parents en témoignant trop explicitement de leurs souffrances. Quelques enfants, cependant, se sont montrés plus libres de parler de leurs maladies. Il s'agit d'enfants de milieux plus aisés, et/ou dont la relation avec leurs parents s'exprime sur un mode plus dialogique. Mamoudou, qui est âgé de 14 ans et souffre de drépanocytose, fait figure d'exception : de milieu élitiste, il maîtrise parfaitement les explications s'agissant de sa maladie et les conseils pour la gérer au quotidien. Ses parents sont les seuls à lui avoir laissé champ libre lors de l'entretien, vaquant à d'autres activités. Demba, 18 ans, est de milieu modeste mais, plus âgé, il a l'assurance d'un jeune homme. Il maîtrise mieux que sa mère les explications médicales et n'a pas hésité à prendre la parole pour apporter les explications que sa mère n'était pas en mesure de donner. Enfin, la petite Filie qui souffre de diabète, 8 ans, se montre à la fois libre de parler et assez bien informée de sa maladie : fille unique de milieu wolof, elle entretient une relation de grande proximité avec sa mère.

Lorsqu'ils parlent de leur maladie, les enfants utilisent plutôt des catégories descriptives, se montrant peu éloquents sur leurs possibles causes. Aucun d'entre eux n'évoque une cause impliquant la responsabilité de ses parents. En revanche, d'autant que leurs maux n'ont pas reçu de justifications médicales, certains enfants confessent leur responsabilité dans la survenue de nombreux épisodes de maladie. Cette responsabilité tient notamment à l'ingestion d'aliments qu'on leur demande ne pas consommer.

HK: « Quand est-ce que c'est revenu la dernière fois ? »

Ami : « La semaine dernière. J'étais à l'école. »

HK : « Pourquoi as-tu eu mal au ventre ? »

Ami : « J'avais pris un ballebastic [Glace faite à partir de sirop de bissap] »

HK : « C'est cela qui t'as fait mal au ventre ? »

Ami : « Oui. »

(Ami, 8 ans, maux de ventres chroniques, entretien à domicile)

Fatimata : « J'étais allongée et ma poitrine me faisait mal. »

HK : « Tu l'as dit directement à ta mère ? »

Fatimata : « Je ne lui ai pas dit. »

HK : « Comment as-t-elle su que tu avais mal ? »

Fatimata : « Elle m'a entendu tousser. »

HK : « Comment cela est-ce venu ? »

Fatimata : « J'avais bu de l'eau froide. »

(Fatimata, 11 ans, bronchites chroniques, entretien à domicile)

Les propos des enfants trahissent à la fois le temps de latence imposé par leurs entourages avant prise en considération de leur douleur, et leur responsabilisation par rapport aux maux qu'ils ressentent. La consommation de sucreries, de glaces et de sandwiches à l'école est

notamment incriminée s'agissant des maux de ventre (Amadou, Ami, Awa, Salma). Nos interprètes, d'ailleurs, avaient tendance à participer de cette moralisation, en demandant aux enfants, lorsqu'ils parlaient de leurs douleurs, qu'est-ce qu'ils avaient mangé auparavant. S'agissant des problèmes respiratoires, comme Fatimata et Ahmed, c'est la consommation de boissons fraîches ou l'exposition au froid qui est incriminée. La nosologie populaire maure associe, en effet, les toux et l'asthme au froid (Taleb, 2007). Autre exemple, Amadou, souffrant pourtant de drépanocytose, considère que c'est une chute qui est à l'origine de ses maux de tête et un accident qui est à l'origine de ses douleurs aux jambes. L'explication médicale, peu comprise, n'apparaît pas convaincante et Amadou rapporte ses maux à des épisodes marquants. Obtenant peu d'informations sur leurs maladies, les enfants sont donc amenés à composer leurs propres explications à partir des interdits de leurs parents (par exemple, avoir mangé un aliment) et des événements ayant marqué leur quotidien (« bêtises », chutes, accidents,...).

Les enfants occupent une place marginale dans les dialogues au sein de leur famille. Auditeurs discrets, ils n'ont le droit que d'exprimer leurs symptômes. Les seuls cas où ils participent à l'explication de leur maladie sont ceux où ils confessent leur propre responsabilité dans la survenue d'un épisode douloureux : ingestion d'une aiguille (Ami), chute dans un lavoir (Amadou), consommation de boissons glacées (Fatimata). En bref, leur droit à la parole est limité et leur accès à l'information indirect. Cependant, ils assimilent les explications entendues dans leur entourage et s'adaptent aux contraintes pesant sur l'expression de leur maux. Un constat qui rejoint l'étude de Fabienne Héjoaka (2010) auprès d'enfants burkinabés qui, comprenant insidieusement qu'ils sont atteints par le VIH, se font gardiens du secret de leur maladie.

II-4-4 Nominations et recours thérapeutiques

Pragmatisme de la nomination

Considérant les trajectoires de maladie étudiées, nous remarquons que de nombreux maux ne sont désignés qu'au travers de leur symptomatologie : maux de ventre, maux de poitrine, maux de tête,... Toutes les maladies n'ont pas de noms (Olivier de Sardan, 1999) et on ne cherche pas forcément à nommer la maladie. Cela est d'autant plus vrai chez les enfants, chez qui la survenue de maladies est dans une certaine mesure normalisée, comme en témoigne l'existence des catégories de maux telles que les poussées dentaires (*addo*), ou celles relatives à la « faiblesse » supposée de certains enfants (enfants *ñaw-ñawto*). La nomination de la maladie par les parents engage de multiples enjeux autres que la seule interprétation des symptômes. Au même titre qu'il existe une pragmatique des itinéraires thérapeutiques, guidée par le soulagement des maux et peu soucieuse de respecter une orthodoxie

représentationnelle (Olivier de Sardan, 1999 : 34), il existe une pragmatique de la nomination. Dans une offre thérapeutique plurielle, les noms pouvant être donnés à la maladie orientent vers différentes options thérapeutiques. Ainsi, lorsque l'on demande aux grand-mères *pulaar* comment soigner *jontinoje* elles ont tendance à expliquer les remèdes des anciens. En revanche, si on leur parle de « palu » elles évoquent plus spontanément le recours aux structures sanitaires. La manière dont les membres de l'entourage nomment les maladies est associée, plus ou moins consciemment, à des intentions thérapeutiques. Nommer relève donc déjà d'une négociation des recours thérapeutiques. Les recours, en retour, peuvent mener à l'attribution de nouveaux noms, susceptibles de donner de nouvelles orientations aux trajectoires de maladie. Examinant plus finement les rapports entre les nominations utilisées par les parents d'enfants malades et les recours réalisés, nous observons une diversité de configurations (figure 1).

Dans le premier cas de figure (cas 1), les récits sont focalisés sur une nomination populaire de la maladie. De telles configurations, plutôt rares, peuvent conduire à des recours exclusifs aux guérisseurs. Les récits s'articulant autour de nominations symptomatiques ouvertes sur différentes options thérapeutiques telles que « maux de ventre » ou « diarrhées » (cas 2) sont beaucoup plus fréquents. Ils donnent lieu soit à des itinéraires mixtes, soit à des itinéraires centrés sur les recours à la biomédecine. Certains récits comprennent différentes nominations avec lesquelles les parents jonglent d'un espace thérapeutique à l'autre (cas 3). Ils donnent lieu, là encore, soit à des itinéraires mixtes, soit à des itinéraires centrés sur les recours à la biomédecine. Dans ces cas de figure, les récits de maladies, qui cumulent diverses hypothèses explicatives liées à différentes démarches thérapeutiques, sont particulièrement confus. Enfin, les récits dans lesquels seul un terme biomédical précis est employé (cas 4) correspondent à des itinéraires focalisés sur les recours biomédicaux. Ce panorama des situations illustre l'intrication des recours et des nominations, bien qu'il recouvre des réalités plus complexes : le rapport entre nominations et recours aux soins évolue dans le temps, et engage le dialogue de multiples acteurs.



Figure 1 : Nominations utilisées dans les récits familiaux et recours associés

Autour de cet enjeu des nominations, diverses configurations peuvent être remarquées. Par exemple, les parents refusant les recours aux guérisseurs – malgré la pression de l’entourage - peuvent attribuer d’eux mêmes un terme biomédical qu’ils ne maîtrisent pas forcément. La mère de Cheikh, qui préfère recourir au système de santé, affirme que son enfant a eu une « fièvre jaune », diagnostic qui n’a jamais été établi, éludant le terme de *sooynabo* (maladie que les docteurs ne savent pas soigner). Un père, qui recourt directement à l’hôpital pour la diarrhée de son fils, annonce à qui veut bien l’entendre que celui-ci est atteint de « dysenterie » : une manière de revendiquer des soins de haute technicité médicale. L’attrait et la préférence pour les soins « modernes » sont tels que les récits intègrent souvent des

termes médicaux non-maîtrisés. D'un autre côté, certains remèdes traditionnels passant pour pénibles et douloureux, les parents évitent les termes qui leur sont associés. Le père et la mère de Moussa, notamment, argumentent que leur fils n'est pas atteint de *yaako* comme le suggèrent des parents au village, le traitement de *yaako* consistant à percer l'intérieur du nez avec une épine et à faire saigner les « bulles » qui s'y trouvent. Ils affirment que celui-ci souffre de « ronflements » et le conduisent à l'hôpital, où il est opéré des végétations. Néanmoins, la crainte de passer à côté d'une solution surnaturelle mène à des recours au guérisseur complémentaires et parallèles, l'interprétation du guérisseur et ses propositions de traitement pouvant alors être approuvées, ou non.

Interpréter la maladie : enjeux sociaux et identitaires

Dans d'autres cas, on observe des résistances à certaines nominations de maladie parce qu'elles sont porteuses non seulement d'inquiétudes ou de désespérances, mais aussi, d'une certaine stigmatisation (Goffman, 1996[1963]). S'agissant des enfants mauritaniens, ces résistances concernent en particulier des catégories faisant intervenir des causes surnaturelles. En milieu maure, l'épilepsie représente le prototype de la maladie causée par les génies. Le père de Sidi n'accepte ni ne prononce le diagnostic d'épilepsie établi par certains docteurs. Il continue de parler de « crises de palu », changeant de structure lorsqu'un docteur lui prescrit un électroencéphalogramme ou toute démarche évoquant une atteinte neurologique. La mère et la grand-mère de Lebkous, qui souffre elle aussi d'épilepsie associée à des séquelles neurologiques, parlent quant à elles de « problèmes à la tête ». Lorsque nous leur demandons quel est le diagnostic donné par les médecins, elles évitent de prononcer elles-mêmes ce terme, nous renvoyant au dossier médical. Par ailleurs, elles minimisent l'anormalité des comportements sociaux de Lebkous, les faisant passer pour des traits de caractère particulièrement affirmés. Nous pouvons interpréter qu'il s'agit là, pour reprendre l'analyse d'Erwing Goffman (1996[1963]), d'éviter le caractère discréditant de certaines étiquettes en imposant une catégorie moins offensante. L'épilepsie, maladie angoissante et stigmatisante, semble particulièrement indicible au sein de ces deux familles maures. Bien que nous n'ayons pas davantage d'éléments sur les représentations maures de cette maladie, notons que les travaux africanistes ont souligné combien les crises épileptiques convoquent des conceptions surnaturelles (Epelboin, 1982 ; Bonnet, 1999 ; Arborio, 2001). Autre exemple, les parents de Cheikh, face aux graves troubles de développement dont souffre leur fils, parlent de « problème au cou » et de « problème au bras », arguant que celui-ci ne peut être un enfant « malformé » puisqu'il ressent la douleur. Nous assistons là aussi au refus d'admettre une incapacité durable, et à l'usage d'une nomination atténuant le discrédit porté par la maladie. Si les noms des maladies d'origine surnaturelle ne sont pas énoncés, c'est par prudence mais aussi parce que ces noms portent une ombre de culpabilité, de grossièreté, de déchéance sociale. Les cas d'enfants échangés par les génies sont

probablement les plus honteux, jetant l'opprobre sur la mère négligente, évoquant la mendicité. Pourtant, il existe traditionnellement, en milieu *pulaar*, des mécanismes de compensation symbolique impliquant l'acceptation du handicap : les génies ne sont pas forcément mauvais et l'enfant échangé par un génie du fleuve (*bibbe maayo*), s'il est bien traité, porte chance à la famille au sein de laquelle il est né.

S'agissant des enjeux identitaires de l'interprétation et du traitement de la maladie, le cas d'Aly est particulièrement intéressant. La mère d'Aly, dont la bouche est paralysée sur le côté, refuse l'interprétation spontanée de son entourage *pulaar*, celle d'un « vent malin » (*henndu*), autrement nommé « gifle du diable ». Elle privilégie une certaine orthodoxie religieuse qui traverse sa culture *haal pulaar* et la société mauritanienne, en recourant en premier lieu à un imam et non à un marabout. Puis, recourant à un guérisseur maure de grande famille, elle adhère à son interprétation de la maladie, celle d'une paralysie liée à un « courant d'air froid ». Le froid, qu'il s'agisse de courants d'air froid, d'eau froide ou de nuit froide, est un registre d'interprétation de la maladie très commun en milieu maure (Fortier, 2000). Affirmant qu'Aly est atteint d'une maladie « *typiquement mauritanienne que la médecine moderne ne peut pas soigner* », la mère d'Aly défend la légitimité et la spécificité des savoirs mauritaniens face au « soigner des toubabs ». Ainsi, elle se positionne dans un espace thérapeutique porteur de constructions sociales de la maladie contrastées, faisant la part des choses entre des « savoirs noirs » avec lesquels elle prend ses distances, des savoirs mauritaniens dont elle affirme la valeur, et des « savoirs des toubabs », qui sont utiles mais ne répondent pas à toutes les réalités mauritaniennes. Ainsi, les décisions de recours engagent, au-delà des préférences thérapeutiques, des positionnements identitaires vis-à-vis de valeurs sociales traversant la société.

II-4-5 Etre désigné « malade » : conséquences sur le statut des enfants

Un étiquetage aux effets ambivalents

Etre désigné malade n'est pas sans conséquences sur le statut et l'identité de la personne, impliquant un risque plus ou moins important de discrédit social (Goffman, 1996[1963]). Les enfants n'échappent pas aux conséquences sociales des désignations de leurs maux, qui affectent les différents environnements sociaux dans lesquels ils évoluent. Les maladies, dont l'incidence sociale est plus ou moins importante (Jaffré, 1999), mettent en jeu leur identité. La survenue d'une maladie affecte en premier la relation entre les parents – à qui reviennent la charge des soins - et l'enfant. Nous remarquons que les parents trahissent une certaine ambivalence vis-à-vis de leurs enfants malades, leurs attitudes allant de l'empathie à la franche sévérité. Les parents attribuent à leurs enfants malades des qualités ambiguës, en lien avec diverses nominations de la maladie. Pour avoir traversé des épreuves de maladie,

ces enfants sont considérés comme des enfants courageux, endurcis, mais aussi comme des enfants plaintifs qui ont tendance à fatiguer leurs parents. Les propos du père d'Amadou (14 ans, drépanocytose) résument à eux seuls cette ambivalence : « *Il a un cœur solide. Le cœur là est solide. C'est un grand garçon. Seulement, parfois il pleure vite.* » Les enfants malades font l'objet d'attentions particulières, et parfois acquièrent un statut privilégié dans leur famille. La mignonne Khadjetou, 8 ans, reçoit des soins attentifs de ses parents qui, de temps à autres, lui massent les pieds. Le père de Khadjetou, pour avoir eu mille soucis à réunir l'argent pour soigner sa fille, l'a surnommée avec humour « mademoiselle ordonnance ». Les coûts engendrés par les soins mettent les familles en difficulté, obligent à certains sacrifices. Mais les parents perçoivent cela, selon des conceptions musulmanes, comme un devoir d'assistance à leur famille.

« C'est dans la tradition de la sunna du prophète. On dit que les femmes et les enfants, on doit bien les traiter. Puisque le prophète a dit que celui qui frappe les femmes et les enfants ne fait pas partie de sa communauté. [...] C'est très important, c'est très important. » (Père d'Amadou, entretien à domicile)

La petite Fatimata, 11 ans, ne se plaint jamais de ses problèmes respiratoires. Ceux-ci lui donnent toutefois la faveur de dormir à côté de sa mère, qui surveille sa respiration la nuit. De même, les parents de Salma font preuve d'une sollicitude particulière envers leur fille qui a tant souffert. Son père, attendri, témoigne que sa petite malade « *est la fille la plus proche de ses parents* ». Sa mère, plus sévère, reconnaît qu'elle est courageuse mais se plaint de certaines de ses attitudes.

« Elle n'est pas patiente envers ceux qui la soignent. Elle s'étouffe de tout, ne supporte rien. Essaie de lui faire boire ses médicaments et c'est le drame. Nous, on abandonne. Et son père, quand il rentre, il l'amène derrière la maison, jette les médicaments, et lui dit de dire qu'elle les a bus. » (Mère de Salma, entretien à domicile)

Les attitudes envers l'enfant ont tendance à se différencier dans l'entourage de l'enfant, les faveurs obtenues d'untel pouvant susciter la réprobation ou la jalousie des autres. La mère de Filie entretient une relation de grande proximité avec sa fille diabétique, veillant consciencieusement à sa santé : « *Je ne la laisse jamais. Je suis toujours avec elle, je m'occupe d'elle tout le temps, je fais toute son éducation.* » Son entourage élargi, qui ne reconnaît pas vraiment les maux dont elle souffre, s'indigne de tels traitements de faveurs.

« J'aurai peut-être pu l'amener au village, mais là-bas aussi, avec sa maladie, c'est trop dur. C'est la grande maison, on ne peut pas s'occuper de la petite sinon ils vont dire : "et les autres alors ?". On me dit toi tu la gâtes trop alors que tu ne sais pas si tu vas vivre éternellement pour elle. [...] Les gens ne voient pas qu'elle est malade, sauf la grand-mère qui comprend. Lorsque je la laisse avec sa grand-mère, lorsque je rentre, ça va, je trouve qu'elle a mangé,

qu'elle va bien. Mais là-bas la vie est dure, les gens disent que je la gâte trop comme si elle était la seule. » (Mère de Filie, 10 ans, diabète, entretien à domicile)

La vie au sein de larges familles rend difficile la différenciation des traitements, notamment la poursuite de régimes particuliers entraînant des surcoûts (Filie, Salma), qui n'apparaissent pas socialement acceptables. Des normes sociales pèsent sur le comportement des parents, qui doivent rester dans leur rôle d'éducateurs, et ne pas être trop indulgents envers l'enfant, même si celui-ci est malade. Ceux-ci prennent dans certaines situations le parti de l'enfant, argumentant la gravité de la maladie, mais sont parfois durs face à leurs enfants souffrants, exigeant d'eux des comportements courageux pour garder la face dans divers environnements sociaux. Ils instruisent ainsi des comportements valorisés par les cultures locales et conformes aux prescriptions de l'islam. Le musulman doit être endurant face aux épreuves commandées par Dieu et ne pas céder à la révolte, comme le précise un hadith de Muslim ibn al Hajjaj : *« Comme est bonne l'affaire du croyant. Si un bien le touche et qu'il s'en montre reconnaissant, cela est bon pour lui. Et si un mal le touche et qu'il l'endure avec patience, cela est aussi bon pour lui. »* Face aux maux de leurs enfants, les parents sont partagés entre le devoir d'y répondre par un soin approprié et la nécessité éducative d'en contenir l'expression. Un paradoxe que l'on retrouve partout, bien que l'empathie pour la douleur de l'enfant se soit exacerbée ces dernières décennies dans les milieux favorisés, s'accompagnant notamment de l'usage de nouvelles pratiques d'analgésie (Kane, 2006). Les mères françaises, décrit Geneviève Cresson, sont bien conscientes du côté paradoxal de cette situation : *« il leur faut à la fois manifester l'écoute et l'affection et ne pas dramatiser les situations, ne pas inciter les enfants à devenir de petits "hypocondriaques" »* (Cresson, 1998). En Mauritanie, où les conséquences économiques et sociales de la maladie sont essentiellement assumées par les familles, les parents recherchent une minimisation de l'impact social de la maladie. Elles interviennent pour normaliser les comportements de l'enfant, mais aussi, en leur attribuant des qualités compensant le risque de discrédit social : courage, la force de caractère, sérieux à l'école, les aptitudes relationnelles, la gentillesse... Conformément aux rôles sociaux dévolus, c'est souvent chez les grands-parents, libérés du devoir éducatif, que la compassion et l'affection s'expriment le plus librement.

Mamoudou : « Si j'ai mal au pied par exemple, je prends de la pommade et elle [grand-mère] commence à me masser. À part elle, il n'y a pas d'autres qui me font ça. C'est seulement elle. »

HK : « Ah les grand-mères elles ont leurs soins particuliers hein... »

Mamoudou : « Oui et puis elle, elle a pitié de moi. Je l'aime beaucoup. »

HK : « Tu n'es pas son chouchou comme on dit ? »

Mamoudou : « Oui je suis son chouchou. Elle m'aime beaucoup, et je l'aime beaucoup. »

(Mamoudou, 13 ans, drépanocytose, entretien à domicile)

Les nominations des maladies et leur diagnostic médical, en rapport avec les représentations qui y sont associées, conditionnent la construction sociale du statut des enfants malades. Cependant, le fait que l'on considère qu'un enfant est passé près de la mort lui donne un statut encore plus particulier : son destin apparaît exceptionnel et sa survie est interprétée comme une volonté de Dieu, dont il est, en quelque sorte, « protégé ». La mère d'Amadou, notamment, exprime : « *Je me suis dit, avec tout ce qu'il a traversé, s'il doit vivre il va vivre. Dieu est grand.* »

Filles et garçons malades : configurations sociales et acceptation de la maladie

Bien que notre corpus ne comprenne qu'un nombre restreint d'enfants, nous remarquons que le statut d'enfant malade est plus facile à admettre pour les jeunes filles (Awa, Fatimata, Filie, Khadjetou, Salma) que les jeunes garçons (Ahmed, Amadou, Mamoudou, Oumar). Ce sont souvent les petites filles malades qui obtiennent des faveurs particulières de la part de leur entourage, et en retirent un surplus d'affection (Fatimata, Filie, Khadjetou, Salma). Dans le modèle maure, la petite fille malade suscite indirectement la fierté de son père, qui peut témoigner de son dévouement en réglant les coûts des soins, affirmant la valeur des « siens » et sa générosité de père. Aux petits garçons, on apprend à résister aux privations et aux épreuves (Tauzin, 2001), et peu à peu à prendre sous leur protection les plus vulnérables.

« Le frère a l'habitude de choyer sa sœur, en lui laissant les morceaux de choix lorsqu'ils mangent, le peu de lait trait lorsqu'ils boivent, l'unique coussin lorsqu'ils dorment [...]. Si ses sœurs peuvent manifester leurs besoins, le garçon doit savoir maîtriser ses désirs. Alors que la fillette se montre délicate et exigeante, le garçon doit se montrer courageux en endurant la faim et la fatigue. » (Fortier, 2000 : 177)

Aussi, les jeunes garçons semblent moins à l'aise avec les questions concernant leur maladie : ils ont tendance à minimiser les problèmes de santé qui les affectent (Amadou, Mamoudou, Youssouf). Ahmed nie même sa maladie : « *Nous on fait attention pour lui, mais lui il s'en fout, il dit qu'il n'a rien jusqu'à ce qu'il tombe, et c'est nous qui le ramassons. Il part avec ses amis.* » (Tante d'Ahmed, entretien à domicile) La maladie vient contrarier des activités relatives à l'affirmation de leur masculinité, telles que les sorties avec les copains, les activités sportives. Il leur est aussi difficile d'assumer un corps malingre, alors qu'ils aspirent à grandir et à devenir « fort ».

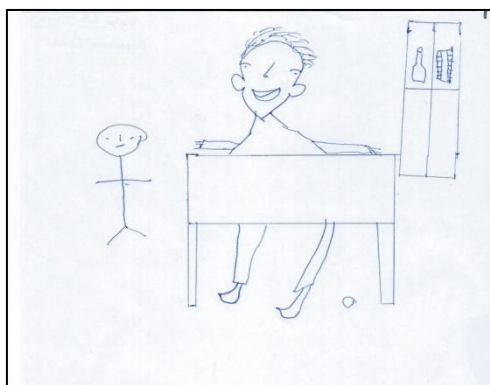
« C'est une fille de rester dans une maison, moi je ne suis pas... Moi je vais sortir, je vais parler un peu, je fais le sportif, l'athlète ! [...] Il y en a un il ne part pas avec moi parce que je suis encore petit. Je lui ai dit moi je ne suis pas un petit, je suis seulement court ! » (Mamoudou, 13 ans, drépanocytose)

En milieu maure, la pression sociale est forte envers les garçons qui, pour affirmer leur virilité, doivent s'émanciper vers le monde extérieur, se montrant dans des espaces particuliers

(Schinz, 2002). L'espace intérieur étant l'espace féminin, les petites filles ne sont aucunement gênées de devoir rester, pour des raisons de santé, à la maison avec leur mère. Elles adoptent plus facilement des attitudes de malades passives, qualités traditionnellement attendues des filles en milieu maure (Fortier, 1998). Les dessins des enfants représentent de manière troublante la différence de genre dans l'affirmation du statut identitaire en contexte de maladie. Tandis que les petites filles se représentent avec détails aux centres des dessins (Ami, Fatimata, Khadjetou, Salma), les petits garçons ont tendance à ne pas se dessiner (Ahmed, Bacari, Siré) ou à se dessiner de manière simpliste (Amadou, Oumar).



Dessin 2 : « Chez le guérisseur », Salma, 11 ans, « jaunisse »



Dessin 3 : « Au dispensaire Italie », Amadou, 14 ans, drépanocytose



Dessin 4 : « À l'Hôpital national », Fatimata, 11 ans, problèmes respiratoires

Il faut certes évoquer la plus grande réserve des garçons à se représenter par le dessin. Mais ces dessins ne sont pas sans évoquer, d'une part la dévalorisation subie par le petit garçon souffrant d'incapacités liées à sa maladie, d'autre part le surplus d'attention et de réconfort que peut recevoir la petite fille face aux épreuves de maladie. Cependant, pour les filles comme pour les garçons, le handicap moteur représente une déchéance sociale excluant une intégration sociale normale (Bacari, Demba, Lebkhous). La maladie prend des tournants dramatiques lorsqu'elle hypothèque les possibilités d'une intégration sociale « normale » passant incontestablement par le mariage. Le garçon doit pouvoir à l'avenir gagner sa vie et entretenir sa famille, et la fille, procréer. En fonction de son milieu d'origine, si les tâches domestiques ne peuvent pas être déléguées, elle devra pouvoir cuisiner et tenir sa maison. Configurations de genre et configurations socioéconomiques se conjuguant, la possibilité pour un enfant de construire son identité malgré sa maladie dépend des moyens dont dispose sa famille pour supporter économiquement son incapacité. Les femmes maures de nobles castes, dispensées de nombreuses tâches domestiques, peuvent plus facilement se montrer oisives et malades. Cela sera beaucoup moins évident pour une jeune femme dont on attend qu'elle soit travailleuse. La faiblesse physique d'un garçon de famille précaire est plus problématique, son entourage n'étant pas en mesure de financer des études lui permettant d'accéder à un travail compatible avec ses problèmes de santé. Le cas d'Ahmed est en ce sens significatif : alors que son père est décédé et qu'il vit chez ses grands-parents maternels, Ahmed devrait être en âge de contribuer aux besoins de sa famille. Il ne peut

accepter sa maladie alors que son grand-père est vieillissant, et que personne d'autre n'est en mesure de subvenir aux besoins de la famille. Le cas de la famille de Bacari est dramatique : les trois garçons du couple, pieds-bots et souffrant de paralysie motrice aux poignets, sont à la charge de leurs parents et de leur unique sœur. Les perspectives d'avenir sont bien sombres alors que leurs parents, vieillissants, peinent de plus en plus à assurer les revenus de leur ménage. Bacari, cadet de la famille, poursuit jusqu'alors courageusement sa scolarité, supportant les douleurs et les difficultés liées à ses déplacements pour se rendre à l'école.

Les statuts sociaux, les obligations et tâches spécifiques des différents groupes constituant une population pèsent sur l'impact social des maladies et des incapacités, conditionnant leurs possibles acceptations (Jaffré & Moumouni, 1993 : 295). Certains contextes sociaux sont trop problématiques pour que la maladie d'un enfant puisse y trouver une complète reconnaissance. On comprend, ainsi, que certains enfants eux-mêmes nient ou minimisent les maux dont ils sont atteints, ou que certains recours aux soins soient retardés.

CHAPITRE III : PLURALISME THERAPEUTIQUE DES GUERISSEURS

L'objet de ce chapitre est d'étudier la diversité des pratiques thérapeutiques dites « traditionnelles » ou « néo-traditionnelles » ayant pour dénominateur commun de répondre à des problématiques de santé. Si nous cherchons à documenter la diversité des pratiques thérapeutiques, n'y voir qu'une mosaïque de pratiques indépendantes et anhistoriques constituerait un écueil. Au-delà de la description du pluralisme thérapeutique, nous analysons comment les pratiques thérapeutiques se réfèrent à divers registres de savoirs et de « traditions » socio-historiquement constitués. Ensuite, nous cherchons à comprendre en quoi ces pratiques traduisent des stratégies de positionnement et de légitimation des guérisseurs dans une offre de soin concurrentielle et globalisée (Pordié & Simon, 2013). Nous analysons comment les guérisseurs se légitiment, comment ils se pensent et se situent les uns par rapport aux autres, et par rapport aux professionnels de la biomédecine. Puis, nous envisageons comment les Nouakchottois perçoivent et catégorisent les guérisseurs comme options de l'offre thérapeutique, notamment en milieu *pulaar*.

Décrire le pluralisme thérapeutique nécessite au préalable quelques précisions s'agissant des conventions terminologiques. Nous employons le terme de « médecine traditionnelle » uniquement entre guillemets, afin de désigner une catégorie émique et non un descriptif ethnographique. Notre intérêt est d'étudier comment ce terme est employé par les différents acteurs sociaux et la diversité des contenus sémantiques qu'il recouvre. Nous employons le terme générique de guérisseur ou de guérisseuse pour désigner, le plus globalement, tous les hommes et femmes qui guérissent indépendamment du système de santé biomédical. Aucune distinction n'est entièrement satisfaisante, et dans certains cas, l'appartenance – ou non – au système de santé n'est pas aisément repérable. Enfin, nous qualifierons certains guérisseurs de « marabouts-guérisseurs », signifiant que ceux-ci intègrent à leurs pratiques thérapeutiques des usages magiques ou ésotériques du Coran.

III-1 LES PRATIQUES DES GUÉRISSEURS URBAINS : ELEMENTS DE DESCRIPTION

III-1-1 Islam et pratiques thérapeutiques

L'islam, valeur centrale et religion d'Etat

L'islam, en Mauritanie, est au fondement des valeurs sociales et constitue « *la principale référence de toute la société* » (Marchesin, 2010). Le processus d'islamisation en Mauritanie est très ancien, remontant au IX^e ou X^e siècle, en lien avec le développement du commerce transsaharien (Traoré, 1976 ; De Chassey, 1982[1977]). Sous l'impulsion des Almoravides, l'islamisation fut dans un premier temps superficielle, seuls les souverains consentant à adhérer à la religion musulmane (Traoré, 1976). La popularisation de l'islam se réalisa avec l'introduction et le développement des confréries religieuses Quadiriyya et Tidjaniyya, dès le XVI^e. À l'époque coloniale, l'islam fut une raison majeure d'hostilité et d'association des populations contre le colonisateur, perçu comme infidèle et obstacle à la pratique de la religion musulmane (Traoré, 1976). Cependant, l'administration coloniale réussit progressivement à s'appuyer sur la collaboration de marabouts et de chefs religieux.

Le rôle de l'islam dans la société mauritanienne a connu une évolution marquante après l'indépendance, passant d'une pratique commune à une officialisation et une étatisation du religieux (Traoré, 1976 ; Hamès, 1994). Cette étatisation a notamment été engagée par le premier président Moktar Daddah, qui choisit le nom de « République Islamique de Mauritanie », cherchant à faire de l'islam un trait d'union entre les différentes composantes culturelles (maures et « négro-mauritaniennes ») de la société (Simard, 1996 ; Choplin, 2008). La quasi-totalité des Mauritaniens d'aujourd'hui sont musulmans, sunnites, se réclamant pour la plupart de l'école malékite.

« L'islam a été et reste l'un des faits majeurs de l'évolution sociale, politique et économique de la Mauritanie. Son influence a été décisive sur l'élaboration des institutions du pays. Il a apporté, dix siècles avant l'instruction coloniale, la notion d'Etat, de code civil, l'écriture. Tous les Mauritaniens sont musulmans. » (Traoré, 1976 : 165-6)

L'islam en Mauritanie est à la fois orthodoxe et austère, mais aussi, doublé de conceptions spirituelles empruntées au soufisme (Marchesin, 2010). Les Mauritaniens, attachés à leur foi, seraient de plus en plus nombreux à appartenir à des confréries soufies telles que la Quadiriyya ou la Tidjaniyya (Stone, 1994). La référence à la religion est omniprésente et traverse tous les secteurs de la vie sociale, sans jamais être remise en cause. Les énoncés empruntés au registre du religieux ponctuent le langage courant, et ce, d'autant plus qu'il est question de santé et de maladie. Sans surprise, tous les guérisseurs rencontrés réfèrent,

d'une manière ou d'une autre, leurs activités thérapeutiques à l'islam. Les rapports entre les pratiques thérapeutiques et l'islam sont multiples et complexes, ce que nous proposons de décrire dans les prochains paragraphes.

« Marabout » : un terme renvoyant à de multiples réalités sociales

Le terme marabout est polysémique, et renvoie à plusieurs réalités sociales. En premier lieu, les marabouts, en milieu maure (*zwaya*) comme en milieu *pulaar* (*tooroobe*) constituent une caste, l'ordre des religieux, qui se situe en haut de la hiérarchie sociale. Au temps de son introduction, l'islam n'était pas démocratisé et les marabouts étaient les seuls à recevoir un enseignement religieux, à détenir une connaissance du Livre et de l'écrit. Philippe Marchesin décrit, en milieu maure, que l'ordre des marabouts assure la pérennité d'un islam pur et rigoureux : « *ils exercent un monopole quasi-exclusif sur les instruments de production et de reproduction de la sainteté : l'enseignement et les confréries.* » (Marchesin, 2010). De même, les *tooroobe* sont les seuls détenteurs de la fonction religieuse. Au fil des siècles, notamment sous l'introduction des confréries, l'islam s'est popularisé, en milieux maure et *pulaar*. Aujourd'hui, l'érudition religieuse n'est plus l'exclusivité de l'ordre maraboutique, mais les religieux issus des groupes infériorisés, notamment les descendants d'esclaves affranchis, subissent des discriminations dans l'accès aux responsabilités religieuses (Leservoisier, 2008).

Outre la question de l'appartenance familiale à une caste, le terme marabout peut désigner un sage, érudit, qui a acquis une connaissance approfondie du Coran. Aujourd'hui, ces marabouts ne sont plus exclusivement issus des familles maraboutiques, bien que l'appartenance à ces familles soit toujours gage de légitimité. Forts de leurs connaissances coraniques, les marabouts enseignent, procurent des protections, soignent, intercedent en faveur des individus, pour diverses demandes concernant les mariages, les relations conjugales et familiales, ou visant l'augmentation des pouvoirs, la réussite économique et sociale. L'activité thérapeutique n'est donc qu'une facette des activités des marabouts. L'homme de religion représente aux yeux de la population qui le consulte « *un homme à pouvoirs spéciaux, capable, par ses dons, d'influer sur le cours naturel des choses* » (Hamès, 2001 : 90). La capacité de réciter le Coran de mémoire, qui donne le statut *hafiz*, procure notamment des pouvoirs particuliers. Comme l'explique Corinne Fortier, « *Porter en soi le Coran signifie également porter en soi la baraka bienfaisante de la parole divine [...] Aussi, le récitant apparaît-il à son entourage, comme un intercesseur entre Dieu et les hommes* » (2003 : 253). Selon cette acception, le marabout est valorisé et respecté. En *hassanya*, ces marabouts sont nommés *zâwi*, et en *pulaar*, *sernoobe*. En *hassanya*, les grands marabouts sont distingués avec le terme *zwâye*, et tout en haut de la hiérarchie, figure le *wâli*. Ce dernier est considéré comme un saint détenant « *des dons miraculeux, en particulier la capacité de lire l'avenir, d'intercéder pour ses clients dans ce monde et dans l'autre, de guérir les maladies*

mentales ou physiques » (Stone, 1994 : 53). Outre les marabouts, notons que les Imams peuvent eux aussi être sollicités pour fournir des « protections » ou soigner certains maux.

Le terme de marabout est également utilisé hors de ces deux acceptions, pour qualifier des pratiques d'intercession dans le monde invisible, l'intercesseur n'ayant pas toujours une grande connaissance du Coran. Cette confusion sémantique a bien été décrite pour les marabouts du Sénégal.

« Le terme marabout a au Sénégal une grande extension. Il désigne les vrais marabouts, hommes savants, sages et pieux, dont la vie est consacrée à la prière et à l'enseignement ; les marabouts qui, sachant plus ou moins l'arabe, enseignent et soignent moyennant finances... ; enfin les marabouts, très nombreux aussi, qui n'ont aucune connaissance religieuse particulière mais qui font commerce de soins, amulettes, conseils, prédictions. » (Ortigue & Ortigue, 1984 : 217)

Entre les marabouts correspondant à la figure religieuse idéale et les « charlatans » n'ayant aucune connaissance particulière du Coran, distinguer les « vrais » des « faux » n'est pas si simple qu'il y paraît, dans des contextes où « *les pouvoirs religieux sont indissociables de pouvoirs politiques et économiques* » (Fassin, 1992 : 73). La reconnaissance sociale d'un « marabout » répond en effet à divers critères autres que la seule connaissance du Coran (origine familiale, humilité, redistribution des richesses,...) qui n'aboutissent pas forcément à des mécanismes de reconnaissance unanime. Dans les faits, le terme marabout est aussi utilisé pour désigner des pratiques magiques qui ne sont pas toujours reconnues licites par l'islam, formes de « maraboutages » impliquant une connotation ambivalente du terme marabout. Les tentatives de distinguer les pratiques magiques licites et illicites sont nombreuses parmi les lettrés musulmans. Le courant malékite, notamment, réprime sévèrement les interventions magiques assimilées à la sorcellerie (Hamès, 2007, 2008). Cependant, souligne Constant Hamès « *L'unanimité ne règne ni sur les définitions des différents pouvoirs occultes ni sur leur statut religieux et juridique.* » (2008 : 93) Aussi, les pratiques thérapeutiques des marabouts mêlent souvent pratiques licites et illicites, dont la frontière n'est pas unanimement distinguée.

Les guérisseurs et leurs références à l'islam

Tandis que le terme de marabout recouvre des pratiques hétérogènes dans leurs rapports à l'orthodoxie musulmane sunnite, la distinction entre marabouts et guérisseurs n'est pas facile à établir. Un mode de distinction pourrait être de considérer que l'activité thérapeutique est « l'entrée » principale des activités du guérisseur, activité thérapeutique pour laquelle le guérisseur peut faire référence à l'islam, et utiliser des savoirs coraniques. Cette distinction est néanmoins fragile, sachant que de nombreux guérisseurs revendiquent aussi d'être marabout, et que la spécialisation thérapeutique de certains marabouts n'est pas exclusive

d'autres interventions « maraboutiques ». Dans ce chapitre, nous avons choisi de cerner les choses en entrant par l'étude des guérisseurs, entendus comme ceux qui guérissent, qu'ils s'identifient ou non comme marabouts. Il faut cependant noter que la distinction entre marabout et guérisseur est plus opérante en milieu maure qu'en milieu négro-mauritanien. En effet, une part non négligeable de guérisseurs maures, spécialisés sur des activités thérapeutiques s'appuyant sur des sources écrites relatives à une « médecine des humeurs », exclut les pratiques maraboutiques (Dubié, 1937). De plus, en milieu maure, les marabouts fournissent des protections ou des remèdes coraniques, prennent en charge des maladies mentales, mais utilisent plus rarement des remèdes à base de plantes. Autrement dit, en milieu maure, les « hommes de savoirs » dont les pratiques relèvent à la fois du maraboutisme et de la thérapeutique seraient moins nombreux. Cette hypothèse doit cependant être considérée avec réserves, d'autant qu'il est difficile de faire la part des choses entre les représentations, par la population, de l'offre des guérisseurs et le contenu réel des pratiques thérapeutiques. La frontière entre les catégories de guérisseur et de marabout demeure relativement poreuse, car les guérisseurs évoluent dans des environnements saturés de symboles et de significations religieuses. Certains savoirs thérapeutiques sur les usages de plantes, par exemple, s'appuient sur des interprétations coraniques.

La référence à l'islam se retrouve chez tous les guérisseurs rencontrés, bien que tous ne soignent pas « sur » le Coran, c'est-à-dire, par des usages ésotériques ou magiques de ses versets. Elle se manifeste notamment par la mise en avant, dans les lieux de consultations, d'images (photos de Cheikh de confréries soufies, de la Mecque, de jeunes femmes priant à la Mecque, etc.) et d'objets (Corans, chapelets) faisant référence à l'islam et/ou aux confréries. La référence à l'islam semble incontournable, consubstantielle à la légitimité des pratiques thérapeutiques. Les symboles utilisés sont cependant loin d'être homogènes, certains objets évoquent un islam orthodoxe, d'autres des courants confrériques plus emprunts de mysticisme. Dans le cabinet d'un « tradipraticien » *haal pulaar*, nous distinguons des chapelets ainsi que des photos de Cheikh soufis (photo 3). Dans la salle de consultation de la clinique traditionnelle d'un guérisseur maure, c'est le Coran, représenté avec des objets issus de l'artisanat maure, qui est mis en avant au milieu d'une grande bibliothèque : des versets coraniques encadrés sont accrochés au mur, une « boîte » pour ranger le Coran est posée sur le bureau (photo 4).



Photo 3 : Cabinet de consultation d'un guérisseur *haal pulaar*, El Mina

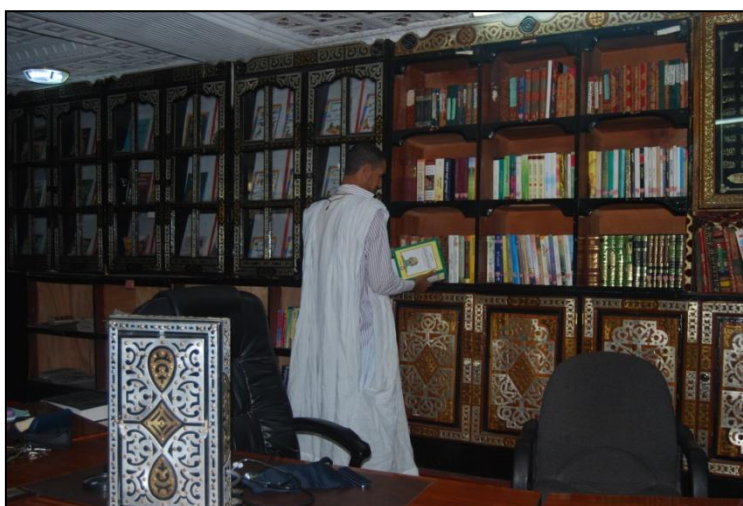


Photo 4 : Cabinet de consultation d'une « clinique de médecine traditionnelle » maure, Arafat

Au travers des discours sur les pratiques thérapeutiques, nous distinguons également plusieurs manières de faire référence à l'islam et au Coran.

« Les principes de la médecine traditionnelle, c'est qu'elle dépend de l'islam, et les objectifs, c'est que la médecine elle peut garantir trois choses, premièrement, c'est un mode de traitement, deuxièmement c'est une alimentation et troisièmement, elle n'a pas d'effets secondaires. » (Mohamed El Mamy Adje, guérisseur maure)

« Mon père m'a appris à guérir avec des formules magiques, il y a des choses qu'il a apprises qui sont tirées du Coran, et il y a des choses que j'ai apprises par moi-même, par mon expérience. » (Vieux Dia, guérisseur *pulaar*)

« Je soigne par le Coran, je soigne par les plantes, je soigne par les trucs... comment dirais-je, par les paroles. Par les paroles pour enlever, pour canaliser les maladies, canaliser ça, et lui donner des remèdes pour cela. On soigne par le Coran, on soigne par les huiles, les huiles

essentielles, on soigne par le miel, on soigne par les plantes. Les plantes, elles sont nommées dans le Coran, le gingembre, le ginseng,... toutes les plantes !» (Djigo, guérisseur *pulaar*)

« En tant que Musulman, je peux toujours soigner au nom de Dieu, je peux prononcer son nom au moment de faire le traitement. Le matin, lorsque je viens ici, je lis le Coran pour moi et pour la clinique, mais pas pour des patients personnellement. Je ne suis pas marabout, je ne soigne pas sur le Coran. Mes connaissances reposent sur les plantes. » (Mohamed Yeslem Maqhari, guérisseur maure)

« Dieu a dit qu'avec le Coran, avec telle chose tu peux soigner telle maladie. Ça c'est Dieu aussi qui l'a dit. [...] Parce qu'il a dit que chaque arbre, il y avait avec quelque chose qui allait avec le Coran. Si tu vois un guérisseur traditionnel qui ne mélange pas avec le Coran, cela veut dire qu'il ne connaît pas le maraboutage. Mais il y a beaucoup de gens ici qui connaissent les herbes. Mais ils ne connaissent pas tout ce qui est secret en Coran. » (Cheikh Tidjane Sow, guérisseur *pulaar*)

Au travers de ces différents extraits d'entretiens, remarquons que les deux guérisseurs maures, Mohamed El Mamy Adje et Mohamed Yeslem Maqhari, s'affirment comme musulmans, considèrent l'islam comme un cadre réglementant leurs pratiques, sans pour autant mentionner des usages du Texte pour soigner. Ceux-ci ne soignent pas « sur » le Coran, contrairement aux guérisseurs *haalpulaaren* s'étant exprimés sur la question. Selon Yahya El Bara (2007), en milieu maure, les pratiques thérapeutiques magiques sont taboues, chacun affichant une orthodoxie religieuse. La société maure distingue les incantations « blanches » du Coran (*khima bayda*), qui ne sont efficaces que si leur exécutant, pieux, possède la *baraka*, des incantations « noires » (*khima kahla*) qui correspondent à des formules et procédés magiques. Cependant, si les activités magiques « *sont officiellement plus souvent condamnées chez les Maures, elles n'en sont pas moins répandues* » (De Chassey, 1982[1977]). Un point de vue partagé par Yahya El Bara (2007) qui rapporte qu'il existerait même un regain des pratiques ésotériques chez les guérisseurs maures, comme cela a été observé ailleurs en Afrique (Geschiere, 2002).

Protéger ou soigner « sur » le Coran nécessite d'avoir une connaissance ésotérique de ses versets. Ainsi que l'explique Emmanuelle Kadya Tall, le marabout doit avoir une vision diachronique du Coran : « *il doit être capable de le détailler pour pouvoir en utiliser des fragments. D'autre part, il doit abandonner la vision linéaire du texte pour en capter les autres sens* » (1984 : 153-154). Le travail réalisé sur le Coran afin d'en tirer « usages talismaniques » a été étudié et documenté par Constant Hamès (2001, 2007, 2008). Dans ces usages talismaniques, le Texte n'est jamais utilisé sous sa forme brute, il fait l'objet d'un travail de transformation intervenant sur sa forme et ses significations (Hamès, 2001, 2007).

« C'est le cas des très nombreux noms de la divinité qui sont soumis, à travers l'écriture, à des manipulations graphiques et numériques diverses. [...] A un deuxième niveau, l'emploi, tout

aussi récurrent, du texte coranique lui-même fait l'objet d'un "travail" magique qui s'exprime par de multiples procédés d'ordre linguistique, graphique, numérique. Fondamentalement, le texte est dépouillé de son acception religieuse habituelle et "préparé". Le mécanisme central à l'œuvre s'attache à déconnecter le texte coranique de son sens religieux pour ne lui laisser que son sens ordinaire, commun, de langage de tous les jours. Ce procédé de décontextualisation, associé à d'autres (coupures, inversions, sélections, agglutinations, répétitions, mises en scène graphiques, montages, etc.) transforme le Coran liturgique en Coran talismanique efficace. » (Hamès, 2007 : 88-89)

Une autre utilisation courante du Coran pour soigner est la « dilution » des écrits coraniques. Soit les marabouts conservent l'eau de lavage d'une tablette sur laquelle des versets coraniques ont été écrits, soit ils laissent tremper des papiers sur lesquels des écrits coraniques sont inscrits. Les remèdes ainsi constitués, pour protéger ou soigner, peuvent être administrés en breuvage ou pour se laver, ou même mélangés à des aliments, parfois à l'insu du mangeur. Les versets sont aussi utilisés en accompagnement d'autres types de traitements, les remèdes de plantes notamment. Chez les *haalpulaaren*, l'usage des plantes dépend de vertus magiques qui y sont associées (Tall, 1984), et est souvent accompagné de récitation de versets ou de formules magiques (*cefi*). Les incantations ont lieu aux moments des préparations, le marabout concluant en soufflant ou crachant pour transmettre sa « baraka ». Les fluides corporels, le souffle et la salive sont en effet considérés comme substances transmettant la « baraka » ou le charisme spirituel, comme l'a étudié Jean Schmitz (2000) s'agissant des relations entre les marabouts et leurs élèves en milieu *pulaar*.

Outre ces usages courants et documentés par la littérature, certains guérisseurs nous ont confié d'autres usages du Coran dans leurs pratiques thérapeutiques, qui témoignent d'une certaine créativité dans un contexte de mélange des registres (Pordié & Simon, 2013). À titre d'exemple, voici le mode opératoire décrit par un guérisseur *haal pulaar*.

« Pour les maux des dents, par exemple, j'ai appris par moi-même : j'écris des versets du Coran dans le sable et je fais neuf petits trous, et il faut uriner dans chaque trou. Je mets le poing et je tape. Chaque personne est représentée par un trou. Je commence je les tape un par un, et avant d'atteindre le neuvième, la personne doit guérir. C'est comme dans la médecine moderne où chacun a son groupe sanguin. Là, il y a neuf trous, et avant que l'on ne tape les neuf trous, obligatoirement on doit trouver le point du malade, qui fera guérir. » (Guérisseur *pulaar*)

Notons que ce genre de pratiques « originales », généralement associées aux marabouts Négro-Mauritaniens, existe également en milieu maure (El Bara, 2007).

III-1-2 Des pratiques thérapeutiques se référant à des « traditions » plurielles

Du côté de l'offre de soin des guérisseurs, on observe une diversité de pratiques thérapeutiques, qui tient notamment à la diversité des « traditions » auxquelles elles se réfèrent. Manipulons le terme « traditions » avec précaution : il s'agit de registres de savoirs considérés par un groupe particulier comme relevant de leur culture « ancestrale ». D'un point de vue anthropologique, ces savoirs ne sont pas exempts de métissages, d'emprunts et d'évolutions, et constituent plutôt des faisceaux d'influences culturelles. Les guérisseurs sont issus des divers groupes culturels qui composent la société mauritanienne (Maures, *Pulaar*, Wolof, Soninké), mais on rencontre également des guérisseurs émigrés de pays étrangers tels que le Mali et le Niger. Ces guérisseurs puisent, non exclusivement, dans le registre de savoirs apparentés à leurs langues et cultures. Ces savoirs sont conçus comme étant transmis de générations en générations, des savoirs « ancestraux » partagés, ou secrets et relevant de la transmission « héréditaire ». Entre guérisseurs ayant des appartenances culturelles diverses, les pratiques thérapeutiques divergent, tout en partageant certains modes d'interprétations de la maladie, certaines modalités thérapeutiques ou encore, certains usages de plantes.

Savoirs thérapeutiques et « médecine savante » en milieu maure

En milieu maure, la répartition des savoirs thérapeutiques est marquée par l'existence de grandes familles de guérisseurs *bidân*, spécialisées et reconnues dans l'ensemble du pays (Dubié, 1937 ; Fortier, 2000). Ces familles revendiquent l'héritage d'une « médecine traditionnelle » et « savante », prenant source dans la médecine hippocratique, basée sur la théorie des humeurs. Selon la théorie des humeurs, la santé d'un individu dépend de l'équilibre entre les quatre humeurs que sont la bile jaune (froid et humide), le flegme (froid et humide), le foie et le sang (chaud et humide), et la bile noire ou l'atrabile (froid et sec). La proportion des humeurs peut se déséquilibrer en fonction de facteurs internes, chaque individu ayant son propre « tempérament » et externes (alimentation, variation climatique,...), entraînant la maladie. Ces guérisseurs lettrés s'appuient sur l'héritage grec et les écrits anciens de Galien, Platon, Hippocrate ou Avicenne (Dubié, 1937 ; Cheick, 2014). Originaires des diverses *wilayas* du pays, ces grandes familles maures sont particulièrement réputées pour leurs savoirs thérapeutiques, et spécialisées dans le traitement de certaines affections. Les principales familles incarnant cette « médecine savante » sont les familles *Adje*, *Awfa*, *Bah*, *Maqhari*. Ces familles ont toutes ouvert des cliniques à Nouakchott (photos 5, 6). Elles revendiquent un savoir transmis de générations en générations, parfois avec le support d'écrits rédigés par d'illustres ancêtres. Ainsi, la famille Awfa s'appuie sur la retranscription en Français par Awfa Abou Bekrin, des enseignements d'Awfa Mohamed Awfa

(Abou Bekrin, 1937). D'autres guérisseurs jouissent d'une certaine réputation, mais ces grandes familles de guérisseurs, s'appuyant sur une reconnaissance historique de leurs savoirs « héréditaires », sont le plus souvent citées en exemple.



Photo 5 : Clinique d'El Adje, « Médecine alternative la première en Afrique », Arafat



Photo 6 : Clinique d'El Kadi Awfa, Ksar

Cette « médecine savante » privilégie l'usage de plantes : feuilles, fruits, racines, et parfois écorces des jeunes arbustes (Mohamed Vall, 2009). L'usage de certaines plantes relève de la « théorie de la signature », c'est-à-dire l'idée selon laquelle l'aspect de la plante renseigne sur son utilité. Les plantes sont souvent réduites sous forme de poudres, diluées dans l'eau de boisson ou ajoutées à l'alimentation, ou utilisées sous formes de décoctions. Souvent, plusieurs plantes sont utilisées en association. D'autres modes d'administration des traitements sont également décrits.

« Ce peut être une solution buvable très fraîche, sinon dans une eau un peu tiède, ou bien dans un récipient au compte-goutte, ou bien dans des huiles comme cela ça permet de faire

un massage. Ou bien l'utilisation peut être nasale, ou bien des gouttes que l'on met dans les oreilles. » (Mohamed El Mamy Adje, guérisseur maure)

La gomme arabique est fréquemment utilisée dans les préparations à base de plantes. Le Séné est une des plantes les plus fréquemment utilisées, notamment visant la « purge » de l'organisme, et en traitement des constipations dont se plaignent souvent les Maures. Les guérisseurs maures assortissent fréquemment leurs traitements de recommandations s'agissant de l'alimentation, et prescrivent des régimes particuliers (Dubié, 1937). Impliquées dans l'équilibre des humeurs, l'alimentation et la digestion occupent une place centrale dans les conceptions thérapeutiques (Fortier, 2000). Le régime peut permettre, à lui seul, de rétablir l'équilibre humoral. L'évaluation de Bertrand Graz donne une indication sur ce point, relevant que parmi 170 patients consultés dans la clinique Maqhari, 39% se sont vus recommander un régime particulier. Selon Mohamed El Mamy Adje, président d'ATM, il n'y a pas lieu de différencier le traitement et l'alimentation.

« C'est que le traitement est en même temps une alimentation. C'est une cuisine au sens où c'est quelque chose d'agréable à manger. Ces aliments qui donnent un goût agréable à l'alimentation, c'est un traitement de médecine traditionnelle. Le blé, le maïs, tout cela nous faisons des traitements avec ici. » (Mohamed El Mamy Adje, guérisseur maure)

Outre les préparations à base de plantes, les massages sont utilisés, notamment par la famille Bah, ainsi que les « ventouses »³⁷ et les scarifications. Les grandes familles de guérisseurs maures mettent en avant leurs savoirs ancestraux empiriques s'agissant de phytothérapie, s'affirmant comme « thérapeutes », « tradithérapeutes » ou encore, « médecins traditionnels ». Se distinguant des pratiques des marabouts-guérisseurs, ils se défendent de pratiques de « maraboutages ». Ces familles bénéficient d'un grand prestige social, et trouvent les moyens d'ouvrir des cliniques luxueuses à Nouakchott. Aussi, nous y reviendrons, ces grandes familles de guérisseurs *bidân* occupent le devant de la scène et représentent « la » médecine traditionnelle aux regards du gouvernement, des principaux médias ou encore des organismes internationaux.

Mohamed Yeslem Maqhari, guérisseur de grande famille maure

La clinique de Mohamed Yeslem Maqhari, qui se situe dans le quartier d'*Arafat*, est indiquée par plusieurs enseignes en arabe. Des portes grandes ouvertes permettent d'entrer dans une salle d'attente propre et spacieuse, sans aucun meuble, couverte d'un beau tapis et de quelques coussins. Dans la salle de consultation, Mohamed Yeslem Maqhari est assis à un bureau sur lequel sont posés un ordinateur, un tensiomètre, un stéthoscope, divers ouvrages de botanique et de médecine

³⁷ Les ventouses notamment sont réalisées avec des verres à thé, dans lesquels on fait consumer une allumette jusqu'à « étouffement », puis que l'on applique sur la peau : se produit alors un effet de succion.

traditionnelle. Il est né d'une « grande » famille de guérisseurs, qui possède plusieurs cliniques à l'intérieur du pays. Son savoir lui a été transmis par sa famille : « *C'est un savoir héréditaire, transmis de génération en génération, qui s'apprend entre pères, frères, cousins, dans les familles qui sont connues depuis des siècles pour soigner* ». Il l'a également complété par lui-même. Sa famille est spécialisée dans le « couteau », c'est-à-dire, la chirurgie, dont « *elle a le monopole* », précise-t-il. Lui-même est spécialisé dans le traitement des affections gastriques et notamment, les remontées acides. Il nous dit soigner principalement avec les plantes, qu'il fait venir de l'intérieur du pays, et qu'il utilise soit en poudre, soit en infusion. Mohamed Yeslem Maqhari dit recevoir surtout des adultes, mais parfois on le sollicite pour des enfants malades : « *dans ce cas, comme la médecine moderne s'est développée, je préfère orienter vers l'hôpital. Mais d'abord, comme les gens sont venus, je donne quelque chose, c'est une question de morale, de bienveillance.* » Il dit néanmoins soigner les diarrhées des enfants ainsi que le paludisme. Par ailleurs, si un enfant ne marche pas à un an, il peut également lui donner un traitement pour qu'en deux-trois mois l'enfant marche. Pour les cancers et dans le cas de situations désespérées où les médecins veulent « *tout couper* », sa famille sait également sauver en soignant « *avec le feu* ». En revanche, il demeure réservé sur la question du VIH : « *nous menons actuellement des recherches de traitements, donc pour le moment, nous ne pouvons pas nous prononcer* ». Selon lui, ses relations avec les professionnels de la biomédecine sont bonnes : ils collaborent notamment à l'occasion de séminaires et de colloques. Mohamed Yeslem Maqhari a également participé à un projet d'évaluation de la médecine traditionnelle. Il est néanmoins méfiant vis-à-vis des médicaments modernes, dont il observe les effets secondaires chez ses patients.

Outre ces grands noms de guérisseurs maures, nombreux autres guérisseurs, lettrés ou non, proposent plus modestement leurs services (Dubié, 1937). Les pratiques de ceux-ci peuvent mêler, aux pratiques thérapeutiques par les plantes, des guérisons par le Coran. En milieu maure, de nombreuses femmes sont guérisseuses (Thouzery & Mohamed Vall, 2011). Il s'agit malheureusement d'un aspect sur lequel nous n'avons pas recueilli de données, sachant que nos interlocuteurs nous ont spontanément orientés vers les guérisseurs des « grandes familles ». Cette élision est bien significative du statut des guérisseuses, dont les savoirs sont tournés vers les soins des femmes et des enfants, et qui ne bénéficient que d'une moindre reconnaissance sociale, cantonnée aux milieux féminins. Le manque de reconnaissance des guérisseuses peut également être imputé au fait que les femmes soient davantage représentées s'agissant des pratiques de divination :

« Si les hommes sont plutôt du côté de la guérison, les femmes sont plutôt du côté de la protection. En effet, ce sont essentiellement des hommes qui guérissent qu'ils soient saints, chefs de confrérie ou médecins, tandis que ce sont essentiellement les femmes qui protègent et pratiquent la divination. » (Fortier, 2000 : 1013)

Comparativement à leurs homologues masculins, les guérisseuses se spécialisent difficilement, leurs pratiques thérapeutiques sont plus confondues avec leurs rôles familiaux de mères, grand-mères et tantes. Dans des espaces thérapeutiques de plus en plus concurrentiels, elles sont davantage précarisées (Pordié & Simon, 2013). Elles ne sont pas

représentées, à notre connaissance, dans les grandes cliniques et dans les opérations médiatiques visant à promouvoir la « médecine traditionnelle ». Étudier les pratiques et le rôle de ces guérisseuses dans les soins aux enfants aurait nécessité des modalités particulières, notamment s'appuyant sur des réseaux de sociabilité féminine, et cherchant à faire émerger ces pratiques thérapeutiques de leur invisibilité.

Guérisseurs et savoirs thérapeutiques en milieu *haal pulaar*

L'organisation des savoirs thérapeutiques, en milieu *pulaar*, présente certaines spécificités, notamment s'agissant de la répartition sociale des savoirs thérapeutiques. L'attribution de savoirs et pouvoirs thérapeutiques aux différentes strates sociales ou castes est relevée pour les *pulaar* de la vallée du fleuve (Wane, 1969 ; Tall, 1984), et plus largement en milieu peul dans d'autres régions (Dupire, 1970 ; Epelboin, 1983 ; Vidal, 1990 ; Fassin, 1992 ; Le Marcis, 2001). Nous avons la chance de pouvoir nous référer au travail approfondi d'Emmanuelle Kadya Tall (1984), qui a réalisé une monographie de l'offre de soin à Cubalel, village *pulaar* de la vallée du fleuve, côté Sénégalais. L'anthropologue a distingué plusieurs types de guérisseurs : *cerno* (marabout), *bileejo* (contre-sorcier, guérisseur) *jom lekki* (celui qui possède des remèdes) et *moccowo* (le panseur). Ses descriptions montrent comment les savoirs thérapeutiques se répartissent, en fonction des différentes strates sociales. À la classe noble et maraboutique des *tooroobe*, qui s'impose en haut de la hiérarchie, sont attribués des pouvoirs de guérisons fondés sur la connaissance du Coran. Les *subalbe* (pêcheurs), sont craints pour les pouvoirs offensifs qu'ils détiennent. Ils connaissent les génies du fleuve et possèdent *gann dal maayo* (savoirs du fleuve). Les formules magiques (*cefi*) qu'ils détiennent sont jugées particulièrement puissantes (Sow, 1982) ; et ils sont réputés pour enlever les arêtes coincées dans la gorge, ou encore soigner les piqûres d'animaux rampants. Les *fulbe* (nomades) sont considérés pour leur grande connaissance des plantes, mais aussi pour leurs pouvoirs de sorcellerie (Ciavolella, 2008). Les groupes statutaires plus dépréciés des *nyeenybe* (artisans) et *maccube* (esclaves) détiennent également des savoirs thérapeutiques. Aux artisans, on attribue des pouvoirs thérapeutiques spécifiques, chaque activité nécessitant notamment la connaissance de formules magiques (*cefi*) particulières pour se protéger. Ainsi, le *baylo* (forgeron) a le pouvoir particulier de panser les brûlures. La qualité des savoirs reconnus dépend donc des statuts sociaux : les marabouts sont issus des lignages *tooroobe*, les guérisseurs (*wileebe*) sont nombreux parmi les pêcheurs (*subalbe*), tandis qu'aux esclaves (*maccube*), ne sont reconnus que des savoir-faire dénués de symboles et de statut (cautériser, percer un abcès, inciser, etc.). Emmanuelle Kadya Tall conclut de ses études en milieu *pulaar* qu'« Il n'existe pas de groupe statutaire spécialisé dans l'art médical mais on peut déceler une maîtrise propre à chaque groupe dans un domaine particulier, ce qui permet de différencier les groupes entre eux » (1984 : 223), conclusions corroborant les informations

relevées, à la même époque, chez les Peuls Bandé du Sénégal oriental par Sylvie Epelboin (1982) et son mari Alain Epelboin (1983).

Une décennie plus tard, dans le contexte urbain de Pikine au Sénégal, les descriptions de Didier Fassin (1992) décrivent une offre de soin « traditionnelle » marquée par l'opposition entre les deux principales figures thérapeutiques en milieu peul, d'une part *cerno* (marabout), d'autre part *bileejo* (guérisseur). L'un incarne le savoir « blanc » et islamique (*ganndal ndanewal*), tandis que l'autre incarne le savoir noir et traditionnel (*ganndal balewal*).

« Tout guérisseur à Pikine se définit lui-même et est reconnu par les autres selon cette description manichéenne où sous l'opposition bien/blanc/islamique et du mal/noir/traditionnel, se dessinent des rapports de forces qui font triompher les pouvoirs du mal sur les pouvoirs du bien. » (Fassin, 1992 : 66-67).

Enumérant tous les profils d'individus possédant un savoir thérapeutique à Pikine, Didier Fassin, à la suite d'Emmanuelle Kadya Tall, montre « *combien le savoir est partagé, diffus, omniprésent* » (1992 : 71). Dans le contexte urbain de Nouakchott, notre enquête révèle une répartition des savoirs et des pouvoirs thérapeutiques quelque peu différente de celle décrite par Emmanuelle Kadya Tall, trois décennies plus tôt en milieu rural. Les savoirs thérapeutiques techniques, qui relevaient de spécialisations des *nyeenybe* et *maccube*, semblent avoir disparu, probablement supplantés par les professionnels de la biomédecine, notamment le travail infirmier. Les différentes catégories *pulaar* de guérisseurs (*cerno*, *bileejo*, *jom lekki*, *moccowo*...) semblent relativement dissoutes, et l'on observe plutôt nombres de « marabouts-guérisseurs », qui composent leurs pratiques en puisant dans les divers registres thérapeutiques : guérison sur le Coran, réalisation de gris-gris à partir de cordelettes nouées (*pibol*), usages de plantes médicinales, etc. Bien que l'on retrouve les catégories sociales opposant les savoirs noirs et blancs (*ganndal ndanewal e ganndal balewal*), les pratiques thérapeutiques de ces marabouts-guérisseurs apparaissent mixtes et composites. Plusieurs auteurs ont décrit le phénomène de la multiplication des « marabouts-guérisseurs », dans le contexte des grandes villes d'Afrique de l'Ouest (Dozon & Sindzingre, 1986 ; Fassin, 1992 ; Dorier April, 1995). Jouant sur l'anonymat d'une installation en ville, ces « nouveaux guérisseurs » (Pordié & Simon, 2013) peuvent se construire une réputation sans avoir été reconnus dans leur village d'origine, bien que souvent ambivalente. Dans un environnement urbain concurrentiel, les guérisseurs se sont adaptés en privilégiant la diversification de leurs pratiques et la multiplication de leurs références, plutôt que la spécialisation, puisant dans les registres culturels de leurs voisins maures, wolofs ou soninkés, et prétendant guérir un nombre toujours plus grand de maladies (employant des terminologies empruntées aux autres langues ou à la biomédecine). En addition des savoirs qui leur auraient été transmis de manière « héréditaire », ces « marabouts-guérisseurs » revendiquent d'avoir enrichi leurs savoirs par eux-mêmes, parfois via des supports modernes tels qu'Internet. D'autre part, alors que les contours des relations sociales de castes évoluent

dans divers secteurs de la vie sociale *haalpulaaren* (Kamara, 2001 ; Leservoisier, 2008), les pratiques thérapeutiques tendent à se dissocier de la stratification sociale par castes. Cependant, les nobles (*rimbe*), et notamment ceux de classes maraboutiques (*tooroobe*) tentent de conserver un certain monopole s'agissant des pouvoirs religieux et des guérisons sur le Coran.

Vieux Dia, un marabout guérisseur *haal pulaar*

Vieux Dia vit modestement dans une chambre qu'il loue dans le quartier de la Médina R. Marabout, il est sollicité pour fournir des protections, favoriser un mariage ou intervenir dans des conflits conjugaux. Guérisseur, ses pratiques thérapeutiques mêlent l'utilisation du Coran, notamment les invocations des noms de Dieu (*innde Allah*) et l'usage de plantes. Il n'y a pas de file d'attente devant sa porte, son activité n'est pas annoncée par une enseigne, mais il est régulièrement sollicité, notamment par les habitants de son quartier qui viennent chez lui, avec qui il entretient de bonnes relations d'entraide et de voisinage. Vieux Dia a appris à soigner sur le Coran auprès de son père, et a complété ses connaissances « *par lui-même* ». Il utilise des plantes, feuilles ou racines, qu'il fait venir du village et conserve dans sa chambre. Il explique que lorsque les plantes sont cueillies, Dieu doit être invoqué. S'il s'agit de prendre quelques racines, la plante doit être replantée. Avant de partir, il faut déposer du mil au pied de la plante. Lorsqu'il ramène les plantes chez lui, il les met en tas et lit au-dessus des formules magiques, soit tirées du Coran, soit issues du savoir secret (*ganndal sirru*), puis, il les conditionne dans de petits sachets.

Vieux Dia ne soigne pas spécifiquement les enfants, mais il soigne plusieurs maladies qui les affectent. Il évoque en premier lieu les problématiques liées aux poussées dentaires, qu'il prévient grâce à des os de crocodiles, qu'il a obtenus auprès des pêcheurs : « *Cela amène les dents facilement, sans rendre l'enfant malade.* » Pour les diarrhées des enfants, il donne de la poudre de mil. Pour la toux, il fait boire de l'eau dans laquelle des clous de girofle ont été bouillis, tout en précisant que ce traitement est fort, et que la préparation doit être bien diluée pour les enfants. Il soigne aussi les enfants « qui gonflent », avec une plante appelée *dunubi*, que l'on ne trouve pas en Mauritanie, et qui provient du Mali ou du Sénégal. Il dit aussi être souvent consulté par des parents dont les enfants pleurent de peur le soir (*koydi jamma*): dans ce cas, il écrit des versets sur un papier à placer sous l'oreiller de l'enfant. Enfin, Vieux Dia explique qu'il utilise souvent l'eau de lavage de sa tablette coranique pour soigner. Dans ces cas-là, il peut écrire pour toute la famille, et le remède peut être utilisé indifféremment pour les adultes ou les enfants : « *ce n'est pas comme à l'hôpital, il n'y a pas de doses !* » souligne-t-il. Lors de l'hivernage, lorsque les maladies sont nombreuses, tous les membres d'une même famille sont ainsi « protégés » et « soignés ».

En toute humilité, Vieux Dia explique que lorsqu'il soigne sur le Coran, il n'est pas toujours exaucé : « *Quand les gens viennent, je fais des prières, j'écris des prières mais il faut reconnaître que les prières peuvent être exaucées comme ne pas être exaucées. [...] Les noms de Dieu ne sont pas faciles à saisir, car il arrive souvent que l'on fasse des choses et que cela ne marche pas, que l'on fasse quelque chose et que l'on n'arrive pas à ses fins.* » C'est pourquoi le paiement des consultations doit se faire en plusieurs fois : une première fois pour la divination permettant de « diagnostiquer » le problème, une

seconde fois pour initier le travail : « motivation » et une dernière fois si la prière a été exaucée. Malheureusement, regrette Vieux Dia, certains de ses clients ne reviennent pas alors qu'ils sont guéris ou que leur problème est résolu. Cela est très préjudiciable pour lui car si Dieu apporte sa miséricorde, il doit lui-même donner ce qu'il possède et faire des sacrifices envers les pauvres. Dans ces cas de non-paiement, il refuse par la suite de répondre aux sollicitations: « *Il ne faut pas me tromper !* » martèle-t-il. « *Pour certains, cela représente beaucoup de travail. Il y a certains travaux qui sont fatigants, parce qu'on ne peut les faire qu'à partir de trois heures du matin. Il faut faire les ablutions, deux prières, et ensuite je prends mon chapelet et j'invoque Dieu.* » Vieux Dia pointe aussi du doigt les marabouts qui ne font pas correctement leur travail, « *certaines marabouts, quand on va les voir, ils écrivent quelque chose, mais dès que la personne est partie, au lieu de continuer les prières, il dort : ça c'est comme du vol.* »

Outre la multiplication des « marabouts-guérisseurs éclectiques », les savoirs thérapeutiques des *haalpulaaren* demeurent sous forme diffuse dans la société, notamment gardés par les femmes. Celles-ci partagent et se transmettent des savoirs leur permettant de protéger et soigner dans l'espace domestique, notamment leurs enfants, mais aussi certaines affections spécifiquement féminines. Pour protéger leurs enfants, les jeunes mères sont conseillées par leurs mères, belles-mères et tantes, dès leur grossesse, afin d'adopter un ensemble de comportements permettant de prévenir les attaques de génies ou de sorciers, la mauvaise langue et le mauvais œil. Pour soigner les maladies de leurs enfants, elles apprennent au fil de leur vie un ensemble de remèdes à base de plantes, souvent associés à la récitation de formules magiques (*cefi*) ou de versets coraniques. Cet apprentissage se fait à l'occasion des maladies de leurs enfants ou d'enfants de leur entourage. Ainsi, les femmes âgées ayant une large progéniture sont réputées pour connaître le mieux ces remèdes. Parmi ces femmes âgées, certaines acquièrent un statut plus affirmé de « mère des enfants » (*yummum sukaabe*). Leur statut s'apparente parfois à celui d'accoucheuses traditionnelles (Bâ, 1976). Elles sont alors sollicitées de manière privilégiée et dans un environnement plus large comme conseillères s'agissant des enfants, de leur « protection » et de leur santé.

Les remèdes domestiques des femmes recourent les savoirs thérapeutiques des marabouts-guérisseurs, dont elles constituent, par ailleurs, la principale clientèle, ce qui favorise probablement l'entretien de conceptions et savoirs communs. Cependant, une même préparation à base de plante sera davantage « mystifiée » et associée à un pouvoir thérapeutique particulier si elle émane d'un marabout-guérisseur que si elle est conseillée par une vieille femme. Comme nous l'avons évoqué s'agissant des guérisseuses maures, les savoirs thérapeutiques des femmes sont relativement peu valorisés, ce que Sylvie Epelboin avait souligné s'agissant des *fulbe bande* du Sénégal : « *De même qu'il existe une négation du savoir populaire par l'idéologie dominante, il existe une négation du rôle et de l'importance du savoir thérapeutique des femmes par l'idéologie masculine* » (1982 : 89). Un constat partagé par d'autres auteurs, l'instabilité lignagère des femmes contribuant à dévaloriser leurs savoirs (Fassin, 1992) et marquant leur mode de transmission : « *les savoirs masculins (extériorisés)*

se paient et s'enseignent alors que les savoirs féminins (domestiques) s'acquièrent plutôt par imprégnation et n'impliquent pas de rétribution particulière » (Le Marcis, 2001 : 243). La gratuité, l'invisibilité et la banalisation des savoirs thérapeutiques féminins a par ailleurs fait l'objet de nombreux travaux sur d'autres continents (Saillant, 1992 ; Cresson, 1993 ; Cresson, 1995 ; Crochet, 2000). Lorsqu'ils sont mis en œuvre par les femmes, les savoirs thérapeutiques sont souvent associés à la sphère domestique, aux registres des soins maternels ou de la préparation culinaire.

Signe de cette contiguïté, les femmes nouakchottoises se procurent des plantes médicinales sur les marchés à quelques pas voire sur le même étal que les ingrédients pour cuisiner. Les plantes destinées à des problématiques de santé féminine (fécondité, troubles urinaires, lubrification vaginale) figurent aux milieux d'étals proposant des appareils de séduction dont certains sont explicitement évocateurs de la sexualité : ceintures de perles, encens, sous-pagnes (photo 8). Ceci est compréhensible considérant qu'on attribue aux perles et aux encens, de même qu'aux plantes, des pouvoirs magiques de séduction ou de protection (Simard, 1996). Ces mêmes étals proposent de manière plus ou moins dissimulée, des « médicaments » importés visant le blanchissement de la peau ou la prise de poids.

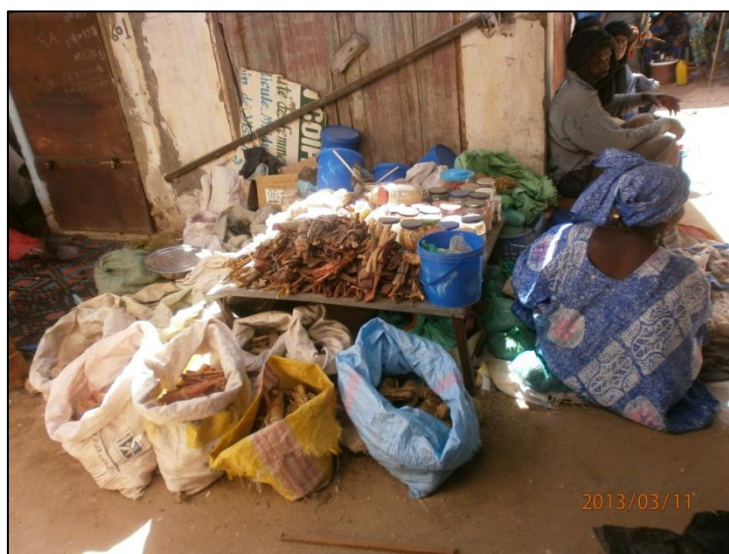


Photo 7 : Femme *haal pulaar* et son étal de plantes pour soigner, marché 5ième (Sebkha)



Photo 8 : Quelques plantes en sachets au milieu des bijoux fantaisie, marché 6ième (El Mina)

Quelques autres figures de guérisseurs à Nouakchott

La pluralité de l'offre de soin des guérisseurs ne se limite pas aux seuls guérisseurs maures et *pulaar*. Les Wolof et les Soninké mauritaniens disposent eux aussi de savoirs et de thérapeutiques se référant par certains aspects à des traits culturels spécifiques. Malheureusement, ayant ciblé nos investigations en milieu maure et *pulaar*, nos données concernant l'offre thérapeutique dans ces groupes sont beaucoup plus lacunaires. Nous avons cependant rencontré deux guérisseuses wolofs spécialisées s'agissant des problèmes de santé des mères et de leurs enfants, dont l'incontournable « mère des enfants », femme wolof âgée fréquemment citée par nos interlocuteurs mauritaniens de toutes origines sociales et culturelles.

La « mère des enfants », guérisseuse wolof

Le terme « mère des enfants », qui désigne des femmes âgées ayant acquis une reconnaissance sociale pour leurs savoirs s'agissant des soins des enfants, se retrouve en milieu *pulaar*, wolof et soninké. À Nouakchott, la « mère des enfants » du quartier 6^{ième}, décédée il y a quelques années, avait acquis une grande notoriété auprès de la population nouakchottoise, à qui elle proposait ses services depuis l'indépendance. À son décès, sa nièce, une femme elle-même fort âgée, a pris la suite, devenant à son tour « mère des enfants », sans toutefois disposer de tout le prestige de sa tante. Modeste, la nouvelle « mère des enfants » indique qu'elle ne possède pas les savoirs qu'avait sa tante : « *La mère des enfants c'est elle qui était là. Mais quand tu soignes, si tu as bon cœur, parfois même tu peux ne pas être trop fort, et tes vœux sont exaucés. Je sais que moi, je n'ai pas de grands savoirs, tout ce que je fais c'est de donner aux gens les formules, les formules sont écrites sur des papiers, quand les gens viennent je leur donne les papiers. Cela fait longtemps que je le fais mais, comme je sens que je le fais de bon cœur, les gens sentent la bonté [...]. Pourtant moi je n'y suis pour rien, c'est seulement le bon cœur* ». C'est le fils de la « mère des enfants » à qui la mère des enfants a transmis certains de ses savoirs, qui prépare les papiers où sont inscrites les formules, les remèdes à

base de plantes et les gris-gris que la nouvelle « mère des enfants » distribue à l'issue des consultations. Tous les savoirs n'ont cependant pas été transmis, sa nièce précise : « *certain secrets, elle est partie avec.* »

Comme sa tante avant elle, la « mère des enfants » soigne les maladies infantiles courantes, notamment celles se déclarant avec les poussées dentaires. Comme nous avons pu l'observer lors de ses consultations, elle donne deux éléments principaux pour les problèmes liés aux poussées dentaires: un petit papier replié plusieurs fois sur lui-même, sur lequel est inscrite une formule secrète, et un gri-gri constitué d'un fil de laine verte et d'un petit coquillage. Ce gri-gri, qui doit être porté en collier de manière à ce que le coquillage se trouve au niveau du sternum de l'enfant, permet d'éviter que « l'os du cœur » ne tombe et que l'enfant vomisse. Plusieurs femmes âgées, parmi celles que nous avons rencontrées, recommandent que les jeunes mères, peu après la naissance de leur enfant, se rendent auprès de la mère des enfants afin que celle-ci leur fournisse ces différents éléments protégeant l'enfant. Lors de notre observation, les mères donnaient 2000 UM [5 euros] pour cette prestation. La mère des enfants dit couramment soigner les diarrhées, avec du « pain de singe » et des formules, les maux de tête, avec des formules, mais aussi les hoquets et les « pleurs du soir ». Selon elle, « *les maux de tête, la diarrhée, les hoquets, tout cela l'hôpital ne peut pas soigner.* » D'après nos interlocuteurs, le montant des consultations est variable, et ce sont parfois des produits tels que du sucre, du savon, des biscuits ou du lait qui sont demandés en paiement, pour être, en principe, donnés en « sacrifice » aux pauvres. Par ailleurs, la mère des enfants dispose de « cordons » qui doivent être attachés à la taille : l'un permet aux jeunes filles de rester vierges et de ne jamais subir de viol, l'autre assure la contraception des femmes mariées en vue d'espacer les naissances, et un dernier, destiné aux femmes enceintes, protège la future mère et l'enfant à naître.

Par ailleurs, des guérisseurs originaires de pays étrangers tels que le Sénégal, le Mali ou le Niger sont présents dans l'espace urbain. Etrangers et précaires, ils sont à la fois craints et dépréciés par les Mauritaniens, qui les considèrent comme des « charlatans » ou des faiseurs de gris-gris. Ils sont régulièrement délogés par la police, mais se réinstallent toujours. Aussi sont-ils particulièrement méfiants et difficiles à approcher. Ces guérisseurs utilisent des plantes, mais leurs pratiques sont surtout tournées vers la divination, la sorcellerie et les protections magiques. L'un d'entre eux, nigérien, nous dit sans détours qu'il possède « *des savoirs serpents* », les serpents étant symbole de magie en milieu maure (El Bara, 2007). Ces guérisseurs proposent de lire l'avenir avec des cauris. Ils exposent, sous leur toile de tente, de nombreux gris-gris (photo 9), notamment pour les enfants. L'un d'entre eux propose un gri-gri composé de trois éléments (photo 10) : le premier contient une graine contre le mauvais œil, le second, un coquillage pointu permettant à l'enfant de percer ses dents sans en souffrir, le troisième, des « poils » d'origine animale protégeant des sorciers. Ils sont notamment une dizaine à s'être installés dans une ruelle longeant la polyclinique, sous de simples toiles de tentes.



Photo 9 : Sous la toile de tente d'un guérisseur nigérien, Polyclinique (Tevragh Zeïna)



Photo 10 : Un gri-gri pour enfant

III-2 STATUTS DES GUÉRISSEURS : POSITIONNEMENTS THÉRAPEUTIQUES ET SOCIAUX

Au travers de la description des pratiques thérapeutiques, nous avons évoqué la diversité des liens entre les statuts sociaux de guérisseurs, leurs savoirs thérapeutiques et la reconnaissance sociale dont ils font l'objet. Ces aspects seront approfondis dans cette seconde partie qui porte sur les positionnements des guérisseurs dans l'offre de soin, notamment vis-à-vis de la biomédecine, mais aussi plus largement, dans l'espace public urbain.

III-2-1 Les guérisseurs et la « revalorisation de la médecine traditionnelle »

L'idée de promouvoir les « médecines traditionnelles » est présente dans les discours des instances internationales depuis plusieurs décennies. En 1978, la Déclaration d'Alma Alta prévoyait, « *s'il y a lieu* », la participation des « praticiens traditionnels » à l'offre de soins de santé primaire. Par la suite, avec la parution en 2002 de la *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2002-2005*, de nombreux gouvernements africains ont intégré à leurs politiques de santé des stratégies de promotion de « la médecine traditionnelle ». En Mauritanie, il n'existe pas de législation reconnaissant « la médecine traditionnelle », mais les pratiques thérapeutiques sont dans l'ensemble tolérées, mis à part celles des guérisseurs étrangers qui sont identifiés comme charlatans et sont régulièrement délogés par la police. Ces dernières années, le gouvernement mauritanien a fait plusieurs signes envers les « tradipraticiens », avec la reconnaissance officielle de l'Association des Tradipraticiens Mauritaniens (ATM) en 2003, ainsi que l'organisation d'Ateliers de réflexion sur la « médecine traditionnelle » en Mauritanie, avec le soutien de grandes ONG. Par ailleurs, la perspective de production de médicaments traditionnels améliorés (MTA) a été évoquée dans la Politique Pharmaceutique Nationale (PPN).

Au vu de la diversité des pratiques thérapeutiques décrites pour la Mauritanie, notons comment, d'emblée, l'idée de promouvoir « la » médecine traditionnelle s'avère périlleuse. L'absence de définition préalable dans les politiques de revalorisation de « la médecine traditionnelle » en Afrique a rapidement été pointée du doigt par les anthropologues, notamment Jean-Pierre Dozon (1987). Dans ce contexte, le risque est important de voir le gouvernement et la coopération internationale distinguer selon des valeurs ou idéologies dominantes, ce qui relève de la médecine traditionnelle et ce qui n'est que du charlatanisme. Pour la Mauritanie, force est de constater que ce sont principalement les grandes familles de thérapeutes maures, notamment au travers de l'Association des Tradipraticiens Mauritaniens (ATM), qui ont su s'engager dans des procédures de valorisation, d'intégration et de reconnaissance, renforçant leur prééminence sociale. Ceci s'opère de manière d'autant plus insidieuse que politiques, ONG, ainsi que de nombreux médias reprennent en boucle l'expression selon laquelle « la » médecine traditionnelle intègre les savoirs traditionnels « arabo-berbères » et « négro-mauritaniens ». Ainsi, lorsque l'ethnobotaniste Michel Thouzery écrit que « *la médecine traditionnelle maure est, à l'image de la Mauritanie, fruit des influences arabes de l'Afrique du Nord et de celles de la culture négro-mauritanienne* » (Thouzery, 2011), il n'a pas tort en ce sens que les pratiques thérapeutiques des Maures ont été influencées par les savoirs thérapeutiques issus des cultures négro-mauritaniennes. Cependant, considérer que « la médecine maure » recouvre à elle seule « la » médecine traditionnelle en Mauritanie, « écrase », sous couvert d'unité nationale, les spécificités culturelles des pratiques thérapeutiques des Négro-Mauritaniens. Il y a là, en substance, une

problématique qui traverse nombres de débats et de revendications des Négro-Mauritaniens. Nous renvoyons sur ce point aux travaux du sociologue Abdoulaye Sow, qui analyse comment les « droits culturels » des Négro-Mauritaniens sont, en nombreux points, bafoués (Sow, 2009). Nous aurions tort, cependant, de réduire la problématique du statut des guérisseurs à une opposition ethnique. Nombre de guérisseurs maures illettrés, notamment guérisseuses, dont les pratiques sont remarquablement variées d'une région rurale à l'autre (El Bara, 2007), n'obtiennent pas plus de reconnaissance institutionnelle que leurs homologues négro-mauritaniens.

Des projets véhiculant les différences statutaires entre guérisseurs

Nous proposons, en illustration de ces propos, l'exemple de deux projets s'intégrant plus ou moins explicitement dans le cadre de la revalorisation de la médecine traditionnelle. L'un des projets est une évaluation de l'efficacité de la « médecine arabe traditionnelle » et l'autre est un projet d'ethnobotanique visant à documenter l'usage des plantes médicinales de Mauritanie, dont nous avons déjà cité l'ouvrage (Thouzery & Mohamed Vall, 2011).

Le projet visant à promouvoir l'«*étude scientifique de la médecine traditionnelle mauritanienne*»³⁸ a été mis en œuvre par l'association *Antenna*, avec le soutien de Médecins du Monde Suisse et de la Coopération Suisse. L'évaluation, réalisée auprès de 170 patients de la clientèle de Mohammed Yeslem Maqhari³⁹, a fait l'objet de plusieurs publications (Graz, 2005, 2010). Plusieurs médecins étrangers ont assisté au suivi de ces patients, en tentant d'évaluer quelle aurait été l'amélioration de leur santé s'ils avaient eu recours à la biomédecine, et en la comparant avec l'évolution clinique du malade après le traitement indiqué par Mohammed Yeslem Maqhari. Dans l'un de ses articles, Bertrand Graz conclut à l'efficacité des traitements du guérisseur: « *The practice appeared fairly safe and, on average, clinical outcome was similar to what could be expected with modern medicine. In some cases, patient progress was better than expected.* » (2010 : 471). Nous ne sommes pas en mesure de discuter la validité méthodologique d'une telle étude, notre intérêt étant, ici, de souligner la conception d'unicité qu'elle véhicule. En effet, Bertrand Graz justifie l'intérêt d'évaluer les « praticiens de la médecine traditionnelle arabe » à travers les pratiques thérapeutiques d'un seul « praticien », tablant sur l'homogénéité des pratiques.

« Generalization of results requires great caution, because the studied setting is considered as one of the best in Mauritania and certainly does not reflect the average quality of traditional health care in the area. However, since the practice of classical AM is based on a written medical system, there may be a high level of homogeneity of health care (as compared to

³⁸ <http://www.antenna.ch/recherche/medecine/mauritanie-recherche>

³⁹ Présentation de ce guérisseur en encadré, chapitre III-1-2.

orally transmitted systems), and within a large cultural area that ranges (medically speaking) from Mauritania to India and Bangladesh. » (Graz, 2010: 475)

Dans cette argumentation, sont exclus – ou naïvement ignorés - les nombreux guérisseurs analphabètes mauritaniens, ainsi que la diversité de registres de savoirs auxquels les différents guérisseurs alphabétisés se réfèrent. Bertrand Graz parle d'ailleurs de « Traditional Arabic Médecine » et de « Systematized Arabic Médecine », reconnaissant explicitement qu'elle n'est incarnée que par les grandes familles de thérapeutes : « *Families of practitioners belong to the cultural elite* » (Graz, 2010 : 472).

Le second projet est un projet d'ouvrage ethnobotanique, réalisé par deux ethnobotanistes, l'un français, Michel Thouzery, l'autre mauritanien, Abdellahi Mohammed Vall. L'objectif était de documenter et présenter les usages de plantes médicinales en Mauritanie, dans un ouvrage « *avant tout destiné à une diffusion en Mauritanie auprès des dispensaires, des professionnels de santé, des établissements scolaires et des enseignants.* » L'ouvrage, publié par l'Association des Plantes et Nomades (France), a bénéficié d'un financement de la fondation néerlandaise Assist, qui a permis de le diffuser en Mauritanie au prix de 1000 UM [2,5 euros]. L'ouvrage est réalisé à l'appui des enquêtes de Michel Thouzery et Abdellahi Mohammed Vall, lui-même « tradipraticien » et membre d'ATM. Sur le plan ethnobotanique, l'ouvrage est d'une qualité et d'un apport incontestable. La manière dont « la médecine traditionnelle » y est décrite, bien que documentée et érudite, apparaît une nouvelle fois significative. L'ouvrage distingue trois « *pratiques* » de la « *médecine traditionnelle* » en Mauritanie :

- Les soins prodigués par les marabouts ;
- La médecine savante : la « médecine maure », « *détenue par quelques grandes familles qui se transmettent le savoir de générations en générations* » ;
- La médecine populaire : « *c'est celle pratiquée dans les villages et les campements, celle des mères de famille, des nomades ou des jardiniers* » (Thouzery & Mohamed Vall 2011 : 38-39).

Cette catégorisation entérine explicitement la suprématie des pratiques de quelques familles maures lettrées, seules à exercer une « médecine savante », la grande majorité des autres pratiques thérapeutiques, sans égards pour leurs divers degrés de spécialisation, étant considérées comme « *médecine populaire* ». Par différents glissements terminologiques, la « médecine traditionnelle mauritanienne » tend à être appelée la « médecine traditionnelle maure » ou encore la « médecine arabe classique » incarnée par une poignée de guérisseurs lettrés.

Des pratiques thérapeutiques plus ou moins « valorisables »

Lorsque l'on examine le contenu des pratiques thérapeutiques, on comprend rapidement que celles des guérisseurs maures de grande famille obtiennent plus facilement reconnaissance dans le cadre d'actions de « *revalorisation de la médecine traditionnelle* » qui visent à inscrire les pratiques thérapeutiques dans des paradigmes expérimentaux. La *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2002-2005* (2002) préconise en effet « *l'usage rationnel* » et « *basé sur les preuves* » de la médecine traditionnelle. Or, si les études pharmacologiques des plantes entrent facilement dans ce cadre, les dimensions religieuses ou mystiques des pratiques thérapeutiques, en revanche, s'y inscrivent beaucoup plus difficilement (Dozon, 1987 ; Gruénais & Mayala, 1988).

« Valorisation qui implique donc une mise entre parenthèses, voire un rejet, des configurations magico-religieuses, des systèmes symboliques auxquels ces savoirs et ces pratiques sont étroitement liés, comme s'il fallait, pour les besoins de la cause, séparer le bon grain de l'ivraie, le noyau positif de sa gangue "irrationnelle". » (Dozon, 1987 : 14)

Les guérisseurs spécialisés des grandes familles maures privilégiant l'usage des plantes et des régimes alimentaires, la reconnaissance de leurs pratiques thérapeutiques s'opère plus facilement. Leurs pratiques thérapeutiques sont pourtant loin, nous l'avons vu, d'être exemptes de significations religieuses. Bien que leurs savoirs soient en grande partie tirés d'expériences empiriques non scientifiques, le fait qu'ils s'appuient sur des traditions écrites leur permet de se distinguer des guérisseurs négro-mauritaniens dont l'apprentissage relève de la seule transmission orale. Ces guérisseurs, issus d'une élite sociale, sont familiers et lucides des différents systèmes de normes en présence, et, présentant leurs pratiques dans le cadre d'Ateliers ou auprès d'organismes internationaux, ils savent mettre en avant leurs pratiques thérapeutiques par les plantes, valorisant l'aspect empirique et « savant ». De leur côté, les représentants des organismes internationaux font la sourde oreille aux significations religieuses qui imprègnent ces pratiques thérapeutiques, comme s'il ne s'agissait que d'un enrobage n'intervenant pas sur leur rationalité. Le mode de transmission « héréditaire » des savoirs, qui répond d'une logique opposée à celle d'une formation médicale où les candidats doivent eux-mêmes « faire leurs preuves », est pareillement éludé.

S'agissant du positionnement et des modes de légitimation d'ATM, première association de « tradipraticiens » mauritaniens, remarquons que l'association rassemble principalement des guérisseurs issus des grandes familles de thérapeutes maures que sont les familles Awfa, Maqhari, Bah, et Adje. Selon son Président, Mohamed El Mamy Adje, ATM est une association pluriethnique : « *Et dans cette association il y a tous les tradipraticiens, qu'ils soient maures, wolofs, toucouleurs, soninkés, toutes les ethnies.* » L'association a notamment intégré deux guérisseurs *pulaar*, Cheikh Tidjane Sow (photo 11) et Djigo (photo 12) qui est spécialisé dans le traitement des maladies mentales.



Photo 11 : Clinique Cheikh Tidjane Sow, quartier 6^{ième} (El Mina)



Photo 12 : Cabinet de consultation de Djigo, La médina R (Tevragh Zeïna)

Au total, ATM ne comprend qu'un nombre restreint de membres comptant tout au plus quelques dizaines de « tradipraticiens ». Selon Michel Thouzery et Abdellahi Mohammed Vall : « cette association souhaite actuellement s'ouvrir à d'autres adhérents, mais ses fondateurs craignent de se voir associés à d'autres praticiens qui ne bénéficient pas des mêmes connaissances ou de la même éthique » (2011 : 31). L'intégration de « tradipraticiens » *haalpulaaren*, au sein d'une association mauritanienne promouvant une « médecine traditionnelle savante » telle que définie par les grandes familles de « tradipraticiens » maures, ne va pas sans ambiguïtés. En effet, ceux-ci se réfèrent *a priori* peu aux principes de la médecine hippocratique, bien qu'ils en assimilent certains aspects au contact des guérisseurs maures. L'intégration de ces « tradipraticiens » *haalpulaaren* ne s'accompagne pas d'une mention s'agissant des spécificités culturelles de leurs pratiques. Pour reprendre les termes de Joseph Tonda, nous sommes face à des « conflits d'identité coextensifs aux conflits de légitimité » (2001 : 144). Ainsi, les « tradipraticiens » d'ATM

occupent le devant de la scène s'agissant de la « valorisation de la médecine traditionnelle » dont ils ont réussi à imposer une certaine image, construite nonobstant la diversité des guérisseurs.

III-2-2 Les guérisseurs face à la biomédecine : adaptations et stratégies de légitimation

L'évolution des pratiques thérapeutiques et les stratégies de légitimation des guérisseurs sont autant de signes des rapports de force et enjeux sociaux traversant l'offre de soin (Fassin & Fassin, 1988). La manière dont les guérisseurs se positionnent vis-à-vis de la biomédecine est notamment significative de leur précarisation et de la mise en concurrence avec un autre système de normes (Tonda, 2001 ; Hardon *et al.*, 2008 ; Pordié & Simon, 2013). Dans le milieu urbain de Nouakchott, les pratiques thérapeutiques des guérisseurs sont manifestement en cours d'évolution. Les emprunts à la biomédecine, ailleurs observés (Fassin, 1992 ; Tonda, 2001 ; Pordié & Simon, 2013 ; Hardon *et al.*, 2008) sont une de ces évolutions notoires. Pour tenter de les comprendre, décrivons ces emprunts, qui se traduisent par l'adoption de termes, d'outils ou de pratiques issus de la biomédecine.

Influences et emprunts à la biomédecine

S'agissant de l'adoption de termes biomédicaux par les guérisseurs, nous trouvons, en premier lieu, les noms de maladies empruntés à la biomédecine. Ceux-ci ponctuent les propos des guérisseurs, qui connaissent approximativement le contenu sémantique de ces catégories biomédicales. Nous pouvons notamment identifier l'utilisation de termes médicaux au travers des « listes des maladies traitées », que certains guérisseurs établissent. Notons d'emblée que si les termes médicaux sont utilisés, la démarche qui consiste à lister les maladies pour promouvoir ses activités thérapeutiques est caractéristique d'une autopromotion des guérisseurs.

« Nous pouvons trouver les soins des maladies de toutes sortes y compris : l'otalgie ; l'hypoacousie ; la surdité ; le surmenage intellectuel ; fatigue ; frigidité ; l'eczéma ; les inflammations ; la constipation ; l'aérocolie ; l'aphonie ; le paludisme ; le prostatisme ; le flatulence ; le météorisme ; l'oligurie ; l'indigestion ; la cirrhose ; la congestion hépatique ; la mastite ; dermatose ; allergie ; laryngite ; vésicule biliaire ; migraine ; l'asthme ; [...] » (Extrait de la plaquette de présentation de la clinique Adje)

« Arrêts spermiques, hémorroïdes, problèmes sexuels, rhumatismes, asthme, ulcères, diabète, hypertension, parasites, sinusites, cancers, pour maigrir, pour les mauvais rêves, toxicomanie, maux de cœur, maux de dents, maux de reins, maux de ventre, diarrhées, constipations, chaude pisser, gros sexe, bonne chance, protections contre accident, [...], marque de

protection, voyance » (Cheikh Tidjane Sow, document personnel listant les maladies qu'il soigne)

« Traitements des maladies : lourdeur des jambes, varices, parasitoses, diabète, fièvre jaune, asthme, œdèmes, lumbago, maux dentaires, hémorroïdes, infertilité féminine, avortements répétés, amaigrissement corporel, personnes possédées, enfants urinant au lit » (Enseigne publique, Seydi Sene)

S'agissant de la clinique Adje, la terminologie médicale occupe toute la place, bien que soient mélangés, pêle-mêle, des noms de maladies (*paludisme*), de symptômes (*fatigue*), ou d'organes (*vésicule biliaire*). La liste de Cheikh Tidjane Sow mélange des catégories médicales (*cancer*), des catégories populaires (*chaude pisse*), dont certaines correspondent à des traductions du puular (*maux de reins*⁴⁰), mais aussi désignent des activités maraboutiques (*pour les mauvais rêves*) qui ne relèvent pas exclusivement de la santé (*bonne chance*). De même, la liste de Seydi Sene mélange termes médicaux (*asthme*), termes populaires (*lumbago*) ainsi qu'un terme renvoyant au désensorcellement (*personne possédée*). Outre les noms de maladies, les guérisseurs empruntent des termes médicaux pour qualifier leurs pratiques : « *docteurs* », « *cliniques* », ou encore « *diagnostic* » sont couramment employés. Il s'agit, parfois, de faire référence à un paradigme scientifique pour la « médecine traditionnelle ». Ainsi, sur l'enseigne de la clinique Awfa, est inscrit : « *recherche scientifique et la sensibilisation* » ; et sur la plaquette de présentation de la clinique Adje « *la médecine traditionnelle s'appuyant, après la bénédiction de Dieu (La Baraka), sur des réalités scientifiques et des expériences médicales* ». L'introduction de ces termes biomédicaux traduit des stratégies de valorisation et de légitimation diversifiées. Cependant, notons que certaines traductions vers le français ne donnent pas d'autres alternatives que d'adopter des termes biomédicaux qui sont passés dans le langage courant (notamment s'agissant des noms de maladie). Leur intégration est cependant significative, puisqu'on la retrouve lorsque les guérisseurs s'expriment en hassanya, *puular* ou wolof. L'emprunt de termes médicaux participe d'une recherche de légitimation, mais nous pouvons faire l'hypothèse que le regard posé par les organisations internationales sur ces pratiques thérapeutiques a contribué à introduire une terminologie biomédicale notamment *via* la recherche de revalorisation de la « médecine traditionnelle » et des « tradipraticiens », ce dernier terme ayant notamment été introduit par l'OMS.

Du côté de l'organisation de l'activité thérapeutique et des objets, nous observons, dans les « cliniques traditionnelles », de flagrants emprunts au fonctionnement des établissements biomédicaux. Ces cliniques disposent d'une salle d'attente à part, avec une secrétaire qui distribue des tickets d'encaissement (photos 13, 14 et 15).

⁴⁰ Traduction de « *Kecci muussore* »



Photo 13 : Secrétaire, cabinet de Cheikh Tidjane Sow, El Mina



Photo 14 : Salle d'attente, Clinique El Awfa, Ksar



Photo 15 : Secrétaire montrant un ticket d'encaissement, Clinique El Awfa, Tevragh Zeina

Les appareils tels que le stéthoscope, le thermomètre et le tensiomètre sont posés sur le bureau des guérisseurs. Le stéthoscope, emblème s'il en est de la profession de médecin, a été retrouvé chez les guérisseurs maures rencontrés (Adje, Bah, Maqhari). Cheikh Tidjane Sow est probablement l'un de ceux qui emprunte le plus l'apparence d'un médecin, lui qui, debout dans sa blouse blanche où la broderie de son nom est précédée de Dr., portant son stéthoscope autour du cou, remplit des fiches d'observation en *pulaar* pour chacun de ses patients. La forte concurrence de la biomédecine pousse les guérisseurs à s'adapter par un effort de mimétisme: « *Les médecines traditionnelles sont profondément remises en cause par la performance de la biomédecine en terme d'efficacité biologique, ce qui conduit de nombreux guérisseurs à s'approprier partiellement l'armementarium et le langage biomédical* » (Pordié & Simon, 2013 : 17).

Certains guérisseurs vont plus loin encore dans leur rapprochement avec le système de santé. Au-delà du mimétisme, les emprunts peuvent s'accompagner de modifications significatives des pratiques thérapeutiques. Le psychiatre mauritanien Al Houssein Dia (2008) témoigne de l'existence de guérisseurs s'appuyant sur leur appartenance à de grandes familles de thérapeutes pour s'autoproclamer des compétences biomédicales, prescrivant des ordonnances que les pharmacies livrent, que les autorités sanitaires tolèrent pour éviter les scandales entre familles et tribus. Parmi les guérisseurs que nous avons rencontrés, deux en particulier, Ahmed Haïdara Bah et Cheikh Tidjane Sow, articulent leurs pratiques avec le système biomédical, s'estimant être compétents s'agissant de la médecine moderne. Ces deux guérisseurs ont recours à des analyses en laboratoire, pour éclairer leurs pratiques, et prescrivent régulièrement des médicaments modernes. Ahmed Haïdara Ould Bah, se réclame d'une formation de pédiatrie à l'hôpital Principal de Dakar, et collabore avec l'un de ses fils, qui a obtenu un doctorat en médecine. Il dit utiliser en premier lieu les traitements traditionnels, qu'il complète, éventuellement, avec des médicaments issus de la biomédecine. « *Dans la famille, nous utilisons en majorité la médecine traditionnelle, et si besoin, la médecine moderne, avec des analyses, des radios, etc.* » explique-t-il. Il conjugue par exemple « médecine traditionnelle » et « médecine moderne », dans le traitement des cirrhoses.

« Les cirrhoses, la médecine moderne dit qu'on ne peut pas les soigner. Moi je peux soigner certains cancers. Pour les cancers hépatiques chroniques, je fais un bilan de transaminase. Ensuite, je soigne avec la médecine traditionnelle, puis, je fais des analyses avec la médecine moderne pour confirmer les résultats. » (Ahmed Haïdara Bah, guérisseur maure)

Quant à Cheikh Tidjane Sow, il affirme collaborer avec des professionnels de santé, qui lui réfèrent des patients et à qui il réfère des patients. Lui-même indique avoir acquis des connaissances s'agissant des prescriptions médicamenteuses : « *Je connais, tout ce qui fait partie de gastro, ton médicament, je connais. Tout ce qui fait partie des maladies des infections urinaires son médicament je connais, tout je connais on m'a appris ça.* » Comme son homologue maure, Cheikh Tidjane Sow explique qu'il doit parfois passer par des analyses

médicales avant de mettre en œuvre son traitement. Des pratiques « métisses » qui constituent des champs d'innovation thérapeutique « néo-traditionnels » faisant éclater le dualisme médecine traditionnelle *versus* médecine moderne (Tonda, 2001).

La « médecine traditionnelle » comparée à la « médecine moderne »

Outre ces deux cas particuliers, les autres guérisseurs rencontrés font référence à la biomédecine, en comparaison de leurs pratiques thérapeutiques⁴¹. Difficile d'échapper aux normes biomédicales s'imposant à l'offre thérapeutique : « *un fait est à remarquer : même les thérapeutes qui dénoncent de façon véhémente l'institution biomédicale en intègre certains concepts relevant de la physiologie ou de la biologie* » (Pordié & Simon, 2013 : 18). La manière dont les guérisseurs comparent la médecine traditionnelle à la médecine moderne permet de comprendre comment ceux-ci se positionnent et se pensent dans le contexte d'une offre de soin plurielle.

En premier lieu, la « médecine traditionnelle » est pensée en termes d'ancienneté et d'antériorité. Le fait que les guérisseurs adoptent les termes de « médecine traditionnelle » et de « médecine moderne » est d'ailleurs significatif du fait qu'ils pensent leurs pratiques thérapeutiques dans un rapport temporel d'antériorité avec la biomédecine. Les guérisseurs aiment à rappeler que la « médecine traditionnelle » constituait, avant l'introduction de la « médecine moderne », la seule manière de se soigner, et qu'elle a permis aux humains de traverser les siècles. Cet argument est employé pour valoriser et légitimer des pratiques thérapeutiques considérées comme étant le prolongement de cette « médecine traditionnelle ».

« Je ne sais pas concernant l'Europe, mais pour ce qu'il s'agit de l'Afrique, que je connais très bien, les Africains n'ont jamais utilisé des médicaments comme ça... de la médecine moderne. Quand on compte maintenant trois grand-pères, mon grand-père n'a jamais utilisé comme ça des médicaments de la médecine moderne. En ce qui concerne la Mauritanie, la Mauritanie a utilisé la médecine traditionnelle depuis très longtemps. » (Mohamed El Mamy Adje, guérisseur maure)

« Avant lorsque j'étais plus jeune, il n'y avait pas tout ce qu'il y a aujourd'hui, les femmes, durant leur grossesse, elles n'avaient pas de consultations, mais elles n'étaient pas aussi malades. Elles ne se soignaient qu'avec les plantes que l'on utilisait et tout ça. Et maintenant qu'il y a les traitements, il y a trop de maladies, les gens sont souvent malades. Avant on pouvait voir quelqu'un qui est malade pendant un long moment, mais il ne se soigne qu'avec des plantes et tout cela. » (La mère des enfants, guérisseuse wolof)

⁴¹ Notons toutefois qu'il y a probablement une influence de la situation d'enquête, sachant que nos interlocuteurs, considérant qu'une étrangère ne connaissait que la médecine moderne, prenaient logiquement ce référent pour comparaison.

« Dieu a créé l'homme [...] les ancêtres ne connaissaient pas les médicaments, ils utilisaient les plantes traditionnelles pour se soigner. » (Amoudou Sow, guérisseur *pulaar*)

Dans les propos de ces différents guérisseurs, nous voyons comment certains s'attachent à démontrer qu'il est possible de se passer de la « médecine moderne », sachant que leurs ancêtres s'en sont toujours passés. Il arrive que ces guérisseurs prennent leur cas en exemple, incarnant qu'il est possible d'être en bonne santé sans recourir à la biomédecine.

« Une fois je suis parti pour donner mon sang, les gens ont dit mais vous là, je n'ai jamais vu du sang comme cela, parce que vous, votre sang, il n'y a pas de médicaments dedans, il n'y a pas d'antibiotiques dedans. Il me dit mais toi tu ne bois pas de médicaments ? J'ai dit non. Il dit que moi comment je vis ? Je lui dis que moi j'ai la médecine traditionnelle, j'ai quelque chose que je mets dans mon verre, c'est tout. » (Cheikh Tidjane Sow, guérisseur *pulaar*)

Ces propos s'inscrivent cependant de manière paradoxale dans les discours des guérisseurs, qui, à d'autres moments, soulignent une certaine utilité de la biomédecine, et sa complémentarité avec les « médecines traditionnelles ». Autre élément significatif, nous remarquons que les médicaments sont fréquemment pris comme point de comparaison des traitements « traditionnels ». Ceci doit se comprendre dans le cadre d'un grand succès du médicament « moderne », symbole – de manière exacerbée en Afrique - de la « médecine moderne », dépassant largement le cadre du système de santé, via l'automédication et les réseaux de revente. Aussi, le médicament est un aspect très concurrentiel des pratiques thérapeutiques des guérisseurs.

« Moi j'ai trois axes principaux : c'est un médicament, c'est une alimentation parce que quand tu le prends tu vas t'alimenter, cela va être une solution buvable, agréable avec un jus de fruit, en même temps c'est un jus de fruit et c'est un traitement. Et c'est une sécurité parce qu'il n'y a pas d'effets secondaires, comme les autres on te dit il y a des effets, il est possible que tu sois allergique à ce médicament. » (Mohamed El Mamy Adje, guérisseur maure)

« Je ne suis pas un médecin moderne, mais je reçois des gens qui ont des effets secondaires suite aux traitements médicaux, que je soigne ensuite avec les plantes. Parfois, certaines personnes viennent me voir directement par peur des effets secondaires. » (Mohamed Yeslem Maqhari, guérisseur maure)

« Mon jugement est simple. Certains ils ont des ordonnances, ils vont acheter les médicaments et ils n'ont pas de résultats. Et c'est à ce moment qu'ils viennent voir la maman et ils lui expliquent leurs problèmes. La maman elle donne des médicaments et généralement les gens se sentent mieux, dont c'est par rapport à cela que je vois les médicaments, qui n'ont pas l'efficacité de nos médicaments. » (La mère des enfants, guérisseuse wolof)

« C'est comme pour les médicaments, il y a un dosage, un prix et une date de péremption qu'il faut respecter » (Amoudou Sow, guérisseur *pulaar*, à propos de ses infusions de plantes)

« C'est comme co-arinate, tu connais co-arinate ? [...] Il est très cher mais quand tu prends ça c'est très efficace. C'est un médicament moderne. Mon traitement c'est plus efficace que co-arinate. C'est un médecin qui a dit ça. [...] Pour avoir ça c'est difficile, mais si tu prends ça, ça va tuer tous les virus du paludisme, il va te donner encore à manger. Il va te donner condition physique. Si tu es en train de faire comme ça, comme ça [gestes de convulsion] encore ça va aller. » (Cheikh Tidjane Sow, guérisseur *pulaar*)

« La médecine moderne soigne, mais les médicaments sont aussi faits à base de plantes, qui viennent d'Afrique, des savoirs africains. Dans tous les médicaments, il y a des plantes, ils ont ajouté autre chose dedans, ils ont transformé, mais ce sont des plantes à la base. » (Vieux Sy, guérisseur *pulaar*)

Le guérisseur Amadou Sow souligne la similitude entre ses modalités de traitement et la prise de médicaments. Quant à Vieux Sy, marabout-guérisseur, il insiste sur l'antériorité de traitements et savoirs africains s'agissant des plantes, savoirs qui ont été réinvestis pour fabriquer les « médicaments modernes ». La comparaison des médicaments avec les traitements traditionnels tourne prestement en défaveur des médicaments. Prenant appui sur des récits de cas soignés, ceux-ci attestent la moindre efficacité des « médicaments modernes ». Les guérisseurs maures Mohamed El Mamy Adje et Mohamed Yeslem Maqhari, pointent que les médicaments ont, contrairement aux plantes, des effets secondaires. Les notices d'utilisation des médicaments sont, nonobstant les statistiques précisées, prises pour témoins de ces effets dangereux. Pour ces mêmes guérisseurs, les « traitements traditionnels », dont la sécurité ne fait pas de doute, possèdent de surcroît des vertus alimentaires. Enfin, la cherté des médicaments est décriée, attestant que la consommation de médicaments modernes n'est pas la bonne réponse, puisqu'elle « fatigue » (appauvrit) ceux qui y ont recours.

Outre la question cruciale des médicaments, la « médecine moderne », comme corpus de savoirs, est également prise pour point de comparaison des savoirs « traditionnels ». La plupart des guérisseurs rencontrés reconnaissent une efficacité de la biomédecine pour certaines maladies, et les compétences des professionnels de santé. Cependant, pour ces mêmes guérisseurs, la biomédecine apparaît comme un savoir limité, qui ne permet pas de soigner l'ensemble des maladies. Aussi prennent-ils de nombreux exemples où seule la « médecine traditionnelle » est en mesure de soigner des maladies qui tiennent en échec la biomédecine.

« Les médecins ne sont pas sérieux, ils n'envoient jamais leurs malades. Même lorsque la maladie est inguérissable pour la médecine moderne » (Ahmed Haïdara Bah, guérisseur maure)

« Il y a des maladies l'hôpital ne peut rien faire. Ils ne savent pas seulement ce qu'ils étudient. Il y a beaucoup de zones que l'on soigne avec le Coran, et ça, il y en a beaucoup, beaucoup.

[...] L'hôpital c'est bon. C'est très bon d'ailleurs. Mais n'oubliez pas notre soin traditionnel. [...] Il y a beaucoup de gens qui se soignent à l'hôpital, jusqu'à fatiguer. C'est là que tous toujours ils partent à la médecine traditionnelle. » (Vieux Dia, guérisseur *pulaar*)

« À l'hôpital aussi il y a des gens qui soignent dans leur domaine, c'est un autre domaine. [...] Les mauresques souvent elles amènent leurs enfants à l'hôpital, là-bas ils les hospitalisent, et finalement, ils finissent par venir ici. Les maux de tête, la diarrhée, les hoquets, tout cela l'hôpital ne peut pas soigner. » (La mère des enfants, guérisseuse wolof)

« Nous soignons les tumeurs malignes, les cancers. Par exemple, des situations pour lesquelles la médecine est impuissante, lorsque le médecin dit qu'il faut tout couper... Nous, on soigne avec le feu. Nous sauvons ainsi des cas désespérés. » (Mohamed Yeslem Maqhari, guérisseur maure)

« Plus d'un million de personnes sont malades mais les docteurs ne voient pas la maladie. Ils ne laissent pas les gens s'exprimer. » (Amoudou Sow, guérisseur *pulaar*)

Examinant ces propos, nous remarquons que les limites désignées correspondent souvent aux domaines de prédilection des guérisseurs. Ainsi, la mère des enfants, spécialisée dans le soin des maux de tête, des diarrhées et des hoquets, considère que ces maladies ne sont pas guérissables à l'hôpital. Mohamed Yeslem Maqhari met quant à lui l'accent sur le traitement de certains cancers par cautérisation, pratiqué dans sa famille. Les marabouts-guérisseurs insistent, de leur côté, sur l'incapacité de la biomédecine à soigner les maladies relevant d'une cause invisible. Aussi prennent-ils pour exemple les cas où les professionnels de santé, confrontés à une maladie qui n'est pas naturelle, sont incapables de « voir » et de traiter la maladie. De leur point de vue, les médecins, limités à leurs techniques d'analyses qui ne concernent que le visible, devraient faire preuve d'humilité et orienter leurs patients vers la « médecine traditionnelle »⁴². Ils se positionnent comme étant incontournables, puisqu'ils sont les seuls à pouvoir « voir » si la maladie est le fait de génies ou de diables, et dire de quelle médecine elle relève. De leur côté, les professionnels de santé, « aveugles » du point de vue maraboutique, ne peuvent que tenter leurs traitements. Pour le guérisseur Amoudou Sow, la médecine passe d'ailleurs toujours à côté de la cause profonde de la maladie, et ne permet qu'un soin superficiel : « *les médicaments modernes sont calmants mais ils ne touchent pas à la racine du mal* ». Les marabouts-guérisseurs affirment la valeur de leurs savoirs en rapport avec ses dimensions secrètes (*safaare baleebe*) et électives. Les savoirs médicaux, tout comme les savoirs des guérisseurs qui se « bornent » à une connaissance des plantes, sont en quelque sorte des savoirs triviaux : tout un chacun peut les acquérir. Ainsi l'exprime Cheikh Tidjane Sow : « *La médecine moderne pour connaître ça c'est facile ! C'est plus difficile de connaître la médecine traditionnelle.* » En somme, les guérisseurs considèrent que les professionnels de santé ont des savoirs limités, qui n'obtiennent des résultats que sur

⁴² Cette critique est réciproque, les professionnels de santé reprochant aux guérisseurs de « retenir » leurs patients, et de retarder leur accès aux soins médicaux

certaines maladies. Ils se pensent certes en référence à la biomédecine, mais selon leurs propres valeurs, qui aboutissent à la supériorité de la « médecine traditionnelle ». Ainsi, l'ancienneté des savoirs prévaut à l'expérimentation récente, la « naissance » (dans une famille de guérisseurs) est plus décisive que la formation, et les savoirs mis en partage sont perçus, par opposition aux savoirs « secrets », des savoirs communs sans grandes valeurs.

Des rapports à la biomédecine différenciés entre guérisseurs

Examinant plus précisément les relations entre les différentes catégories de guérisseurs, on constate que ceux qui « s'approchent » le plus de la biomédecine, par leur langage, leurs outils et leur « clinique », dont l'organisation s'apparente à celle des structures biomédicales, sont les guérisseurs appartenant à l'Association des tradipraticiens mauritaniens (ATM). Lors des entretiens, nous remarquons d'ailleurs que ceux-ci revendiquent volontiers de bonnes relations avec les professionnels de la biomédecine, tandis que les guérisseurs « de quartiers » sont plus critiques, voire cyniques vis-à-vis de l'« hôpital ». Constat peu surprenant considérant que ces derniers, à l'inverse des guérisseurs d'ATM, n'ont pas de reconnaissance institutionnelle à perdre. De plus, il est probable que l'implication dans des activités de « revalorisation de la médecine traditionnelle » incite les guérisseurs à s'approcher de la biomédecine, et adopter une organisation formelle proche de celles des établissements médicaux. Ainsi, Cheikh Tidjane Sow explique comment, lors des Ateliers de réflexion sur la médecine traditionnelle, les guérisseurs ont été amenés à présenter, chacun, les cas de patients qu'ils avaient soignés à l'appui de leurs fiches d'observation. L'adoption d'éléments empruntant aux pratiques de soins médicalisées s'opère cependant par touches, sans modifier ni la référence à des modèles interprétatifs irrationnels d'un point de vue scientifique, ni la référence à des systèmes de valeurs particuliers tels que la transmission « héréditaire » des savoirs.

Ces adaptations se traduisent par ailleurs par des processus de professionnalisation des pratiques thérapeutiques qui peuvent s'exprimer sur plusieurs aspects : spécialisation sur le traitement de certaines maladies, installation dans des espaces d'exercices en dehors des lieux de résidence (clinique), organisation des temps de travail autour d'horaires fixes, monétarisation de la consultation avec tarification fixe, création d'emplois subalternes autour de l'activité thérapeutique (secrétariat, « préparateurs » de plantes). Ces processus de professionnalisation, comparés à ce qui est observé dans d'autres pays d'Afrique et d'Asie (Hardon *et al.* 2008), s'opèrent actuellement à petite échelle et chez un nombre restreint de guérisseurs. En effet, en dehors des « tradipraticiens » d'ATM, les pratiques des nombreux marabouts-guérisseurs demeurent relativement diffuses et peu professionnalisées, si ce n'est qu'un processus de monétarisation soit d'ores et déjà bien engagé.

III-2-3 Traiter les maladies des enfants, une question qui divise les guérisseurs

S'agissant du soin des enfants, et notamment des plus jeunes, les guérisseurs paraissent plus hésitants à affirmer leurs compétences, et indiquent orienter, davantage que pour les patients en général, vers les structures biomédicales. Les positionnements s'agissant de la pertinence de la « médecine traditionnelle » pour les enfants sont contrastés. Les guérisseurs articulent diversement les représentations de leurs pratiques thérapeutiques à des conceptions générales selon lesquelles les enfants sont plus fragiles et vulnérables que les adultes.

« C'est primordial pour les enfants, pourquoi, parce que je donne une alimentation et que l'enfant il a besoin d'une alimentation. Et c'est cela pour les parents des enfants, œuvrer pour l'alimentation des enfants. Utiliser cette médecine traditionnelle pour les enfants, c'est un frein aux maladies, c'est une nutrition, parce que ça les alimente et c'est une sécurité, parce qu'il n'y a pas d'effets secondaires comme les médicaments. Parce que maintenant nous avons beaucoup de médicaments, des antibiotiques et tout ça, qui apportent des problèmes. » (Mohamed El Mamy Adje, guérisseur maure)

« Les enfants qui pleurent le soir [...] Les parents disent que c'est parce qu'il y a quelque chose qui leur fait peur. Pour cela, j'écris une prière que les parents doivent mettre sous l'oreiller du nourrisson. Mais quand même je ne soigne pas les nouveau-nés. [Il nous montre une tablette coranique, explique qu'il écrit des prières dessus, qu'il lave la tablette à l'eau et donne l'eau au patient]. Pour les enfants, c'est presque la même chose qui est utilisée que pour les adultes, ce n'est pas comme à l'hôpital, il n'y a pas de dose. » (Vieux Dia, guérisseur *pulaar*)

« Un enfant quand il est petit, il pleure, il a du mal à faire les besoins naturels, il ne peut pas parler, il ne peut pas dire où il a mal. Mais moi quand il arrive, je vois ce qu'il a, directement je donne des médicaments ou j'écris des noms de Dieu, il doit se doucher et tout cela. » (Vieux Diallo, guérisseur *pulaar*)

« Je reçois surtout des adultes. Mais parfois aussi des enfants, dans ce cas, comme la médecine moderne s'est développée, je préfère orienter vers l'hôpital. Mais d'abord, comme les gens sont venus, je lui donne quelque chose, c'est une question de morale, de bienveillance. » (Mohamed Yeslem Maqhari, guérisseur maure)

« Avant il y avait moins d'enfants malades. Maintenant il y a plus d'enfants malades. Avant quand les enfants tombaient malades, c'était aussi encore un long moment, mais les gens ne faisaient pas trop attention à cela, il n'y avait pas d'hôpital et tout cela. Mais si l'enfant était vraiment trop malade, c'était les vieilles-là, elles font des prières, elles mettent cela autour de l'enfant, et cela le soigne. » (La mère des enfants, guérisseuse wolof)

« Bon pour te dire, nous nos enfants, on a jamais fait attention qu'ils ne sont jamais partis voir un pédiatre. Ni piqûre, ni vacciné, ni rien. C'est mieux parce qu'il n'y a pas de effets, il n'y a pas de effets secondaires il n'y a rien ! Tu prends tu bois tu prends tout cela ne gête rien. Parce que sur les médicaments modernes c'est écrit attention il faut se méfier de ça pour les enfants. Il y a des notices qui parlent de ça. Mais nous on est pas ça ! Si on te fait une grande bouteille qu'on te donne pour que tu prennes matin midi et soir, si ton enfant il trouve il boit ça ne fait rien pour lui. Il soigne ou bien il ne soigne pas, cela ne gête rien. Il n'y a pas de produits chimiques, il n'y a rien que l'on a augmenté, ce ne sont que des produits naturels ! Donc, cela veut dire que cela ne gête rien sur les enfants. » (Cheikh Tidjane Sow, guérisseur *pulaar*)

Dans notre enquête, le guérisseur qui s'est montré le plus réservé s'agissant des soins des enfants, Mohamed Yeslem Maqhari, indique orienter les enfants préférentiellement vers les établissements de santé dont il reconnaît le développement. Il dit compter peu d'enfants dans sa patientèle, mais soigne cependant les diarrhées infantiles, ainsi que les retards d'acquisition à la marche. À l'autre extrême, la mère des enfants considère que la biomédecine est incapable de soigner les maladies des enfants telles que les diarrhées, les vomissements ou les maux de tête, qui relèvent de sa spécialité. Selon elle, l'introduction de la biomédecine a généré des recours dont on savait se passer auparavant, idée à laquelle Cheikh Tidjane Sow souscrit également. Les médicaments modernes créeraient de nouveaux besoins de santé s'accompagnant d'une consommation de médicaments modernes qui, en définitif, fragilisent les enfants. Selon cette conception, la pertinence des traitements traditionnels tient, à l'inverse, à leur innocuité ainsi qu'au fait qu'ils rendent l'enfant plus fort, comme le soulignent Mohamed El Mamy Adje et Cheikh Tidjane Sow. Malgré cela, nous constatons une réserve des guérisseurs sur la question des soins aux enfants malades, ainsi que des positionnements contradictoires sur ce point. Vieux Dia dit qu'il ne soigne pas les « *tiggu* » (nouveau-nés), mais admet tout de même leur fournir des protections. Ahmed Haïdara Bah indique, de son côté, que pour soigner les enfants, il associe plus volontiers des médicaments modernes au traitement traditionnel par les plantes. De manière significative, les guérisseurs expliquent aussi qu'ils adaptent leurs traitements aux enfants. Il s'agit soit de diminuer les quantités (dilution des décoctions de plantes), soit de mélanger les remèdes avec du sucre, du beurre ou du miel, soit de privilégier certaines plantes jugées plus adaptées aux enfants. Les exemples sont nombreux : Seydi Sene, pour soigner les maux de ventre, prend une cuillère à soupe de poudre de feuille de baobab pour un adulte, et seulement une cuillère à café pour un enfant. Contre la toux, Vieux Dia recommande une infusion de clous de girofles, qui peut être utilisée pour les enfants, mais bien diluée « *car c'est très fort* ». Le guérisseur Amoudou Sow propose des bouteilles d'infusion de plantes spécifiquement adaptées aux enfants, dont « *le dosage est plus léger, et ce n'est pas amer* ». En cas de diarrhées, Vieux Sy prescrit des écorces des fruits de Jujubier, mélangées avec de la farine de mil pour les adultes et en décoction pour les enfants.

Il faut souligner que, du point de vue des marabouts-guérisseurs, la période entourant la naissance et la petite enfance est considérée comme étant une période de grande vulnérabilité vis-à-vis des forces surnaturelles. Aussi est-ce une période particulièrement dense en interventions maraboutiques. Pour les maladies sur lesquelles la biomédecine est jugée inopérante, les marabouts-guérisseurs se considèrent légitimes. Il s'agit typiquement des maladies liées aux génies et aux sorciers, à des attaques surnaturelles qui ont eu lieu *in utero* ou peu après la naissance. Cheikh Tidjane Sow cite le cas de certaines diarrhées, qui ne peuvent pas être guéries par la biomédecine, car elles sont provoquées par des diables entrés dans le corps. Pour les marabouts-guérisseurs, la petite enfance est donc une période critique, sur laquelle ils affirment leurs rôles et leurs interventions. Aussi concèdent-ils difficilement la préséance aux professionnels de la biomédecine s'agissant de la santé des petits enfants, bien qu'ils affirment orienter vers les structures sanitaires lorsque la maladie ne leur paraît pas être de leur ressort. De leur côté, les « mères des enfants » (*yummum sukaabe*), dont les savoirs se concentrent sur la santé maternelle et infantile, sont pleinement concurrencées par les activités de soins pédiatriques. Celles que nous avons rencontrées défendent leurs prérogatives s'agissant de la petite enfance et de ses maladies les plus courantes, vis-à-vis de la médecine mais aussi, des autres guérisseurs.

« Non, ni *cerno* ni *bileejo*, c'est *yummum sukaabe*. Il y a des femmes qui ont vraiment beaucoup de savoir sur la guérison des enfants. Même moi, je peux dire des formules au nouveau-né, il n'aura pas de problèmes jusqu'à ce qu'il ait ses dents. » (Neene B.)

En revanche, les guérisseurs maures, dont l'activité thérapeutique n'est pas particulièrement centrée sur la santé des enfants, se montrent plus volontiers réservés s'agissant de leur capacité à soigner les enfants, et indiquent orienter régulièrement vers les professionnels de santé.

Les guérisseurs apparaissent donc partagés sur la question de leurs soins aux jeunes enfants, les jugeant tour à tour plus adaptés et sécurisés, soulignant comment ceux-ci doivent être adaptés, considérant la nécessité d'orienter, dans d'autres cas, les jeunes enfants vers des structures médicales. Le malaise des guérisseurs est peut-être à rapprocher du fait que les jeunes enfants sont une cible particulièrement affirmée, en santé publique, de la promotion des recours aux soins médicaux. Aussi, si la « médecine traditionnelle » fait l'objet d'une certaine revalorisation, les politiques publiques luttent explicitement contre des pratiques jugées néfastes s'agissant de la santé des nouveau-nés, et contre les recours susceptibles de retarder l'accès aux soins médicaux des jeunes enfants. À l'ambivalence des politiques de santé s'agissant des « traitements traditionnels » pour les enfants, répond une ambivalence des guérisseurs, qui craignent probablement s'attaquer à l'un des piliers de la santé publique et du développement de la biomédecine.

III-2-4 Implantation spatiale des guérisseurs à Nouakchott

Une autre voie pour l'analyse des rapports entre les différents guérisseurs dans le contexte urbain est de prendre en considération leurs positionnements dans l'espace public. Sur ce point, nous constatons que les implantations sont très contrastées. Le long des principaux axes routiers, indiqués par de larges enseignes, nous observons les cliniques des guérisseurs de grandes familles maures. Ceux-ci cherchent la visibilité, affichant leurs noms et leurs spécialités, montrant qu'ils ne sont nullement inquiétés par les autorités publiques. L'intérieur de leur clinique est dégagé, clair, plus ou moins décoré et luxueux. S'agissant des marabouts-guérisseurs rencontrés, ceux-ci n'ont pas d'enseigne. Ils sont implantés au cœur des quartiers, exerçant dans une pièce à part, au sein de cours habitées. Ceux qui viennent pour consulter attendent dans un environnement familial et bruyant où la vie quotidienne bat son plein : le linge est étendu, les enfants jouent, les femmes discutent à haute voix et vaquent à diverses activités domestiques. Ces marabouts-guérisseurs gardent une apparence modeste, bien que certains mobilisent d'importantes sommes d'argent (dont ils sont en principe tenus de sacrifier une large part aux pauvres). La pièce où ils reçoivent est sombre, étroite, parfois en désordre : les divers remèdes sont entassés, à portée de main, plus ou moins dissimulés.

Sur les marchés, des vendeurs de plantes médicinales, qui se considèrent plus ou moins guérisseurs ou simplement vendeurs, ont installé leurs étals. Au marché 5^{ème}, qui est considéré comme le marché des Négro-Mauritaniens, ces vendeurs sont rassemblés sur un petit espace central, en dehors des principaux axes, entre les boutiques des tailleurs, les vendeurs de perles et de bijoux et les vendeurs de produits alimentaires (photo 16). Ces étals sont non seulement composés de plantes, mais aussi de produits d'origine animale (becs, pattes, cornes, carapaces de tortues, dents, coquillages) vendus pour composants de protections ou de remèdes, et de gris-gris tels que les colliers noués avec des perles blanches, donnés aux nourrissons contre les douleurs des poussées dentaires. Au marché Capital, marché « maure⁴³ », en centre ville, on trouve également des vendeurs de plantes médicinales, dans de petites boutiques ou sur de simples étals, non loin de l'axe goudronné (photo 17). Les produits commercialisés sont exclusivement d'origine végétale ; certaines plantes sont séchées, d'autres sont réduites en poudres, et des mélanges de différentes poudres de plantes sont conditionnés en petits sachets. Par ailleurs, des tablettes coraniques sont en vente. Ces éléments tendent à indiquer que les guérisseurs maures s'abstiennent de certaines pratiques maraboutiques, leurs étals de produits médicaux étant plus sobres, exempts de composants animaux ou de perles. Cependant, la frontière entre guérisseurs et marabouts n'est pas matérialisée, puisque sont vendus, dans ces mêmes boutiques, plantes et tablettes coraniques.

⁴³ Outre la population fréquentée par ce marché, les produits qui y sont vendus sont considérés comme appartenant à la culture maure (voiles, boubou maure, henné, objets d'artisanat, etc.)



Photo 16 : Etal d'une boutique de perles et de plantes médicinales, marché 5^{ième} (Sebkha)



Photo 17 : Etal d'une boutique de plantes médicinales, marché capital, Teveragh Zeïna

Enfin, des guérisseurs modestes, souvent des étrangers, sont installés à proximité des structures sanitaires historiquement implantées : la polyclinique, le centre de santé du 5^{ième}. Ceux-ci s'installent dans la rue dans des espaces interstitiels, n'étant ni insérés dans un quartier, ni installés dans un marché. Peu intégrés, n'ayant pas de clientèles *a priori*, ils sont installés de manière à capter le flux de patients qui circulent aux alentours des structures, étant à la fois proches des axes routiers, et relativement dissimulés aux regards.

Nous avons réfléchi à l'opportunité d'établir une cartographie des guérisseurs à Nouakchott, et donc, tenté de localiser les guérisseurs. L'identification et la localisation des guérisseurs dans les villes africaines est une démarche complexe à laquelle peu de géographes se sont essayés, bien qu'il ait été souligné que la géographie de la santé ne pouvait se réduire à l'offre de soin biomédicale (Dorier April, 1995). Beaucoup y ont renoncé, tenant compte du fait qu'il s'agissait d'un ensemble de pratiques difficile à identifier et à circonscrire (Harang, 2007 ; Salem, 1998). Quelques auteurs se sont néanmoins lancés dans une cartographie de l'offre

des guérisseurs, tel Euloge Makita Ikoya pour la ville de Libreville au Gabon (2010). Le cas de Libreville, cependant, se prête davantage à ce type d'étude sachant que de nombreux guérisseurs y sont professionnalisés, reconnus comme « tradipraticiens », et affiliés à des associations. Euloge Makita Ikoya (2010) s'étant appuyé sur une enquête gouvernementale recensant les « tradipraticiens », on peut craindre que l'enquête ait néanmoins exclus des guérisseurs qui ne seraient pas reconnus comme « tradipraticiens ». Notre enquête de terrain nous a mené à cette conclusion : s'il est possible de repérer la quasi-totalité des guérisseurs qui exercent derrière une enseigne et dans l'espace public, il est beaucoup plus difficile d'appréhender les pratiques thérapeutiques dans leur globalité, sauf passer par des personnes ressources par quartier, ce qui nécessiterait un grand investissement en terme d'enquête de terrain. En effet, dans le seul quartier où résidait notre enquêteur Aliou Wade, nous avons localisé une dizaine de guérisseurs aux pratiques très diverses, identification qui n'épuisait probablement pas le nombre de ceux qui proposaient leurs soins. Didier Fassin décrit une expérience similaire pour ses investigations à Pikine (1992). Alors qu'il cherchait à recenser tous les « gens de savoir » dans le quartier de son enquêteur Ablaye, il fit le constat suivant.

« Le phénomène le plus remarquable est la concentration décroissante des gens de savoir au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la maison d'Ablaye [...]. On peut donc proposer, comme interprétation de cet « effet-distance », que plus Ablaye est près de chez lui, mieux il connaît le quartier et moins il ignore les gens de savoir qui, à quelques exceptions près, ne se signalent pas au premier venu. » (Fassin, 1992 : 69).

Notre réflexion sur la répartition spatiale nous conduit donc à renoncer à une cartographie de l'offre de soin des guérisseurs, qui aboutirait à mettre en avant un certain type de guérisseurs impliqués dans des processus d'affichage et de promotion de leurs activités. En revanche, nous pouvons distinguer plusieurs types d'implantation urbaine, correspondant plus ou moins à différents profils de thérapeutes :

- Une implantation professionnalisée et privée, organisée autour de plusieurs cliniques dans les grandes villes mauritaniennes, concerne surtout les « tradipraticiens » d'ATM. Ceux-ci s'affichent dans l'espace urbain, le long des axes routiers, répartis, à Nouakchott, entre les différents quartiers (Arafat, El Mina, Tevragh Zeïna, Ksar), relativement à distance des principales structures médicales ;
- Une implantation communautaire et de « voisinage », concerne des guérisseurs, guérisseuses, ou marabouts-guérisseurs reconnus dans leur quartier, qui bénéficient d'une certaine reconnaissance sociale dans leur voisinage, pouvant éventuellement s'étendre au-delà ;
- Une implantation précaire de guérisseurs étrangers ou récemment urbanisés, dans les espaces interstitiels de la ville, qui tendent à s'approcher des principales structures médicales ou en sortie de lieux de culte ;

- Une implantation « commerciale » sur les principaux marchés, orientée autour de la vente de produits thérapeutiques.

Bien entendu, les guérisseurs ne sont pas fixés dans ces implantations, et visent les situations les plus confortables. Cependant, cette distinction nous permet de considérer comment les différents positionnements dans l'espace urbain correspondent à divers modes de reconnaissance, plus ou moins favorables. Ainsi, aux côtés d'une fraction de privilégiés ayant obtenu une reconnaissance de l'Etat, de nombreux guérisseurs, guérisseuses et marabouts guérisseurs, dans les quartiers, s'appuient sur différentes formes de reconnaissances sociales. Dans les espaces interstitiels et stratégiques, relativement marginalisés par la population, des guérisseurs n'hésitent pas à héler les passants. Enfin, les vendeurs de plantes médicinales, fournissant de nombreux marabouts et guérisseurs, reconnus pour leurs services mais peu pour leurs savoirs, ont un statut ambivalent, distillant leurs recommandations et acquérant, parfois, un statut de guérisseur auprès de certains clients. Ces guérisseurs aux statuts sociaux contrastés mettent en œuvre des stratégies de légitimation diversifiées s'exprimant notamment au travers de leurs pratiques thérapeutiques, de leurs références à différents registres de savoirs, de leurs rapports avec la biomédecine ou encore, de leurs positionnements s'agissant des soins aux enfants.

III-3 PERCEPTIONS DE L'OFFRE DE SOIN DES GUERISSEURS

Lorsque l'on considère les propos des familles et femmes âgées enquêtées, nous nous rendons compte que si les marabouts sont souvent évoqués, notamment s'agissant des protections qu'ils fournissent ainsi que du traitement de certaines maladies, les guérisseurs (qui ne seraient pas marabouts), en revanche, ne sont quasiment pas cités spontanément. Afin d'en savoir plus s'agissant de la terminologie *pulaar* des catégories de guérisseurs, nous avons donc eu recours à des questions directes sur ce point, auprès des femmes âgées rencontrées.

III-3-1 Terminologie *pulaar* de l'offre de soin : *bileejo*, *cerno* et *dabotoodo*

En milieu *haal pulaar*, diverses catégories sont utilisées pour désigner les guérisseurs. En premier lieu, remarquons que les termes utilisés opposent *safaare tuubakoobe* que l'on peut traduire par le « soigner des toubabs » ou « soigner blanc » et *safaare baleebe*, qui correspond au « soigner des noirs » ou « soigner noir ». Le « soigner des noirs », *safaare baleebe* renvoie aux savoirs « africains », « ancestraux », qui mêlent des savoirs sur les

remèdes (notamment à base de plantes) et des savoirs secrets (notamment formules magiques). La désignation de la biomédecine par l'expression « soigner des blancs » se retrouve dans de nombreuses langues d'Afrique de l'Ouest (Fainzang, 1985 ; Hours, 1986 ; Fassin, 1992 ; Berche, 1998). Au Mali, l'association est telle que la population a manifesté des réticences à voir des noirs exercer la « médecine des blancs », dont ils ne maîtriseraient pas le patrimoine (Berche, 1998 : 116-117). Dans le contexte mauritanien, soulignons que le « soigner noir » n'est pas seulement opposé au soigner des blancs mais aussi, au « soigner des Maures ». Equivoque, l'expression *safaare baleebe* évoque à la fois les savoirs « des noirs », mais aussi la magie (voire la magie noire) antérieure à l'islam. Le « soigner maure » représente, sur ces deux aspects, un contrepoint au « soigner noir » : les Maures sont à la fois considérés comme blancs en Mauritanie (*bidân*) et plus orthodoxes, dénués de « savoirs noirs ». Une opposition symbolique qui recouvre des réalités plus nuancées : les interventions magiques sont pratiquées en milieu maure, notamment au travers des incantations « noires » (El Bara, 2007). La principale figure incarnant le « soigner noir » dans la terminologie *pulaar* est celle du *bileejo* (guérisseur), mais ce savoir peut être également associé au *cerno* (marabout) ou au *dabotoodo*, que l'on pourrait qualifier de « marabout-sorcier ».

Bileejo, figure du guérisseur « traditionnel »

Des éléments s'agissant des pratiques thérapeutiques et du rôle du *bileejo* en milieu *pulaar* nous sont fournis par les travaux d'Emmanuelle Kadya Tall (1984) et de Birane Wane (1991). La contribution de Birane Wane (1991), traite spécifiquement des figures du *sukño* (sorcier) et du *bileejo*. S'appuyant sur une enquête de terrain réalisé à Kaédi en Mauritanie, il étudie la catégorie du *bileejo* sous l'angle de ses pouvoirs sorcellaires, considérant que tous les *bileejo* sont des *sukño*, devenus désensorceleurs / guérisseurs suite à leur initiation. Selon les descriptions de Birane Wane, le futur *bileejo* naît différent, extrasensible : il est *sukño*, animé d'un désir involontaire de chair et de sang humain. On dit qu'il est *jibiina e niye* (né avec les dents). Tout un chacun ne peut devenir *bileejo* : avant d'être initié, le futur *bileejo* est un malade élu (Wane, 1991 : 67). Selon cette conception, devenir *bileejo* ne relève pas d'une seule transmission héréditaire des savoirs. L'étude d'Emmanuelle Kadya Tall (1984) présente également le *bileejo* comme un contre-sorcier. Elle décrit comment les *bileejo*, vivant en périphérie du village, sont à la fois l'objet de craintes et de mépris, y compris dans leur propre entourage. Au Niger, Laurent Vidal (1988) décrit une marginalisation comparable, les populations peules entretenant des comportements ingrats vis-à-vis de leurs guérisseurs, consultés en secret, dénigrés et frappés d'ostracisme. Les interventions réalisées par le *bileejo* l'endettent auprès des génies, aussi, comme le souligne Emmanuelle Kadya Tall (1984) la prospérité de son lignage et ses relations humaines en sont affectées. Dans d'autres pays, en milieu peul, des figures thérapeutiques analogues à celle du *bileejo* ont été étudiées (Epelboin, 1983 ; Le Marcis, 2001). Les femmes âgées rencontrées laissent entendre des

conceptions particulières des *wileebe*, mettant en avant les usages de plantes presque autant que leurs pouvoirs d'intervention mystique.

« Soit tu vas voir un marabout (*cerno*) qui peut soigner cela, qui donne un talisman, soit il faut aller voir le *bileejo*, qui peut aussi soigner cela, qui va donner quelque chose de plus mystique, soigner avec les plantes, qui vient du savoir ancestral, africain. Le *cerno*, c'est plus sain, il va soigner avec le Coran. Quant à la magie noire, c'est *dabotoodo*. » (Neene D.)

« Le marabout, il écrit. *Bileejo*, il a des plantes. *Dabotoodo*, c'est un marabout. [...] *Dabotoodo* c'est quelqu'un qui soigne les génies, si tu as des besoins, si tu veux de l'argent, des vêtements, si tu veux voyager. Le *cerno* et *dabotoodo* c'est la presque la même chose. Mais *bileejo* c'est différent il soigne avec les plantes, il fait la magie. » (Neene H.)

« *Bileejo* c'est quelqu'un qui combat les sorciers et les diables, comme le palu par exemple, quand tu fais des délires. Les *wileebe*, leur travail, c'est qu'ils combattent les diables, les gens ensorcelés, toutes les maladies, où l'on voit des signes d'ensorcellement, des choses qui dépassent les gens. Donc, en somme, *bileejo* combat les diables, les esprits. » (Neene M.)

« La différence c'est que les marabouts certains ils ne travaillent qu'avec le Coran, ou bien les plantes. Mais il y a le savoir noir aussi, un savoir pour nuire. Ça c'est les *dabotoodo*. Les *bileejo* aussi disent qu'ils peuvent soigner certains qui ont été envoûtés par des djiins, ou par des sorciers. Mais il y a des marabouts qui mélangent le tout. » (Neene T.)

Il semble qu'en comparaison d'autres types de guérisseurs à Nouakchott, notamment de marabouts-guérisseurs peu estimés et des guérisseurs d'origine étrangère, la figure ambivalente du *bileejo* fait l'objet d'une certaine valorisation. Le « vrai » *bileejo*, qui est souvent représenté comme un homme de la brousse, est porteur d'une certaine authenticité, d'une « tradition » fortement identitaire. Contrairement au *dabotoodo*, il ne pratique pas de « magie noire » dans le sens où il désensorcelle sans chercher à nuire. Contrairement à certains marabouts « *qui mélangent le tout* », plus ou moins perçus comme des charlatans parasitant les villes, le *bileejo* n'a pas vocation à s'enrichir. En principe, le *bileejo* ne peut pas commercer ses pouvoirs qui lui sont confiés conditionnellement par les génies. Il est tenu par une sorte de contrat, et s'il augmente ses bénéfices, il perd ses savoirs et ses pouvoirs. Neene S. regrette que les *wileebe* soient nombreux à s'être fourvoyés dans des pratiques commerciales. Quant à neene B. elle s'exclame : « *Des bileejo ... des faux il y en a beaucoup !* ». La figure du « vrai » *bileejo* fait donc l'objet d'une certaine idéalisation chez les grand-mères rencontrées. Elle apparaît comme une figure du passé, emprunte d'une certaine nostalgie, dont les authentiques représentants se font rares. Cette idéalisation n'empêche pas, cependant, que les représentations du *bileejo*, comme du « soigner des noirs » qu'il incarne, demeurent ambivalentes. Le « soigner des noirs » est relativement mal perçu, car défiant une orthodoxie religieuse qui tend à se durcir dans le contexte urbain de Nouakchott (Hamès, 1994 ; Choplin, 2008). Dans ce contexte, une femme de grande famille telle que neene T. affirme tout bonnement : « *Moi je ne connais pas de bileejo, parce que moi je ne vais*

pas voir de bileejo. [...] Parce que les bileejo, c'est interdit par la religion. » Difficile de savoir dans quelle mesure la norme religieuse inhibe réellement les recours aux *bileejo*, sachant que ces recours ne se font pas au vu et au su de tous. De même, lorsque des femmes âgées possèdent des savoirs secrets, elles dissimulent ces savoirs qui ne sont pas reconnus par l'orthodoxie.

« Ce genre de soins, ce sont des formules, mais ce n'est pas tiré de la religion. Nous nous sommes seulement des disciples de ce savoir, et on nous empêche souvent d'utiliser ça, à grande échelle. Tu peux utiliser cela pour tes petits enfants, mais ce n'est pas bien vu d'élargir à un cercle plus important. La religion désapprouve car ce n'est pas tiré du Coran, c'est tiré d'un savoir ancestral, ce sont des phrases en *pulaar* ou quelque chose, qu'on a reçues des anciens. Les formules sont interdites [...]. » (Neene B.)

Pour toutes ces raisons, nous comprenons que les *wileebe* ne sont pas spontanément évoqués, contrairement aux marabouts, qui sont censés s'en tenir à des pratiques autorisées par la sunna. Aucun de nos interlocuteurs ne nous a désigné un *bileejo* en particulier. Aucun des guérisseurs rencontrés ne s'est présenté comme *bileejo*, ni d'ailleurs comme *dabotaado*, ce qui reviendrait à se désigner sorcier. Ceux dont les profils pourraient correspondre à celui du *bileejo*, notamment parce qu'ils indiquent posséder des « savoirs africains » et être en mesure de désensorceler, se disent « marabouts » ou « tradipraticiens ».

« *Cerno* » : orthodoxie et « couverture »

Le terme *cerno*, qui signifie celui qui a une connaissance du Coran, mais également « maître », est un terme marquant le respect en *pulaar*, et qui est employé comme titre honorifique. Comme l'évoquent les grand-mères rencontrées, *cerno* est un érudit du Coran, dont les particularités mises en avant sont la maîtrise de l'écrit et le fait de soigner par les versets coraniques. La figure orthodoxe de *cerno* est évoquée : « *les autres ce sont des marabouts qui ne connaissent que le Coran* », (neene S.) ; « *les marabouts certains ils ne travaillent qu'avec le Coran* », (neene T.) ; « *Le cerno, c'est plus sain, il va soigner avec le Coran* » (neene D.). La qualification de *cerno*, comme le terme marabout en français, est en réalité utilisée pour désigner plusieurs profils de pratiques, qui peuvent aller de l'orthodoxie à un métissage avec des pratiques magiques et ou sorcellaires. Dans les propos des grand-mères, nous retrouvons cette autre dimension du terme de marabout, *cerno* pouvant alors être comparé à *dabotoodo* : « *le cerno et dabotaado c'est la presque la même chose* » (neene H.) ; ou désigné comme catégorie recouvrant une diversité de pratiques : « *Mais il y a des marabouts qui mélangent le tout* » (neene T.). Il est commun que les marabouts soient distingués entre « petits » et « grands » marabouts. Les « grands marabouts » sont ceux qui bénéficient de la plus grande réputation s'agissant de leur connaissance du Coran et de leur puissance. Souvent, ce sont aussi les plus chers. Les « petits marabouts », à l'inverse, n'exercent qu'à petite échelle. Les qualifications de « grand » et de « petit » ne correspondent pas

simplement à l'orthodoxie du marabout. Cependant, il est implicite que les petits marabouts compensent leur faible connaissance du Coran par le recours à des pratiques magiques. Pour les grand-mères *haalpulaaren* rencontrées, les plus grands marabouts sont au Sénégal. Celles qui sont nanties n'hésitent d'ailleurs pas à faire le voyage pour consulter ces grands marabouts.

Le terme *cerno*, fréquemment utilisé, est en quelque sorte devenu, comme sa traduction française « marabout », un « passe-partout », qui n'est pas seulement emprunté par des guérisseurs contre-sorciers afin de se légitimer, mais également par les familles, comme qualificatif acceptable de leurs différents recours. Emmanuelle Kadya Tall évoque, à propos, que les malades peuvent appeler leurs guérisseurs *cerno* et les guérisseurs accepter cette appellation : « aucun des deux n'étant dupe et chacun sachant qu'il s'agit là d'une hypocrisie de la part du patient qui redoute tout au fond de sa conscience de fréquenter des personnes bannies par l'orthodoxie musulmane » (1984 : 148). Le terme de *cerno* ne permet donc pas, à lui seul, de caractériser les recours réalisés, ce qui est signifié ailleurs dans les propos, par l'intermédiaire d'un langage codé, fait d'euphémismes et de symboles. Dans cette perspective, seules les « mères des enfants » échappent à l'appellation de « cerno », ce qui leur vaut d'être citées comme guérisseuses, mais contribue à les maintenir dans l'ombre et à marginaliser leurs pratiques.

Dabotoodo : une catégorie en négatif

Le terme *Dabotoodo* est utilisé pour qualifier les marabouts qui utilisent leurs pouvoirs non seulement pour « augmenter » (les chances, la réussite, les gains,...) mais aussi pour nuire à autrui.

« Non ce n'est pas bon. Ils sont là à jeter des mauvais sorts, à mettre à mal les gens, ils peuvent faire mal. » (Neene D.)

« *Dabotoodo* c'est un peu différent, ce sont des marabouts mais ils jettent des sorts. Souvent, ils donnent des bénédictions pour la prospérité, la santé, l'avancement, la réussite, l'argent et tout cela, mais certains aussi font pour détruire, détruire des couples, détruire la famille, jeter des mauvais sorts et tout cela » (Neene M.)

Bien entendu, nul *dabotaado* ne se qualifie comme tel. La population les reconnaît parmi les marabouts, notamment parmi ceux qui sont connus pour intervenir dans les histoires de couples (conflits entre prétendantes ou coépouses), mais aussi parmi les guérisseurs étrangers et précaires, supposés accepter toutes les demandes, et manier la magie noire. Comme cela a été observé dans d'autres sociétés, les guérisseurs issus des groupes sociaux les plus marginaux sont supposés avoir les pratiques les plus mystiques, puissantes et dangereuses (Sturzenegger, 1996 ; Taverne, 1996). Ainsi, *dabotaado*, est une catégorie en

négatif, c'est celui qui « mélange tout », se dit capable de tout, et contrairement au « vrai » *cerno*, accepte d'agresser et peut « travailler » ou « chercher quelqu'un » à son insu. Une catégorie qui n'est pas sans évoquer les guérisseurs que Joseph Tonda (2001) dit atteints du « syndrome du prophète », dont l'identité sociale est précaire et qui se présentent efficients sur tous les fronts.

« Ce que nous proposons d'appeler le syndrome du prophète sert à rendre raison de ce phénomène. Cette notion désigne en effet la prétention qu'ont des individus confrontés à des précarités identitaires à fusionner religion, magie et médecine envers et contre les orthodoxies, et donc dans une perspective d'innovation à l'intérieur du champ thérapeutique et religieux. » (Tonda, 2001 : 144-145)

III-3-2 Perceptions des guérisseurs en milieu maure

Nos données s'agissant de la perception des guérisseurs en milieu maure sont plus lacunaires. Les éléments recueillis lors des enquêtes sur les trajectoires d'enfants maures permettent seulement d'avoir un aperçu de certaines variations avec nos interlocuteurs *haalpulaaren*. Un élément de distinction porte notamment sur la reconnaissance des guérisseurs maures de grande famille, qui sont plutôt valorisés, et qui ne constituent pas, comme s'agissant des *bileejo*, des recours ambivalents devant être dissimulés. Tout au plus remet-on en question leurs compétences, l'efficacité et la sécurité de leurs remèdes. Le recours aux guérisseurs maures de grande famille n'est pas problématique, car il n'est pas considéré comme étant interdit par la religion. Cependant, le recours à des guérisseurs maures utilisant des formules ésotériques (*hikma khala*) tend à se répandre bien qu'il soit tabou (El Bara, 2007), et les recours aux guérisseurs négro-mauritaniens ne sont pas exclus.

Les marabouts-guérisseurs négro-mauritaniens sont connus des femmes maures, qui n'hésitent pas à les consulter, plus ou moins à l'insu de leur mari. Malgré le statut relativement déprécié de ces guérisseurs, elles franchissent des espaces sociaux, se rendant notamment dans les quartiers « noirs » qu'elles fréquentent peu par ailleurs. Ces marabouts représentent une figure thérapeutique hors de l'orthodoxie, mais munie des pouvoirs les plus aptes à résoudre certains problèmes particuliers. Comme nous le verrons au travers de l'étude des trajectoires de maladies, dans un contexte de crise comme une maladie persistante d'un enfant, l'appartenance ethnique et l'orthodoxie du marabout ou guérisseur sont des éléments signifiants, mais l'important est de trouver celui qui sera en mesure de traiter la maladie, par son efficacité, ses domaines de spécialisation, ou encore la nature de ses interventions.

CHAPITRE IV : SYSTEME DE SANTE ET ESPACES THERAPEUTIQUES

Le système de santé mauritanien a connu un développement rapide suite à sa mise en place à l'époque coloniale. L'offre de soins médicaux à Nouakchott est aujourd'hui très dense. Malgré cela, certaines populations n'accèdent pas à l'offre de soin qualifiée, centralisée au cœur de la ville. Dans certains quartiers marginaux ou illégaux, les soins médicaux sont quasiment inaccessibles pour la population, ce qui a fait l'objet d'une publication titrée sur les « déserts » en ville (Taleb *et al.*, 2006). De même, une récente contribution (Sy *et al.*, 2010) montre l'importance des contraintes socio-économiques dans l'accès aux soins à Nouakchott, alors que l'accessibilité géographique aux services de santé paraît relativement satisfaisante. Comme cela a été documenté s'agissant d'autres villes d'Afrique, le privilège sanitaire de l'habitat en milieu urbain doit donc être relativisé (Raynaut, 1987 ; Salem, 1998). L'objet de cette partie est d'apporter des éléments descriptifs s'agissant des positionnements des Mauritaniens vis-à-vis de leur système de santé, et d'explicitier les mécanismes menant à l'enclavement sanitaire d'une partie de la population.

Suite à une partie présentant l'implantation du système biomédical, et quelques indicateurs de son développement actuel, nous analysons les perceptions subjectives vis-à-vis de l'offre de soin. Au travers de ces perceptions, nous cherchons à comprendre, plus largement, les rapports sociaux, culturels et politiques que les Mauritaniens entretiennent avec leur système de santé. Les variations de lieux de résidence, d'ethnies, d'âge et de genre intervenant dans la construction des « espaces thérapeutiques » sont ensuite discutées.

IV-1 L'OFFRE DE SOIN BIOMEDICALE : ASPECTS HISTORIQUES ET ACTUELS DEVELOPPEMENTS

IV-1-1 Système de santé à l'époque coloniale

En Mauritanie, la conquête coloniale a débuté en 1855, dans la vallée du fleuve à partir du Sénégal, puis a progressé d'Ouest en Est jusqu'en 1891 (Sall, 2007). À partir de 1902, la conquête s'opère par une remontée vers le nord, en « *trab el bidân* » (pays maure). La

colonisation, en Mauritanie, n'a pas d'objectif économique, du moins jusqu'à la seconde guerre mondiale : l'objectif est de maintenir, à moindre frais, un contrôle sur cette zone (Marchesin, 1992). L'administration coloniale, qui s'appuie sur les tribus maraboutiques, rencontre des difficultés à s'instaurer. Si certaines familles et tribus, notamment maraboutiques, tirent profit du nouvel ordre colonial, d'autres entrent en résistance, ce qui ne manque pas d'accentuer les divisions internes. Lors de la première décennie du 20^{ème}, notamment, les révoltes anti-coloniales se multiplient. Cependant, l'administration coloniale instaure progressivement une administration territoriale, un appareil judiciaire, des forces militaires et de police. Des services techniques sont mis en place afin de mieux maîtriser l'espace colonial : Enseignement, Santé, Eaux et Forêt, Agriculture et Elevage, Postes et Télégraphe, ainsi qu'une Agence Spéciale. Le Service d'Enseignement en français a pour objet principal de former les futurs fonctionnaires de l'administration (dont les médecins auxiliaires), mais aussi de contrer l'influence des écoles coraniques. Ce n'est qu'en 1934 que la situation connaît une « pacification » (De Chassez, 1978) : l'implantation administrative est alors effective sur l'ensemble du territoire mauritanien. Pour l'administration des colonies en Afrique, la santé publique est un moyen d'exercer une emprise politique, d'obtenir l'adhésion des populations à la domination coloniale, de prouver les bienfaits de la « civilisation ».

« “La pénétration pacifique par l'hygiène” - telle est, en une formule très imagée, la politique préconisée où l'on prétend améliorer la santé des “indigènes” à la fois pour les mettre au travail [...], leur faire admettre sans violence la supériorité du colonisateur, ou leur faire croire au bien-fondé de son “œuvre civilisatrice”. » (Dozon, 1985 : 30)

De même, en Mauritanie, l'instauration d'un service de santé devait servir une « politique de proximité » (Sall, 2007). Le service de Santé instauré reste néanmoins très embryonnaire au début de la colonisation : en 1913, il n'existe que trois médecins pour l'ensemble du pays. Peu à peu, l'administration met en place des dispensaires tenus par des « Médecins auxiliaires », alors appelés « Assistance médicale indigène » (AMI). Les premiers dispensaires sont installés dans la vallée du fleuve, notamment à Rosso, Bogué, Sélibabi et Kaédi (Sall, 2007). Le Service Médical d'Assistance, comme dans les autres pays de l'Afrique Occidentale Française (AOF) est alors dirigé par les médecins des troupes militaires, et ce, jusqu'en 1941. Pour ces débuts, l'administration des colonies africaines se préoccupe peu de l'efficacité de ses services, mais cherche surtout à mesurer le taux de consultations spontanées, comme indicateur de l'adhésion des indigènes à l'entreprise coloniale (Dozon, 1985). Suite à la première guerre, cependant, la politique sanitaire évolue dans les colonies : afin de compenser les pertes démographiques liées à la guerre, l'administration entend endiguer la mortalité des indigènes et « développer » la population. La médecine mise en place doit alors être préventive et sociale. Outre la contribution de Jean-Paul Bado (1997) sur la prise en charge des grandes endémies dans les colonies africaines francophones, il existe relativement peu de travaux historiques nous permettant de retracer l'introduction et le fonctionnement des structures

sanitaires à l'époque coloniale. L'introduction de la médecine dans les colonies, considérée *a priori* comme bénéfique, n'a quasiment pas été étudiée par les historiens de la colonisation (Berche, 1998). S'agissant de l'Algérie, Franz Fanon (1972[1959]) fournit néanmoins la description d'une médecine coloniale marquée par le mépris et la brutalité envers la population. Pour l'AOF, Thierry Berche (1998) décrit un processus de « médicalisation », dirigé par des médecins militaires, avec recours à des méthodes coercitives, et parfois, à la « traque » des malades.

En Mauritanie au début du 20^{ième}, afin de répondre dans l'immédiat aux besoins de santé maternelle, des sages-femmes, sortant de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Dakar, sont envoyées dans les centres de santé de la vallée du fleuve (Sall, 2007). L'administration coloniale, partisane d'une « politique des races », souhaite former des aides-médecins de toutes les ethnies afin de les envoyer dans leurs régions d'origine (Bado, 1996). L'affectation des sages-femmes sénégalaises est favorisée pour les populations noires de la vallée du fleuve, mais l'administration cherche à former des sages-femmes maures afin que les femmes maures soient soignées par des membres de leur communauté, ce qui s'avère très problématique compte-tenu des résistances dans cette population. Plus largement, « *cette politique de santé trouva un terrain plus favorable pour son application auprès des populations de la vallée* » (Sall, 2007 : 702). Malgré les difficultés posées par une pénurie de personnel, campagnes de vaccination, consultations hebdomadaires et tournées de santé dans les campements furent réalisées sans trop de réticences auprès des populations du fleuve. En conséquent, le sud du pays et les Négro-Mauritaniens bénéficièrent plus tôt et davantage du service de Santé. Par ailleurs, les populations du sud, dans les services de santé comme dans les autres services techniques coloniaux, bénéficiaient davantage de l'appui du pouvoir colonial, ce qui marqua considérablement les relations entre Mauritaniens (De Chasse, 1978). Les Négro-Mauritaniens et notamment les *haalpulaaren*, chez qui le taux de scolarisation dans l'enseignement français étaient plus important, furent plus nombreux à intégrer, en tant que fonctionnaires, les services de santé (Marfaing, 2009).

IV-1-2 Evolution du système de santé et situation actuelle

Les politiques de santé publique depuis l'indépendance

Nous pouvons retracer, dans ces grandes lignes, l'évolution des politiques de santé mauritaniennes après l'indépendance (1960), notamment en nous appuyant sur l'analyse du secteur de santé réalisée en perspective de la mise en place du Plan national de santé publique (PNDS 2012-2020), ainsi que quelques études sur le système de santé (Audibert & Mathonnat, 2000 ; Mbow, 2006 ; Fargier, 2011), et sur la protection sociale (Watson & Jiddou Fah, 2010). Dans les années 1960 à 1980, la priorité est donnée au secteur hospitalier, avec

des actions orientées principalement vers les soins curatifs. Les orientations nationales en matière de santé sont alors déterminées dans un document unique. Le taux de couverture sanitaire, faible, n'est assuré que par quelques dispensaires. Dans les années 1980, l'offre de soins curatifs est renforcée avec la mise en place de structures périphériques et intermédiaires. De premiers plans sanitaires sont établis. Sous l'impulsion de la déclaration d'Alma-Ata en 1978, les politiques de santé mauritaniennes s'orientent vers le développement des Soins de santé primaires (SSP). Cela se traduit par un investissement dans le domaine de la prévention, avec, notamment, la formation d'Agents de santé communautaires, ainsi que la mise en place d'un Programme élargi de vaccination (PEV). Quelques années plus tard, avec l'Initiative de Bamako en 1987, la Mauritanie expérimente le recouvrement des coûts dans deux districts (Ouat Naga au Trarza et Kankossa en Assaba), puis sa généralisation à tout le pays, entre 1992 et 1993. Dans les années 1990, les politiques de santé sont précisées avec la conception de Plans directeurs (1991-1994) ; (1998-2002). Ces Plans tentent d'instaurer une complémentarité entre les secteurs curatifs et préventifs. Les investissements financiers augmentent mais, de sérieux problèmes de gouvernance se révèlent. Au début des années 2000, Martine Audibert et Jacky Mathonnat dressent un bilan plutôt positif de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako en Mauritanie : la qualité des soins et la disponibilité des médicaments s'améliorent, et la fréquentation des structures de santé augmente (Audibert & Mathonnat, 2000 ; Audibert *et al.*, 2004). Cependant, des travaux ultérieurs soulignent le problème récurrent de l'exclusion d'une part de la population aux soins, à cause du paiement direct, et mentionnent l'intérêt qu'aurait une suppression partielle des coûts (Watson & Jiddou Fah, 2010).

Le premier Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP, 2001-2004) fait de l'accès aux infrastructures essentielles (notamment sanitaires) une priorité. S'appuyant sur les axes proposés par le CSLP s'agissant du secteur sanitaire, le ministère de la Santé et des Affaires Sociales adopte, en 2005, la Politique Nationale de Santé et d'Action Sociale (PNSAS) pour la période 2005-2015. Cette politique cible, en priorité, la santé de la mère et de l'enfant, ainsi que la lutte contre les grandes endémies et les maladies émergentes. Le projet d'action sectorielle est constitué de mesures organisées autour de six axes stratégiques que sont : l'amélioration de l'accès à des prestations sanitaires de qualité, la lutte contre la Maladie, le financement adéquat du système de santé, la mise en œuvre d'une action sociale ciblée, l'évaluation de la performance du système de santé, et le renforcement de la performance du secteur. La PNSAS entend garantir l'accès de tous les Mauritaniens, notamment des plus pauvres, aux soins essentiels de santé.

Considérons les moyens déployés pour la mise en œuvre de ces politiques. Les Dépenses publiques de santé (DPS), toutes sources confondues, ont augmenté ces dernières années, passant de 3709 UM/hab. à 6171 UM/hab. Nonobstant cette évolution favorable, si l'on exclut les sources de financement non publiques et que l'on rapporte l'investissement du

gouvernement à son PIB, on remarque que les dépenses de santé sont inférieures à celles des autres pays de la zone. Pour l'année 2009, par exemple, l'investissement dans la santé représente moins de 5% des dépenses totales du Gouvernement mauritanien, ce qui est très inférieur à ce qui est observé au Tchad, au Niger, au Sénégal ou au Burkina Faso où ces investissements représentent plus de 10% des dépenses de l'État (Ministère de la santé, 2011).

Un secteur pharmaceutique encore peu maîtrisé

Au moment de l'indépendance, les médicaments étaient entièrement gratuits, et leur qualité était relativement réglementée. En 1976, le secteur du médicament a été nationalisé avec l'« Office National de la Pharmacie », qui avait le monopole de l'importation et de la distribution des médicaments. Durant cette période, les ruptures étaient fréquentes. Entre 1981 et 1987, la libéralisation du secteur permet l'ouverture de nouvelles officines privées, coexistant avec la distribution gratuite des médicaments dans les structures publiques. Avec la mise en place du recouvrement des coûts, au début des années 1990, la disponibilité des médicaments dans les structures publiques s'améliore, mais les ruptures persistent. Dans ce contexte, un marché informel du médicament se développe, avec des systèmes parallèles d'approvisionnement échappant à tout contrôle, parfois alimentés par des médicaments détournés du secteur public. En 2002, avec la création d'une Centrale nationale d'achat chargée de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments, la CAMEC, la disponibilité des médicaments, sans être totalement résolue, s'améliore nettement. D'autres problèmes restent posés, notamment la variabilité des prix des médicaments dans les structures de santé, et leur qualité, en l'absence de contrôles. En 2004, une loi sur la pharmacie est votée, à laquelle succède une seconde loi en 2010, mais « *le manque de contrôle de son application a entraîné une situation anarchique difficile à enrayer* » (Fargier, 2011 : 39).

Actuellement, le secteur du médicament reste très désorganisé et est encore dominé par les non professionnels (Ministère de la Santé, 2011 ; Fargier, 2011). La distribution en gros est assurée par une vingtaine de grossistes répartiteurs situés à Nouakchott, relayée par une profusion de structures : 118 pharmacies et 280 dépôts pharmaceutiques qui en assurent la vente au détail. Un nombre élevé de ces pharmacies privées ne répondent pas aux normes requises, et de graves problèmes en termes de contrôle de la qualité des médicaments persistent. Ainsi, l'OMS estime qu'en Mauritanie 30% à 50% des médicaments en vente seraient soit périmés soit contrefaits (OMS, 2009). La situation du secteur est caractérisée par un secteur lucratif dominant et un secteur public faiblissant (Fargier, 2011). Le marché informel est difficile à évaluer. Il n'est plus constitué de pharmacies « par terre » ou « sous les arbres », mais d'un exercice non autorisé dans des structures se faisant appeler pharmacies ou dépôts pharmaceutiques, bien que ne répondant pas aux normes en vigueur, qui imposent

en principe la présence d'un responsable technique au sein de chaque structure. Dans son rapport sur le secteur pharmaceutique mauritanien, le Dr Fargier indique que sur 220 structures ayant été inspectées, 89 sont en situation de non-conformité administrative (Fargier, 2011). Aussi, ces structures commercialisent des produits importés de pays dont les autorités de réglementation ne garantissent rien en termes de qualité de leurs produits. La tolérance envers les dépôts pharmaceutiques, dont l'installation n'est pas conditionnée à la présence d'un pharmacien diplômé, mais seulement d'un professionnel de santé agréé s'explique, en partie, par l'insuffisance de ressources humaines dans le domaine, sachant que la Mauritanie ne dispose que d'une centaine de pharmaciens diplômés pour l'ensemble du pays. Les dépôts pharmaceutiques, par ailleurs, sont volontairement difficilement distinguables des pharmacies à proprement parler (photo 18).



Photo 18 : Dépôt pharmaceutique, « D. Pharmacie du peuple moderne », Arafat



Photo 19 : Concentration de pharmacies en face du Centre Hospitalier National, Tevragh Zeina

Nouakchott concentre un grand nombre de pharmacies et de dépôts pharmaceutiques, 220 structures sur les 398 que compte le pays, soit 55% (Fargier, 2011). Ces structures se

concentrent, notamment, aux alentours des principales structures sanitaires, des hôpitaux (photo 19), ainsi que le long des principaux axes routiers. La répartition de ces structures est différenciée : les pharmacies tenues par des pharmaciens diplômés se concentrent en centre ville, tandis que les dépôts pharmaceutiques fleurissent dans les quartiers périphériques. Dans les quartiers d'Arafat, de Dar Naïm, de Toujounine ou de Riyadh, ainsi, les dépôts pharmaceutiques sont nombreux, et les officines, rares (Fargier, 2011). Le quartier d'Arafat concentre, à lui seul, une cinquantaine de dépôts pharmaceutiques.

La structuration pyramidale de l'organisation des soins

L'organisation du système de santé est fixée par décret daté du 16 juin 2006. Le système de santé, comme dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, est structuré de manière pyramidale en trois niveaux. Le niveau primaire ou opérationnel, qui couvre l'ensemble des moughatas (communes), comprend les centres et postes de santé, ainsi que des Unités de Santé de Base, qui ne sont pas toujours opérationnelles. Les raisons de non fonctionnalité des structures sont multiples : manque d'allocation budgétaire, de maintenance, d'affectation des ressources humaines nécessaires. Le niveau intermédiaire comprend trois types d'hôpitaux que sont les hôpitaux de wilayas (régions), les hôpitaux régionaux ainsi que les centres hospitaliers régionaux érigés en établissements publics à caractère administratif. Enfin, le niveau tertiaire, presque exclusivement concentré à Nouakchott, est constitué d'établissements publics de référence dont quatre établissements hospitaliers généraux, cinq centres hospitaliers spécialisés, trois établissements spécialisés de référence et deux établissements de formation. Au niveau tertiaire, des difficultés sont également relevées, notamment l'inadéquation entre les équipements acquis et les besoins réels des services. À chaque niveau de la pyramide sanitaire, un Paquets Minimum d'Activité (PMA), définissant l'offre des structures, a été fixé par décret ministériel. Cependant, de nombreuses structures ne répondent pas à ces normes. Sur l'ensemble du pays, 70% des structures périphériques et intermédiaires ne sont pas en mesure d'assurer le Paquet Minimal d'Activité (OMS, 2009). Le niveau tertiaire, vitrine du système de santé à Nouakchott, est celui qui mobilise la plus grande part des dépenses nationales de santé (39%), suivi du secteur primaire (23%) puis du secteur secondaire (15%). De manière générale, cette répartition implique un sous-financement des structures desservant les populations rurales.

Le secteur privé s'est développé de manière rapide et anarchique ces dix dernières années (photo 20). On dénombre notamment 15 cliniques médico-chirurgicales, concentrées à Nouakchott et Nouadhibou, et 47 cabinets médicaux externes (Ministère de la Santé, 2011). Ce secteur accapare les ressources humaines en santé, avec pour effet une détérioration de l'offre dans le public. En effet, 90% des ressources humaines exerçant dans le privé sont aussi dans le système public (OMS, 2009). Par ailleurs l'exercice dans le privé, qui fournit des ressources complémentaires aux professionnels de santé, exerce une attraction qui entrave

leur affectation en milieu rural (Ministère de la Santé et des Affaires Sociales & Banque mondiale, 2004).



Photo 20 : Immeuble regroupant cabinets, laboratoire d'analyse et pharmacie du secteur privé, Ksar

Système de protection sociale

Comme dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, moins de 10% des Mauritaniens exercent dans le secteur formel et ont accès à une assurance maladie. En 2009, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie comptabilisait environ 250 000 bénéficiaires (Watson & Jiddou Fah, 2010). Se pose donc, pour tous les autres, la question de l'accès aux soins et de la planification des dépenses de santé, sachant que les dépenses de santé peuvent faire basculer des ménages intermédiaires dans la pauvreté, et les ménages pauvres dans l'extrême pauvreté (Wagstaff, 2002). Nous l'avons évoqué, le premier et le second CSLP, tout comme la PNSAS, font de l'accès des Mauritaniens aux soins de santé essentiels une priorité politique. À ces fins, le gouvernement entend notamment promouvoir les méthodes de partage des risques (mutuelles, forfaits, assurances,...) ainsi que les caisses d'indigence et les fonds d'équité pour les plus vulnérables. Le développement des mutuelles est récent en Mauritanie : plusieurs projets pilotes sont actuellement expérimentés, sous l'impulsion de diverses ONG. La mutuelle la plus développée et la mieux documentée est celle expérimentée dans le quartier de Dar Naïm à Nouakchott, soutenue par *Caritas Mauritanie*, et dont le développement a été associé à la mise en place d'un fond d'indigence (Criel *et al.*, 2010). Une autre expérience de mutualisation des risques est celle du forfait obstétrical, initiée en 2002 à Nouakchott, et qui connaît des résultats encourageants : en 2010, le forfait obstétrical a couvert 25% des accouchements sur l'ensemble du pays (Watson & Jiddou Fah, 2010). La mise en place du forfait a entraîné une augmentation significative du recours aux consultations prénatales et du taux d'accouchements assistés (Renaudin *et al.*, 2007).

Afin de lever certains obstacles économiques à l'accès aux soins, en 2003, des mesures ont été prises pour les personnes démunies. Le décret 4 février 2003 stipule la gratuité de certains soins (notamment vaccinations contre les maladies cibles), tandis que le décret du 16 avril 2003 stipule la gratuité des soins pour certaines personnes en situation de vulnérabilité ou atteintes de pathologies spécifiques telles que les femmes enceintes, les enfants de moins d'un an, les malades atteints d'un neuropaludisme ainsi que les patients atteints de maladies chroniques et jugés indigents. En réalité, ces mesures sont difficiles à appliquer, et ne le sont pas dans la plupart des structures sanitaires. Carol Watson et Brahim Jiddou Fah (2010) soulignent la confusion engendrée par ces règlements gouvernementaux non appliqués, et suppléés par des mesures complémentaires telles que le forfait obstétrical. Ils recommandent « *de clarifier les politiques nationales et les conditions de leur mise en application en ce qui concerne la gratuité des catégories de soins prioritaires* » (2010 : 50). L'une des difficultés rencontrées est la difficile détermination de l'indigence (Morestin *et al.*, 2009) et l'inexistence de critères déterminés à l'échelle nationale.

Nouakchott, concentration de l'offre nationale de soins

La ville de Nouakchott concentre, à elle seule, une grande proportion des structures de santé et des ressources humaines en santé dont dispose le pays. De ce fait, elle absorbe une part significative des dépenses de santé. Le secteur tertiaire y est concentré, ainsi que l'offre du secteur privé, avec ses cliniques, cabinets et officines. S'agissant des ressources humaines en santé, la situation est éloquent. Alors qu'elle représente moins de 30% de la population mauritanienne, Nouakchott abrite 74 médecins généralistes sur 161 (45 %), 117 médecins spécialistes sur 175 (67%), 174 infirmiers diplômés d'Etat sur 620 (28%), ou encore, 175 sages-femmes diplômées sur 309 (57%). Au total, Nouakchott concentre 42% de l'effectif global du personnel de santé (OMS, 2009). Habiter à Nouakchott peut donc apparaître comme un « privilège urbain » au niveau sanitaire (Raynaut, 1987). Cependant, en termes d'accès aux soins médicaux, les disparités sociales et territoriales entre Nouakchottois sont énormes. L'offre du secteur public, comme celle du privé, est différenciée selon les quartiers. Schématiquement, plus on s'éloigne du centre ville, plus la qualité de l'offre laisse à désirer, ce qui s'observe notamment au niveau de la capacité des structures à assurer le Paquet minimum d'activité (PMA), de la répartition des professionnels de santé, ou encore, de la présence d'officines. Ainsi, schématiquement, le centre ville dispose des meilleurs plateaux techniques, du personnel le plus qualifié, d'officines garantissant une certaine qualité des médicaments, tandis qu'au niveau des quartiers périphériques, les structures ont des difficultés à maintenir des consultations de spécialistes, les cabinets privés ou « cliniques » sont tenus par de simples infirmiers, les dépôts pharmaceutiques se multiplient à défaut d'officines. L'offre de soin correspond à une structuration de la ville qui oppose un centre où se concentre l'élite, et de larges périphéries où s'étale une large population démunie (Choplin

& Ciavolella 2008). Les interventions d'organisations internationales et de financeurs étrangers, cependant, tendent à compenser cette répartition afin de promouvoir l'accès aux soins des plus démunis. Nous pouvons notamment relever la construction de l'hôpital Cheikh Zayed à Dar Naïm (photo 21), qui a été financée par l'Emir Cheikh Zayed ben Sultan al-Nahyan d'Abu Dahbi, et la construction, par la coopération chinoise, de l'hôpital de l'Amitié, dans le quartier périphérique d'Arafat (photo 22). Autre exemple, dans le quartier défavorisé de Dar Naïm, *Caritas Mauritanie* appuie le centre de santé Tab Salam Diam ainsi que plusieurs postes de santé, et soutient un ensemble d'activités de promotion de la santé et de protection sociale.



Photo 21 : Hôpital Cheikh Zayed, Dar Naïm



Photo 22 : Hôpital de l'Amitié, Arafat

Pour la pédiatrie, Nouakchott dispose, selon nos observations, d'environ 140 lits d'hospitalisation, répartis sur 4 hôpitaux. Le Centre National hospitalier est le centre de référence pour la pédiatrie, avec environ 80 lits. Il comprend un service de néonatalogie, pourvu d'une dizaine de couveuses, ainsi qu'un service d'urgences pédiatriques. Au côté de

cet hôpital, l'hôpital Cheikh Zayed comprend une dizaine de lits de pédiatrie, et dispose d'une unité de néonatalogie, dont le plateau technique n'est que peu fonctionnel. Trois autres hôpitaux, créés ces cinq dernières années, ont ouvert des lits de pédiatrie : l'hôpital Mère-enfant, inauguré en 2009, dispose de 40 lits de pédiatrie, l'hôpital de l'Amitié, ouvert dans le quartier périphérique d'Arafat en 2010, dispose de 10 lits de pédiatrie. Le Centre National d'Oncologie, qui a ouvert en 2011, accueille également des enfants atteints de cancer, qui auparavant étaient hospitalisés au service de pédiatrie de l'Hôpital national. L'ouverture de ces nouveaux hôpitaux, et notamment la création de l'hôpital Mère-enfant, implique une large reconfiguration de l'offre de soins pédiatriques du niveau tertiaire à Nouakchott, qui jusque-là était presque exclusivement assurée par l'Hôpital national. La problématique de la reconfiguration se pose en termes de répartition des ressources humaines, du système de référence, et de gestion des flux. Au moment de notre enquête, en 2011, le taux d'occupation du service de pédiatrie de l'Hôpital national avoisinait les 50%, ce qui est loin de permettre une optimisation des ressources. Quant à l'hôpital Mère-enfant, il est à l'heure actuelle confronté à des problèmes structurels, notamment s'agissant de l'inadaptation de ses locaux. Cependant, un chantier d'extension prévoit l'ouverture d'une centaine de lits de pédiatrie supplémentaires. D'après les responsables de cet hôpital, leur structure deviendra alors, selon la volonté du gouvernement, le nouveau centre de référence pour la pédiatrie. Une perspective de reconfiguration qui ne semble ni concertée ni bienvenue par les actuels responsables du service de pédiatrie de l'Hôpital national. Au niveau tertiaire de la pyramide sanitaire, l'offre de soins pédiatriques spécialisée tend donc à se développer, sous l'impulsion de politiques ciblant la santé de la mère et de l'enfant. Dans les quartiers périphériques, l'amélioration de l'accès des enfants aux soins de santé primaires est probablement moins manifeste. Quand à l'affectation de pédiatres au niveau des hôpitaux régionaux, elle demeure problématique.

La santé infantile, une priorité politique

La santé maternelle et infantile est une des grandes priorités de la Politique nationale de santé (2006-2015). L'année de son arrivée au pouvoir en 2009, le président Mohamed Ould Abdelaziz a marqué son engagement politique en faveur de la santé de la mère et de l'enfant, par le « don » de luxueux locaux initialement destinés à la primature, pour l'édification du nouvel hôpital Mère-enfant (photos 23, 24). À cette occasion, le ministre de la Santé alors en poste, Moulaye Mohamed Laghdhaf, indique que l'atteinte des OMD 4 et 5, s'agissant de la réduction de la mortalité maternelle et infantile, est la « *préoccupation principale du président* »⁴⁴. Un message entendu puisque, quelques années après son ouverture, l'hôpital Mère-enfant demeure surnommé « hôpital d'Aziz » par les Mauritaniens, et représente la vitrine des actions du Président en faveur de la santé maternelle et infantile.

⁴⁴ <http://www.primature.gov.mr/fr/index.php?link=1&id=620>



Photo 23 : Hôpital Mère-enfant, Ksar

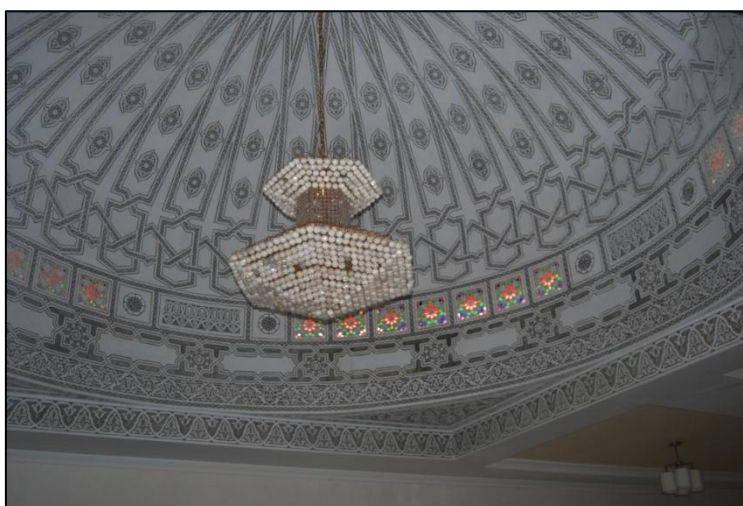


Photo 24 : Le cadre luxueux de l'hôpital Mère-enfant, Ksar

En termes de politiques de santé, le gouvernement mauritanien et l'UNICEF ont conjointement établi une Stratégie de Lutte pour la santé et la survie de l'enfant, dont la mise en œuvre a débuté en 2010. Cette stratégie repose notamment sur la promotion et la généralisation de quelques interventions reconnues pour avoir un impact élevé sur la mortalité infantile, afin d'attendre l'ODM 4⁴⁵. Certaines des interventions concernent le champ de la prévention (promotion de l'allaitement maternel exclusif, du lavage des mains, utilisation des moustiquaires imprégnées,...) d'autres reposent sur le dépistage et la prise en charge médicale de certaines symptomatologies telles que les fièvres, les difficultés respiratoires, la malnutrition. En 2012, le gouvernement a réaffirmé la priorité des OMD 4 et 5, et s'est engagé dans un projet d'accélération des OMD, avec notamment, la signature d'un pacte avec les partenaires du secteur sanitaire (OMS, UNICEF, Coopération espagnole)

⁴⁵ L'Objectif du millénaire pour le développement 4 vise, entre 1990 et 2015, une réduction de 2/3 du taux de mortalité infanto juvénile

couvrant la période 2012-2015. Le ministre de la Santé alors en poste, Housseynou Hamadi Bâ, a également créé, à ces fins, une cellule de coordination pour l'atteinte des OMD de santé.

Malheureusement, les derniers chiffres s'agissant de l'atteinte des OMD ne traduisent pas, pour le moment, les effets escomptés de cette volonté politique. L'évolution de la mortalité des enfants de moins de cinq ans s'opère à un rythme lent : entre 2000 et 2007, le taux est passé de 127‰ à 122‰ (Ministère de la Santé, 2011). Les derniers chiffres pour 2012 indiquent cependant un infléchissement plus marqué, avec un taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans de 84‰ (OMS, 2014). Les indicateurs globaux s'agissant de l'évolution de la santé de l'enfant sont peu satisfaisants. Selon l'Office National des Statistiques, le taux de couverture vaccinal des enfants de 12 à 23 mois a même diminué au cours des années 2000, passant de 79% en 2004 à 68,8% en 2008 (ONS, 2009). Plusieurs indicateurs traduisent des lacunes s'agissant de l'accès aux soins. Relevons notamment que, selon l'UNICEF, entre 2008 et 2012, seuls 19% des enfants atteints de diarrhées ont reçu en traitement des sels de réhydratation orale, ou que seuls 20% des enfants souffrant de fièvre ont été mis sous traitement antipaludéen⁴⁶.

IV-2 PERCEPTIONS DU SYSTEME DE SANTE PAR LES MAURITANIENS

Gardant à l'esprit les conditions de l'implantation de la biomédecine en Mauritanie, explorons les perceptions que les Nouakchottois ont de l'offre de soin médicale les environnant. Nous partons des propos recueillis en entretien pour analyser les catégories *émiques* au travers desquelles les Nouakchottois perçoivent l'offre de soin et s'orientent dans leurs recours. Ces catégories ne correspondent pas à celles des planificateurs de la santé, mais à des logiques et expériences propres. Il ressort que les perceptions des structures sanitaires font principalement fonctionner, non pas de simples dichotomies, mais plutôt des gradients de familiarité, de méfiance, de coûts et d'efficacité. Outre les traits redondants de ces perceptions, il faut souligner leurs singularités et comment des expériences conjoncturelles peuvent les reconfigurer.

⁴⁶ [En ligne] http://www.unicef.org/french/infobycountry/mauritania_statistics.html

IV-2-1 Un rapport au système de santé marqué par la méfiance

La trajectoire du petit Cheikh : expressions de perceptions du système de santé

Afin d'introduire cette analyse, relatons la trajectoire de maladie du petit Cheikh, dont le récit nous semble emblématique des principaux aspects des perceptions des Mauritaniens vis-à-vis de leur système de santé.

Cheikh, 18 mois

Cheikh est né au début du mois de février 2011, au dispensaire du 6^{ième}. Sa mère, une femme de père *haal pulaar* et de mère *harratine*, a donné naissance à deux autres enfants d'un précédent mariage, une petite fille de 7 ans et un petit garçon de 4 ans. Cheikh est le premier enfant né-vivant de son père, *harratine* qui travaille dans la capitale comme chauffeur de taxi. Avant d'épouser la mère de Cheikh, il a été marié deux fois, mais sa première femme est décédée en tentant de donner naissance à un premier enfant, mort-né, et son second mariage est resté infertile pendant plusieurs années. La petite famille habite un logement en dur de quelques pièces dans le quartier d'Arafat. L'une de ces pièces, utilisée comme salon, est vide de tout mobilier et ses murs sont nus. Dans une autre, ils tiennent une petite boutique dont le volume de marchandises est pour le moment très restreint.

Parcours hospitalier

Trois jours avant le baptême de Cheikh, sa mère remarque que ses urines sont jaunes. Le jour du baptême, il reste endormi et refuse de téter. Ce jour-là, son père remarque aussi qu'il ne va pas bien : il a le corps chaud et n'ouvre pas les yeux. Le lendemain, ses parents le conduisent au dispensaire du 6^{ième} où il est né une semaine plus tôt. On lui prescrit des médicaments, mais, « *cela n'a rien donné* ». Ses parents retournent au dispensaire, et sont orientés vers l'Hôpital national, où Cheikh est hospitalisé en pédiatrie. L'enfant est tout jaune - ses yeux, ses aisselles, son urine – et les médecins lui font de nombreuses analyses. Cheikh a la « *fièvre jaune*⁴⁷ » conclut sa mère. À l'hôpital, d'autres accompagnants leur disent que pour cette maladie, seul le « *soigner noir* » peut amener la guérison. Lors de l'hospitalisation en néonatalogie, un jour, son père et son oncle sont particulièrement en colère parce qu'au laboratoire, un échantillon de sang de Cheikh a séché. Il faut refaire un prélèvement, alors que l'opération s'est révélée très difficile le matin même.

Grand-oncle : « *J'ai été cherché les résultats de l'analyse de sang, ils ont dit qu'ils ont laissé cela, qu'on ne peut plus utiliser, qu'il faut en refaire une. Parce qu'ils n'ont pas mis au frais.* »

HK : « *Ça ce n'est pas normal.* »

Père : « *Ce n'est même pas l'argent, mais on lui a pris beaucoup de sang.* »

Grand-oncle : « *Un enfant de deux semaines, même pas, 10 jours. À cause des piqûres sa main est toute enflée. J'ai vu que sa main était toute enflée ce matin. [...] Ce matin, ils ont piqué partout ils*

⁴⁷ Selon les médecins, l'enfant a un ictère néonatal. Le terme de « *fièvre jaune* » employé par la mère ne vient donc pas des professionnels de santé, mais peut-être d'une traduction de la nomination *pulaar* de la « *jaunisse* » : *soynabo*.

n'ont pas trouvé de veines. Ils ont essayé la main, le pied, la tête, ils n'ont pas trouvé de veines. [...] Lui prendre son sang, une personne qui n'a même pas une semaine ! »

HK : « Bon, ce n'est pas qu'il risque de manquer de sang mais ça fait mal... »

Père : « Ils vont me le tuer ! »

Au fil de l'hospitalisation, le père de Cheikh se dit de plus en plus « fatigué⁴⁸ » des coûts des soins « *On m'a demandé une ordonnance de 7 000. Puis juste après, des analyses à 10 000. Le lendemain, on m'a redemandé une analyse de sang, on m'a dit que la première n'était pas nécessaire. Pour rien. J'ai été voir la major pour lui dire que je suis pauvre, que je suis fatigué. Elle n'a pas voulu, elle m'a dit 'eh oh attend encore'. Mais je suis fatigué. [...] Je suis chauffeur de taxi [...] je gagne 30 000 UM par mois. [...] Et cela fait trois jours que je n'ai pas travaillé.* » Finalement, une fois leurs économies épuisées, les parents de Cheikh finissent par bénéficier d'une prise en charge par le service social. Cependant, certains médicaments ne sont pas disponibles à l'intérieur de l'hôpital et il faut les acheter à l'extérieur, où le règlement reste à leur charge. Au bout d'une quinzaine de jours, Cheikh sort de l'hôpital. Pour tous les coûts engendrés, les parents disent qu'ils n'ont pas contracté de dette et qu'aucun parent ne les a aidés. Sa mère décrit que les parents sont venus seulement pour saluer, n'ont rien laissé. Son père, plusieurs mois après l'hospitalisation, se rappelle avec amertume de ces analyses payées « *alors qu'elles n'étaient pas nécessaires* ». Sa mère mentionne la réalisation d'analyses, de radios, sans même que les médecins aient dit le nom de la maladie : « *ils viennent et ils donnent le traitement [...] les médecins soignent mais ils ne disent rien* ». Néanmoins, un des médecins, *haal pulaar*, a donné quelques informations, devenant alors particulièrement apprécié des parents. La grand-mère maternelle de Cheikh, qui remplaçait souvent sa fille auprès de l'enfant hospitalisé, demeure marquée par le fait que Cheikh recevait beaucoup de piqûres, que les soignants n'arrivaient pas à le piquer aux mains et aux pieds et donc, le piquaient à la tête : « *À l'hôpital ils sont sans pitié. J'ai pleuré car plus de quatre médecins étaient sur lui. Ils n'ont pas pitié, tu paies tout.* » Tempérant ces propos, la mère de Cheikh est néanmoins critique vis-à-vis de l'hôpital : « *l'hôpital c'est plein de problèmes !* » Quant au père, il rétorque ironiquement que « *l'hôpital n'a pas de problèmes, ce que tu veux avoir, tu peux l'avoir si tu as de l'argent.* »

Trajectoire de maladie suite à l'hospitalisation

Vers quatre mois, les parents de Cheikh remarquent qu'il ne s'assoit pas et qu'il ne peut pas non plus maintenir sa tête droite. L'enfant souffre aussi de maux de ventre. Ses parents se rendent au service de néonatalogie, cherchant le médecin *haal pulaar* dont ils avaient apprécié les qualités relationnelles. On leur dit que l'enfant, trop grand pour la néonatalogie, doit se rendre aux urgences. Là-bas, le médecin leur prescrit des médicaments pour les maux de ventres, et leur dit que pour la tête, cela va s'arranger. Vers huit mois, Cheikh ne s'assoit toujours pas. Sa grand-mère maternelle est inquiète du fait qu'il garde toujours son bras tendu vers l'arrière. Ses parents le conduisent voir une guérisseuse maure exerçant dans le quartier de *Dar Naïm*. Elle ne demande aucun paiement, ce que louent les parents de Cheikh qui toutefois lui laissent 4 000 UM [10 euros] de bon gré. Sans explications, la guérisseuse donne un gri-gri à attacher au poignet, ainsi qu'une dilution d'écritures coraniques que

⁴⁸ Pour exprimer les difficultés d'argent, l'euphémisme « être fatigué » est souvent employé. Il s'agit aussi d'une manière de dire les choses sans offenser le mari dans son rôle de pourvoyeur aux besoins de sa famille.

Cheikh doit boire dans du lait, avant d'être frotté avec le reste de la préparation. Elle recommande que l'enfant mange des dattes et prenne du beurre pour laver l'intérieur de son ventre. L'état de Cheikh s'améliore, mais peu de temps après, « *c'est revenu* », constate sa mère. Alors que Cheikh est âgé de neuf mois, ses parents s'inquiètent qu'il pleure beaucoup les soirs. Ils le conduisent de nouveau au service de néonatalogie de l'Hôpital national, et réussissent cette fois à retrouver le médecin qui avait suivi l'enfant lors de son hospitalisation. Celui-ci leur prescrit une ordonnance pour un IRM cérébral, où est écrit : « *Retard d'acquisition psychomotrice avec antécédent d'ictère néonatal, hospitalisation en pédiatrie* ». Selon son père, ils sont envoyés vers l'anesthésiste qui dit qu'il ne peut pas anesthésier l'enfant car celui-ci « *a mal à la poitrine* ». L'anesthésiste prescrit une pommade pour la poitrine mais les parents décident rapidement d'interrompre son application, car, selon son père, « *elle est trop dure pour lui* ». Ils se rendent alors à l'hôpital d'Arafat, où une radio du thorax est réalisée. Une ordonnance est prescrite et, suite à la prise de ces médicaments, sa mère dit qu'il n'a plus mal à la poitrine.

Alors que Cheikh atteint l'âge de 14 mois, sa mère se rend de nouveau à la consultation de pédiatrie de l'Hôpital national. Elle est inquiète : « *1 an et 2 mois il ne s'assoit pas : c'est grave* ». Le docteur m'explique que le retard psychomoteur de l'enfant est lié à l'ictère néonatal, qui a provoqué une atteinte neurologique, dont l'enfant souffrira toute sa vie. Il donne quelques explications en *pulaar* à la mère de Cheikh. Après la consultation, j'essaie de savoir ce qu'elle en a compris : elle dit que les problèmes de l'enfant sont liés à la « *fièvre jaune* », qu'elle doit faire un scanner à 30 000 UM [80 euros]. Les jours passent, elle attend que son mari puisse réunir l'argent pour le scanner. À cette période, Cheikh souffre, d'après sa mère, de *seero* (constipations). Pour ces « *douleurs à l'anus* », sa mère se rend chez un « *docteur* » du quartier qui lui prescrit une ordonnance avec des suppositoires. Puis, elle se rend chez un tradipraticien *pulaar* du quartier d'Arafat, qui lui donne de la graisse animale, « *qui le guérit bien* ». Cependant, sa mère trouve qu'il est toujours un peu constipé. Elle garde chez elle un sirop contre la constipation, et lorsque qu'il reste deux jours sans aller à la selle, elle lui achète des oranges et lui donne du sirop. Deux mois plus tard, l'argent pour le scanner n'a toujours pas pu être réuni. Pour tenter d'obtenir une prise en charge du scanner, le père de Cheikh retourne voir la personne qui leur avait octroyé une prise en charge sociale lors de l'hospitalisation en néonatalogie, ainsi que l'adjoint au directeur de l'hôpital, sans succès. De toute façon, il s'interroge car le scanner nécessite l'application de la pommade que Cheikh n'avait pas supportée la dernière fois. Cheikh maigrit beaucoup. Sa mère dit qu'il est tellement maigre qu'elle passe son temps à pleurer sur lui. Selon elle, cet amaigrissement est lié aux constipations persistantes dont il souffre : « *il souffre de seero, il pleure, il maigrit.* » Elle le conduit chez le « *docteur* » du quartier, qui l'hospitalise⁴⁹. Pendant l'« *hospitalisation* », il pleure beaucoup : sa mère pense que c'est à cause de ses constipations mais le médecin prescrit des anti-diarrhéiques et oriente vers l'hôpital neuropsychiatrique. La mère de Cheikh sollicite son mari pour consulter en neuropsychiatrie, mais celui-ci reporte l'échéance.

⁴⁹ Nous reprenons les termes correspondant à la traduction littérale des propos de sa mère. Le « *docteur* » est un infirmier retraité consultant gratuitement et revendant des médicaments sans agrément. L'« *hospitalisation* » n'est ni plus ni moins qu'une perfusion sur l'unique lit dans la « *boutique* » où l'infirmier consulte ses patients.

A 20 mois, Cheikh pleure toujours beaucoup. Lors de notre dernière rencontre, il souffre de diarrhées depuis une semaine. Il est amaigri et déshydraté : nous recommandons à sa mère de reprendre les anti-diarrhéiques ainsi que des sels de réhydratation qui lui avait été prescrits au mois d'Août. Sa mère dit qu'elle voulait le conduire à l'hôpital, mais qu'elle a renoncé, car elle souffre beaucoup de ses problèmes dentaires, qui durent depuis plusieurs mois, qu'elle n'a pas eu les moyens de soigner. Elle confie « *parfois, en tant que parents, on est négligent* ».

Une des impressions majeures qui ressort de la lecture de la trajectoire du petit Cheikh est l'attitude d'anxiété et de méfiance envers les soins hospitaliers, ainsi qu'envers le système de santé en général. Les parents de Cheikh intègrent certes certaines informations qui leur ont été données à l'hôpital, mais ils ne les prennent aucunement comme argent comptant, ni même comme principale référence. La méfiance, omniprésente, est seulement tempérée par quelques « îlots de confiance » que sont les relations établies avec certains professionnels de santé, et auxquelles les parents de Cheikh cherchent à s'accrocher, autant que possible. Ainsi prennent-ils en confiance un médecin de la néonatalogie, qui, seul, a donné à la mère de Cheikh des explications en *pulaar*, et qu'ils tentent par la suite de retrouver, bien que Cheikh ne relève plus des services de néonatalogie. Cette démarche, qui ne correspond pas à celle attendue par l'organisation hospitalière, se révèle pertinente puisque le médecin des urgences, vers lequel ils sont orientés une première fois, passe à côté de l'histoire de la maladie de Cheikh, et à côté du diagnostic. Ce n'est que la fois suivante que le médecin de la néonatalogie, que les parents de Cheikh sollicitent, établit le diagnostic du retard d'acquisition psychomotrice en lien avec l'ictère néonatal.

Le récit des parents exprime combien l'hospitalisation est source d'anxiété, d'autant que ceux-ci doutent, en permanence, du bien-fondé des attitudes et décisions thérapeutiques. Les ponctions veineuses subies par Cheikh constituent des aspects saillants d'un vécu douloureux de l'hospitalisation, d'autant plus que l'une de ces analyses a été perdue par négligence au laboratoire. Le père de Cheikh doute de l'utilité de ces ponctions et sa grand-mère maternelle, des mois plus tard, demeure choquée par ce qu'elle considère étant à l'origine des problèmes de santé de son petit-fils.

Nous avons pu l'observer au long de nos enquêtes, la méfiance est une tonalité dominante dans les propos des familles envers leur système de santé. Cette méfiance prend probablement racines dans les conditions d'introduction de la médecine à l'époque coloniale. Comme le souligne Franz Fanon pour l'Algérie, « *La science médicale occidentale introduite en même temps que le racisme et l'humiliation, a toujours, en tant que partie du système oppressif, provoqué chez l'autochtone une attitude ambivalente* » (1972[1959] : 107). Le doute, l'évitement et le refus d'une adhésion aveugle se prolongent envers une médecine héritée de l'époque coloniale et toujours désignée « médecine des blancs ». La méfiance des familles se nourrit, aujourd'hui, d'un manque de familiarité avec les structures sanitaires, mais aussi, d'expériences malheureuses, ou vécues de manière négative et critique.

La méfiance des familles aiguïée par des expériences malheureuses

Les membres des familles rencontrées se sont montrés prolixes s'agissant d'expériences hospitalières malheureuses, faisant le récit de négligences, de manque de professionnalisme, ou pire, d'« erreurs » médicales. S'il est parfois difficile de faire la part des choses s'agissant de la réalité médicale des situations décrites, ces récits traduisent des vécus du système de santé. Ces expériences malheureuses ont marqué les esprits, entretenant une méfiance imprégnant les décisions thérapeutiques.

« Je suis partie avec ma petite sœur, elle était en état de grossesse, on a été à l'hôpital d'Arafat. Elle avait des maux de tête. Des céphalées là. Bon, il y avait la sage-femme de garde, ils lui ont pris sa tension, c'était normal. On lui a montré que les pieds étaient enflés. Elles ont dit "c'est parce qu'elle ne bouge pas, elle ne travaille pas, elle ne fait rien, elle mange et elle se couche, voilà pourquoi..." Nous sommes revenus à la maison. Au crépuscule, elle a piqué une crise. Sa tension avait augmenté. Elle a fait une crise. On l'a amenée à l'Hôpital national, là-bas ils lui ont fait une césarienne, ils ont dit que sinon elle allait y passer. [...] Eux [l'hôpital d'Arafat] ils nous avaient dit qu'elle n'avait rien, que sa santé était normale. Elle a fait deux jours à la réanimation. Elle a failli mourir. » (Neene S.)

Le père de Sidi raconte que sa sœur, en 2009, a eu un problème de tumeur au sein. Il l'a conduite chez un médecin dans une première clinique, celui-ci a dit : « *c'est un petit truc, on doit faire une intervention, tu vas payer 400 000 UM et on va l'enlever* ». Il est parti dans une autre clinique, on lui a de nouveau proposé une intervention à 300 000 UM [800 euros], qu'il a acceptée. Lors de l'intervention, l'un des chirurgiens est venu et lui a dit : « *Ah le sein il faut qu'on le coupe car je peux confirmer à 99% qu'il y a une tumeur. [...] On doit couper, je te donne 5 min pour la réponse.* » Le père de Sidi raconte : « *J'étais avec la maman, et la maman elle a dit 'non, non il ne faut pas toucher ma fille'.* » Ils ont refusé l'intervention, puis ils ont décidé de se rendre en Tunisie. Pour ce voyage, ils ont réuni une importante somme d'argent, l'équivalent de 8 000 euros. Divers membres de l'entourage ont collecté l'argent auprès de leur tribu. Le père de Sidi a même vendu sa voiture. Il a accompagné sa sœur en Tunisie. Là-bas, ils ont fait des analyses, et une biopsie a été envoyée en France, qui était négative : « *il n'y avait même pas 1% de cancer !* ». À son retour, le père de Sidi s'est rendu chez le praticien qui voulait opérer sa sœur : « *je suis parti moi-même à son cabinet et je l'ai insulté devant tout le monde, je suis parti le voir à l'université, je l'ai attrapé devant tout le monde, j'étais énervé, j'ai dit que c'est un salaud et qu'il n'y connaît rien, parce qu'il veut couper le sein de ma sœur et il ne prend même pas le temps de... Ah...* » (Père de Sidi, entretien à domicile)

Le père d'Abou raconte que son jeune frère, souffrant d'hémorroïdes, a été opéré à l'Hôpital national. Lors d'un soin, l'infirmier a fait une erreur, il a arraché « un morceau » qui avait été posé lors de l'intervention. Le père d'Abou décrit : « *Il avait très mal, cela nous a créé tous les problèmes du monde. Lorsque le chirurgien a vu cela, il a dit qu'il fallait de nouveau l'opérer. Mon autre petit frère a fait un scandale là-bas, il a été au bureau du directeur. L'infirmier s'est*

fait licencié. Mais il est venu nous voir, il a dit qu'on a qu'à l'excuser, de retirer la plainte, et on a retiré la plainte. » (Père d'Abou, entretien à domicile)

Notons la fréquence de tels récits, qui ne sont pas de seulement des anecdotes transmises par bouche à oreille, mais bien des événements récemment vécus, dans l'entourage proche de nos interlocuteurs. Dans les perceptions de l'espace thérapeutique, ces expériences malheureuses dessinent des zones répulsives, qui peuvent – ou non - donner lieu à des évitements, comme nous l'avons illustré avec l'exemple de la petite Aïchetou, dont la mère évitait l'hôpital Mère-enfant, puis l'Hôpital national. La question des interventions chirurgicales cristallise en particulier les craintes des familles, qui abondent de récits d'opérations qui auraient été réalisées à tort. La méfiance est entretenue par des expériences malheureuses, mais il faut également souligner comment le doute, omniprésent, peut impliquer des mésinterprétations des situations de soins. Le regard des accompagnants est scrutateur, suspicieux. Les mauvaises expériences sont en quelque sorte attendues, comme venant justifier, une fois de plus, le jugement de la piètre qualité des soins, ou du manque de professionnalisme.

Irrégularité des pratiques de soins et doutes des familles

Confronté à des pratiques de soins hétérogènes, le regard méfiant des familles ne manque pas de s'accrocher aux « irrégularités » visibles des soins prodigués. Options de prises en charge apparemment non-systématiques, marques de désaccords entre professionnels de santé, aspect brouillon ou non-réglementé du travail médical... toutes les irrégularités ont tendance à être interprétées, à raison ou à tort, comme signes d'erreurs, d'incompétences, de manque de professionnalisme. Certains parents, attentifs et d'un bon niveau d'éducation, ne manquent pas de décortiquer des pratiques « irrégulières » dans la réalisation des soins. Comme nous le comprenons au travers des propos suivants, des attitudes agressives, parfois injustifiées considérant la situation donnée, font suite au regard suspicieux et critique sur les soins, les parents basculant vite de la méfiance au sentiment d'être lésé et à des accusations frontales.

« Oui, c'est que les gardiens qu'ils mettent ici, ce sont des bêtes. Ils mettent des cons, des bêtes à l'entrée. Ils ne comprennent rien, ils ne font qu'appliquer les règles et la règle c'est de ne pas laisser entrer les gens. Même ici, il y a trop de paresseux, on les voit, ils sont plein, ils marchent dans les couloirs. » (Père d'un enfant en consultation, Hôpital national)

« Cela fait quatre semaines qu'on est là. Chaque fois l'enfant il va il retourne. Moi je suis découragé. J'ai tout réglé. Je vais là-bas plusieurs fois par semaine. C'est pas normal, c'est pas normal. [...] J'ai perdu mon travail parce que je suis ici pour le malade [...] Il y a un enfant, il est venu ici il y a cinq jours, il a déjà été opéré. C'est pas normal qu'il soit passé avant. C'est qu'il

est parent avec un chirurgien. Moi je vais là-bas trois fois par semaine.» (Père d'un enfant attendant une intervention chirurgicale, Hôpital national)

« Ici l'accompagnant reste toute la nuit assis il ne dort pas il surveille l'enfant, alors que cela devrait être leur travail. [...] C'est un prématuré, il fait 1kg800, il ne devrait pas être en couveuse ? » (Père d'un enfant hospitalisé, Hôpital national)

Au travers de ces exemples, nous remarquons comment les comportements des agents sont négativement interprétés : pour l'un, le nombre de professionnels de santé arpantant les couloirs est signe de paresse, pour l'autre, l'attente de la programmation d'une intervention chirurgicale est signe de traitements de faveur, tandis qu'un dernier met en cause le mode d'hospitalisation de son enfant prématuré. En réalité, sachant qu'il existe d'une part un flou dans la détermination des normes de fonctionnement, d'autre part de larges écarts dans leurs applications, le travail médical qui se donne à voir est irrégulier. Dans ce contexte, il est quasiment impossible, pour les parents d'enfants hospitalisés, de savoir où se situent les normes de fonctionnement et donc de juger de la « normalité » des pratiques. La méfiance règne, les parents ont sans cesse la crainte de voir leur problématique de santé déconsidérée, que la prise en charge de leur enfant soit négligée. Les familles n'ont pas les moyens de comprendre les ressorts des décisions médicales dont elles doutent, s'appuyant le plus souvent sur des observables indirectement liés à la qualité des soins pour en juger le bien-fondé. Ces décisions médicales sont d'autant plus difficilement compréhensibles qu'elles relèvent d'adaptations, parfois peu avouables, liées à des contraintes d'exercice (manque de matériel, absentéisme) et à des normes pratiques ou habitudes implicites. Ainsi, la décision de ne pas mettre un prématuré sous couveuse peut être liée au manque de places en couveuses, sachant que des couveuses sont en attente de réparation, au fait que l'agent de nettoyage, pour une raison ou une autre, n'a pas préparé de couveuse, ou encore, ce peut être une décision volontaire d'un médecin qui conscient que les normes d'hygiène ne sont pas respectées dans la salle des couveuses, juge que le risque d'infection nosocomiale est moins important en salle de néonatalogie. Autrement dit, il s'agit de décisions admettant de nombreux compromis, que les parents ne comprennent ni n'acceptent, sachant que la santé de leur enfant est en jeu. Ces décisions sont toutefois cohérentes, replacées dans le cadre du fonctionnement réel auquel les professionnels de santé sont confrontés, de manière plus ou moins résignée.

La méfiance dans les trajectoires de maladie

La méfiance se traduit très concrètement dans certains itinéraires thérapeutiques étudiés, intervenant dans les décisions de recours et dans les comportements d'observance. Sur ce point, l'exemple du petit Cheikh est tout à fait significatif. Son père – probablement échaudé par ses récentes mésaventures à l'hôpital - refuse la réalisation d'un scanner car celui-ci

nécessite en traitement préalable l'utilisation d'une pommade qui, selon lui, « est trop dure » pour son enfant. Difficile, toutefois, de savoir dans quelle mesure le coût excessif du scanner contribue à emporter la décision de ne pas suivre cette prescription. Nous pouvons aussi évoquer l'attitude comparable du père de Sidi, qui interrompt le traitement de Dépakine® de son fils, après 18 mois de traitement, par crainte des effets secondaires, indiquant qu'il souhaite consulter un médecin à l'étranger pour s'assurer que ce traitement ne comporte pas de danger. Dans un contexte de méfiance diffuse, où les mauvaises expériences sont légions, chaque étape des itinéraires reconfigure son lot de doutes à l'égard du système de santé. Avec l'exemple de Cheikh, remarquons également que les soins médicaux peuvent être incriminés dans les problèmes de santé. La « médecine des blancs », qui est perçue efficace sur certaines maladies, est jugée potentiellement dangereuse et provoquant de nombreux effets secondaires. L'exemple de Cheikh est d'autant plus sensible que la maladie dont sa mère dit qu'il souffre, *sooynabo* (jaunisse), est une maladie qui est connue pour ne pas pouvoir être soignée par la biomédecine. Certaines des grand-mères rencontrées disent même que les injections, pour les « jaunisses », peuvent être fatales, croyance relevée par plusieurs travaux en Afrique de l'Ouest (Jaffré, 1999 ; Bierlich, 2000 ; Leach *et al.*, 2008). On comprend mieux, de ce fait, pourquoi la grand-mère de Cheikh est obsédée par le souvenir des « injections » que celui-ci a reçues à l'hôpital. Lors de nos observations, nous avons remarqué que les craintes des familles envers les ponctions et injections étaient assez répandues, celles-ci jugeant que leurs nourrissons étaient trop faibles pour les supporter.

Des professionnels de santé confrontés à la méfiance de leurs patients

Les professionnels de santé ont conscience des sentiments de méfiance envers leur offre de soin. Ils les remarquent dans leurs dialogues avec les parents, mais aussi, au travers des difficultés qu'ils rencontrent pour prendre en charge les enfants : recours tardifs, mise en doute de leurs décisions thérapeutiques, mauvaise observance, sorties contre avis médical,... De leur point de vue, il s'agit, plutôt que d'une méfiance, d'un manque de confiance qui nuit à la relation de soins. Les comportements de méfiance se révèlent surtout en milieu hospitalier, lieu d'incompréhensions et de craintes exacerbées (Gruénais, 1985 ; Jaffré & Olivier de Sardan, 2003). Les professionnels de santé considèrent ces comportements comme des réactions de peurs irrationnelles, liées à l'ignorance de certaines familles.

« Le problème c'est que les mères viennent avec leurs enfants trop tard, dans un état très grave. [...] Parfois il y a des nécroses. On est obligé d'aller extraire l'os, on dit à la mère "vous avez vu, vous n'êtes pas venus..." [...] Une des difficultés c'est que les mères n'ont pas confiance en la personne du médecin, elles ont peur de l'hôpital. » (Interne en médecine, Hôpital national)

« Parfois je passe plus de temps à convaincre les gens de l'hospitalisation qu'à soigner. » (Pédiatre, Hôpital national)

« Ici, ce sont surtout des femmes maures parce que les Peuls ils ne viennent pas. Tu as remarqué ça ? S'ils viennent c'est que l'enfant vraiment est fatigué. [...] Parce qu'ils disent que l'hôpital aggrave la maladie. Ils ont peur de l'hôpital, ils ont peur de trouver des maladies ou je ne sais quoi. » (Infirmière stagiaire, Hôpital national)

Bien que la plupart des professionnels de santé soient eux-mêmes très critiques vis-à-vis de la qualité des soins dispensés dans leurs structures, ils excluent, dans leurs pratiques quotidiennes, que cette méfiance puisse être une attitude légitime de la part des familles. Ils s'en irritent plutôt, car de leur point de vue, « le manque de confiance » constitue un obstacle supplémentaire à la mise en œuvre des soins, dont les conditions de réalisation sont déjà pénibles. Les manières dont parents et professionnels de santé perçoivent la rencontre thérapeutique s'opposent. D'une part, les accompagnants sont sur leurs gardes, vigilants, méfiants du traitement qui sera réservé à leur enfant. Ceux qui en ont les moyens (relationnels, cognitifs ou économiques...), sont prêts à intervenir sur les situations de soins ; les autres, à défaut, se sentent soumis à d'incertaines bonnes volontés. Certains parents considèrent qu'un rôle de contrôle et de pression leur revient, afin de générer de bons soins. De leur côté, les professionnels de santé acceptent mal la méfiance et les attitudes qui en découlent, considérant que les interventions des parents perturbent leurs activités thérapeutiques. Ils savent – puisqu'ils interviennent de la sorte pour leurs parents ou amis – que les qualités des prises en charge fluctuent et se négocient. Cependant, ils n'acceptent pas que d'anonymes accompagnants, dont ils attendent patience, passivité et obéissance, puissent eux-mêmes tenter d'intervenir. La possibilité d'intervenir relève déjà d'un certain privilège : nous sommes là au cœur de l'alternance paradoxale entre le malade recommandé « sur-personnalisé » et l'utilisateur anonyme « déshumanisé » (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003).

IV-2-2 Le système de santé comme espace de coûts et de profits

Espace de soins, espace de coûts

Dans les perceptions des espaces thérapeutiques, les coûts des différentes options de recours tiennent une grande place. Plutôt que de parler de champs de la santé, Didier Fassin nous invite d'ailleurs à considérer l'offre plurielle de soin comme un « *marché de la santé* », « *c'est-à-dire un lieu d'échange où les soignés ont le choix de leurs soignants et où se forment des relations contractuelles temporaires.* » (Fassin 1992 : 443). Pour les familles dont les revenus sont faibles et moyens, l'aspect économique est une contrainte majeure des choix de recours. Très logiquement, ces familles vont privilégier les services dont elles se considèrent en mesure de pouvoir honorer les règlements. L'incertitude des coûts est particulièrement problématique, car elle expose à la honte de ne pas pouvoir honorer les factures. L'anticipation des coûts, qu'elle soit juste ou non, est une dimension majeure des choix de

recours, bien que souvent implicite car honteuse. Le fait qu'à l'hôpital, les soins et analyses puissent atteindre sans prévenir des coûts démesurés contribue aux peurs de l'hôpital et à sa perception comme un milieu hostile et mesquin. Pour les Mauritaniens ayant des revenus faibles ou moyens, la perspective de devoir se rendre à l'hôpital présage une catastrophe en termes d'économie du ménage. L'hôpital est si possible évité, ou, lorsqu'il ne peut l'être, des stratégies sont mises en œuvre afin d'y limiter les coûts. Pour la même raison, une structure modeste ou informelle, dont les prestations sont réduites, ne fait pas craindre de grandes dépenses, et peut paraître moins hostile, plus arrangeante. Quant aux plus pauvres, ils perçoivent tout bonnement les hôpitaux comme des lieux qui ne sont pas faits pour eux. Moustapha Taleb (2007), qui a travaillé auprès de familles pauvres habitant les *Kebbe*, explique que celles-ci se sentent exclues du système de santé comme de la modernité en général. L'auteur décrit que le système de santé dans son ensemble apparaît à ces populations « *inaccessible et antipathique* », qui confinent leurs recours aux traitements « traditionnels » ou « informels ».

La dimension économique n'est pas non plus absente des logiques de recours des familles les plus aisées, qui sont traversées par des logiques consuméristes. Ces familles fréquentent les meilleures cliniques, les pharmacies en vogue, escomptant une meilleure qualité des soins, mais aussi parce qu'elles privilégient des modes de consommation élitiste, orientés vers le luxe, la modernité et l'international. Cette dimension consumériste ne diffère pas vraiment des logiques qui poussent les femmes de familles riches à préférer les grandes surfaces modernes aux étals des marchés populaires, et pénètre d'autant plus facilement le « marché de la santé » que les compétences médicales en elles-mêmes sont peu crédibilisées. À titre d'exemple, nous pouvons citer une grand-mère de milieu nanti, à propos de la clinique qu'elle fréquente : « *la clinique Ibn Sina ils travaillent bien. Là-bas c'est la France. Ils te soignent d'abord et après ils t'amènent la facture* ». Evoquons aussi le succès éclair de la « *Pharmacie de Paris* » (photo 25), ouverte au début de l'année 2012, sur l'un des principaux axes du centre ville, devant laquelle s'arrêtent de grosses et rutilantes automobiles. Pour l'élite, la consommation de soins peut être une de ces « *situations d'ostentation d'un pouvoir économique* », que Céline Lesourd a analysées chez les femmes d'affaires maures (Lesourd, 2006).



Photo 25 : « Pharmacie Paris », Tevragh Zeina

La structuration pyramidale de l'offre de soin à Nouakchott, du fait de ces perceptions et logiques de recours populaires, n'est pas respectée. D'un côté, on observe des parents démunis qui ne recourent qu'aux structures les plus modestes ou se contentent d'une offre informelle, sans jamais accéder au niveau supérieur de la pyramide. D'un autre côté, des parents nantis recourent directement, et pour toutes problématiques de santé, au niveau tertiaire de soins, engorgeant les consultations externes et les services des urgences pour des maladies souvent bénignes. Gardons-nous cependant une vision duelle et caricaturale, sachant que de nombreuses situations intermédiaires et à géométrie variable existent, lorsque l'on considère l'influence d'autres types de ressources (culturelles, sociales). Par exemple, une familiarité avec l'offre du tertiaire et une bonne connaissance des tarifs peut permettre à une famille aux revenus modestes d'oser le recours à l'hôpital.

Un vécu négatif lié aux coûts de soins

Si les coûts de certains actes médicaux sont relativement fixes et limités (frais de consultations, lit d'hospitalisation), d'autres sont imprévisibles et excessifs rapportés aux revenus des ménages (coûts de certains médicaments, coûts des analyses). Pour donner un ordre de grandeur, le salaire minimum en Mauritanie de 30 000 UM mensuel [80 euros], peut être rapidement atteint dès qu'il s'agit de bilans sanguins, dont le coût environne les 10 000 UM [25 euros], de radios, facturées également 10 000 UM, ou d'un scanner, facturé à lui seul 27 000 UM [70 euros]. Le coût des actes d'analyses, rapporté à leur utilité perçue, paraît incompréhensible voire absurde aux familles. Ainsi, les parents rencontrés à l'hôpital indiquent avoir dépensé plusieurs dizaines de milliers d'Ouguiyas les premiers jours de l'hospitalisation, soit l'équivalent d'un à trois salaires mensuels pour la plupart d'entre eux. Ces coûts sont tels que, même lorsqu'un enfant est jugé « bien soigné » par ses parents, la tonalité du vécu reste négative ou très négative, soit que les dépenses concédées sont trop

élevées, soit que le renoncement à certaines options de soins laisse un souvenir amer. Le coût des ordonnances et des analyses, même lorsque l'enfant guérit, reste en « travers de la gorge » des parents, qui ont l'impression que les médecins n'ont pas eu d'égards vis-à-vis de frais qui grèveront durablement leur budget, et auront des retentissements directs sur leur vie quotidienne. Evoquons une nouvelle fois le cas du petit Cheikh, l'amertume de son père face aux coûts des analyses générées par son hospitalisation, dont il ne comprend pas vraiment l'intérêt. Comme l'illustrent les propos ci-dessous, d'autres parents, comme le père de Cheikh, décrivent l'hospitalisation comme une succession sans fin de dépenses.

L'oncle d'un enfant hospitalisé m'explique que souvent, il faut donner de petits billets aux soignants pour qu'ils soient gentils et s'occupent bien. Il dit qu'il n'a rien donné cette fois, mais qu'il y a eu beaucoup de dépenses : « *Depuis le début de l'hospitalisation, il a fallu dépenser 60 000 UM [160 euros]. Chaque jour, il y a de nouvelles ordonnances, même si l'on a acheté les précédentes.* » Cependant, ces dépenses étaient limitées puisque qu'en tant qu'ingénieur militaire, il a fait bénéficier à son neveu de son assurance à la CNAM (ce qui n'est en principe pas autorisé) et n'a réglé que 10% des frais : « *heureusement, car les analyses coûtent très cher.* » (Oncle d'un enfant hospitalisé, Hôpital national)

La grand-mère d'un enfant hospitalisé me dit avoir payé beaucoup d'ordonnances, et précise que même le lit doit être payé : « *Le problème ici, c'est qu'il faut tout payer.* » Elle me montre une ordonnance d'analyses, faite la veille, en me disant que pour le moment, elle n'a pas trouvé les moyens de faire ces analyses. Elle me montre les autres accompagnantes de la salle et me dit : « *Vous voyez tout cela ce sont des indigents, eh bien ils doivent payer.* » (Grand-mère d'un enfant hospitalisé, Hôpital national)

Je demande à la grand-tante d'un enfant comment se passe l'hospitalisation. Elle me répond : « *Bien. Mais chaque minute on te demande une ordonnance, 2000 ou 3000. [...] Là, il va encore falloir payer les analyses. Le problème ici c'est qu'il y a beaucoup d'ordonnances. Si tu as de l'argent, ils vont tout faire. Si tu n'as pas d'argent, ils ne vont pas regarder l'enfant. [...]* Je lui demande : « *Mais l'enfant est bien soigné ici ?* ». La grand-tante : « *Oui, il est bien soigné avec notre argent !* » Elle ajoute que depuis le matin, elle n'a encore rien mangé. (Grand-tante d'un enfant hospitalisé, Hôpital national)

Dans ces propos des parents, la question des coûts des soins submerge la question de leur qualité, qu'ils ne sont plus en mesure d'apprécier, tant ces coûts leur paraissent disproportionnés, injustifiés. Quant aux médecins, qui ne réalisent pas toujours la mesure du sacrifice économique des familles, ils sont tantôt compréhensifs mais impuissants à diminuer ces coûts, tantôt exaspérés de voir les parents se focaliser sur les coûts des soins, et non sur les problèmes de santé de leur enfant. Dans les cas extrêmes, les parents en viennent à accuser les professionnels de santé de commercer et les professionnels de santé, à accuser les parents de négliger leurs enfants et resquiller le paiement des soins. Bref, le problème du coût des prises en charge interfère particulièrement négativement sur les relations entre

parents et professionnels de santé. Certains parents en viennent au sentiment que le paiement est la seule place qu'on leur octroie à l'hôpital. La délivrance de l'ordonnance n'est alors pas vécue comme un acte de soin mais comme une injonction à payer.

HK : « Les médecins t'ont donné des explications ? »

Mère : « Non les médecins ils viennent et ils regardent c'est tout. Ils écrivent l'ordonnance et moi je vais acheter. C'est ça seulement entre nous. »

(Mère d'un enfant hospitalisé, Hôpital national)

« Les médecins, chaque jour ils te donnent des ordonnances, ils te font mal. [...] L'hôpital tout le monde dit c'est dur, c'est dur, mais maintenant moi je sais combien c'est dur. » (Oncle d'un enfant hospitalisé, Hôpital national)

HK : « Vous avez eu des explications de la part des professionnels ? »

Père : « Non, nous ici on ne sert qu'à payer les ordonnances. »

(Père d'un enfant hospitalisé, Hôpital national)

Outre le fait que les coûts des soins peuvent être dans certains cas incontestablement excessifs rapportés aux moyens économiques des ménages, d'autres facteurs les rendent difficilement supportables. Ils sont d'une part incompréhensibles du point de vue de nombreux parents : comment des actes de quelques secondes, apparemment simples, peuvent coûter l'équivalent de plusieurs journées de travail ? Cette disproportion leur donne l'impression que les coûts des soins sont injustifiés, que les professionnels de santé, profitant de la situation, « encaissent » sans effort de travail.

Des coûts injustes

Méfiant, les parents craignent de payer plus qu'ils ne devraient. Des craintes fondées lorsque l'on sait qu'en Mauritanie, comme ailleurs en Afrique, les pratiques de corruption sont légions dans le secteur de la santé : gratifications indues, sur-tarifcations, détournement et revente de médicaments (Olivier de Sardan *et al.*, 2007). Le système de paiement dans son ensemble est vécu comme injuste, notamment au regard de la situation des « privilégiés » qui bénéficient de l'assurance maladie et ne doivent déboursier qu'un faible reste à charge. La mise en œuvre du système de prise en charge des indigents, mis en place à l'Hôpital national, alimente également les doutes sur la manière dont les « dus » sont déterminés. En principe, l'obtention d'une prise en charge requiert une demande auprès du ministère des Affaires Sociales, puis auprès de la Direction des Affaires Sociales de l'hôpital, qui mène une enquête pour s'assurer que les demandeurs sont réellement des indigents. Aucun critère n'est clairement édifié. Selon un surveillant, l'enquête consiste au passage d'agents « *qui viennent voir dans le service et attribuent selon leurs impressions, selon comment les gens sont habillés, la mine qu'ils ont* » (Major, Hôpital national). L'attribution de cette prise en charge donne également droit à un forfait d'hospitalisation, ainsi qu'à des réductions pour les analyses et

les médicaments de la pharmacie de l'hôpital, qui n'est pas toujours bien approvisionnée. Un système plus court, permettant la prise en charge des traitements et analyses, existe également. L'infirmier ou le médecin peuvent inscrire la mention « indigent » sur l'ordonnance. Les ordonnances portant cette mention doivent recevoir l'approbation par signature du pédiatre chef de secteur, du chef de service puis du directeur de l'hôpital : les médicaments ou analyses prescrites sont alors fournis gratuitement par la pharmacie de l'hôpital. Bref, les modalités d'obtention de la prise en charge des frais apparaissent opaques, subjectives, et dépendantes de l'honnêteté des agents impliqués. Elles nécessitent l'appui d'un médiateur qui connaît le système ou d'une personne du service qui se charge d'accompagner les démarches. La prise en charge se fait rarement dès l'admission, ce qui exclut, de fait, ceux qui ne peuvent pas régler le ticket d'entrée. Une des manières « informelles » dont les services sociaux tentent de distinguer les « vrais » indigents, est d'« attendre » de voir si les familles réussissent à trouver l'argent pour les soins, « attente » qui peut durer plusieurs jours. Avec l'exemple de Cheikh, nous voyons que la prise en charge ne se met en œuvre qu'après plusieurs jours d'hospitalisation, le major régulant ainsi les dépenses: « *attends-encore, tu n'es pas assez fatigué* » lui dit-il avant d'appuyer sa demande de prise en charge quelques jours plus tard. Il existe donc un espace de négociation autour de la mise en œuvre des mécanismes de prise en charge, ainsi, il faut bien le reconnaître, que des possibilités de faire jouer des relations. Nous l'avons observé, certaines personnes qui ne sont pas indigentes bénéficient du système de prise en charge. Ces mécanismes d'exemption ont donc des effets pervers, d'une part parce qu'ils sont détournés dans des réseaux de relations renforçant les inégalités d'accès aux soins, d'autre part parce qu'ils contribuent au manque de transparence s'agissant des coûts et au sentiment des familles de payer injustement.

Selon certains anthropologues ayant travaillé sur la question, notamment Thierry Berche (1998), le fait que les soins médicaux soient souvent perçus comme trop onéreux est également à rapprocher des conditions d'introduction de la biomédecine, qui, les premiers temps, était une médecine gratuite. Selon ces auteurs, cet historique contribue à expliquer que les familles, habituées à la médecine gratuite, rechignent davantage à payer les soins médicaux que les marabouts et guérisseurs, dont les tarifs sont parfois aussi élevés. Il faut cependant considérer que les modes de paiements des marabouts et guérisseurs s'adaptent davantage aux moyens des ménages d'une part, et que, d'autre part, ils présentent davantage de commodités et de possibilités de crédits, de paiements fractionnés, ou autres « arrangements » adaptés aux économies précaires (Fontaine, 2013). Le fait que certains coûts doivent toujours être réglés avant les soins, notamment en préalable à toute admission, est d'une rigueur que les familles jugent inhumaine. Enfin, les coûts des actes thérapeutiques des guérisseurs et des marabouts – lorsqu'ils sont considérés comme authentiques – sont mieux compris. En intervenant auprès de forces invisibles, marabouts et guérisseurs

« s'endettent » et doivent, pour rétablir l'équilibre, faire eux-mêmes des sacrifices. Les marabouts sont notamment tenus de redistribuer en aumône une importante partie ce qu'ils gagnent. Le fait qu'ils ne montrent pas de signe d'enrichissement est d'ailleurs l'objet d'une reconnaissance sociale. Quant à un thérapeute tel que le *bileejo* en milieu *pulaar*, on considère même qu'il paie, de sa propre existence sociale et de l'avenir de sa lignée, les interventions opérées auprès des forces invisibles (Tall, 1984, 1985). Les coûts des interventions des marabouts et guérisseurs sont d'autant plus admis que la stature sociale de ceux-ci est reconnue. Cependant, nos interlocuteurs sont également critiques vis-à-vis des marabouts et guérisseurs qu'ils considèrent être dans des logiques de commerce. Dans les conceptions populaires, tout thérapeute qui cumule des bénéfiques outrepassant ce qu'il apporte au malade, qu'il soit professionnel de la biomédecine ou non, s'expose à une réprobation sociale.

Des professionnels de santé jugés intéressés par l'argent

En corollaire des perceptions de coûts des soins démesurés, les professionnels de santé sont jugés intéressés par l'argent, vénaux, voire corrompus. Les familles dénoncent des relations de soins conditionnées au paiement, décrivent les négligences dans les relations de soins, dont ils se sentent victimes dans un système de profits.

« Les centres de santé maintenant ils font du commerce, ils ne soignent pas. Mais quand tu as un enfant qui vient qui est malade, il faut le déshabiller, lui palper les oreilles, regarder la rate, le sternum, hein ? Mais non : "qu'est ce qu'il a ?" "Ah... il pleure, ah voilà ton ordonnance". Ils ont un pourcentage avec les pharmacies. Et avec les pharmacies à l'intérieur aussi ils ont un pourcentage, un médicament qui fait trois cents, ils disent cinq cents. Moi maintenant ma fille si je vais à l'hôpital il faut que ce soit quelque chose de sérieux. » (Neene M.)

« Tu vois des professeurs ils consultent jusqu'à 70 ou 80 patients par jour. Mais comment tu peux... [...] Ils continuent jusqu'à minuit une heure du matin. [...] Ils sont trop pressés, chaque consultation ils ne prennent que deux minutes [...] Le problème c'est que nos docteurs sont gourmands, pressés et ils n'ont pas le temps. [...] Et même dans les cliniques privées, imagine-toi le médecin qui travaille les matins pour l'Etat de 8h00 jusqu'à 15h00. Et à 17h00 il sera pointé dans une clinique où il devra consulter une trentaine ou une quarantaine de personnes. Vraiment... il pense seulement au montant qui va rentrer. » (Père de Sidi, entretien à domicile)

« Au niveau de la médecine, il y a un commerce. S'ils voient un enfant, ils voient l'or... ils voient l'argent qu'ils vont gagner. » (Père de Youssouf, entretien à domicile)

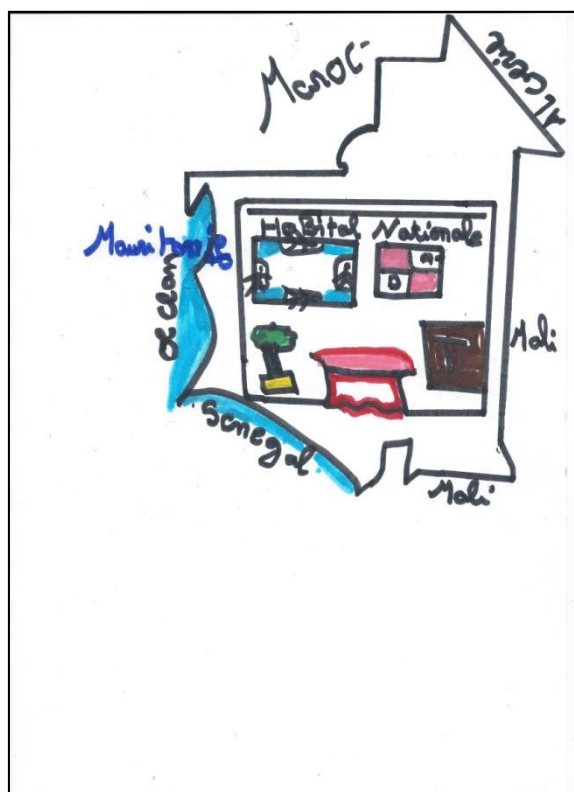
Nos interlocuteurs pensent que les professionnels de santé engrangent de confortables profits de leurs activités thérapeutiques, aux dépens des malades pour lesquels ils sont peu disponibles. Ils s'indignent que ceux-ci ne soignent que sous condition de paiement, les démunis pouvant être abandonnés à leur triste sort. « *Celui qui n'a pas d'argent il regarde son*

enfant mourir ! » nous dit le père d'un enfant hospitalisé ; « *Ils n'ont pas pitié, tu paies tout* » renchérit une grand-mère. Contrairement aux constats de Bernard Hours (1985, 1986), d'après nos enquêtes, le personnel infirmier n'est pas le seul à essuyer les critiques : les médecins, généralistes et spécialistes, en prennent aussi pour leur grade. Les professionnels de santé, comme les politiques, sont considérés comme des privilégiés, immoraux, qui « bouffent » l'argent du système public. Dans cette veine, nous avons entendu dire, par l'un de nos interlocuteurs *haalpulaaren*, que les professionnels de santé étaient « *yarooobe yiyam* », c'est-à-dire, « buveurs de sang », sorciers. Sur ce point, nous rejoignons Bernard Hours (1985, 1986), qui analyse comment la perception de l'état et ses fonctionnaires peut s'apparenter aux registres de l'interprétation sorcellaire.

IV-2-3 « C'est la Mauritanie ! » : l'offre publique dépréciée

Un système rapporté à des normes extérieures

Nos interlocuteurs considèrent que la biomédecine est une médecine efficace, mais dénigrent la manière dont elle est pratiquée en Mauritanie. Les médecines pratiquées en France, en Tunisie, au Maroc ou au Sénégal sont prises comme références auxquelles l'offre mauritanienne est comparée (dessin 5).



Dessin 5 : « L'Hôpital national en Mauritanie : mieux qu'au Sénégal mais moins bien qu'au Maroc », Awa, 10 ans, maux de ventre

Une comparaison qui tourne le plus souvent en défaveur du système de santé mauritanien.

« Ici il n'y a pas de bons docteurs, tous nos bons docteurs sont partis. [...] Au Sénégal ils te soignent bien mais c'est cher, si tu as de l'argent ils te soignent bien. [...] » (Neene M.)

« L'hôpital... Médecine traditionnelle... Il n'y a pas encore beaucoup de... Ça manque ici quand tu es en Mauritanie ça manque... Ça manque ! Parce qu'en venant vers un docteur, tu sens quelque chose qui te fait mal... Il ne te regarde pas normal. Il doit te poser des questions, comment ta maladie se décrit, comment elle se manifeste. Mais non, il commence à écrire des ordonnances. [...] Mauritanie, ça manque, ça manque, ça manque, ça manque... Si tu n'es pas couché malade, il ne faut pas aller à l'hôpital. » (Père de Salma, entretien à domicile)

« Tu sais la maladie la plupart c'est moralement. Quand tu dis que tu vas te déplacer pour améliorer, ça remonte le moral pour sa maman et la famille. [...] Ça reconforte tout le monde. [...] En Tunisie, là-bas, vraiment la médecine c'est leur devise, ici ils sont en retard, les gens ont avancé ! Mais la Tunisie ça commence à être cher aussi. » (Père de Sidi, entretien à domicile)

Considérant que leur pays est « *peu développé* », doutant de l'affectation des fonds du système public, de l'honnêteté des responsables de santé, de l'implication des agents, les Mauritanien considèrent que la médecine en Mauritanie n'est pas à la hauteur. L'offre à l'étranger, ou l'offre lors de la période coloniale, sont pris comme des référents idéaux, bien que décalés avec le contexte actuel dans lequel la médecine peut se faire et s'améliorer en

Mauritanie. Avec cette lecture, certaines plaintes s'agissant du fonctionnement de l'hôpital sont irréalistes considérant les limites des ressources humaines et matérielles du pays. « *C'est la Mauritanie !* » disent nos interlocuteurs, sous-entendant qu'ils ne trouveront, à l'hôpital comme ailleurs, que du désordre, des négligences, des passe-droits. Dans ces perceptions de l'offre mauritanienne, il y a donc des attentes importantes, des normes idéalisées, ainsi qu'un certain fatalisme, considérant que la « Mauritanie » n'engendre que de la « Mauritanie ». Le recours aux soins à l'étranger est donc privilégié par ceux qui en ont les moyens. Remarquons que cette perception est relativement partagée par les professionnels de santé, qui suite à une formation clinique et technique, découvrent les réalités du terrain mauritanien. Après le choc des débuts, puis les efforts pour changer les choses, ils finissent souvent par adopter un regard critique et résigné sur le fonctionnement du système de santé mauritanien, qu'ils considèrent avec un certain découragement comme une réalité de leur pays.

« Même au Mali, qui est le pays le plus pauvre de la zone, le système de santé est plus développé. [...] Autour de nous les pays se sont développés, le Mali, le Sénégal, nous on est resté à la traîne. » (Nutritionniste, Hôpital national)

« Vous voyez, c'est cela la Mauritanie, les pauvres doivent payer, regardez [Elle me montre une facture de 10 000UM] c'est une femme pauvre et elle a payé. Eux ils viennent, ils sont bien habillés, ils ne paient pas. Pour une hospitalisation de première catégorie. C'est ça la Mauritanie. [...] Ici les pauvres doivent payer tandis que les riches ne paient pas. » (Major, Hôpital national)

« Et oui qu'est ce que tu veux, c'est comme ça la médecine en Mauritanie. [...] Ce n'est pas moi à mon niveau qui peut changer les choses. C'est plus haut, beaucoup plus haut, c'est carrément le directeur de l'hôpital, et même, c'est le Chef de l'Etat. » (Médecin, Hôpital national)

Des professionnels mauritaniens jugés peu compétents

En addition de ces critiques adressées au système de santé mauritanien, nos interlocuteurs sont réservés vis-à-vis des compétences de leurs professionnels de santé, qu'il s'agisse du personnel soignant ou médical. Certains sont même catégoriques : les agents de santé « *ne savent rien* ». Cette affirmation, pour le moins surprenante, traduit les doutes s'agissant des compétences médicales ainsi qu'un désir de remise en cause dans des contextes relationnels conflictuels.

« Moi, je n'avais jamais vu ça. Ici, ils ne savent rien. [...] Si tu viens accompagner un malade ici tu vas fatiguer. Les docteurs ne savent rien, tu ne vas pas trouver ce que tu voudrais trouver. » (Mère d'un enfant, Hôpital national)

« Ah oui, ici les gens ne savent rien. Vous n'avez qu'à regarder vous aussi comment les choses se passent, regardez il y en a plein qui ne parlent même pas français. Ici il n'y a pas de

compétences, celui qui travaille ici, il est là parce qu'il a eu du piston. [...] Et puis aussi ici il y a beaucoup de racisme. Regardez ici c'est surtout des Maures blancs qui travaillent, ce sont eux qui ont les meilleures places, parce qu'ils ont été placés. » (Père d'un enfant hospitalisé, Hôpital national)

Ces propos exagérés affirmant que les agents hospitaliers « *ne savent rien* » semblent répondre, en échos, à ceux des professionnels de santé soutenant que les parents sont des ignorants. Nous pouvons faire l'hypothèse que le fait de ne pas se sentir reconnus contribue aux comportements de dénégation des compétences médicales : en réponse à des professionnels de santé qui semblent indifférents vis-à-vis de leurs souffrances sociales et individuelles, les parents rétorquent que ceux-ci ne « *savent rien* ». De même, des enfants qui considèrent que les médecins ne se soucient pas d'eux et n'ont pas su les soigner ont dit que les médecins « *ne savent rien* ».

HK : « Pourquoi tu n'aimes pas les docteurs de l'Hôpital national ? »

Amadou : « Parce que lorsque je suis venu pour leur montrer mon pied, ils disaient revenez demain, revenez demain. Ils ont dit qu'ils ne pouvaient pas soigner ça. »

(Amadou, 14 ans, drépanocytose, entretien à domicile)

HK : « Est-ce que tu te souviens quand tu étais partie à l'Hôpital national ? Les docteurs sont bien ? »

Ami : « Les docteurs ne peuvent pas soigner, ils n'ont pas de savoirs. »

(Ami, 8 ans, maux de ventre chroniques, entretien à domicile)

« Les docteurs là-bas ne savent rien. Et ils ne sont pas gentils, pas du tout. Et quand on leur dit de faire quelque chose pour moi ils ne font rien » (Filie, 10 ans, diabète, entretien à domicile)

Parents et enfants n'étant pas en mesure d'apprécier les compétences des professionnels de santé sur des critères techniques, leur jugement dépend donc d'une part du succès du traitement, d'autre part d'attentes s'agissant de la disponibilité et de l'apparente implication que ceux-ci manifestent. Les compétences techniques et cliniques en elles-mêmes sont l'objet de peu de considération, comme l'illustrent ces propos de mères déclarant être en mesure de faire aussi bien, voire mieux que les professionnels de santé.

« Pour les soins, il y a un qui faisait ça bien mais d'autres elles passaient juste comme ça, les soins ça tu peux faire ça toi-même. » (Mère d'Abou, entretien à domicile)

« Ici, ils ne savent rien. J'ai demandé à ce que l'on fasse une radio ou une écho parce que le ventre était gonflé. Mais, ils n'ont rien trouvé. [...] Hier le médecin est venu mais il n'a pas regardé. C'est moi qui ai regardé son nez, ses oreilles. » (Mère d'un enfant hospitalisé, Hôpital national)

« Les infirmières là-bas [hôpital Mère-enfant] ne sont pas docteurs. Elles ne font que mettre des perfusions, ça je pourrais le faire moi-même, je suis intelligente, si je vois faire quelque chose une seule fois je peux le refaire. » (Mère de Magatte, entretien à domicile)

La tonalité critique retrouvée dans les propos des parents et des soignants s'agissant de leur système de santé est bien entendu à mettre en relation avec la faible qualité des soins qui y sont dispensés. Cependant, elle engage des perceptions du système public en général : soupçons de corruption et de gabegie, perception des fonctionnaires comme des privilégiés placés grâce à leurs appartenances familiales et non en vertu de leurs compétences, impression d'une gestion mauvaise et paresseuse. Aussi nous semble-t-il pertinent de mettre en parallèle ces critiques avec celles que l'on trouve sur la scène publique, notamment dans les journaux indépendants et d'opposition.

Des médias relayant la critique

La presse mauritanienne jouit d'une liberté de presse remarquable pour un pays de la zone sahélienne. Le pays a été classée 60^{ième} sur 180 du classement 2014 de *Reporters sans frontières*⁵⁰ sur la liberté de presse. Le Mauritanie devance ainsi tous les pays du monde arabe, et pour l'Afrique subsaharienne, n'est devancée que par le Ghana (30^{ième}) le Niger (43^{ième}), le Burkina Faso (46^{ième}) et le Sénégal (59^{ième}). Cette presse mauritanienne, encore jeune et peu professionnalisée, relaie un regard critique sur le pouvoir et le système public. Des journaux tels que « *le Calame* », « *l'Authentique* », « *l'Horizon* », « *le Véridique* », « *le Rénovateur* », accordent une place centrale aux questions politiques et dénoncent, régulièrement, la mauvaise gestion, les incompétences, la corruption et la gabegie qui minent l'Etat et le système public. Aux côtés des journaux papier, les journaux en ligne se développent rapidement, portant à leur tour la critique, avec, notamment, les sites *Cridem*⁵¹ et *Noorinfo*⁵². Il s'agit de sites d'information publiant des articles de journalistes professionnels, relayant certains articles issus d'autres journaux, et ouvrant également leurs colonnes à des articles publiés sur des blogs personnels. Le site *Cridem*, très fréquenté, publie des papiers de qualités hétérogènes, sachant que tout un chacun peut poster des articles, ce qui fait de ce site une tribune particulièrement ouverte.

À titre illustratif et exploratoire, nous avons réalisé une brève recherche documentaire sur les publications traitant du système de santé sur ces deux sites, sur la période 2012-2013, afin d'appréhender les modalités des critiques s'agissant du système de santé. En effet, ces journaux publient, aux côtés d'articles relayant les communications officielles du ministère de la Santé (lancement d'un nouveau plan de santé publique, tenue d'ateliers, inauguration

⁵⁰ <http://rsf.org/index2014/fr-index2014.php>

⁵¹ <http://www.cridem.org/>

⁵² <http://www.noorinfo.com/>

d'une structure sanitaire ou visites officielles, réaffirmation des engagements en faveur des OMD, etc.) des articles portant une critique sur le fonctionnement des hôpitaux, et sur les politiques de santé en général. Régulièrement, sont publiés des articles partant de témoignages relatant des mauvaises prises en charge et erreurs médicales⁵³, ou drames de malades pauvres auxquels les soins sont refusés aux portes des hôpitaux⁵⁴. Prises de parole de familles de malades, ces articles sont peu analytiques. Certains, rhétoriques et excessivement critiques, véhiculent l'idée que les hôpitaux sont des mouiroirs, tel ces articles publiés dans *Le Véridique*, titrés « *Centre hospitalier national : Le chemin le plus court pour aller à l'au-delà !*⁵⁵ », et « *Centre hospitalier national : Le processus de traitement s'achève à la morgue* »⁵⁶. L'Hôpital national est la structure sanitaire la plus mise en cause, bien que les autres hôpitaux de la capitale, ainsi que les hôpitaux régionaux, soient tour à tour sous les feux des critiques. Les articles analytiques, considérant plus largement les problématiques du système de santé, sont plus rares. Nous trouvons néanmoins des articles évoquant la mauvaise gestion des centres hospitaliers⁵⁷, les coûts des soins, les problématiques des ressources humaines⁵⁸, avec notamment le problème de l'exclusion de professionnels de santé compétents⁵⁹, ou encore la mauvaise gestion du marché du médicament⁶⁰. La critique

⁵³ *Alakhbar*, le 7-04-2013, « Nouakchott : Marche contre l'amputation du doigt d'une étudiante », <http://www.fr.alakhbar.info/6445-0-Universite-Nouakchott-Marche-contre-lamputation-du-doigt-dune-etudiante.html> ; *Noorinfo*, le 1-12-2012 « Impunité quand tu nous tiens », http://www.noorinfo.com/Impunite-quand-tu-nous-tiens_a6508.html ; *Cridem*, le 14-08-2012, « Santé : la prudence quand manquent la qualification et la conscience », http://www.cridem.org/C_Info.php?article=632917 ; *Alakhbar*, le 24-06-2012, « Hôpital mère et enfant : Une enfant de 10 mois négligée selon ses parents » <http://www.fr.alakhbar.info/4107-0-Hpital-Mere-et-Enfants-Une-enfant-de-10-mois-negligee-selon-les-parents.html> ; *Cridem*, le 9-05-2012, « Par la faute d'un médecin... » http://www.cridem.org/C_Info.php?article=629275

⁵⁴ *Le Renovateur*, le 23-02-2013 « Les malades sans moyens dans les couloirs de l'indifférence », <http://www.le-renovateur.com/loupe-jour-malades-moyens-couloirs-l%E2%80%99indifference> ;

⁵⁵ *Le Véridique*, le 23-09-2012, http://www.cridem.org/C_Info.php?article=634440

⁵⁶ *Le Véridique*, le 28-09-2012, http://www.cridem.org/C_Info.php?article=634640

⁵⁷ *Taqadoumy*, le 13-06-2012, « L'Hôpital régional de Kiffa : Entre gabegie et mauvaise gestion », http://www.taquadoumy.com/fr/index.php?option=com_content&view=article&id=3261:lhospital-regional-de-kiffa-entre-gabegie-et-mauvaise-gestion&catid=77:social-nouvelles&Itemid=420 ; *Cridem*, le 7-07-12, « La Mauritanie où quand le clientélisme détériore les hôpitaux », http://www.cridem.org/C_Info.php?article=631509 ; *Cridem*, le 16-07-12, « Dialyse à l'hôpital de l'Amitié, une partie immergée de l'iceberg », http://www.cridem.org/C_Info.php?article=631866 ; *Alakhbar*, le 20-05-2012, « Nouakchott : Les interventions chirurgicales paralysées au CHN », <http://www.fr.alakhbar.info/3733-0-Nouakchott-Les-interventions-chirurgicales-paralysees-au-CHN.html>

⁵⁸ *Noorinfo*, le 13-2-2013, « Médecins étrangers : importés à grands frais, ils bloquent le système », http://www.noorinfo.com/Medecins-etrangeurs-Importes-a-grands-frais-ils-bloquent-le-systeme-sanitaire_a7678.html ; *Noorinfo*, 25-12-2012, « Agrégation de pédiatrie, les dessous iniques d'un concours », http://www.noorinfo.com/Agregation-de-pediatrie-a-la-Faculte-de-medecine-Les-dessous-iniques-d-un-concours_a6805.html

⁵⁹ *Le Véridique*, le 29-10-2012, « Des professeurs et des médecins spécialistes chassés par la gabegie du système public », http://www.cridem.org/C_Info.php?article=635776

⁶⁰ *Noorinfo*, le 29-10-2012, « 20 à 30% des médicaments périmés ou de moindre qualité sur le marché mauritanien », http://www.noorinfo.com/Pharmacies-20-a-30-de-medicaments-perimes-ou-de-moindre-qualite-sur-le-marche-mauritanien_a458.html ; *Le Quotidien de Nouakchott*, le 1-01-2013, « Approvisionnement du pays en médicaments : Qui sabote l'importation ? »

portée par la presse mauritanienne est bien présente, et la succession d'« affaires », portées sur la scène publique contribue, probablement, à conforter voire alimenter la méfiance et le regard critique des Mauritaniens. Cette exploration permet également de constater que les dysfonctionnements du système de santé sont tous - bien qu'inégalement - identifiés et dits, par la presse, par les familles de malades, par les professionnels de santé eux-mêmes. Le président Mohamed Ould Abdel Aziz n'échappe pas à la critique, comme l'illustre un article dépeignant ses visites à l'hôpital comme de curieuses mises en scène paralysant le système :

« Le président Mohamed Ould Abdel Aziz a repris ses visites dites surprises qui, en réalité n'ont rien de surprenant sauf que quand le chef passe, tout s'arrête net. L'autre jour encore le président a fait une descente au CHN. Mais que va-t-il constater sinon que rien n'a changé dans ce Centre national où les malades viennent dans l'espoir de guérir mais où, les chances de sortir de là avec une santé recouvrée sont bien maigres. Aziz ne voit que l'apparent. La réalité s'envole vite dès l'annonce de son entrée. Le drame qu'il n'a pas vu est qu'au lieu que sa descente à l'improviste arrange les patients, elle met leur vie en danger. C'est le cas lors de sa visite la semaine passée. Pendant plus d'une heure, la vie s'est arrêtée dans les services sanitaires, même dans les blocs opératoires et services d'hémodialyses. Les médecins ont été sommés tous de venir accueillir l'hôte imprévu du jour venu se faire filmer alors que les malades eux, attendent avec impatience d'être pris en charge.»⁶¹

Le style de cet extrait est tout à fait illustratif de la critique dans la presse mauritanienne, teintée d'un humour cynique, dans un phrasé parfois maladroit et dont ressort, finalement, une certaine forme de fatalisme. Malheureusement, ces critiques finissent par constituer un fond sonore et cyclique, plus qu'elles ne semblent suivies de changements. Aussi peut-on poursuivre notre questionnement, s'interrogeant sur la manière dont la société mauritanienne se critique et pense ses évolutions.

La critique dans la société mauritanienne

Au travers des articles de la presse d'opposition, les critiques envers le système de santé s'inscrivent dans des revendications politiques à l'égard du pouvoir. La santé est l'objet de revendications politiques mais, cependant, la critique envers le système de santé traverse la société dans son ensemble. Nous faisons l'hypothèse qu'elle est également portée par une habitude critique dans la manière dont les Mauritaniens se pensent en tant que société. En effet, il est curieux de constater comment ceux-ci dénigrent et se vantent à la fois de ce qu'ils reconnaissent comme des spécificités mauritaniennes : culture du désordre, contournement des règles et refus des hiérarchies professionnelles, primat des relations familiales sur

http://www.noorinfo.com/Approvisionnement-du-pays-en-medicaments-Qui-sabotel'importation_a6898.html, Le Calame, 24-05-2012, « Distribution et vente de médicaments : Le foutoir érigé en système », http://www.noorinfo.com/Distribution-et-vente-de-medicaments-Le-foutoir-erige-en-systeme_a3830.html

⁶¹ *Le Rénovateur Quotidien*, le 23-06-2013, « Billet du jour : Quand le président passe, les malades souffrent », http://www.cridem.org/C_Info.php?article=644475

l'exercice professionnel. À ce propos, l'article d'Ahmed Salem (2001) sur le « tcheb-tchib », c'est-à-dire l'action de contourner les règles pour réussir, est éclairant. L'auteur analyse le succès du terme hassanya « *tcheb-tchib* », montrant comment il est devenu central dans la reconnaissance des itinéraires de réussite. Le contournement et le manque de transparence sont banalisés, et finalement, individuellement valorisés comme formes de mérite, d'intelligence et de virilité. Aussi, se produit-il un sorte d'inversion des valeurs puisque : « *Dans cet univers où l'adaptabilité et les capacités de redéploiement et de retournement sont jugées importantes, la rectitude, fut-elle morale, est fortement stigmatisée comme une rigidité, négativement connotée.* » (2001 : 87). Aussi existe-t-il un conflit de valeur entre d'une part un modèle de valorisation de l'organisation et des règles, notamment associé aux pays du nord, et un modèle de résistance, d'ingéniosité et de contournement incarné par le « *tcheb-tchib* ». Nous pouvons y interpréter les accents d'une situation postcoloniale ; les Mauritaniens étant à la fois fiers de la résistance dont ils ont fait preuve face à l'administration coloniale, et déçus de ce que qu'ils perçoivent comme une dégradation des services publics après l'indépendance. Aussi, tandis qu'un regard critique naît d'une confrontation des institutions mauritaniennes à des normes et standards extérieurs, une sympathie demeure, de l'intérieur, pour le « *tcheb-tchib* » à la mauritanienne. L'illustration parfaite de ce paradoxe concerne les attitudes vis-à-vis de la conduite routière à Nouakchott. Chacun se plaint et s'amuse du « n'importe quoi » de la circulation, pire que dans les autres pays subsahariens, dit-on. Nul n'est prêt, au fond, à renoncer aux contournements des règles routières : au plaisir de contourner les feux rouges en passant sur le terre-plein, de resquiller les priorités à droite, de forcer les passages, puis d'adresser – quels que soient ses torts - des gestes de colère théâtraux aux autres automobilistes. Cela fait partie du privilège de posséder une voiture. Un paradoxe qui fait sensiblement échos aux attitudes vis-à-vis du système de santé où tous s'indignent des passe-droits, mais où le sentiment de fierté domine lorsque la ruse ou le pouvoir permettent de contourner une règle. La confrontation aux conséquences du « contournement » dans les institutions publiques, *a fortiori* à l'hôpital où il est question de santé et parfois de survie, demeure une expérience douloureuse. Aussi, la critique et la référence à la norme tendent à prendre le dessus, certains allant même jusqu'à idéaliser et regretter l'offre de soins médicaux à l'époque coloniale.

IV-3 LES « ESPACES THÉRAPEUTIQUES » : VARIATIONS SOCIOCULTURELLES ET INTRAFAMILIALES

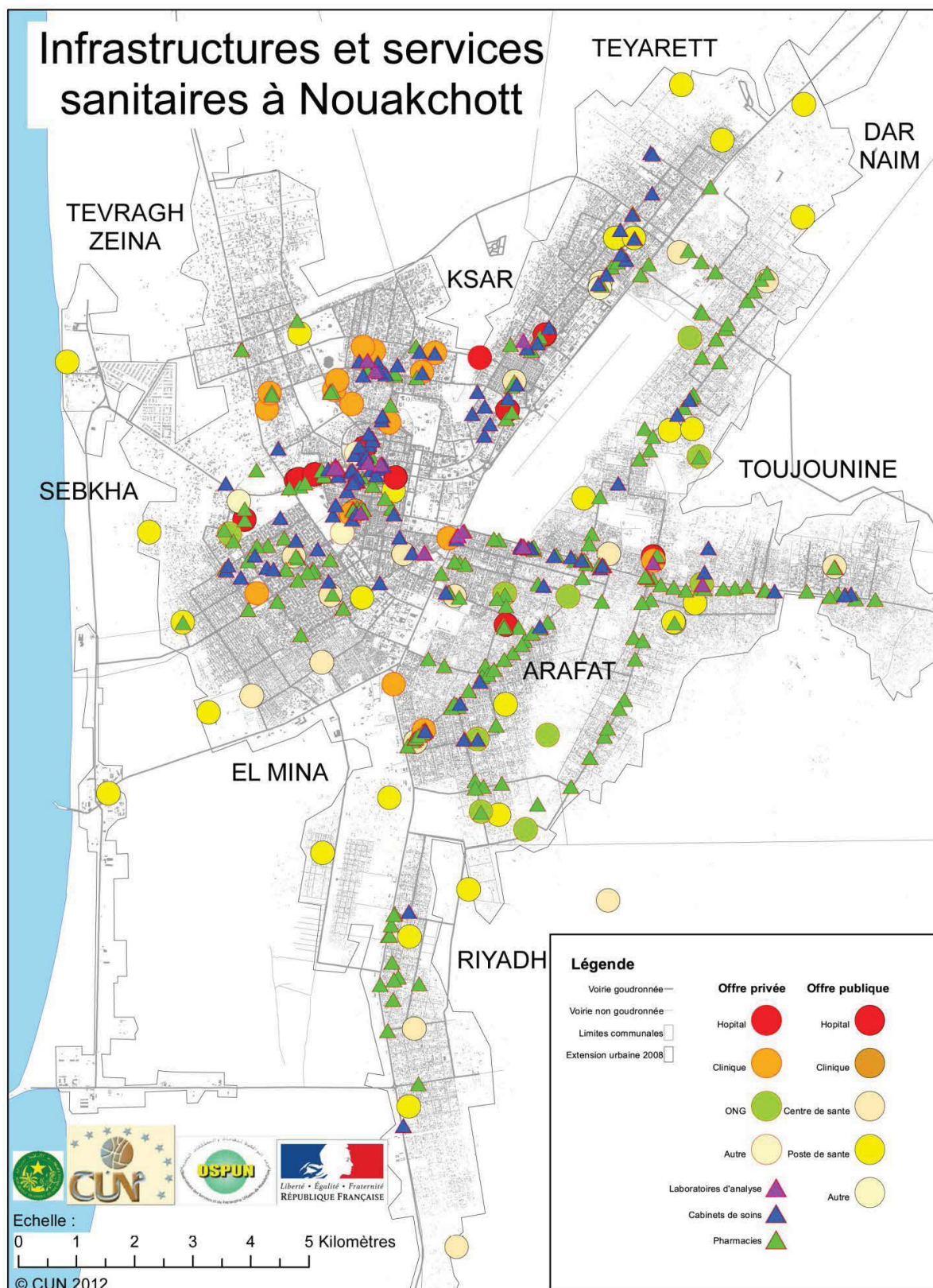
La méfiance, l'impression que les coûts sont trop élevés, la critique en comparaison avec des normes étrangères dominent les perceptions des Mauritaniens pour leur système de santé, et

déterminent leurs recours aux soins. Ces traits n'excluent pas, cependant, des variations fonction du milieu social et culturel, du lieu de résidence en ville, mais aussi de l'âge et du genre. Afin d'appréhender ces aspects, nous nous inscrivons dans le courant de recherches sur les espaces thérapeutiques subjectivement perçus, tels que travaillés par des chercheurs anglophones autour du concept de « *therapeutic landscape* » (Madge, 1998 ; Leach *et al.*, 2008 ; Buzinde & Yarnal, 2012). Certaines catégories que l'on pourrait croire *a priori* pertinentes, telles que l'opposition entre l'offre de soin formelle et informelle, entre secteurs public et privé, ne ressortent pas forcément des propos des populations locales. En ce sens, parler de « perceptions du système de santé biomédical » est une expression impropre puisque le système de santé biomédical est une catégorie étique dont l'unité et les contours n'existent pas en tant que tels dans les perceptions locales. Etudier les « espaces thérapeutiques » permet de comprendre comment des familiarités avec l'offre de soin se construisent à l'intersection de facteurs géographiques, économiques, sociaux et culturels.

IV-3-1 « Familiarité » résidentielle et construction des espaces thérapeutiques

Lieux de vie et construction d'espaces thérapeutiques familiaux

Les lieux familiaux dans l'espace thérapeutique tendent à se différencier en fonction des lieux de résidence et de déplacements habituels. Or, comme l'illustre la carte des structures sanitaires réalisée par la Communauté Urbaine de Nouakchott (Carte 1), il existe de forts déséquilibres dans les équipements sanitaires des différentes communes de la ville.



Carte 1 : Structures sanitaires à Nouakchott (Source : CUN, 2012)

Résider dans les communes de Tévragh Zeïna, du Ksar ou même de Sebkhah offre la proximité de structures du niveau tertiaire, des centres de santé les mieux pourvus, des cliniques

privées les plus luxueuses, ou encore, des véritables officines. En revanche, résider dans les communes de Toujounine, de Teyarett, d'El Mina, d'Arafat ou de Riyadh éloigne de ces structures et ouvre une familiarité spatiale sur des structures sanitaires plus modestes, ou sur des offres informelles à moindre coût, non répertoriées. L'étude de la Communauté urbaine de Nouakchott (CUN, 2012), indique des écarts flagrants s'agissant du nombre d'unités de soins par habitant, dans les différents territoires urbains. Dans la commune de Tevragh Zeïna, qui est la mieux lotie, on dénombre une unité de soins pour 1080 habitants, chiffre proche de celui observé au Ksar, où une unité de soins concerne 1937 habitants. Dans les communes de Dar Naïm, Riyadh et Sebka, une unité de soins concerne plus de 6 000 habitants. Les quartiers les moins bien lotis appartiennent aux communes périphériques dont la population a fortement augmenté ces dernières années, comme Toujounine et El Mina, dont la population dispose respectivement d'une unité de soins pour 15 213 et 19 428 habitants. En fonction des possibilités de mobilités, l'offre de l'environnement proche est plus ou moins déterminante dans la construction d'espaces thérapeutiques familiers. Les plus pauvres subissent l'enclavement de leur quartier, aggravé par la faiblesse du réseau des transports en commun, contrairement à certains ménages aisés ayant choisi d'habiter un quartier périphérique afin de bénéficier de meilleures conditions immobilières, et disposant de moyens pour leurs déplacements. La construction d'espaces thérapeutiques familiers doit donc se comprendre à la jonction des proximités géographiques, des moyens de mobilité et des expériences singulières dans l'environnement urbain et les structures sanitaires. Logiquement, l'« espace thérapeutique » est d'autant plus expérimenté et discriminé que l'installation dans un quartier est ancienne et que le nombre d'épisodes de maladie est important au sein de la famille. Ainsi, les habitudes de recours aux soins, ainsi que la familiarité pour les lieux de soins, s'affinent entre le premier enfant d'un couple et ses cadets, sachant que, plus généralement, le rang de naissance est un facteur influençant les recours aux soins (Franckel, 2007).

En fonction des espaces thérapeutiques familiers, une consultation à l'Hôpital national, qui apparaît comme un premier recours évident et balisé pour les uns, constitue un recours ultime pour les autres, une excursion incertaine. Les différentiels de familiarité dans les espaces thérapeutiques contribuent aussi à contraster socialement les recours. Dans des milieux sociaux différents, des parents mauritaniens disent se rendre directement « à l'hôpital », et consulter un « docteur » lorsque leur enfant est malade. En terme d'espace thérapeutique, cela ne précise rien de plus que l'intention de recourir en premier lieu à la médecine « moderne » : la concrétisation du recours « direct à l'hôpital » s'avère bien différente d'un environnement à l'autre. Lorsque la mère d'Abdoulaye, qui vit pauvrement dans le quartier périphérique d'Arafat, dit qu'elle va consulter le docteur à l'hôpital, elle fait référence à un infirmier retraité proche de chez elle. Celui-ci consulte gratuitement dans une petite pièce, où il « hospitalise » en posant des perfusions sur un unique lit, revendant des

médicaments produits en Inde, en attendant dit-il, d'obtenir un agrément pour ouvrir officiellement un dépôt pharmaceutique. Lorsqu'il déclare, de même, se rendre à l'hôpital, le père d'Abou conduit son enfant aux urgences de l'Hôpital national. Quant au père de Sidi, partisan lui aussi des recours « directs à l'hôpital », il se rend le plus souvent dans une des principales cliniques privées de la ville. De telles différences attestent de la manière dont la répartition de l'offre de soin, associée au manque de contrôle et de transparence, participe des inégalités d'accès aux soins. Les lieux de résidence et les moyens économiques ouvrent des fenêtres très différentes sur le système de santé. Certains résidents de quartiers périphériques ou enclavés perçoivent de manière lointaine et confuse l'offre de soin centralisée au cœur de la ville. La confusion profite à l'offre médicale privée de proximité – telle que les « tenanciers » de dépôts pharmaceutiques consultant en arrière boutique - qui captent et parfois « fixent » de nombreux patients. Aux dires de familles démunies d'Arafat et de Dar Naïm, ces « docteurs » ou « pharmaciens », sont bien arrangeants, plus accueillants, et moins chers.



Photo 26 : À proximité du centre de Santé *Tab Salam Diam*, un « cabinet médical soin chirurgical », Dar Naïm

L'approximation des représentations de la ville n'est d'ailleurs pas spécifique à l'offre de soin. Selon Armelle Choplin, les habitants des quartiers périphériques, chez qui l'espace du quartier constitue un territoire porteur d'identité, ont une vision stéréotypée de la ville dans son ensemble : « *La ville de Nouakchott, à la morphologie disparate, n'est aucunement perçue dans son ensemble par ses habitants. Une approche scalaire révèle que les nomades récemment sédentarisés n'en ont qu'une vision fragmentée, relevant autant du réel que du virtuel.* » (2001 : 41) La géographe analyse comment les résidents des quartiers périphériques reproduisent le mode de vie nomade dans leurs quartiers, tout en craignant la vie citadine telle qu'elle s'exprime en centre ville. Les femmes maures des quartiers périphériques, notamment, considèrent que les quartiers du centre ville, mais aussi les « quartiers noirs » de Sebkhā, sont surpeuplés, insalubres et dépravés, alors même qu'elles ne s'y sont, pour

certaines, jamais rendues. De leur côté, beaucoup d'habitants du centre ville, sachant que les infrastructures et les commerces sont centralisés, méconnaissent les quartiers périphériques.

Lieux de familiarité, espaces de recours

Poursuivant la réflexion sur les perceptions des espaces thérapeutiques, nous pouvons comparer les espaces des recours habituels des familles d'enfants étudiées, et ainsi examiner, qualitativement, les périmètres de leurs espaces thérapeutiques.

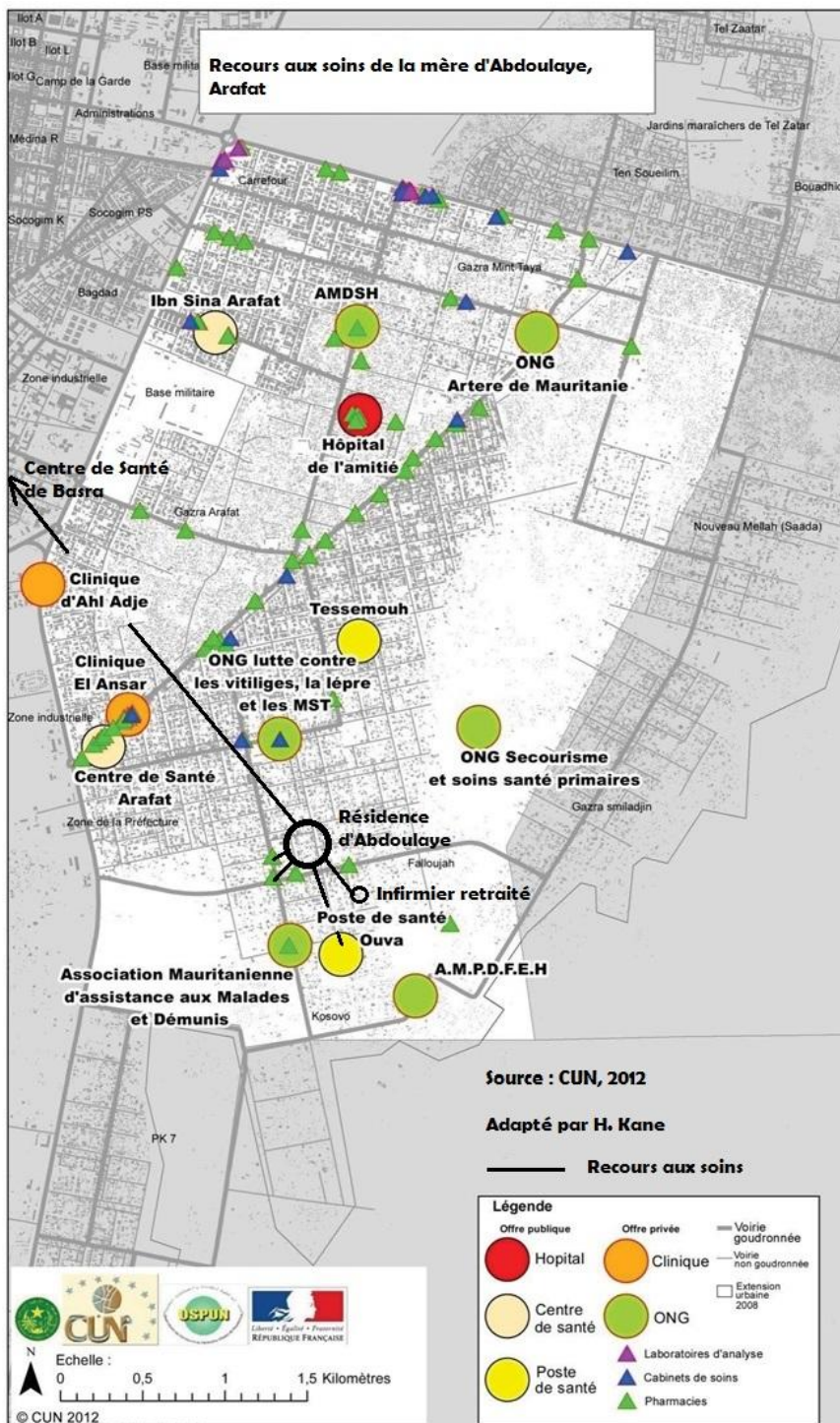
Enfants et lieux de résidence	Espaces thérapeutiques et recours habituels des parents
Abou, Sebkha (Basra)	Depuis son enfance, le père d'Abou est habitué à fréquenter l'Hôpital national, où son propre père travaillait, bien qu'il soit critique vis-à-vis de la qualité des soins qui y sont dispensés. Il considère qu'il n'y a aucun intérêt à fréquenter les cliniques privées, sachant que les médecins qui y exercent sont les mêmes que ceux de l'Hôpital national. Il lui est aussi habituel d'acheter des médicaments directement à la pharmacie. La mère d'Abou fréquente le poste de santé situé tout juste en face de chez elle, où, notamment, elle se rend pour la vaccination de ses enfants. Elle a choisi d'y accoucher son troisième enfant, après avoir donné naissance à ses deux premiers enfants à l'Hôpital national. Elle reconnaît que ce poste de santé n'est pas en mesure de prendre en charge d'éventuelles complications, mais argue qu'elle connaît bien les femmes qui y travaillent : « À l'Hôpital national les sages-femmes elles crient trop... elles crient sur toi... ». Elle souhaite également éviter le centre de santé de Sebkha, au sein duquel elle a eu une mauvaise expérience. Les parents d'Abou disent ne jamais avoir recours aux marabouts ou aux guérisseurs. Son père précise que les médicaments des guérisseurs ne sont pas bien dosés, et peuvent rendre malade.
Rametoulaye Sebkha (5 ^{ième})	Originaires de Guinée, émigrés en Mauritanie depuis quelques années, les parents de Rametoulaye ne connaissent pas les structures sanitaires nouakchottoises. Le père de Rametoulaye, depuis quatre ans qu'il est installé en Mauritanie, n'a jamais eu recours aux soins. Lorsque son épouse tombe enceinte, il décide de l'accompagner au centre de santé de Sebkha pour son suivi de grossesse, car, dit-il, « je passais tous les jours devant, et les femmes de mes amis ont accouché là-bas. » Les parents de Rametoulaye n'ont pas recours aux guérisseurs, et disent ne pas connaître la « médecine traditionnelle » mauritanienne.
Aly, Tevragh Zeïna	La mère d'Aly a pour habitude de recourir à la pharmacie, où elle se procure des médicaments tels que des vitamines, des antiparasitaires, l'Effergan®, et pour elle, du Fervex®. Pour les soins de ses enfants, et notamment, leurs vaccinations, elle a recours au centre de santé le plus proche de chez elle : la polyclinique. Pour son suivi gynécologique, elle fréquente le centre de planification familial du quartier voisin (Socogim PS), et consulte de temps en temps un gynécologue en cabinet privé.

Aïchetou, Ksar	La mère d'Aïchetou connaît très bien un marabout sénégalais, qui était son ancien voisin, qu'elle considère comme étant très réputé dans le traitement de certaines maladies. Elle connaît également l'Hôpital national, au sein duquel elle a consulté, notamment, un gastro-entérologue de renom pour soigner ses problèmes d'estomac. Elle a accouché d'Aïchetou à l'hôpital Mère-enfant, où elle est retournée, par la suite, consulter à plusieurs reprises. Enfin, il lui arrive de consulter au centre de santé du Ksar, non loin de chez elle. La tante d'Aïchetou, quant à elle, dit ne jamais recourir aux marabouts. En revanche, elle fréquente un grand guérisseur maure réputé dans le traitement des troubles gastriques et mentaux, dont la clinique se situe au Ksar. Mais en cas de maladies de ses enfants, elle dit recourir directement à l'hôpital Mère-enfant.
Sidi, Ksar	Le père de Sidi, bénéficie d'une assurance santé belge très avantageuse, qui prend en charge la quasi-totalité des soins de sa famille. Il est lui-même suivi par un médecin du travail. Pour les soins des membres de sa famille, il a recours, alternativement, aux principaux hôpitaux (Hôpital national, hôpital Mère-enfant), ou aux cliniques les plus réputées. Il a également une expérience des soins à l'étranger, au Sénégal et en Tunisie. La mère de Sidi a fait suivre ses grossesses dans une clinique réputée, mais, au moment de l'accouchement, son mari la conduit à l'Hôpital national car, dit-il « <i>tous les spécialistes sont là-bas</i> ». Contrairement à son mari qui n'a recours qu'aux soins biomédicaux tout en étant critique vis-à-vis de la médecine traditionnelle, la mère de Sidi se rend fréquemment chez des marabouts, pour obtenir, notamment, des gris-gris protégeant ses enfants. Elle achète également des poudres de plantes chez une guérisseuse du quartier ce dont son mari tente de la dissuader.
Moussa, Arafat	Les parents de Moussa ne connaissent pas les hôpitaux de Nouakchott. Ils ne s'y sont jamais rendus, pas même à l'hôpital de l'Amitié, récemment construit non loin de chez eux. Ils ont très peu recours au système de santé. Leur fille aînée âgée de 7 ans souffre de sérieux problèmes dentaires, pour lesquels ses parents disent ne pas avoir les moyens de consulter. Pour leur santé, les parents n'ont pas non plus recours aux structures sanitaires, et ont pour habitude de se soigner avec des remèdes traditionnels : « <i>C'est normal, c'est dans notre culture. Quand on a un peu mal, on va au marché et on achète une plante pour se soigner.</i> »
Abdoulaye, Arafat	Le grand-père d'Abdoulaye étant marabout et guérisseur, celui-ci soigne la plupart des maux de sa famille, notamment de ses enfants et de ses petits-enfants. Pour ses enfants, la mère d'Abdoulaye a pour habitude de consulter un infirmier retraité qui revend des médicaments, qu'elle appelle « <i>docteur</i> », chez qui elle peut se rendre à pied. Elle ne se rend plus au dispensaire de son quartier, car : « <i>il n'y a rien</i> » ; « <i>souvent tu vas là-bas et tu ne trouves pas de docteurs</i> ». Pour accoucher de ses deux enfants, elle s'est rendue au dispensaire du quartier voisin, appelé « <i>dispensaire Kossovo</i> » : « <i>là-bas les gens travaillent bien [...] ils ont bon cœur</i> ». Parfois, elle se rend au dispensaire de Basra, qu'elle connaît car elle a habité ce quartier, et parfois, directement à la pharmacie où elle achète des médicaments. Elle ne s'est jamais rendue dans aucun des hôpitaux de la ville, pas même l'hôpital de l'Amitié

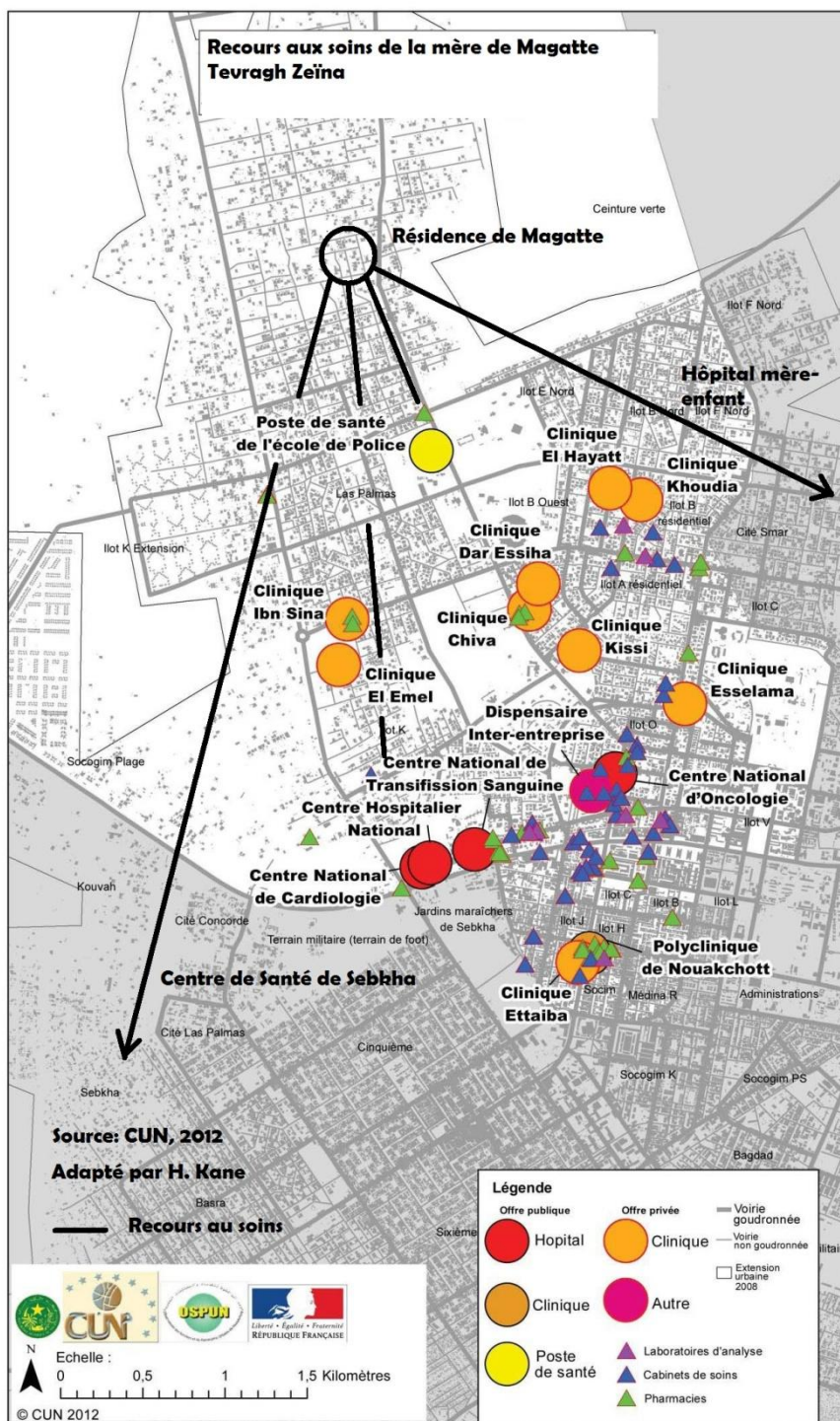
	<p>récemment construit, non loin de chez elle. (Voir carte 2)</p>
Cheikh, Arafat	<p>Les parents de Cheikh privilégient les recours au système de santé, bien qu'ils soient contraints de renoncer à certains soins coûteux. Sa mère a fait suivre ses grossesses au dispensaire de Basra, où elle a accouché de ses enfants. Elle a pour habitude de recourir au « docteur » de son quartier, et d'acheter directement des médicaments à la pharmacie proche de chez elle. Le père de Cheikh, lui, se procure des médicaments dans les pharmacies des quartiers de Tevragh Zeïna, qu'il traverse régulièrement. Les parents ont également recours, pour certains problèmes de santé, à divers guérisseurs.</p>
Magatte, Tevragh Zeïna	<p>La mère de Magatte indique qu'elle privilégie la « <i>médecine des blancs</i> », notamment pour sa santé personnelle, car elle ne veut pas souffrir. Si elle éprouve des douleurs, elle se rend directement à l'hôpital et exige des antalgiques. Elle a déjà consulté des spécialistes en cardiologie et en gynécologie. La mère de Magatte a choisi d'accoucher de ses enfants au centre de santé de Sebkha, des amies lui ayant expliqué l'intérêt du forfait obstétrical. Elle voulait éviter l'Hôpital national car « <i>il y a trop de tcheb-tchib, il faut donner de l'argent à tous les médecins que tu rencontres</i> ». Pour la santé de ses enfants, elle a la chance de pouvoir consulter gratuitement l'un des pédiatres les plus renommés de la capitale, eu égard au fait que sa jeune sœur travaille comme femme de ménage chez lui. (Voir carte 3)</p>

Tableau 1 : Espaces de recours de familles dont la trajectoire de l'enfant malade a été étudiée

Les exemples de ces familles illustrent, bien que les pathologies en jeu soient différentes, comment les périmètres de recours habituels et les espaces thérapeutiques familiaux cristallisent un ensemble de perceptions et d'expériences. Remarquons, en premier lieu, les contrastes sociaux existant dans la construction d'espaces de recours. Les recours de la mère d'Abdoulaye sont concentrés dans la zone de son quartier, et limités aux structures les plus modestes. La mère d'Abdoulaye ne s'oriente ni vers l'hôpital de sa commune, ni vers les structures du centre ville, bien qu'elle parcoure tout de même quelques kilomètres lorsqu'elle recourt au dispensaire du quartier voisin de Basra, qu'elle connaît pour y avoir habité (Carte 2). L'enclavement de ses recours est aggravé par le fait qu'elle réside toujours chez son père, son mari n'étant pas en mesure de prendre un logement autonome et de subvenir à ses besoins.



Carte 2 : Recours aux soins de la mère d'Abdoulaye



Carte 3 : Recours aux soins de la mère de Magatte

La mère de Cheikh, qui habite à quelques centaines de mètres de la mère d'Abdoulaye, dispose d'un espace de recours plus distant et diversifié, qu'il s'agisse de structures sanitaires ou de guérisseurs. Ses moyens sont légèrement supérieurs, et son mari, chauffeur de taxi, dispose de facilités de déplacements, accompagne et appuie les recours aux structures sanitaires. La mère de Cheikh est néanmoins confrontée aux limites des revenus familiaux, et doit reporter, pour des durées indéterminées, certains soins qui lui sont proposés par ces

structures. Les revenus des parents de Magatte sont probablement moindres que ceux des parents de Cheikh, qui disposent d'un logement autonome et ont même réussi à ouvrir une petite boutique. Cependant, fille d'une gardienne en plein cœur du quartier de Tevragh Zeïna, la mère de Magatte sait tirer bénéfice de sa proximité avec le cœur économique de la ville. Bricolage pour l'accès à l'eau courante et à l'électricité, récupération de vêtements et d'ustensiles dans son riche voisinage, la mère de Magatte a même la possibilité de consulter l'un des meilleurs pédiatres de la ville, chez qui sa petite sœur fait des ménages. Elle fréquente différents hôpitaux et centres de santé, et n'hésite pas, pour sa santé personnelle, à consulter ponctuellement des spécialistes (Carte 3). En revanche, elle a très peu recours à des structures de santé primaires, qui sont rares dans son quartier.

En contraste, les parents de Sidi peuvent s'offrir tout ou presque de l'offre de santé nouakchottoise. Habités des cliniques réputées, des chambres de première catégorie des hôpitaux, des médecins spécialistes, ils dédaignent fréquenter les centres de santé, mais, selon la volonté de la mère de Sidi, se rendent parfois en périphérie de la ville pour y consulter des marabouts. Aussi, le père de Sidi a une vision des structures sanitaires relativement indépendante de son lieu d'habitat. Il choisit les recours qui lui semblent les meilleurs, n'hésitant pas à changer fréquemment de structure, envisageant même des recours à l'international. En conséquent de ces espaces de recours, soulignons que l'accès des enfants aux spécialistes de la pédiatrie est très contrasté. Abdoulaye n'a jamais eu de consultation avec un docteur, qu'il soit généraliste ou pédiatre. Cheikh, Moussa, Aïchetou, ont été examinés par des médecins et pédiatres au cours de leurs hospitalisations. Abou et Magatte ont plusieurs fois été consultés par un pédiatre, grâce à des relations dans l'entourage de leurs parents. Enfin, Sidi, a été reçu par au moins cinq pédiatres différents, et examiné par d'innombrables médecins.

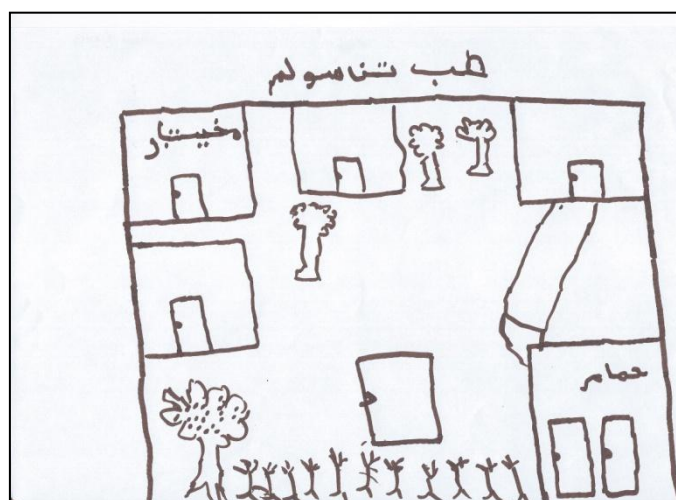
IV-3-2 Des espaces thérapeutiques infantiles

Les parents distinguent, dans les espaces thérapeutiques, les lieux et types de traitement appropriés, ou non, aux soins des enfants. Qu'il s'agisse de la biomédecine ou de traitements des guérisseurs, la crainte est souvent que le traitement ne soit trop « dur » pour l'enfant. En ce sens, l'espace thérapeutique envisagé en cas de maladie d'un enfant n'est pas superposable à l'espace thérapeutique envisagé en cas de maladie d'un adulte. Certains lieux de soins sont perçus comme étant spécifiquement appropriés aux enfants, sans être par ailleurs des lieux de soins habituels à tous les membres la famille. Il s'agit, d'une part, des structures sanitaires de proximité, tels que les centres et postes de santé, au sein desquels le suivi de la grossesse, l'accouchement, les vaccinations et les maladies de l'enfance constituent la grande majorité des consultations. Quant aux services de pédiatrie, ils sont loin d'être connus par tous les Mauritaniens. *Grosso modo*, seuls ceux qui sont familiers du

système hospitalier connaissent l'existence de « spécialités » parmi les docteurs, et de services médicaux de référence consacrés à la prise en charge des maladies infantiles : les services de pédiatrie. La création de l'hôpital Mère-enfant a néanmoins donné une nouvelle visibilité à la spécialité pédiatrique, au-delà des soins de santé offerts par les structures de proximité.

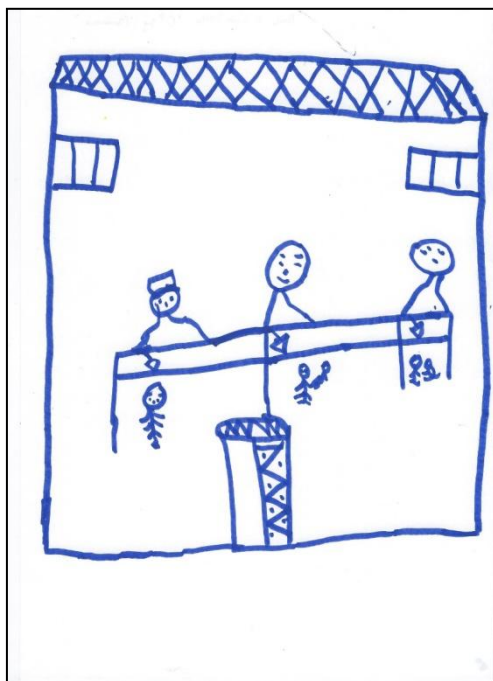
Des structures de proximité aux hôpitaux : le vécu des enfants

Les enfants, de leur côté, mettent en avant les structures de proximité dont ils constituent une grande part de la patientèle. Ils préfèrent dessiner ces structures plutôt que l'hôpital, qu'ils disent ne pas savoir comment dessiner. Ahmed a dessiné le centre de santé de Tab Salam Diam (dessin 6), Amadou le poste de santé de son quartier et Fatimata, la pharmacie du « docteur S. » où elle se soigne (dessin 7).



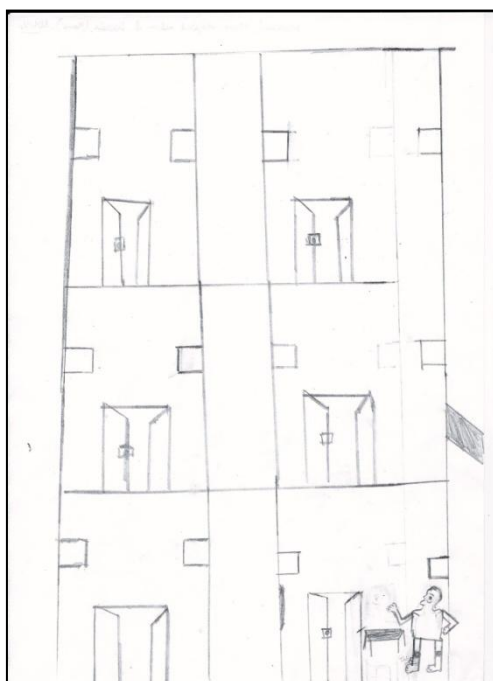
Dessin 6 : « Le centre de santé Tab Salam Diam » Ahmed, 15 ans, problèmes respiratoires

Bien qu'ils ne se rendent jamais seuls dans ces structures, les enfants rencontrés semblent s'y sentir plus à l'aise que dans les hôpitaux. Leurs dessins font ressortir les enceintes murales, et les grandes portes par lesquelles on entre. Les espaces représentés apparaissent relativement fermés. Les arbres et les plantes sont au premier plan : rares dans les quartiers, les arbres ont été plantés dans l'enceinte des structures, à l'ombre desquels, souvent, les patients attendent leur tour. En plus d'avoir lieu dans des espaces relativement proches, les consultations au sein des structures de proximité se limitent le plus souvent à une courte auscultation suivie de la remise d'une ordonnance. Un déroulement des soins habituel et rassurant : les enfants ne sont pas effrayés à la perspective de se rendre dans ces structures. Il n'est pas rare qu'ils connaissent les « docteurs » qui y exercent.



Dessin 7 : « Pharmacie du Dr S. », Fatimata, 11 ans, problèmes respiratoires

S'agissant des hôpitaux, les enfants sont davantage impressionnés par la taille des bâtiments, leur architecture, mais aussi la présence d'arbres et de plantes. L'hôpital constitue, de prime abord, un décor exceptionnel et de haute technicité pour les enfants. Ils ne sont pas habitués à fréquenter de tels lieux et s'y sentent tout petits.



Dessin 8 : « L'Hôpital national », Siré, 15 ans, « maladie de poitrine »



Dessin 9 : « L'Hôpital national : on prend de grands escaliers », Astou, 7 ans, maux de ventre



Dessin 10 : « Hôpital national : il y avait des machines qui arrosaient partout, je n'avais jamais vu ça avant » Alpha, 11 ans, maux de ventre

Bien que les enfants rencontrés craignent l'Hôpital, ce lieu où ils risquent de recevoir de douloureuses piqûres, ils s'émerveillent de sa taille, de son organisation, de la foule de patients qui s'y pressent. Le fait de consulter à l'hôpital est une expérience hors de l'ordinaire, une des rares occasions pour les enfants de quitter leur village ou leur quartier. La découverte de l'hôpital leur permet d'avoir une expérience propre d'un lieu sur lequel ils ont entendu des récits inquiétants, et de s'en faire une idée personnelle.

HK : « Qu'est ce qui te faisait peur ? »

Siré : « J'ai entendu beaucoup de choses sur l'hôpital, c'est ça qui m'a fait peur. »

HK : « Qu'est-ce que les gens t'ont dit sur l'hôpital ? »

Siré : « Ils ont dit que tous les gens qui partent là-bas ne s'en sortent pas. »

HK : « Et finalement qu'as-tu pensé de l'hôpital ? »

Siré : « J'ai vu l'hôpital et finalement je me suis rendu compte que les gens disaient des choses fausses. [...] Ça s'est amélioré, c'est bien. Maintenant si je retourne, je n'aurai pas peur. »

(Siré, 14 ans, « maladie de poitrine », entretien à domicile)

Le recours à l'hôpital, qui mobilise souvent plusieurs membres de l'entourage, marque également la reconnaissance sociale et familiale de la maladie. L'« excursion » hospitalière, aboutissement de nombreux efforts, est un moment important pour les enfants. Certains enfants sont plus « habitués » des hôpitaux car ils doivent s'y rendre à plusieurs reprises pour des problèmes chroniques : ils discriminent alors peu à peu les différents espaces de l'hôpital, leurs modes de fonctionnement, l'attention que leur portent les professionnels de santé.

Les structures sanitaires favorisées pour les maladies des enfants

Il semblerait que chez les jeunes enfants, en cas de maladie, les recours aux soins médicaux soient relativement favorisés. Les parents de Moussa, par exemple, ont l'habitude de se soigner avec des plantes achetées au marché, mais ne considèrent pas que ce type de traitement puisse être approprié pour leur petit Moussa. Ils ont l'habitude de se suffire de ces traitements pour traiter leurs maux, mais, plus inquiets de la maladie de Moussa, font d'importants sacrifices pour le faire soigner à l'hôpital. De même, le grand-père d'Abdoulaye, marabout, reconnaît son impuissance face à la maladie de son petit-fils, et indique qu'il faut, dans son cas, recourir à la « médecine des blancs ». Le père de Salma exprime lui aussi qu'il ne transige pas avec la nécessité d'aller à l'hôpital lorsque c'est de la santé de ses enfants dont il est question.

« Si tu n'es pas couché malade, il ne faut pas aller à l'hôpital. Moi, je le garde ici dans mon cœur. Mais pour mes enfants... Il faut que j'amène. Je ne peux pas garder un enfant à la maison, sans quelque chose. N'est-ce pas ? » (Père de Salma, entretien à domicile)

Les enquêtes de Moustapha Ould Taleb (2007) s'agissant des habitants des *kebbe*, aboutissent au même constat. L'auteur décrit que ceux-ci, qui ne recourent pratiquement jamais aux soins médicalisés pour leur santé, s'efforcent d'y recourir pour leurs enfants. Cette tendance n'est cependant pas une règle systématique, et comporte nombre d'exceptions. Les symptomatologies associées aux poussées dentaires (diarrhées, fièvres,...) sont notamment considérées comme relevant des marabouts ou des « mères des enfants », et plus généralement, banalisées. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette propension à recourir aux soins médicaux pour les jeunes enfants. Cette attitude peut être mise en rapport avec la forte anxiété, que l'on retrouve en milieu maure et *pulaar*, s'agissant des maladies et de la survie de l'enfant, qui s'exprime d'une part par la recherche active de

protections talismaniques, d'autre part par la promptitude des recours aux soins médicaux. Nous pouvons évoquer le rôle majeur des structures sanitaires de proximité, largement perçues comme des structures destinées aux soins des enfants. Par ailleurs, l'accent qui a été mis par l'aide internationale et les politiques de santé nationale sur la santé des enfants (campagnes de vaccinations, traitement de la malnutrition, prise en charge des diarrhées et promotion des SRO, etc.) a probablement contribué à ce que les habitudes de recours à la biomédecine percent du côté de la santé de l'enfant. Cela a pu jouer en Mauritanie, d'autant que la rencontre avec le système de santé, récente, s'est surtout développée après la période coloniale, alors que la santé maternelle et infantile émergeait déjà en tête des priorités de santé publique internationales. De plus, la priorité de la santé maternelle et infantile, en Mauritanie, est peu concurrencée par la lutte contre le VIH ou la tuberculose, encore peu développée.

IV-3-3 Différences ethniques dans les espaces thérapeutiques

S'agissant de l'appartenance ethnique, on discerne des différences complexes et subtiles dans les rapports aux systèmes de santé. Celles-ci tiennent à des variations culturelles multiples et intriquées, s'agissant du rapport au corps et à la santé, de l'économie du ménage et de la place des dépenses de santé, des configurations familiales, ou encore, de la manière de se penser en tant que communauté par rapport à l'État et aux services publics. Au niveau des structures de santé, les professionnels observent globalement que les familles maures ont des recours plus fréquents, ce qui ne s'expliquerait pas seulement par des facteurs économiques. Une étude analysant l'utilisation des services de santé maternelle dans la région du Gorgol relève de plus grands taux de recours chez les femmes maures (Landry Faye, 2013). Cependant, cette plus grande utilisation ne peut pas simplement être interprétée comme signe d'une perception plus positive du système de santé. En effet, selon nos observations à Nouakchott, les familles maures n'ont pas plus que leurs homologues *haalpulaaren*, wolofs et soninkés, confiance envers le système de santé. Elles sont même plus instables et imprévisibles dans leurs recours aux soins: plus promptes à interrompre les traitements, à craindre les médicaments ou les soins, et à réaliser un « zapping » entre les structures sanitaires. En comparaison, les Négro-Mauritaniens ont recours au système de santé avec plus de parcimonie, se fixent davantage à certains lieux de soins, et, malgré leur méfiance, nous pouvons faire l'hypothèse qu'ils sont plus observants.

Des configurations sociales facilitant plus ou moins les recours aux soins

Si l'offre de soin est perçue comme un espace de coûts, soulignons que cette dimension est moins contraignante aux yeux des femmes *bidân*. Sur ce point, les configurations des

relations de genre agissent de manière contrastée. Tandis que les femmes négro-mauritaniennes participent aux apports de l'économie domestique (notamment le prix de la sauce, du savon, de la dot), et veillent aux économies, les femmes maures ne sont pas tenues de contribuer à l'entretien de leur famille sur le plan économique (Simard, 1996). Leur mari doit non seulement assurer toutes les dépenses, mais aussi se montrer ostensiblement généreux. La question des dépenses est donc très différemment posée : dans les couples *haalpulaaren*, idéalement, les femmes font preuve de leurs capacités d'économie, adoptent pudeur et discrétion s'agissant de l'argent de leur mari, quitte à compenser elles-mêmes des apports insuffisants pour l'entretien du ménage. Elles ont souvent moins de latitude pour décider l'attribution des revenus du ménage, et évitent si possible les dépenses de santé. Les recours aux soins, de plus, les exposent à de fortes réprobations s'agissant de leur rôle de mère. Dans les couples *bidân*, la dépense et les caprices des femmes sont valorisés comme signes de richesse. La générosité des hommes envers les femmes est attendue, entrant dans des rapports de séduction (Simard, 1996 ; Tauzin, 2001 ; Lesourd, 2006). Les femmes *bidân* peuvent donc se montrer, du moins dans certains moments de leur vie, frivoles et inconscientes des dépenses, ce qui affirme leur statut et celui de leur mari. Lorsqu'elles ont des revenus, leur mari n'y a aucun droit et elles peuvent, en principe, l'utiliser comme bon leur semble. S'agissant des recours aux soins, elles tiennent moins compte des coûts, et si elles sont inquiètes, elles n'hésitent pas à réclamer à leur mari l'argent nécessaire. De leur côté, les maris râlent probablement, mais sont socialement enjointés à céder et, s'ils en ont les moyens, ont même recours aux soins les plus coûteux possibles, le paiement des soins étant alors l'occasion d'affirmer leur affection et leur rôle social. Les propos de ce médecin maure illustrent comment les femmes maures sont perçues, dans leurs recours aux soins :

« [Les femmes maures] Elles font plus souvent recours, elles sont très sollicitatives de soins, puisque de toutes façons ce ne sont pas elles qui dépensent, donc aller à l'hôpital, ce peut être aussi une occupation, la femme est à la maison, et elle n'a rien à faire, c'est une réalité, je n'invente pas ! Donc si elle a l'occasion d'aller à l'hôpital, se promener un peu parfois... donc elles se disent allons-y, parfois pour des anomalies imaginaires. » (Médecin, entretien à l'hôpital Mère-enfant)

Ces propos nous semblent assez caractéristiques de l'attitude des hommes maures à propos des comportements de leurs femmes, qu'ils présentent volontiers oisives et inconsistantes dans leur décisions, se montrant généreux, patients, et incapables de résister à leurs « caprices ». Cette configuration implique une plus grande facilité de recours mais aussi, un manque de reconnaissance des maris vis-à-vis des soins et savoirs « maternels » de leurs épouses, ainsi qu'une certaine déresponsabilisation des femmes s'agissant de la santé de leurs enfants.

« Je n'ai pas de données chiffrées, mais j'ai l'impression que les enfants maures se portent moins bien, que dans les autres communautés, en tous cas les communautés dites négro-

africaines, la mère s'occupe mieux de son enfant et il y a moins de maladies. Dans la communauté maure, il faut reconnaître que les enfants sont presque abandonnés à eux-mêmes. Une fois les deux ou trois premiers mois de vie passés, le nourrisson est presque abandonné, la maman peut accueillir, elle fait ses promenades, et pratiquement l'enfant est à l'abandon, aux mains d'autres enfants, ou à une bonne, qui n'a pas de culture, qui ne peut pas prendre suffisamment soin de cet enfant, et cela retentit sur la santé de l'enfant. » (Médecin maure, entretien à l'hôpital Mère-enfant)

Le travail de Sara Randall chez les Tamasheq au Mali (1984) fait le constat d'une comparable négligence des femmes nobles s'agissant des soins à leurs enfants, dans une société où elles accroissent leur prestige en travaillant le moins possible : « *Il est accepté par la société que certaines femmes ne s'occupent pas au mieux de leurs enfants, parce que les normes sociales les encouragent dans leur léthargie à maintenir leur prestige en négligeant la santé des enfants* » (Randall & Hill, 1984 : 942). L'auteur explique que cette faible valorisation sociale des soins maternels se traduit par une plus forte mortalité des enfants nobles en comparaison des enfants de femmes d'origine servile (Bella). Chez les Maures, on entend souvent les pères se plaindre de la négligence de leurs épouses pour les soins des enfants, sans que ceux-ci, toutefois, ne suppléent à ces activités féminines. Dans le milieu urbain moderne de Nouakchott, les injonctions sociales vis-à-vis des soins aux enfants sont probablement contradictoires pour les femmes maures : bien que l'inactivité et l'obésité aient toujours valeur de prestige, la diffusion de normes relatives aux comportements de santé et à la productivité au travail tend à les discréditer. Aussi comprend-t-on que les femmes maures puissent tour à tour délaisser leurs enfants pour s'adonner à leur vie sociale, puis se ruer de manière compulsive sur les structures sanitaires.

Ces configurations ethniques ne doivent cependant pas être durcies : les modèles culturels dans lesquels s'inscrivent les logiques de recours ne sont pas cloisonnés, mais poreux, à l'image d'une Mauritanie riche de rencontres et de métissages. Par exemple, les femmes *haalpulaaren* de milieux riches sont influencées par le modèle des femmes maures : elles adoptent certaines de leurs attitudes emportées et capricieuses, et s'agissant de soins, revendiquent l'accès aux soins les plus dispendieux. De même, dans les familles maures dont les revenus sont faibles, il est clair que les recours aux soins devront être *in fine* limités.

Un contexte historique et linguistique construisant différemment les rapports au système de santé

Outre les différences s'agissant des configurations familiales, la plus grande instabilité des Maures dans le système de santé peut être interprétée comme découlant d'un positionnement historique, et finalement, d'une plus courte histoire de leurs relations avec le système de santé. À l'époque coloniale, en effet, des centres de santé ont été mis en place au sud bien avant le nord (Sall, 2007), et les populations négro-mauritaniennes ont accédé plus

précocement aux soins, ainsi qu'aux postes dans les structures sanitaires (Marfaing, 2009). Elles ont été, plus tôt, familiarisées aux savoirs médicaux et au fonctionnement des structures sanitaires. Cependant, les services hospitaliers, comme tous les services publics, se sont « arabisés » depuis l'indépendance, la proportion des Maures allant croissant parmi les fonctionnaires (Marfaing, 2009), tandis que l'usage de la langue arabe prenait le pas sur le français. Les enjeux et conséquences de cette « arabisation », qui ont notamment été étudiés s'agissant de l'enseignement (Taine-Cheikh, 1994 ; Candalot, 2005), n'ont quasiment pas été documentés pour le secteur de la santé.

« Nous sommes persuadés cependant qu'à un certain niveau, compte-tenu du nombre limité de places disponibles aussi bien dans l'enseignement que dans la fonction publique, les rapports établis entre l'arabe et le français retentissent directement sur les rapports interethniques. Et de ce point de vue, tout concourt à faire que arabité et arabophonie s'opposent à negro-africanité et francophonie. » (Taine-Cheikh, 1994 : 63)

Actuellement, les fonctionnaires exclusivement arabophones demeurent cependant limités dans leurs carrières, car, au plus haut niveau, une partie du travail administratif s'effectue toujours en français. Dans le secteur de la santé, si la profession d'infirmier est souvent endossée par des arabophones, le travail médical, notamment le remplissage des dossiers et l'écriture des ordonnances, s'effectue toujours en français. La proportion d'infirmières et de sages-femmes ayant reçu une scolarité en arabe et ne maîtrisant pas le français va cependant croissant. Cette question est problématique, à la fois en termes de coordination du travail médical et soignant, mais aussi, en termes d'accès aux soins des Mauritaniens ne maîtrisant pas cette langue. L'évolution linguistique dans les structures sanitaires s'accompagne donc d'une diminution de l'avantage dont bénéficiaient les populations négro-mauritaniennes en termes d'accès aux soins, voire à son inversion en faveur de la population maure. De plus, sachant que les relations – notamment familiales - avec les professionnels de santé apportent considérablement en termes de qualité des soins, la diminution de la proportion des Négro-Mauritaniens dans les structures sanitaires affaiblit leurs possibilités de s'appuyer sur de telles relations. Selon nos observations, l'arabisation des structures de santé s'exprime notamment dans les structures récentes, tandis que les structures les plus « historiques » (Hôpital national, « Polyclinique ») conservent un équilibre ethnolinguistique plus contrasté. L'équilibre actuel de ces structures tient cependant pour beaucoup à la présence d'une génération de professionnels de santé aujourd'hui proche de la retraite, ce qui signifie que la proportion des professionnels de santé négro-mauritaniens va encore diminuer. Si nous observons la situation des deux principaux services pour la pédiatrie, nous constatons que les différentes langues sont couramment parlées dans le service de pédiatrie de l'Hôpital national, tandis qu'au niveau de l'hôpital Mère-enfant, le personnel infirmier, jeune, est presque exclusivement arabophone, obstacle auquel nous avons nous-mêmes été confrontés lors de nos enquêtes. La situation peut être encore plus déterminante pour les petites

structures, où l'« ethnicisation » par le personnel peut insidieusement freiner la fréquentation des personnes issues d'autres communautés, ce que Sylvain Landry Faye a analysé s'agissant des structures de santé maternelle dans la région du Gorgol en Mauritanie (Landry Faye, 2013). Les professionnels de santé négro-mauritaniens, dont la proportion diminue dans les services publics, ont l'impression d'avoir de plus en plus de difficultés à faire reconnaître leurs compétences, et pensent que des *bidân* sont placés malgré leurs incompétences. Cette opinion est en réalité partagée par de nombreux maures, qui considèrent qu'ils sont eux-mêmes exclus d'un système n'étant pas fondé sur le mérite et les compétences, et qui ne bénéficie qu'aux membres de quelques familles influentes.

IV-3-4 Des espaces thérapeutiques différenciés par le genre

Structures de proximité et services hospitaliers

La fréquentation des lieux de soins tend également à se différencier en fonction du genre. De manière générale, du fait d'une plus grande mobilité et de la capacité à mobiliser davantage de ressources, les espaces thérapeutiques des hommes sont plus étendus que ceux des femmes. Les travaux de Mélissa Leach *et al.* (2008) sur les espaces thérapeutiques en Guinée montrent par exemple que les structures de santé de proximité, qui assurent principalement des activités relevant de la santé maternelle et infantile, sont des lieux féminisés auxquels les hommes n'ont quasiment pas recours, même lorsqu'il s'agit de la santé de leurs enfants. En Mauritanie, nous avons également pu constater une forte féminisation de la clientèle des postes et centres de santé. En revanche, nous avons observé que les hommes sont présents dans les structures hospitalières, où ils assurent les nombreuses « courses » telles que les ordonnances de médicaments ou d'analyses, le règlement des tickets, et sont les interlocuteurs privilégiés des médecins. Ils sont mêmes les accompagnants principaux de certains enfants. Plusieurs éléments d'interprétation peuvent être avancés pour expliquer la présence importante des hommes dans les hôpitaux et services de pédiatrie, et leur quasi absence des postes et centres de santé. D'une part, des travaux ont montré que les soins de santé des enfants reviennent, dans la vie quotidienne, aux femmes, tandis que les hommes ne sont sollicités, et ne s'impliquent, qu'en cas d'aggravation ou de persistance d'un problème de santé (Fromageot *et al.*, 2005 ; Franckel, 2007 ; Baxerres & Le Hesran, 2008 ; Chibwana *et al.*, 2009). Autrement dit, les hommes ne sont pas présents dans les structures de proximité parce que les problèmes de santé qui y sont traités ne sont pas aggravés, alors qu'ils seront mobilisés pour des pathologies nécessitant une hospitalisation. Cette dimension est à rapprocher des déterminants économiques, sachant qu'une hospitalisation nécessite l'implication du père dans la mesure où celle-ci engendre des coûts hors de portée de la plupart des mères, dont l'accès aux ressources est, en moyenne, moindre.

D'autre part, les options de recours doivent être envisagées, plus largement, par rapport à des discriminations de genre régissant l'espace de la ville. Les normes pesant sur les mobilités spatiales des femmes peuvent constituer des obstacles aux recours aux soins (Chasles, 2009). Certes, les femmes mauritaniennes sont relativement présentes et visibles dans la plupart des espaces sociaux. Cependant, la pression et la surveillance sociale s'exerçant sur les déplacements des femmes, notamment les jeunes femmes et les jeunes épouses, sont bien présentes. Les plaintes répétées des hommes maures vis-à-vis des sorties de leurs épouses sont en ce sens ambivalentes : elles témoignent tout à la fois des libertés que les femmes s'octroient pour leurs déplacements, mais aussi, de la prégnance de la norme morale selon laquelle l'espace des femmes devrait être l'espace intérieur du domicile et proche du quartier. Dans la culture maure, l'opposition symbolique entre l'espace familial et féminin de la tente et l'espace masculin extérieur de la brousse est très marquée (Tauzin, 2001 ; Schinz, 2002). Selon ce dualisme, les petites structures de proximité, dans les quartiers, peuvent constituer des espaces familiers et féminins, tandis que l'hôpital tend à être représenté comme un espace extérieur, hostile, masculin, au sein duquel les femmes n'aiment pas se risquer seules. Ces structures de grandes tailles, souvent éloignées des domiciles des familles, se situent de surcroît dans des espaces urbains publics, fréquentés par des hommes, proches du centre d'affaires. Du point de vue des quartiers périphériques, les femmes maures, plus que les hommes, construisent une distance et une hostilité vis-à-vis du centre ville (Choplin, 2001). Aussi, lorsqu'elles consultent à l'hôpital pour leurs petits enfants, elles sont nombreuses à préférer se faire accompagner par leurs maris. Lorsqu'il s'agit d'enfants plus grands, notamment de petits garçons, il est fréquent que ceux-ci se rendent à l'hôpital uniquement avec leur père. La présence de ces pères à l'hôpital est d'autant recherchée que la famille s'attend à ce qu'ils négocient une bonne prise en charge, ce que les grand-mères, autres accompagnantes privilégiées, sont souvent moins en mesure de faire. Dans les services de pédiatrie, on voit les pères adopter des attitudes revendicatrices et offensives – qui font d'eux de bons pères - et défendre, parfois âprement et conflictuellement, la prise en charge qu'ils estiment la meilleure pour leurs enfants. Pour les professionnels de santé, ces attitudes vindicatives sont bien difficiles à gérer.

Nous retrouvons une distinction de genre comparable dans les espaces thérapeutiques des familles *haalpulaaren*, bien que les contours culturels soient légèrement différents. Les mères ont recours, de même, aux structures sanitaires de proximité qui leur sont plus familières, tandis que le recours hospitalier est rarement envisagé sans l'implication, notamment financière, des maris. Craignant davantage la culpabilisation à laquelle elles s'exposent, elles sont plus réservées à solliciter l'appui de leurs maris, et comptent moins sur leurs interventions auprès des professionnels de santé, adoptant elles-mêmes des attitudes courageuses et patientes. Illustrant cette distinction de genre au sein des structures sanitaires de différentes tailles, nous pouvons prendre l'exemple des parents d'Abou. La mère d'Abou

fréquente le poste de santé en face de chez elle, mais c'est toujours son père qui le conduit à l'Hôpital national. Bien que ce soit sa mère qui soit restée à son chevet lors de son hospitalisation, son père explique que sa présence était indispensable pour stimuler la prise en charge hospitalière d'Abou : « *Il faut toujours demander. Moi ma femme est un peu timide elle ne peut pas rentrer demander partout...* » (Entretien à domicile). Cette distinction s'exprime une nouvelle fois au moment de la naissance d'un troisième enfant, cadet d'Abou, la mère insistant pour accoucher au poste de santé en face de chez elle, bien que son père eût été plus rassuré de la conduire à l'Hôpital national.

Outre les différentes attitudes des hommes et des femmes dans les structures hospitalières, les hommes sont indéniablement plus écoutés et avantagés pour négocier la prise en charge de leur enfant. Ils sont *a priori* considérés comme étant davantage responsables, et capables de comprendre la maladie de l'enfant. De plus, la plupart des docteurs sont des hommes, et ceux-ci, respectant des normes sociales et religieuses, adoptent des comportements distants vis-à-vis des mères, évitant les contacts et les regards, leur adressant peu la parole.

Système de santé et guérisseurs

Une autre distinction du genre dans la construction d'espaces thérapeutiques concerne l'offre de soin des guérisseurs et marabouts, dont la clientèle est très féminine en Mauritanie (Dia, 2008). En milieu *pulaar*, Emmanuelle Kadya Tall a relevé la distinction sexuelle des recours aux guérisseurs : « *Elles ne craignent pas de paraître irrationnelles en consultant les "charlatans". Les hommes préfèrent la médecine cosmopolite et la science maraboutique* » (1984 : 225). Plus récemment, nombreux travaux, en Afrique de l'Ouest, ont relevé que les hommes recourent davantage au système de santé, tandis que les femmes se tournent volontiers vers l'offre de soin informelle ou « traditionnelle » (Fromageot et al., 2005 ; Baxerres et Le Hesran, 2010). Selon ces auteurs, les coûts de soins ne seraient pas le seul facteur explicatif, la proximité géographique et culturelle intervenant notablement. Certains ont souligné que la proportion des femmes à recourir à des soins de proximité tient à des contraintes temporelles, les nombreuses activités des femmes (préparation des repas, entretien ménager, soins et éducation des enfants, petit commerce ou activités génératrices de revenus) leur permettant difficilement de dégager le temps nécessaire à une consultation en structure sanitaire (Charmes, 2005 ; Fromageot et al., 2005). À Nouakchott, nous sommes dans ce type de configurations où de nombreuses femmes exercent un petit commerce (Simard, 1996), dont les contraintes temporelles peuvent s'avérer préjudiciables aux soins des enfants (Ballet, 2006).

La proximité voire l'analogie entre les remèdes domestiques des femmes et les traitements des guérisseurs génère une compréhension mutuelle qui n'existe pas, le plus souvent, avec les professionnels de santé. Selon l'étude d'Alice Desclaux (1996) au Burkina Faso, l'évitement

du système de santé par les mères pourrait également être lié à la culpabilisation qu'elles y subissent. Celles-ci n'acceptent pas, en effet, les accusations de négligence que leur adressent les professionnels de santé, tandis que la forme de la moralisation que leur adresse les guérisseurs leur est plus acceptable. La culpabilisation des mères en cas de maladie de leur enfant, souvent relevée (Epelboin, 1982 ; Bonnet, 1988 ; Fassin, 1992 ; Desclaux, 1996 ; Egrot, 2004 ; Suremain *et al.*, 2000), peut également contribuer à ce que les mères tentent de résoudre discrètement les problèmes de santé de leur enfant, sans réaliser un recours à une structure sanitaire qui révélerait publiquement la maladie. Par ailleurs, nous faisons l'hypothèse que la forte propension des femmes à se tourner vers les marabouts est à rapporter à leur faible pouvoir d'action et aux fortes contraintes auxquelles elles doivent faire face, notamment dans leurs relations familiales et conjugales. En milieu *pulaar*, notamment, la jeune épouse doit répondre de nombreuses obligations, sociales et domestiques, de la part de sa belle-famille en général, qu'elle ne peut ni éviter ni contester, risquant d'être unanimement rejetée (Diallo, 2004). Pour les femmes, qui ne peuvent quasiment pas exprimer ces tensions dans l'espace social, les interprétations et interventions de l'invisible constituent un exutoire. Les pratiques de sorcellerie peuvent même constituer une sous-culture féminine, un lieu de production de savoirs et d'affirmation permettant de dépasser les modèles sociaux prescrits. Laurent Vidal interroge, en ce sens, la prédominance des femmes dans les rituels de possession.

« Ce phénomène est généralement justifié par le désir des femmes de s'affirmer dans une société organisée et contrôlée par les hommes. Bon nombre d'analyses concluent cependant que ce contre-pouvoir féminin qui a pour cadre un rituel thérapeutique, est finalement utilisé par les hommes pour confirmer et renforcer leur autorité sociale et religieuse » (Vidal, 1988 : 296).

À Nouakchott, l'emprise des marabouts-guérisseurs sur leur clientèle féminine dépasse de loin celle des guérisseuses. Les marabouts sont fréquentés pour favoriser un mariage, « attacher » un mari pour qu'il soit fidèle, éviter une autre épouse, protéger une jeune fille du viol,... un ensemble de questions sensibles que rencontrent les femmes, en lien avec les rapports de genre structurant leur société. De leur côté, les marabouts s'investissent s'agissant des vulnérabilités que rencontrent les femmes lors de leurs grossesses, accouchements, et des premières années de vie de leurs enfants. Quant aux hommes, ils préfèrent s'en tenir à une interprétation orthodoxe de l'islam. Craignant davantage d'être discrédités, ils considèrent les histoires de génies comme des « histoires de femmes » auxquelles ils ne sauraient participer (Gibbal, 1994 ; Le Marcis, 2001).

Illustrant la plus forte propension des femmes à s'orienter vers les marabouts, nous pouvons citer l'exemple des parents de Sidi, qui sont divisés sur la question, ce qui s'exprime au fil de la trajectoire de maladie de leur enfant. Le père de Sidi recourt exclusivement à la « médecine moderne » pour tous ses problèmes de santé. Il est critique s'agissant des marabouts et

guérisseurs. Son épouse, en revanche, y a tout de même recours, et elle soigne notamment ses problèmes de constipation avec une poudre de plantes vendue par une guérisseuse de son quartier.

« Maintenant les enfants quand ils sont malades, c'est l'hôpital. C'est l'esprit qui me fait toujours aller à l'hôpital. [...] L'autre fois il y a un cousin il vient il met à Sidi un truc-là, il dit que ça c'est pour le protéger. J'ai dit non ramène ça pour toi tu n'as qu'à te protéger toi-même »
(Père de Sidi, entretien à domicile)

La mère, qui ne l'entend pas de cette oreille, a fait attacher des gris-gris aux chevilles de leur petite fille de quelques mois, et des morceaux de pagnes à ses poignets. Son mari commente :

« Regarde ce que sa maman lui a mis ! C'est son marabout-là, il lui a dit mets-ça. Regarde ça c'est une cartouche ! Il dit que si tu mets ça, ça protège des diarrhées ! Et ça c'est pour que Dieu protège des gens qui regardent avec une mauvaise vision ! Pour moi c'est du cinéma ! Avant ils avaient mis ça pour mon fils, j'ai enlevé, je n'acceptais pas ça. Maintenant comme c'est sa fille j'ai laissé, moi je m'occupe de mon fils, elle, elle s'occupe de sa fille ! » (Père de Sidi, entretien à domicile)

Le père de Sidi se moque encore, racontant que lors des quarante jours suivant la naissance de sa fille, sa mère l'attachait au lit pour ne pas que les diables l'emportent. Sa femme rétorque que les prescriptions du marabout sont comme les prescriptions du médecin. Au final, même si le père de Sidi s'oppose aux interventions des marabouts, son épouse y a recours, parfois à l'insu de son mari, mais aussi grâce à l'argent qu'elle réussit à obtenir de lui. Un schéma correspondant à un modèle relationnel maure où l'homme se plie aux caprices de son épouse tout en décrivant son irrationalité. L'enjeu du recours répond même à la reproduction de la différence de genre dans l'espace thérapeutique : le père de Sidi, qui cède plus facilement s'agissant de sa petite fille, tient du moins à ce que son fils soit tenu en dehors de ces « affaires de femmes ». Bien entendu, il s'agit d'un exemple particulièrement contrasté, et, si les femmes sont majoritaires dans la clientèle des marabouts, il existe aussi des hommes sollicitant des marabouts et des femmes n'y ayant quasiment pas recours.

Genre, espaces thérapeutiques et itinéraires d'enfants malades

Les différences de genre conduisent à la construction d'espaces thérapeutiques distincts, jouant dans le déroulement des itinéraires thérapeutiques. Les recours s'agissant de l'enfant dépendent des rôles respectifs que prennent pères et mères dans le contexte de maladie, les recours les plus distants étant réalisés, dans la plupart des cas, avec le concours des pères (Abdoulaye, Abou, Aïchetou, Cheikh, Mohamed). L'intervention du père s'exerce rarement dès les premiers signes de maladie, mais succède à celle de la mère, en constat de l'aggravation des symptômes. Outre cette gradation chronologique, l'itinéraire thérapeutique d'un enfant malade peut se dissocier en deux voies évoluant parallèlement : l'une

correspondant à l'espace thérapeutique de la mère et de son entourage féminin, l'autre correspondant à un espace thérapeutique mobilisé par son père. D'un côté, la mère de l'enfant, appuyée par son entourage féminin (sa belle-mère, sa mère, ses belles-sœurs, sœurs ou cousines, ses grand-tantes,...) réalise des recours de proximité ou en direction de marabouts et guérisseurs, dont le père ne sera pas forcément tenu informé ; d'un autre côté, le père mobilise des recours aux structures sanitaires coûteux, impliquant plus ou moins la mère. Le fait que dans de larges parts de la vie sociale, les hommes et les femmes mauritaniens soient séparés, rend possible l'existence de ces « dédoublements » des itinéraires thérapeutiques. Dans notre petit corpus, les itinéraires d'Aïchetou, Demba, Magatte, Sidi et Yeyha font jouer cette dissociation de genre. En revanche, l'évolution de la vie familiale en milieu urbain, notamment la « nucléarisation » des familles tend à générer des itinéraires monolithiques, où l'ensemble des recours découle de décisions consenties dans le couple parental. Notons que l'éloignement de la mère d'espaces de sociabilité féminins de la famille élargie, ainsi qu'un fort investissement du père dans le traitement des maladies de son enfant, pourront se traduire par la réalisation d'itinéraires exclusivement centrés sur le système de santé (Abou, Moussa, Rametoulaye). Autrement, comme nous pouvons l'observer dans l'exemple d'Abdoulaye, l'absence du père ou son non investissement dans la trajectoire de maladie peut se traduire par un enclavement des recours de la mère.

IV-3-5 L'influence de l'âge : des générations charnières dans les espaces thérapeutiques

Considérant les changements majeurs ayant marqué l'offre de soin ces dernières décennies, l'âge se révèle être, sans surprise, un élément de compréhension important des rapports au système de santé. Sur ce point, les entretiens menés avec des grand-mères *haalpulaaren* sont éclairants. Ces grand-mères, qui pour la plupart ont grandi dans les villages, en brousse ou dans les campements avant de s'installer à Nouakchott au cours de leur vie, constituent une génération de « rencontres » avec les soins médicaux. Les premiers dispensaires sont apparus lorsqu'elles étaient enfants, et elles ont connu les balbutiements de l'offre de soin lorsqu'elles ont élevé leurs propres enfants. Leurs enfants ont bénéficié des premières campagnes de vaccinations, mais elles les ont surtout soignés avec des remèdes domestiques, auprès des marabouts et des guérisseurs. La ville de Nouakchott propose aujourd'hui une offre de soins médicaux dense et multiple pour la génération de leurs petits-enfants, sur laquelle elles posent des regards ambivalents, fruit de leurs histoires avec un secteur en pleine évolution. Les jeunes parents nouakchottois, dont une proportion importante est née à Nouakchott, ont grandi dans une société où les modes de consommation se sont largement développés, y compris s'agissant des soins et des médicaments. Au travers de l'école et des médias, ils ont eu davantage accès à une culture médicale et de santé publique. Il s'agit d'une génération

familière au pluralisme médical, mais qui demeure particulièrement critique sur la qualité des soins en Mauritanie.

Les grand-mères et le développement des systèmes de santé

La proximité d'une offre de soins médicalisés constitue une évolution sans précédent pour les grand-mères, et une rupture par rapport aux anciennes manières de se soigner. Alors qu'elles approchent des âges avancés et commencent à ressentir des problématiques de santé liées au vieillissement, les grand-mères font elles-mêmes l'expérience de cette offre de soin biomédicale. Les positionnements sont alors divers et ambivalents : tandis que certaines critiquent le « *commerce* » de la médecine et se vantent de ne se soigner qu'avec la médecine traditionnelle, d'autres s'avèrent être très friandes de médicaments, notamment des antalgiques dont très vite, elles font l'expérience de l'efficacité.

« Maintenant si certaines personnes restent éveillées le soir parce qu'elles ont mal, tu peux les emmener à l'hôpital et l'hôpital va les soulager. Alors que la médecine traditionnelle, elle soigne mais elle ne soulage pas. Il y a beaucoup de gens qui font la médecine traditionnelle, mais moi de mon point de vue à moi, je préfère la médecine moderne. » (Neene H.)

Les « vieilles » ont tendance à apprécier les médicaments comme un bien de consommation, une forme de cadeau convoitée, à l'image d'un don de nourriture, de pagne ou de voile. Ainsi, les vieilles attendent de leurs enfants, notamment ceux qui travaillent en ville, leur part de « médicaments », le plus souvent vitamines et antalgiques. Pour les grand-mères, l'un des événements précurseurs et marquant de l'introduction des soins médicaux est l'arrivée des vaccinations, qui ont permis de juguler les épidémies de rougeole, alors très redoutées, ainsi que les épidémies de coqueluche.

« C'est reconnu vraiment que c'est une maladie dangereuse. [La rougeole] Donc si cela arrive dans une maison, ça pouvait tuer cinq personnes. Je connaissais un monsieur, la maladie lui a tué cinq enfants. Mais maintenant quand même avec les vaccins les choses se sont beaucoup améliorées. Avant, cela tuait, tuait beaucoup, beaucoup, beaucoup. » (Neene G.)

Avec les antalgiques, les vaccinations constituent un point majeur de la reconnaissance de l'efficacité de la biomédecine par les grand-mères. Aussi, elles sont plutôt incitatives vis-à-vis de la vaccination de leurs petits-enfants. Cependant, les grand-mères ne considèrent pas que la biomédecine soit une réponse à toutes les maladies : elles font la différence entre les maladies pour lesquelles ce « soigner » est efficace, et celles pour lesquelles il est impuissant, voire dangereux. La biomédecine n'est qu'un moyen parmi d'autres : oublier complètement les savoirs traditionnels serait une erreur. Neene R., par exemple, s'interroge sur le risque que la biomédecine affaiblisse la population, faisant le constat que depuis que les gens se soignent à l'hôpital, ils sont plus souvent malades, et moins robustes. La « médecine des blancs » est également suspectée d'être dangereuse dans le cas de certaines maladies. L'une des grand-

mères rencontrées, par exemple, nous dit ne pas utiliser le collyre que le médecin lui a prescrit.

« Même moi quand je vais à l'hôpital, même si on me donne les collyres, je ne les mets pas. J'ai peur d'être aveugle. Est-ce que c'est vrai ou pas ? [...] Mais est-ce que je peux utiliser les collyres ? Parce que déjà on a du mal à voir, tu prends cela et c'est encore plus sombre, déjà que tu ne vois pas bien. Ils veulent m'opérer de la cataracte, c'est pourquoi ils donnent cela pour faire mûrir la maladie. » (Neene R.)

Au fond, certaines vieilles mettent en cause la bienveillance de la « médecine des blancs » en direction de la « population noire ». Un des exemples clés – et historique - est celui de la maladie *soynabo* (jaunisse). Les grand-mères rapportent que lorsqu'un enfant était atteint de cette maladie, personne ne le conduisait à l'hôpital, par crainte d'une injection létale.

« Avant, *soynabo*, personne ne l'amenait au dispensaire. Souvent, quand on l'amène à l'hôpital, comme c'est une maladie contagieuse, on fait une injection à l'enfant et il meurt, pour ne pas qu'il en contamine d'autres. Les médecins avant n'aimaient pas ça ! Avant personne n'amenait les enfants là-bas sinon ils les tuaient. » (Neene L.)

La « médecine des blancs » est perçue comme une entreprise de santé publique peu embarrassée par des considérations humaines. L'ombre de cette suspicion pèse, de manière comparable, sur la question de la planification familiale, mal perçue par les Mauritaniens (Landry Faye, 2013). Ceci est à comprendre au regard de positions religieuses, mais aussi parce les Mauritaniens y suspectent une volonté occidentale de limiter le développement de leur population.

Grand-mères et médecine : exemples en milieu *pulaar*

La crainte que les recommandations médicales puissent prendre le pas sur les savoirs traditionnels ponctue les propos des grand-mères. Afin de comprendre leur ambivalence vis-à-vis de la médecine, il nous faut faire un détour par l'organisation familiale et le rôle joué par les grand-mères. En Mauritanie, le rôle des grand-mères s'agissant des soins aux jeunes enfants est important, favorisé par les temps de vie commune de la grand-mère (maternelle ou paternelle) avec la mère et l'enfant. Les femmes sont traditionnellement mariées jeunes, peu après leur puberté. En milieu *pulaar*, on considère même que l'éducation de la jeune épouse sera parfaite par sa belle-mère, y compris s'agissant des soins de maternage. En milieu Peul, celle-ci reste dépendante de sa belle-mère jusqu'à la naissance de son premier enfant (Dupire, 1976). Lors de leurs grossesses et pour leurs accouchements, les femmes *pulaar* rejoignent le plus souvent leur domicile maternel (Diallo, 2004), tout comme leurs homologues maures (Tauzin, 2001). Lors de l'accouchement et de la période périnatale, la jeune mère est généralement entourée de femmes plus âgées, qu'il s'agisse de sa mère, de sa belle-mère ou de tantes, qui jouent un rôle de conseil sur les soins à donner à l'enfant (Keith

& Dedah, 2009). Ces femmes donnent à la mère un ensemble d'instructions concernant les soins de son enfant. En milieu *pulaar*, la jeune mère est autoritairement observée dans ses faits et gestes et « corrigée » par les femmes âgées de son entourage. Ces relations intergénérationnelles sont très codifiées, la jeune mère ne devant jamais contredire une femme de la génération de ses parents, ce qui est encore plus grave et désobligeant s'il s'agit d'une de « ses » belles-mères. La jeune mère peut difficilement déroger à ces recommandations, risquant d'être jugée irrespectueuse vis-à-vis de sa famille ou belle-famille et négligente vis-à-vis de son enfant.

Dans cette organisation familiale, la biomédecine introduit des contradictions aux préceptes des femmes-âgées sur les soins à donner aux enfants. Les recommandations de santé véhiculées par les professionnels de santé, présentées comme normes supérieures et impérieuses, n'admettent pas d'autres points de vue. La légitimité de savoirs basés sur l'expérimentation et la preuve scientifique s'oppose à la légitimité des savoirs « ancestraux » fondés sur l'expérience collective. Ainsi, les grand-mères sont mises en cause dans leur rôle de détentrices de « savoirs soigner ». Elles vivent douloureusement la dépossession de leur rôle de conseil au profit des recommandations médicales, constatant que leurs filles, et plus insupportable encore, leurs belles-filles, ne suivent plus leurs conseils. Ceci leur est d'autant plus difficile, qu'hier encore, il leur semble qu'elles se soumettaient elles-mêmes patiemment aux préceptes de leurs aînées. Leur regret n'est pas que les jeunes mères aient recours aux soins médicaux, mais plutôt qu'elles délaissent « en bloc » les modes de « soins » traditionnels.

« [Pour soigner *mabbo*] Soit tu prends l'enfant, tu le frottes avec de l'huile, tu le couvres lourdement, tu le laisses dormir jusqu'au lendemain matin. Tu le laves le lendemain et la majeure partie du temps, cela guérit. [...] Mais maintenant, les nouvelles mamans n'acceptent pas cela, quand tu leur fais cela elles disent non cela est démodé, elles ne veulent pas faire cela, elles emmènent leur enfant au dispensaire. » (Neene H.)

Du point de vue de neene H., le dispensaire entre en concurrence avec les soins domestiques, comme phénomène de mode plutôt que manière de guérir plus efficace. Les grand-mères regrettent que les « nouvelles mamans », qui ne soignent pas leurs enfants avec les remèdes, délaissent les massages et les nourritures traditionnelles.

« Non, les mamans n'aiment pas que je m'occupe de leurs enfants. Avant quand un enfant était malade on l'amenait chez une femme qui faisait des massages. Mais les mères maintenant sont inquiètes elles se disent que si tu masses son enfant, peut-être que cela va le tuer. [...] Avant les vieilles personnes faisaient les massages des enfants, mais maintenant les femmes laissent une fois, deux fois, après elles ont peur elles disent que tu vas abîmer leur enfant. Elles ne veulent plus.» (Neene R.)

« Moi mes petits enfants, je les masse avec du karité, mais ce n'est pas toujours évident avec les nouvelles mamans, elles ne veulent pas, elles n'acceptent pas, ce n'est pas toujours évident que leurs grand-mères les prennent ou leur donnent à manger. » (Neene H.)

Contredites dans leurs savoirs, les grand-mères se sentent au final rejetées dans leur rôle. Elles trouvent les changements radicaux, affirment que les jeunes mères ne leur laissent même plus approcher, toucher ou prendre leurs petits enfants.

« C'est pour cela que les filles maintenant ne veulent pas que l'on prenne leur enfant. Elles croient qu'on va le contaminer. On a mis leur papa au monde... Moi maintenant je suis aigrie. Tant que tu ne m'as pas donné ton enfant je ne le touche pas. » (Neene M.)

« Mais les filles modernes maintenant on ne touche même pas, elles ne veulent pas que l'on touche leur bébé. *Rire*. [...] Pour ne pas donner de l'eau, du beurre, du miel,... elles refusent ça les jeunes d'aujourd'hui. [...] Elles écoutent davantage le médecin... » (Neene S.)

Selon nos observations, il semble en effet que certaines jeunes mères, afin de respecter les recommandations médicales (par exemple, ne pas donner de l'eau et du beurre au nourrisson) évitent de laisser leurs enfants aux mains des femmes âgées, faute de pouvoir explicitement contredire leurs manières de faire. Aussi, certaines mères veillent de près leurs petites filles pour que celles-ci ne soit pas excisées : pour l'éviter, elles n'ont souvent pas d'autres moyens que de ne jamais laisser leurs filles aux mains des femmes âgées. Cependant, quoiqu'en disent leurs « vieilles », la plupart de ces mères sont loin d'avoir totalement rompu avec toutes les préoccupations de leurs anciens telles que les protections contre les attaques des génies. Les jeunes mères sont elles-mêmes prises entre deux systèmes de normes autoritaires et parfois contradictoires, portés d'une part par les femmes âgées, d'autre part par les professionnels de santé. Un tiraillement caractéristique des périodes de changement dans les normes de puériculture (Delaisi de Parleval & Lallemand, 1998[1980]). En cas de communauté de vie avec des femmes âgées, respecter certaines recommandations médicales peut les placer en situation de provocation ou de conflit. Aussi cherchent-elles des comportements médians leur permettant de satisfaire au mieux ces recommandations, de protéger leurs enfants de ce qu'elles perçoivent comme dangereux, et d'éviter de trop fortes réprobations.

L'autorité des femmes âgées étant particulièrement lourde et insistante, les normes médicales peuvent toutefois permettre aux jeunes femmes d'ébrécher un carcan, de défier les recommandations des vieilles, et de délaissé parfois, au passage, certaines précautions « traditionnelles ». Le modèle de prévention moderne peut permettre aux femmes de s'émanciper par rapport à leurs belles-mères (Bonnet & Pourchez, 2007). Ce mouvement s'accomplit d'autant plus en ville qu'il s'accompagne d'un ensemble d'évolutions sociales, et notamment, le fait que de nombreux jeunes s'installent dans des logements indépendants. Le choix de cette « modernité » n'est pas sans conséquences sociales, pouvant générer l'hostilité

des femmes âgées, et privant les jeunes mères d'un soutien majeur dans les soins aux enfants. Dans les lignages patrilineaires en Afrique, les grand-mères, qui tendent à s'approprier leurs petits-enfants, constituent en effet de généreuses gardiennes et éducatrices, suppléant la mère qui travaille (Vinel, 2008). Nous pouvons également comprendre que l'installation d'un jeune couple dans un logement indépendant constitue une reconfiguration des « espaces thérapeutiques » dans lesquels l'enfant sera soigné. Les soins domestiques et les décisions de recours seront beaucoup moins sous l'influence des femmes âgées. Ne caricaturons pas outre mesure ces tensions intergénérationnelles, qui traduisent certes des évolutions brutales en Mauritanie, mais se reconduisent en réalité sur plusieurs générations. Il faut remarquer à ce propos que certaines grand-mères, notamment celles ayant accédé à un bon niveau économique et d'éducation, peuvent être plus familières du système de santé que leurs filles ou belles-filles. Elles en ont acquis une bonne expérience, ayant, du fait de leur statut, accompagné et visité de nombreux malades à l'hôpital. Elles peuvent donc réinvestir leur rôle de grand-mères, non plus en tant que détentrices de savoirs « ancestraux », mais en tant que conseillères sur les traitements médicamenteux, ou accompagnantes expérimentées dans le système de santé.

Les grand-mères accompagnantes à l'hôpital

Outre les mères et les pères, les grand-mères représentent les accompagnants les plus présents à l'hôpital, en particulier pour les plus jeunes enfants. Elles relaient les mères lors de l'hospitalisation, et ce sont parfois elles qui conduisent l'enfant, lorsque la mère est fatiguée par son accouchement, ou doit s'occuper de ses autres enfants. Parfois, il s'agit de situations où les parents n'ont pas les moyens de recourir à l'hôpital, la grand-mère étant la principale instigatrice des soins médicaux. Bien que le règlement des frais hospitaliers ne soit pas, *a priori*, du ressort des grand-mères, il n'est pas rare que celles-ci endossent plus ou moins tacitement ce rôle. En effet, certains jeunes parents mauritaniens, comme cela a été observé dans d'autres pays de la zone subsaharienne rencontrant de semblables difficultés socioéconomiques (Roth, 2007), continuent tardivement de recevoir l'appui de leurs parents âgés. De manière générale, les relations des grand-mères avec les professionnels de santé ne sont pas simples. Ceci est lié au conflit d'autorité que nous avons décrit, et plus généralement, à des écarts culturels importants. Les « vieilles » sont notamment réputées pour des comportements ne correspondant pas aux normes de l'hôpital. Aux dires des professionnels de santé, tout bonnement, elles « *ne comprennent pas le fonctionnement de l'hôpital* ». Bien qu'elles gardent le plus souvent le silence – ne maîtrisant pas le français couramment utilisé – leurs comportements apparaissent souvent décalés : elles « s'installent », s'accaparant des espaces dans les structures sanitaires, s'assoient par terre dans les salles de soins, entrent sans y être invitées dans les salles de consultations... autant d'attitudes qui sont l'occasion d'oppositions avec les professionnels de santé. Ceux-ci sont

ambivalents dans leurs relations avec les grand-mères : ils savent qu'ils leur doivent, du point de vue de la bienséance sociale, des marques de respect, dont parfois ils adoptent les codes. Dans le même temps, les grand-mères incarnent à leurs yeux l'incompréhension du système de santé, les pratiques « néfastes » qu'ils combattent, l'obstacle à l'adoption des recommandations d'hygiène et de nutrition, etc. Les grand-mères sont aussi souvent considérées par les médecins comme celles qui freinent les recours au système de santé, bien que cela ne soit pas toujours le cas. Les relations peuvent être tendues, les grand-mères attendant l'expression de la préséance sociale vouée à leur grand âge, les médecins voulant imposer les règles de fonctionnement de l'hôpital leur permettant de maîtriser l'organisation de leur travail. Cependant, lorsque la grand-mère est une « grande dame » expérimentée, elle peut aussi devenir interlocutrice privilégiée des professionnels de santé, suppléant ainsi à des parents jugés trop jeunes, irresponsables ou indigents.

CHAPITRE V : ENTRE LES MURS DE LA PEDIATRIE, SOINS ET PARCOURS DE SOINS

Concentrons-nous, dans ce dernier chapitre, sur les parcours de soins intra-hospitaliers. La problématique de l'accès aux soins, dont nous avons discuté les ressorts s'agissant des espaces thérapeutiques des familles, est loin d'être résolue une fois la porte de l'hôpital franchie. Elle reste posée tout au long d'un parcours de soins dont le déroulement est incertain, inégalitaire et précaire.



Photo 27 : Entrée du Centre Hospitalier National, Tevragh Zeïna

Descente entre les murs des hôpitaux : nous envisageons les difficultés d'accès aux soins lors des admissions, puis, au cours des parcours hospitaliers. Les qualités des soins obtenus sont discutées à partir d'observations du quotidien hospitalier, croisées avec les commentaires des enfants et de leurs familles. Les modalités de prise en charge de la douleur, les pratiques d'hygiène et la qualité des communications sont ainsi examinées. Une seconde partie traite plus particulièrement des modes d'intervention des familles pour « négocier » les parcours de soins hospitaliers de leurs enfants. Il s'agit de comprendre comment celles-ci se « débrouillent » pour accéder aux soins, entre contraintes économiques et exigences sociales.

V-1 L'ACCES AUX SOINS HOSPITALIERS : ADMISSIONS ET QUALITES DES PRISES EN CHARGE

V-1-1 L'admission à l'hôpital : des moments denses et révélateurs

Trajectoire de Rametoulaye

La trajectoire de Rametoulaye, qui se déroule du centre de santé de Sebkha à l'Hôpital national, nous permet d'introduire la réflexion sur les parcours intra-hospitaliers, et notamment, les aspects relatifs aux admissions et à la prise en charge des urgences. Le rôle important que j'ai joué dans cette trajectoire m'a amenée à expérimenter personnellement les difficultés des prises en charge. Bien entendu, ces difficultés sont décuplées pour la plupart des familles, dont les ressources sont plus limitées.

Rametoulaye

La jeune mère de Rametoulaye, 18 ans, est originaire d'une région rurale de Guinée. Elle n'a pas de famille en Mauritanie, hormis son mari, lui aussi guinéen, expatrié depuis quatre ans à Nouakchott, après avoir vécu plusieurs années au Sénégal. Les jeunes parents ne s'étaient jamais rencontrés avant leur mariage, qui a été organisé par leurs familles en Guinée. Chauffeur de métier, le père de Rametoulaye travaille depuis 3 ans comme aide ménager dans une villa de Tevragh Zeïna, où il travaille sous les ordres d'une de mes « grand-mères » mauritaniennes. Lorsqu'elle a rejoint son mari pour le mariage, la jeune épouse est venue avec la nièce de son mari, que le couple élève actuellement. La fête de leur mariage s'est tenue dans la villa de « ma » grand-mère, qui emploie le marié. Puis, la petite famille s'est installée dans une chambre louée dans le quartier de Sebkha.

Peu de temps après l'arrivée de sa jeune épouse, son mari remarque qu'elle n'est pas très à l'aise : « *elle ne jouait pas beaucoup avec les enfants, elle ne mangeait pas bien. Pendant deux mois, elle ne mangeait pas bien* ». Inquiet, il la conduit à la Polyclinique, où il apprend qu'elle est en état de grossesse. Là-bas, ils lui demandent de payer 3 000 UM [8 euros] pour la carte et 3 500 UM [9 euros] pour le forfait de grossesse⁶². La grossesse est ensuite suivie au centre de santé de Sebkha. Peu après, la grande sœur de la jeune femme la rejoint en Mauritanie, avec son enfant de quelques mois. À sept mois et demi de grossesse, en rentrant du travail, le mari trouve sa jeune épouse en train de pleurer. Il pense d'abord qu'elle a mal aux dents, mais elle lui dit qu'elle a mal au ventre. Alertant sa belle-sœur, il la conduit au centre de santé de Sebkha. Là-bas, la sage-femme leur dit qu'elle va accoucher, et l'installe dans une salle de travail. Le jeune homme décrit qu'elle a beaucoup souffert, qu'il la tenait à chaque fois parce qu'elle essayait de se retourner, qu'il fallait l'immobiliser très fermement, car elle

⁶² Ce forfait devait couvrir les frais des consultations prénatales et de l'accouchement quel que soit son déroulement, par voie basse ou césarienne.

était très agitée. La jeune femme nous confie que c'était difficile, car elle ne comprenait pas ce que disaient les sages-femmes, qui criaient beaucoup⁶³. À 4h00 du matin, naît la petite Rametoulaye. Son poids, 1kg500, est faible pour son terme, et Rametoulaye souffre de détresse respiratoire. Elle doit être transférée à l'Hôpital national. Bien que le forfait obstétrical ait été souscrit, son père doit payer 1 500 UM supplémentaires avant de quitter le centre de santé. Pour transférer Rametoulaye, son père essaie d'appeler des parents qui ont une voiture, mais c'est la nuit, personne ne lui répond. Au centre de santé de Sebka, il y a normalement une ambulance permettant le transport, à toute heure, des malades nécessitant une évacuation. Mais cette option ne lui est pas proposée. Accompagné de son frère, il sort dans la rue pour trouver un taxi, mais il n'y en a pas à cette heure-ci. Il marche pendant une quinzaine de minutes, son nouveau-né dans les bras, avant de trouver un taxi qui accepte de le conduire.

Arrivé au CHN, le médecin refuse d'accueillir Rametoulaye de suite : il leur demande de retourner au centre de santé de Sebka, pour obtenir l'ordonnance d'évacuation du médecin ou de la sage-femme. La petite Rametoulaye dans ses bras, son père retourne au centre de Sebka, où le carnet de santé lui est remis. Il retourne, accompagné de son frère, au CHN où Rametoulaye est admise et placée en couveuse. Son père dit que c'est à 6h00 du matin que Rametoulaye a été prise en charge au CHN. Le dossier indique une admission à 5h00, et une première auscultation médicale à 8h00. À son admission, elle est en détresse respiratoire et en hypothermie, avec une température de 34 °C. Pendant ce temps, la jeune mère est renvoyée chez elle, environ deux heures après son accouchement. À l'Hôpital national, le père de Rametoulaye doit acheter une ordonnance pour les premiers soins, un biberon et du lait maternisé, mais il n'a plus d'argent pour se charger de l'ordonnance de la jeune accouchée. Vers 9h00, il se rend finalement à pied jusque chez son employeur. Apprenant peu après la nouvelle, je me rends à l'Hôpital national, où je trouve Rametoulaye placée en couveuse. Le pédiatre néonatalogue m'explique qu'elle évolue bien depuis sa naissance, qu'il lui a enlevé l'oxygène et qu'elle respire désormais sans difficultés. Il me dit qu'en raison de la présence de germes dans l'unité de soins intensifs, il est préférable de la transférer vers la néonatalogie dans la matinée. Je laisse mon numéro de téléphone, discute avec tous les professionnels de santé de ma connaissance pour attirer l'attention sur Rametoulaye.

Etant inquiète de la santé de la jeune mère, je la conduis consulter un gynécologue, laissant au père l'argent pour les ordonnances de Rametoulaye. Je la conduis à l'hôpital Mère-enfant : un de mes contacts a déjà « arrangé » un rendez-vous avec un gynécologue de renom, consultation pour laquelle on m'exempte le paiement en considération du fait que je fais partie du « personnel ». Mon « contact » arrange également les « analyses » de sang, réalisées gratuitement. Il est 13h00, je reçois un appel du néonatalogue qui me dit que Rametoulaye doit être transférée, mais qu'il n'y a personne pour être à ses côtés, qu'il faut un accompagnant. Je lui demande si le père n'est pas là, il me dit que non. Je retourne donc à l'Hôpital national, où je trouve, en arrivant, le père bloqué dehors, qui a seulement pu faire passer les médicaments. Par la suite, il me dira à ce propos : *« Lorsqu'ils font les soins, pour les enfants, ils font sortir les accompagnants. Une fois que tu es sorti, pour retourner, il y a*

⁶³ La jeune femme parle le *pulaar* de Guinée, qui présente certaines différences avec le *pulaar* parlé en Mauritanie. Il s'agit pourtant de deux dialectes proches et l'on aurait pu supposer qu'elle comprendrait le *pulaar* mauritanien.

le gardien, peut-être qu'il voudra bien que tu rentres, peut-être pas, et dans ce cas tu restes dehors. »

Lorsque j'arrive devant la couveuse où se trouve Rametoulaye, la fille de salle me demande des vêtements et un pagne, puis réinstalle la perfusion. Je me rends compte qu'elle n'a toujours pas eu ni première tétée ni premier biberon, près de douze heures après sa naissance. Comme il n'y a pas de stérilisateur, hormis celui de l'unité de soin intensif, cassé et mal utilisé, je décide d'attendre de rapporter de chez moi des biberons stérilisés. Je retourne d'abord rechercher la mère de l'enfant restée à l'hôpital Mère-enfant, nous essayons de faire téter Rametoulaye au sein, aidées de l'infirmière, mais elle n'y parvient pas. Vers 16h00, nous essayons de faire boire Rametoulaye au biberon. L'infirmier me dit de préparer un premier biberon de 30 cl (sur le dossier, rien n'est indiqué). Elle tète un peu, puis vomit une grande partie. Vers 21h00, alors que je prépare un nouveau biberon, l'infirmier de garde m'explique qu'en fait, le prématuré ne doit prendre que 8 cl toutes les six heures, dosés à l'aide d'une seringue. Le lendemain matin, j'encourage sa mère à tirer un peu de son lait, mais elle dit qu'elle n'en pas. La perfusion sur le bras de Rametoulaye a été « gâtée », et il faut en replacer une sur l'autre bras. Le médecin me dit que pour éviter les infections nosocomiales, il vaut mieux qu'elle sorte rapidement, et donc lui faire faire des analyses en urgence. Rapidement, nous réglons les frais d'analyses 7 800 UM [20 euros], puis l'infirmière affectée à la néonatalogie accepte de réaliser immédiatement la prise de sang. Nous avons les résultats dans l'après-midi, ils sont tous bons, mais nous devons attendre la visite du pédiatre le lendemain, lui seul pouvant prendre la décision de sa sortie.

Le père mentionne qu'à aucun moment de l'hospitalisation, il n'a reçu d'explications sur l'état de santé de Rametoulaye. Lors de leurs visites, il dit que les médecins ne faisaient que remplir les fiches et le dossier. Dans l'après-midi, nous demandons à « ma » grand-mère mauritanienne si l'enfant peut venir habiter quelque temps dans une annexe de sa maison, afin que nous puissions surveiller son état de santé et conseiller les jeunes parents. Elle se montre réservée, et envoie quelqu'un dire que cela n'est pas possible car elle aura des invités. Le lendemain, Rametoulaye sort de l'hôpital. Nous réglons les frais d'hospitalisation : au total, les coûts des soins médicaments compris, durant ces trois jours, se sont élevés à 50 000 UM [150 euros], soit un peu plus du salaire mensuel de son père. Celui-ci, n'ayant aucun soutien familial sur Nouakchott, est inquiet. Il préfère conduire Rametoulaye et sa mère chez son employeur. Rametoulaye a pris quelques forces et réussit à téter au sein. Lorsque nous lui donnons son premier bain, nous trouvons que le pansement du cordon est vraiment sale et qu'une mauvaise odeur s'en dégage. Peut-être n'a-t-il pas été changé depuis la naissance ? Nous empêchons la mère qui commençait à donner de l'eau à boire à Rametoulaye. Deux jours après sa sortie, Rametoulaye a rendez-vous à l'hôpital : les nouvelles sont bonnes, elle a pris 300g depuis sa naissance. Un nouveau rendez-vous est donné pour la semaine suivante. Toujours inquiet, son père nous demande conseils pour savoir s'il convient de la baptiser cette semaine, car dit-il, baptiser l'enfant signifie en quelque sorte « *que l'enfant va bien et qu'il va vivre* », ou s'il est préférable d'attendre davantage avant de le baptiser. Le lendemain, soit trois jours après la sortie de l'hôpital l'enfant, la grand-mère décide que la mère et l'enfant doivent rentrer chez eux, qu'elle ne peut plus les garder sous son toit. Son père organise une prière pour le baptême, mais reporte la fête à la semaine suivante. Rametoulaye a rendez-vous une semaine plus tard, elle a perdu 100g mais, selon les médecins, se porte bien. Un rendez-vous est alors donné pour la semaine suivante, puis pour le mois suivant. Quinze jours après la naissance, le baptême est fêté. Sa mère voulait lui donner mon nom,

mais le prénom finalement retenu par son père est celui de la fille aînée de « ma » grand-mère, Rametoulaye.

Les difficultés rencontrées par le père pour faire transférer Rametoulaye semblent surréalistes : pourquoi et comment, un service consacré aux urgences de néonatalogie peut renvoyer un enfant prématuré sous prétexte qu'une référence doit être rédigée par le centre de santé où il est né ? Pourquoi l'ambulance n'est pas proposée au père de Rametoulaye, alors qu'au sein du centre de santé de Sebkha, la direction affirme que l'ambulance est systématiquement utilisée pour les urgences ? De fait, entre le moment de la naissance de Rametoulaye et son admission dans le service de pédiatrie, il se serait écoulé environ deux heures, attente non sans conséquence sur son état de santé, puisqu'elle est en hypothermie à son admission. Le problème du transport et du « refroidissement » des nouveau-nés entre l'obstétrique et la néonatalogie n'est pourtant pas inconnu des pédiatres de l'Hôpital national.

L'admission : un processus contingent

Soulignons, en préambule, que l'Hôpital national ne comprend pas de service d'accueil et d'orientation, et que les accompagnants doivent, dans un premier temps, réussir à s'orienter vers le service de pédiatrie ou les urgences pédiatriques. Soit ils sont accompagnés par quelqu'un qui connaît la structure, soit ils questionnent, à tout vent, afin d'être orientés. Une fois trouvé le lieu d'admission, les difficultés telles que rencontrées pour Rametoulaye ne sont pas exceptionnelles. Pourtant, des efforts sont consentis pour faciliter l'admission des nouveau-nés. Le chef de service a notamment instauré une admission indépendante pour les urgences néonatalogiques. Soulignant l'importance d'une prise en charge rapide des nouveau-nés, il fait afficher cette note de service : « *Je vous rappelle que tous les nouveau-nés qui viennent dans le service doivent être pris en charge. En effet, toutes les pathologies néonatales sont des urgences jusqu'à preuve du contraire* ». La mobilisation des professionnels de santé aux urgences néonatalogiques est cependant loin d'être évidente. Les instructions ne sont pas systématiquement respectées, et la rapidité d'admission n'est pas toujours assurée, notamment hors des horaires de travail en journée, pendant les gardes, c'est à dire de 16h00 l'après-midi à 8h00 le lendemain matin. Il n'est pas rare d'apercevoir, attendant devant la grille ou dans le couloir, des mères venant consulter en urgence pour leurs nouveau-nés. Les professionnels des services d'obstétriques peuvent eux-mêmes se trouver confrontés à des difficultés d'admission en néonatalogie, comme le relate une élève de cinquième année de médecine, en stage à la maternité.

« Lorsque l'on va au service de réanimation, ils ne veulent pas nous les prendre. La dernière fois, j'étais avec deux jumeaux prématurés, je vais à la réanimation pédiatrique. Là, quelqu'un me dit que le service est complet. Mais je dis, tout de même, même si on ne peut pas

l'hospitaliser, il faut lui faire la réanimation, on ne va pas le laisser mourir ! Donc ils m'ont ouvert. Sur la table chauffante, il y avait déjà deux enfants. Je les ai poussés pour poser le premier jumeau et j'ai fait la réanimation. Ensuite, le second jumeau est arrivé, donc je les ai encore poussés, comme ils sont tout petits, et ils étaient alors quatre sur la table. » (Elève de médecine, note de discussion)

Notons que personne ne facilite le travail de la stagiaire, qui doit insister pour entrer avec le nouveau-né, puis qui se retrouve seule pour le réanimer. À plus forte raison, les parents venus consulter aux urgences de la néonatalogie se heurtent à ces entrelacs de contretemps et de « résistances » à l'admission. On observe, aux urgences de la néonatalogie, des temps de latence pour l'admission des nouveaux arrivants, qui le plus souvent n'excèdent pas quelques minutes, mais qui peuvent durer davantage, lorsque différents éléments se conjuguent de manière défavorable. Remarquons que les professionnels de santé sont sur la défensive face aux nouvelles situations d'urgences, comme pris au dépourvu.

Vers 11h30, un infirmier portant un nourrisson de cinq mois en grande détresse respiratoire entre dans la salle de consultation de néonatalogie, suivi d'une accompagnante. L'infirmier dit qu'il amène l'enfant de l'hôpital Cheikh Zayed, afin qu'il puisse être mis sous oxygène. Le médecin de garde la nuit précédente dit qu'il faut aller chercher le médecin de la garde suivante. Le pédiatre, qui est en train de faire sa consultation, dit qu'il faut l'admettre en réanimation. Ils entrent dans le service de réanimation avec l'enfant, demandant à l'accompagnante de rester dans le couloir, et posent l'enfant sur un bureau. Le pédiatre dit qu'il faut faire une radio avant de le mettre sous oxygène, pour éviter tout risque de contre-indication. Le major dit que l'hospitalisation pourra être régularisée ensuite. Ils se disputent pour savoir qui va conduire l'enfant pour la radio. Les professionnels de l'hôpital voudraient que ce soit l'infirmier de Cheikh Zayed, mais celui-ci dit que l'ambulance l'attend pour repartir. L'accompagnante, alertée par le haussement de ton, est tout de même entrée : elle prend l'enfant dans ses bras. Finalement, deux gardiens se chargent d'accompagner l'enfant pour la radio. (Note d'observation, salle de consultation de néonatalogie, Hôpital national, 21-02-11)

Lors de cette admission, nous remarquons que la première réaction des médecins est de chercher à ne pas prendre eux-mêmes la responsabilité du nouvel arrivant : manœuvre d'évitement, orientation vers d'autres collègues. Ces attitudes, observées à plusieurs reprises, ne durent que quelques minutes, et précèdent des activités de prise en charge. Mais le mal sur l'accueil est fait : anxieux de l'état de leur enfant, les accompagnants trouvent des médecins dont la première réaction est de se dérober. Probablement est-ce ce type d'attitudes qui pousse les familles à dire que les médecins ne les ont « *même pas regardés* ». Ces évitements traduisent un stress, mais aussi, des rapports de forces pour la répartition du travail médical. Comment expliquer, sinon, que l'on discute autour d'un enfant évacué en urgence pour savoir qui se chargera de le conduire pour une radio ? Les « urgences » pâtissent des négociations pour la répartition du travail.

Vers 11h25, un soignant entre dans la salle de consultation, portant un nouveau-né de 18 jours enroulé dans une couverture. Une vieille femme, accompagnante de l'enfant, le suit. Il annonce : « *C'est un enfant transféré par le professeur.* » Le médecin présent dans la pièce, qui est en train de s'occuper d'un enfant en hypothermie, dit : « *Je ne suis pas de consultation.* » Peu après, le soignant repart, laissant l'enfant à l'accompagnante, qui est debout dans la salle de consultation. Le médecin questionne pour savoir où sont ses homologues. Le major lui dit qu'un d'entre eux va venir s'occuper de l'enfant. Après quelques minutes, le médecin soulève la couverture et regarde l'enfant, puis dit au major : « *Dis lui que c'est urgent, l'enfant est dans un mauvais état, et il est très déshydraté.* » L'infirmière fait installer l'enfant sur la table chauffante et lui prodigue de premiers soins. Peu après, l'autre médecin arrive. Il écoute le thorax de l'enfant avec le stéthoscope. Le premier médecin lui dit : « *Ce n'est pas une bonne journée hein.* » Puis, le second médecin fait le dossier d'admission de l'enfant, indiquant qu'il présente une déshydratation sévère et qu'il est pieds-bots. (Note d'observation, salle de consultation de néonatalogie, Hôpital national, 3-03-11)

La répartition du travail, nous le comprenons, n'est pas complètement prédéfinie. Les professionnels de santé concluent entre eux, *in situ*, de nombreux arrangements, qui permettent une certaine fluidité de fonctionnement, et servent à couvrir les temps de pauses ou d'absences. Et les absences à compenser sont nombreuses, en conséquent, notamment, de l'exercice des médecins dans le privé, de leur participation à divers séminaires, ou de leur obligation sociale d'accompagner leurs parents de passage à l'hôpital. Celui qui, à l'issue d'une garde de nuit, continue d'accueillir les patients, risque fort de ne jamais quitter son poste... Il doit, comme les autres, résister et poser les limites de son implication. Dans ce contexte, l'urgence peut être employée comme mode de pression pour faire travailler un collègue, ce que les jeunes et sensibles étudiants finissent par comprendre, à leurs dépens. S'agissant des urgences en néonatalogie, il faut souligner que ces négociations s'opèrent sur fond de confusion des espaces, sachant que les consultations externes du matin se déroulent dans la même pièce que la prise en charge des urgences. Les arrangements autour des nouvelles situations traduisent aussi l'absence de construction professionnelle de l'urgence, comme le décrit Yannick Jaffré (2009) s'agissant des services de santé maternelle.

« En effet, ainsi que nous le soulignons précédemment, il n'y a pas de véritable construction professionnelle de l'urgence ou du temps de l'urgence. Les praticiens résolvent les tâches "une par une", selon les possibilités économiques de patients. Mais, même si des gestes vitaux peuvent bien évidemment être effectués, on ne prend pas, de manière constante, en charge les urgences au sein d'un protocole anticipé et régulier. » (Jaffré, 2009 : 87)

Chaotiques, les admissions observées en néonatalogie prennent à défaut l'organisation des soins, marquées par des temps de blocage correspondant à des détails organisationnels (le gardien est parti en prenant les clés, l'infirmière s'est attardée dans un autre secteur,...). Les temps creux qui pourraient permettre l'anticipation des urgences sont autrement occupés : visites, discussions, collations, temps de repos que personne n'oserait contester. Ainsi, des lits

d'hospitalisation libres ne sont pas immédiatement préparés à accueillir de nouveaux arrivants, des nouveau-nés attendent durant plusieurs heures dans la salle de consultation avant d'être admis dans un secteur, etc. Dans ce contexte, le déroulement des admissions n'est pas systématisé, même si, généralement, les nouveau-nés sont d'abord pris en charge par le personnel infirmier avant d'être examinés par les médecins qui leur ouvrent un dossier. Les activités s'organisent et se répartissent *in situ*, en fonction de la disponibilité et de la bonne volonté des agents de santé au moment présent. En ce sens, l'admission d'un enfant fait tout autant ressortir des comportements de dérobaide et de négligences que des dévouements : le médecin qui a terminé sa garde prend en charge un nouveau-né car il est le seul disponible, la stagiaire du service d'obstétrique se charge seule de la réanimation,...

La table chauffante : témoin des « mises en attente »

Les usages de la table chauffante dans la gestion des urgences néonatalogiques nous semblent significatifs des problématiques d'admission en lien avec l'organisation du travail médical. Comme nous l'avons évoqué, la pièce où se déroulent les consultations externes et les admissions pour la néonatalogie comprend une table chauffante qui s'avère être souvent « embouteillée ». Sans que cela s'explique simplement par l'affluence et la disponibilité des places d'hospitalisation, cette table est utilisée pour « mettre en attente » un ou plusieurs nouveau-nés, parfois durant plusieurs heures. L'extrait ci-dessous décrit un de ces matins ordinaires, où le chef de service remarque que, malgré ses recommandations, une mère attend dans le couloir et des nouveau-nés sont laissés en attente sur la table chauffante de la consultation.

8h30. Le chef de service, accompagné des médecins, visite les nouveaux enfants admis. Il regarde les nouveau-nés installés sur la table chauffante. Remarquant qu'une mère attend dans le couloir avec un nouveau-né dans les bras, il dit : « *Qui est-ce ?* ». Le médecin de garde : « *Elle vient d'arriver* ». Le chef de service découvre le pan de la couverture dans laquelle l'enfant est enroulé, regarde rapidement son visage et le recouvre. Puis il dit, montrant la table chauffante : « *Les deux jumeaux c'est pour quoi ?* » Le médecin de garde : « *Non, ce ne sont pas des jumeaux [...]* ». Le chef de service : « *Évitez de mettre deux enfants à côté comme ça !* ». (Note d'observation, salle de consultation de néonatalogie, Hôpital national, 24-03-11)

Pourquoi laisse-t-on les enfants sur la table chauffante avant de les installer dans le service d'hospitalisation ? Les raisons sont multiples, intriquées, et reflètent les contretemps des admissions. La mise en attente peut correspondre au temps pris pour réaliser le dossier d'hospitalisation, lui-même mis en attente par d'autres activités. Il peut s'étendre parce que la fille de salle tarde à préparer le lit d'hospitalisation. Il peut s'éterniser car les parents sont en train de réunir l'argent nécessaire pour s'acquitter du coût du ticket d'entrée, ou du matériel de perfusion. Plus difficilement avouable, compte-tenu de l'état clinique de certains

des enfants admis, ce peut être aussi un temps d'attente entre la vie et la mort, une « économie de travail » le temps de savoir si l'on ouvre un dossier d'admission ou si l'on rédige un certificat de décès. L'instauration, en quelque sorte d'une « mise en observation » de proximité, dans un lieu malheureusement inadapté, au milieu des consultations quotidiennes. En conséquent de ces temps d'inertie, l'« embouteillage » peut grossir avec deux, trois, voire quatre nouveau-nés installés sur la même table chauffante. Côte-à-côte, peuvent se trouver un nouveau-né souffrant d'une infection néonatale et un prématuré sain, un nouveau-né cliniquement mort et un nouveau-né vivant. Comme l'illustre l'extrait d'observation suivant, ces « embouteillages » créent enchâssements des soins et promiscuité des destins de ces enfants et de leurs familles.

Sur la table chauffante, se trouvent trois nouveau-nés, deux jumeaux prématurés d'1kg500, dont l'un, couvert d'un pagne, est décédé, ainsi qu'un prématuré de quinze jours.

8h30. Le médecin de garde vient voir les enfants, stimule le prématuré de quinze jours en palpant son thorax. Il dit à un pédiatre que le prématuré fait des « arrêts ». Une mère vient pour faire consulter son nouveau-né : il fait plus de quatre kilos et on doit lui faire une prise de sang pour vérifier sa glycémie.

8h40. Les médecins, qui font la visite des nouveaux entrants, arrivent au niveau de la table chauffante. Le médecin de garde fait sa présentation. Les jumeaux sont nés au centre de santé d'Arafat et ont été admis à 4 heures du matin. Quand au prématuré de quinze jours, il a été admis à 6 heures ce matin, et présente un refus de téter évoluant depuis 24 heures, ainsi qu'une déshydratation sévère. Le chef de service dit, en montrant le jumeau vivant : « *Il peut être rapidement mis sous couveuse, il ne faut pas le laisser ici [...] parce qu'il faut faire de la place [...] En plus, il n'y a que trois nouveau-nés en couveuse, il y a de la place, après vous allez être encombrés [...] Ici c'est un lieu de consultation ce n'est pas un lieu d'hospitalisation. Et cette table, elle doit être nettoyée souvent* ». Il demande à ce qu'une couveuse soit préparée.

9h00. Le chef de service fait un massage cardiaque au prématuré de quinze jours. Puis, il demande si la couveuse est prête. Le major répond qu'une infirmière est en train de la préparer. Les médecins poursuivent leur visite.

9h02. Le gardien s'approche des prématurés. Pour regarder, il soulève le pagne recouvrant le jumeau décédé. Il éternue au dessus de la table chauffante.

9h05. La sage-femme remet le corps du jumeau décédé au père, alors qu'il est en train de parler au téléphone. Il raccroche. La sage-femme lui explique où est la morgue.

9h10. La mère du prématuré de quinze jours, qui attend dans le couloir, regarde de temps à autre à l'intérieur de la salle de consultation, et me demande comment va son enfant. Je regarde l'enfant qui me semble aller très mal et ne plus respirer. Je dis que je ne sais pas. Elle me demande pourquoi on lui a enlevé le masque à oxygène et qu'elle est très inquiète. Il n'y a personne dans la salle de consultation.

9h18. Une infirmière et deux élèves infirmières entrent puis ressortent.

9h29. Le père du prématuré de quinze jours, qui est derrière la grille d'entrée, m'interpelle pour me demander comment va son enfant.

9h32. Deux infirmières observent les enfants. Elles prennent le jumeau vivant pour l'amener en couveuse. Seul reste alors le prématuré de quinze jours. Les infirmières reviennent et discutent dans la salle de consultation.

9h50. Un médecin entre et jette un œil sur le prématuré. Un filet de sang est sorti de ses narines. Le médecin semble mécontent. Il interpelle l'infirmière, qui nettoie le sang du visage de l'enfant et l'enveloppe dans un pagne.

9h55. Le médecin qui était de garde, qui s'est déjà changé pour rentrer chez lui, fait un certificat de décès pour le prématuré de quinze jours et le remet au père de l'enfant. Il lui explique qu'il doit aller faire enregistrer le décès avant d'amener le corps à la morgue. En attendant, le corps reste sur la table chauffante.

(Note d'observation, salle de consultation de néonatalogie, Hôpital national, 08-02-11)

La mise en attente de plusieurs nouveau-nés sur une table chauffante destinée à n'en accueillir qu'un seul révèle, au travers de cet exemple, plusieurs problématiques sous-jacentes, qui dépassent les moments d'admission : approximations, indécisions lors des activités de réanimation et d'arrêt de vie, irrespect des règles et des hiérarchies professionnelles. Aussi les problématiques d'admission nous mènent à considérer ces premiers aspects relatifs à la qualité des soins.

V-1-2 Des admissions aux prises en charge : éléments problématiques

Les approximations de la prise en charge

Les admissions observées sont marquées d'approximations dans l'organisation des soins et notamment, leur gestion temporelle. Concrètement, ces approximations s'illustrent par l'inscription de paramètres imprécis dans les dossiers. L'heure d'admission indiquée est toujours une heure arrondie : 8h00, 9h00, 10h00,... Il n'existe donc aucune trace des temps d'inertie se comptant en minutes : des attentes devant la porte, dans le couloir, ou sur la table chauffante. De même, que dire des prises de poids notées à la centaine de gramme près, pour des prématurés pesant moins de deux kilos ? L'approximation ôte la fiabilité des paramètres : il paraît peu probable que Rametoulaye ait pris 300 grammes en cinq jours, avant d'en perdre 100 en une semaine. Les prises de température, sous le bras, ne sont pas non plus des plus précises. Le travail à l'« approximatif » – qui n'est pas seulement une question de moyens - se retrouve au cours des parcours d'hospitalisation, des soins aux traitements, en passant par l'hygiène. L'exemple de Rametoulaye l'illustre une nouvelle fois, lorsque l'infirmier indique qu'elle doit prendre 30 cl de lait, avant qu'un autre indique qu'il s'agit, en réalité, de 8 cl. S'agissant du gavage, comme des soins pouvant être assimilés au maternage (toilette, change, nourrissage) l'approximation est aggravée : les heures de prises et les quantités ingérées ne sont pas notées, les biberons entamés restent parfois plusieurs heures sans être rincés, certains repas sont « sautés », comme l'illustre cet extrait.

L'infirmier, qui à son arrivée trouve des biberons posés sur les tablettes à côté des couveuses, les prend et marque sur chacun la lettre correspondant à son emplacement. Il explique que c'est pour les identifier avant de les stériliser. Il me dit que le dernier repas des prématurés était à 6 heures, et qu'il est presque 9 heures, l'heure d'une autre prise, puisque les prématurés doivent être nourris toutes les trois heures. Il place tous les biberons dans un stérilisateur à vapeur, dont le couvercle est cassé, et qui est rempli d'eau. Vers 11h00, les nouveau-nés prématurés n'ont toujours pas été nourris. Je lui demande pourquoi : « *Bon ce matin on n'a pas eu le temps. C'est assez souvent car le matin il y a beaucoup de choses à faire, prendre les paramètres, faire les soins, faire les ordonnances pour les médicaments. On fait passer en priorité les médicaments, parce qu'après 11 heures, les accompagnants souvent partent, et alors on ne peut plus avoir les médicaments. Or, les médicaments, dans leur cas, c'est ce qu'il y a de plus important. Bon et puis si il y en a un qui pleure, qui réclame, on lui donne. Sinon, on attend midi, comme cela on ne décale pas les horaires.* » Je lui demande : « *Mais est-ce qu'un des stagiaires là-bas ne peut pas venir donner les biberons.* » L'infirmier : « *Non, parce que le chef de service ne veut pas que les stagiaires entrent dans la salle des couveuses, car les prématurés sont très fragiles.* » J'insiste : « *Oui mais tout de même, je m'inquiète, s'ils ont faim ?* ». L'infirmier : « *Non ça c'est des histoires de mère moi je ne comprends pas ça.* » (Note d'observation, salle des couveuses, Hôpital national, 21-03-11)

Biberons laissés plusieurs heures sans être nettoyés, stérilisateur utilisé en dehors de ses normes de fonctionnement, repas sautés... des approximations qui nuisent à l'état de santé des enfants, mais qui sont d'autant plus négligées qu'elles concernent des activités paramédicales dévalorisées. Ce ne sont pas seulement des erreurs ou des mauvaises habitudes. Pour Yannick Jaffré et ses collaborateurs, il s'agit de modes d'exercice négligents, produisant des lacunes dans la prise en charge, et constituant des « violences par défaut » (Jaffré *et al.*, 2009 : 240-241). Les dérives d'approximations sont des négligences conduisant à l'irrespect des règles et par là, à la défiance envers ceux qui tentent de les instaurer.

Désorganisation et (non)décisions d'arrêt de vie

Les négligences des prises en charge paraissent particulièrement cruelles lorsqu'il s'agit d'enfants dont le pronostic vital est en jeu : nouveau-nés se refroidissant lors d'un transport inapproprié, prématurés dramatiquement exposés aux infections nosocomiales, mise en attente d'enfants nécessitant une prise en charge urgente. Elles choquent les familles qui ont l'impression que les professionnels de santé peuvent « laisser mourir » leurs enfants. Force est de constater que ni la grande vulnérabilité, ni l'urgence ne transforment radicalement le fonctionnement hospitalier : la prise en charge est peu anticipée, la réalisation des soins approximative, les activités s'enchaînent de manière problématique et peu coordonnée. L'exemple précédemment cité du prématuré de quinze jours l'illustre. Cet enfant, que le médecin de garde avait maintenu en réanimation depuis six heures du matin, auquel le chef de service a lui-même fait un massage cardiaque à 9h00, meurt peu après, lorsque tous les

médecins vaquent à d'autres activités. Un autre exemple de réanimation en néonatalogie rend compte de successives négligences dans le déroulement des soins entre la vie et la mort.

L'infirmier essaie de réanimer un nouveau-né qui fait un arrêt cardio-respiratoire. Il le ventile, lui fait un massage cardiaque. Puis, sans dire un mot, il s'arrête, va se laver les mains. Le nourrisson est laissé allongé, avec autour de lui, pêle-mêle sur le lit, tout le matériel de réanimation.

HK : « Tu es en train de réanimer un enfant ? »

L'infirmier : « Là, je pense qu'il est passé de l'autre côté du bac. »

HK : « Tu ne vas pas pouvoir le réanimer ? »

L'infirmier : « Non, pour celui-là, je pense que c'est fini hein. On dit qu'après 10 min de réanimation ce n'est pas la peine de continuer. Continuer ce serait tuer le temps. »

HK : « Le médecin de garde ne doit pas venir pour les réanimations ? »

L'infirmier : « Si. Mais là il s'agit d'un cas désespéré. Et il est parti pour une autre réanimation. »

L'infirmier sort de la pièce. Il n'écrit rien sur le dossier de l'enfant, ne dit rien à ses collègues présents. Quelques minutes plus tard, une stagiaire s'approche du corps de l'enfant et commence à lui faire un massage cardiaque. Elle appelle un autre infirmier en renfort. Celui-ci essaie un massage cardiaque puis dit : « non, c'est fini. »

Stagiaire : « Mais, il vient juste de faire un arrêt ! »

L'infirmier : « Tu sais celui-là, en partant hier de ma garde, je ne pensais même pas le trouver ici aujourd'hui. Il nous avait fait trois arrêts pendant la garde. »

(Note d'observation, secteur de réanimation, Hôpital national, 25-08-11)

L'exemple interpelle par le peu de coordination et de communication autour de la réanimation de l'enfant. Il n'y a pas de critères explicites, de décision collective d'arrêt de réanimation. Le passage dans la mort n'est pas marqué, ni dans l'organisation, ni rituellement. La stagiaire et moi, d'ailleurs, n'avons « rien vu venir », tandis que les infirmiers du service, tacitement, savaient qu'ils aboutissaient à une fin de réanimation. Du fait de cette non formalisation de la mort, il m'est arrivé, plusieurs fois, de ne comprendre que le nouveau-né était mort qu'au moment où le médecin rédigeait son certificat de décès. Comme ses accompagnants, d'ailleurs, qui n'étaient informés qu'au moment de remettre le certificat. De ces observations, ressort l'impression que la mort de ces nouveau-nés n'est pas un événement. De même, une faible attention portée à ces morts se dégage de situations où les nouveau-nés morts sont laissés, sur la table chauffante, à côté de nouveau-nés vivants. Plusieurs pistes d'interprétation peuvent être émises.

En néonatalogie, où les taux de mortalité sont importants, les cas critiques font partie du quotidien. La mort est omniprésente et de nombreux nouveau-nés - notamment les prématurés - semblent avoir un statut intermédiaire, lié au fait que leurs chances de survie sont très faibles. On suppose que l'existence de ce « statut intermédiaire », qui existe pour

tous les nouveau-nés avant leur baptême, existe à plus forte raison pour ces nouveau-nés vulnérables. Comme cela a été souligné par des anthropologues des sociétés africaines, la survie de l'enfant est considérée incertaine avant son baptême, lors duquel l'enfant naît socialement avec la dation du nom (Epelboin, 1982 ; Gélard, 2003 ; Razy, 2004). Remarquons, d'ailleurs, que les parents retardent la date du baptême lorsque le pronostic vital de l'enfant leur semble compromis. Aussi, même si le nouveau-né porte déjà l'amour et l'espoir de ses parents, sa survie est une incertitude face à laquelle l'humilité est attendue. S'il vient à décéder avant son baptême, cette perte ne reçoit que peu d'attention sociale. On souhaite aux parents que Dieu le remplace par « *un autre qui vivra longtemps* ». En milieu traditionnel *pulaar*, notamment, c'est en grandissant que l'enfant « prend de la valeur » (Wane, 1969), une conception qui reste d'actualité dans les services de pédiatrie, où les décès d'enfants âgés suscitent émoi et empathie au sein des équipes hospitalières.

Outre l'incertitude s'agissant de sa survie, nous faisons l'hypothèse que le placement d'un nouveau-né à l'hôpital dérange en tant qu'exposition d'une « intimité » autrement soustraite aux regards. Le nouveau-né *bidân*, en particulier, est confiné à l'espace intime, dissimulé aux regards et tenu à l'abri de l'air extérieur. L'indifférence des professionnels de santé vis-à-vis des nouveau-nés répond à l'incongruité, voire même à l'indécence, suscitée par la vision d'un bébé détaché du corps de sa mère et de l'espace intime. Le corps du bébé, non-socialisé et perçu comme non-fini, évoque l'impureté de la vie intra-utérine. Hors de l'environnement familial, il ne « ressemble à rien », suscite un certain dégoût. Des attitudes de mépris envers les nouveau-nés prématurés peuvent ainsi être interprétées comme réponses à l'exposition de ce qui appartient au registre du caché et de l'intériorité corporelle. La nudité des nouveau-nés en couveuse constitue un dévoilement extrême, violent pour les parents et face auquel les professionnels de santé opposent distance et indifférence.

Une autre dimension semble compléter plausiblement la compréhension des « absences » observées autour de la réanimation néonatale. L'hypothèse est que dans les états intermédiaires entre la vie et la mort, la survie est un espoir remis au sacré et au religieux. Bien que les musulmans ne doivent pas ménager leur peine et utiliser tous les moyens à disposition pour soigner (Le Breton, 1995 ; Martin & Spire, 2004), la volonté de soigner atteint ses limites. Cependant, la décision d'arrêt thérapeutique est problématique, car l'homme ne doit pas se substituer à Dieu, qui Seul décide de la vie ou la mort. Il ne s'agit pas de fatalisme : la religion enjoint à accepter le sort de l'enfant, mais signifie aussi que celui-ci a toujours une chance grâce à Dieu. « *Tant qu'un individu n'a pas rendu son dernier souffle, il n'est pas considéré comme mort, car comme le dit le proverbe hassanya "Tant qu'il y a de la vie, il y a de l'espoir"* » (Fortier, 2000 : 277). Compte-tenu du plateau technique dont dispose le service, il est clair que d'un point de vue médical, certains cas sont désespérés. Mais personne ne l'évoquera avant que le décès soit avéré, par crainte de nuire au destin ou d'offenser Dieu.

« Plongé au cœur de sa souffrance, le croyant ne doit pas se départir de sa foi, le moment où il pourrait croire que Dieu l'abandonne est justement celui où celui-ci le tient dans sa main pour mesurer sa sincérité. Tout désespoir serait une forme de blasphème, un doute formulé à l'encontre de la puissance de Dieu » (Le Breton, 1995 : 99)

Baisser les bras ou abrégé les souffrances est en ce sens inconcevable. Dans ce contexte, vaquer à d'autres occupations, prétextées ou réelles, pourrait être la seule manière admissible trouvée par les professionnels de santé pour interrompre une réanimation. Ainsi peut-on comprendre l'absence et les silences autour des décès en néonatalogie. Reste que ces conceptions religieuses n'épargnent pas du désarroi et des cas de conscience : les professionnels de santé plaignent les nouveau-nés et les conditions dans lesquels ils sont soignés. Ils refusent de baisser les bras lorsqu'ils tentent de réanimer un enfant « laissé » par un collègue parti vaquer à d'autres occupations. L'absence de critères définissant les limites thérapeutiques et l'absence de décisions collégiales créent une grande solitude des professionnels face à la réanimation. Les (non)décisions d'arrêt thérapeutique peuvent même les placer dans un rapport de responsabilité individuelle vis-à-vis de certains décès, ce qui est psychologiquement inacceptable. L'exposition à ce type de situations a probablement des impacts négatifs, tels que la construction d'une indifférence vis-à-vis de la survie des enfants malades, et la construction d'attitudes collectives visant à reconforter par la déresponsabilisation des individus.

Irrespect des règles

Les professionnels rencontrés expriment eux-mêmes le problème du rapport à la règle. Tout concourt à faire céder celui qui tente d'imposer des règles, y compris la crainte d'être écarté de ses fonctions professionnelles. Des médecins compétents et diplômés à l'étranger nous ont d'ailleurs confié avoir été déplacés des postes où ils avaient été affectés, parce que, cherchant à faire évoluer les modes de fonctionnement, ils ont été jugés trop dérangeants. Fait marquant, les règles ne sont pas seulement transgressées par lassitude ou habitude, mais dès leurs tentatives d'instauration, par provocation de l'autorité et dissuasion de son exercice.

Je fais remarquer à un médecin les irrégularités observées s'agissant du gavage des nouveau-nés.

Médecin : « Et oui qu'est ce que tu veux, c'est comme ça la médecine en Mauritanie. [...] Ce n'est pas moi à mon niveau qui peut changer les choses. C'est plus haut, beaucoup plus haut, c'est carrément le directeur de l'hôpital, et même, c'est le chef de l'Etat. »

HK : « Mais quand tu es arrivé ici, tu as essayé de faire changer les choses ? »

Médecin : « Oui, j'ai parlé, parlé. Maintenant je suis fatigué de parler. Parce que c'est tous les jours qu'il faut parler, parler. On m'a dit que j'étais fou. Maintenant je ne parle plus, je fais mon travail au mieux, je ne m'occupe pas de ce que font les autres. [...] Pendant deux ans j'ai

essayé. [...] Je ne permettais même pas qu'un gardien entre ici. [Dans la salle des couveuses] Au départ, c'était respecté. Mais tout le monde a dit que j'étais fou. »

HK : « C'est difficile de faire respecter les règles ici ? »

Médecin : « Ici, c'est le règne de l'impunité. »

(Médecin, note d'observation, salle des couveuses, Hôpital national, 07-03-11)

Le problème de l'impunité dans les services de santé est bien documenté pour l'Afrique de l'Ouest (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003 ; Moumouni & Souley, 2004). Dans un premier temps, les jeunes diplômés tentent d'intervenir pour faire évoluer les pratiques selon l'enseignement qui leur a été délivré, mais leurs volontés se découragent et s'érodent avec le temps, la plupart prenant le pli du fonctionnement du service. Le travail de Patricia Vasseur sur l'insertion professionnelle des sages-femmes décrit comment, en l'espace de quelques mois, les gestes des jeunes diplômées s'écartent des normes enseignées (Vasseur, 1999). En Mauritanie, le rapport à la règle et à l'autorité apparaît particulièrement sensible. Les soignants observés se montrent susceptibles et irrités lorsqu'on leur dit ce qu'ils doivent faire, que des règles leur sont rappelées. Citons, par exemple, cet infirmier en colère car le major lui reproche d'être venu une heure en retard.

« À quelle heure je viens ça c'est entre Dieu et moi. Je viens et je fais mon travail, c'est tout, il n'y a pas à me demander à quelle heure je viens. Moi je fais tout ce que je peux. C'est entre Dieu et moi, que ce soit 8h00 ou 9h00 ou bien 10h00. » (Note d'observation, salle des couveuses, Hôpital national, 07-03-11)

Tandis que l'exercice de l'autorité est délicat, la tolérance et la compréhension sont de mises entre collègues, qui ferment les yeux sur les irrégularités de leurs pratiques de soins et se couvrent mutuellement. Bien que les critiques fusent ça et là, les retards et absences des uns et des autres sont excusées, car les raisons familiales sont jugées légitimes. Ainsi que l'ont souligné les chercheurs travaillant sur les cultures professionnelles en Afrique de l'Ouest, la survalorisation du social s'exerce au dépens du domaine professionnel (Olivier de Sardan, 2001 ; Ouattara, 2006).

HK : « Ici, il y a beaucoup d'infections nosocomiales ? »

Infirmier : « Oui, la dernière semaine de la grève, il y en a un seul qui est sorti de là vivant. Tous, au bout de quatre jours, ils devenaient jaunes. On ne savait pas ce que c'était. »

HK : « Vous avez désinfecté ? »

Infirmier : « Oui, on a désinfecté les couveuses. »

HK : « Pourquoi il y a beaucoup d'infections nosocomiales ? »

Infirmier : « Venir et passer d'une couveuse à l'autre sans se laver les mains, entrer et aller à une couveuse sans se laver les mains. C'est criminel. »

HK : « Mais parfois certains font ça. »

Infirmier : « Oui, même moi, il ne faut pas se mettre en dehors. Même moi. Seul Dieu est parfait. Seul Dieu est parfait. »

(Note de discussion, infirmier, salle des couveuses, Hôpital national, 5-06-11)

La tension est criante entre la connaissance de l'importance des règles d'hygiène, et la tolérance envers leur inobservance. Relevons, aussi, les évocations de Dieu servant à justifier le refus de la hiérarchie, ainsi qu'une certaine déresponsabilisation : « *C'est entre Dieu et moi* » ; « *Seul Dieu est parfait* ». Sur la question de l'irrespect des règles, le ton est aigri mais, au quotidien, le maintien de la paix et la bonne entente dans les équipes prévaut sur la volonté de faire évoluer les pratiques. Une autre observation, réalisée lors d'une réunion de staff, montre bien que chacun est lucide sur les conséquences de l'irrespect des règles - que les choses sont dites – mais que le passage à l'intervention et à la transformation des pratiques est difficile à réaliser.

Au staff, le second enfant présenté est un prématuré d'1kg200, né le 25 novembre. Le médecin de garde : « *Il évoluait bien les 25, 26, 27,... Puis le 30 il a fait un arrêt cardio-respiratoire. [...] Pourtant c'est un nouveau-né qui évoluait bien* ». Un autre médecin : « *Le 26 je voulais le faire sortir, mais il n'avait pas de bilan, est-ce que le bilan a été fait d'ailleurs ?* ». Les médecins font ensemble le constat que l'état de beaucoup nouveau-nés, qui évolue bien, s'aggrave subitement, probablement du fait d'infections nosocomiales, concluent-ils. Un médecin : « *Nous on met des surblouses, on voit les garçons de salle qui entrent et sortent comme ça* ». Un autre : « *Moi c'est quand je vois des sondes qui pendent là je me dis ce n'est pas bon.* » Un troisième : « *Les pauvres enfants* ». Le pédiatre dirigeant la réunion répond à un appel téléphonique. Entre les médecins, la discussion dérive peu à peu à propos de choses et d'autres. Le pédiatre raccroche, l'air pensif. Sans conclure, les médecins se lèvent et sortent de la salle de réunion. (Note d'observation, salle de réunion, Hôpital national, 4-12-10)

L'irrespect des règles, supporté au quotidien, fait régulièrement l'objet de critiques, qui saillent dans certains espaces sociaux, ici, la réunion de staff. Ces critiques surgissent de manière cyclique, comme des soupapes, sans perturber les mauvaises habitudes. Elles s'énoncent plutôt entre pairs, de conciliabules en conciliabules, et évitent qu'une personne en particulier ne soit frontalement prise à partie.

Exercice de l'autorité et hiérarchies sociales

L'instauration d'une hiérarchie dans les relations professionnelles est particulièrement difficile. Chacun tente d'asseoir son pouvoir en gardant la main sur ses activités et ses relations avec les patients. Le pouvoir entretenu est de faire ou de ne pas faire - à sa guise - le travail relatif à sa fonction. Situations courantes : les décisions prises par le chef de service ne sont pas suivies sitôt qu'il s'absente, les infirmiers ne font pas ce que leur demandent les médecins, les filles de salle refusent de faire leur travail, etc. Les résistances à la hiérarchie sont multiples, tandis que l'autorité ne s'exerce qu'en ménageant les susceptibilités. Les ordres ne sont pas adressés personnellement, mais plutôt de manière indirecte, générique (« *il faut* », « *ne faites jamais...* »,...). Les reproches sont adressés de manière détournée,

notamment avec humour, en adoptant un ton théâtral et emphatique, de grands gestes, qui désamorcent un conflit trop sérieux. Bien entendu, l'ordre hiérarchique professionnel s'exerce d'autant plus mal que les normes sociales définissent un autre ordre des relations : rapport d'âge et d'ancienneté dans le service, de genre, ou de caste (Jaffré, 1999 ; Moumouni & Souley, 2004). Difficile pour un jeune médecin de se faire entendre par une infirmière ancienne dans le service. Nous faisons aussi l'hypothèse que dans une société mauritanienne restant marquée par l'ombre de l'esclavage (Bonté, 2002 ; Botte, 2005 ; Leservoisière, 2008), le refus de faire son travail, l'intolérance à l'autorité et l'irrespect des règles participent de l'affirmation du nom et de la noblesse. Être assidu dans son travail, passe encore, mais être obéissant ou corvéable, c'est trop évoquer la relation maître-esclave. Les professionnels de santé exerçant à l'hôpital, médecins et soignants, qu'ils soient maures ou négro-mauritaniens, sont souvent issus de familles et tribus de renom. Ils s'affirment en tant que tels, et se doivent, en tant qu'égaux sur ce plan social, égards et marques de respect. L'exercice de l'autorité doit s'en accommoder.

Lorsque les statuts sociaux contredisent l'ordre hiérarchique professionnel, on comprend que certains ont intérêt à faire jouer les normes sociales contre l'ordre professionnel, et d'autres, à troquer leur identité sociale contre leur identité professionnelle. Citons deux exemples. Un infirmier *pulaar* interpelle son supérieur, le major, avec des insultes rituelles relevant de la parenté à plaisanterie : « *Mangeur de haricot. Tu es mon esclave.* » Impensable, pour le major, de s'en offusquer : il répond lui-même avec les mêmes insultes, attestant, de ce fait, l'égalité statutaire. Deuxième exemple, une secrétaire âgée, de haut rang social, se fait servir à boire et réclame des cadeaux à de jeunes internes en médecine dans le service, qu'elle appelle chacune, très significativement « *ma fille* ». Même si « les filles » en question endossent de lourdes responsabilités, le modèle sous-jacent est si puissant que leur est quasiment impossible de se soustraire à ces demandes. Au plan familial, leur réussite professionnelle ne peut les exempter des obligations envers leurs « tantes ».

Plus largement, les hiérarchies professionnelles sont mises à mal par une orientation du pouvoir politique en Mauritanie qu'Abdel Wedoud Cheikh (2003) qualifie de « sultanienne », concentrant tous les pouvoirs dans les mains d'un seul homme. Les chutes brutales et les ascensions spectaculaires aux postes de responsabilité traduisent les aléas d'une autorité sociale découlant « *plutôt d'une proximité courtisane d'avec "le sultan" que la détention d'un capital de connaissances associé à un cursus scolaire uniformément mesurable et reconnu* » (Cheikh, 2003 : 151). Ces mouvements hiérarchiques inopinés contribuent significativement à déstabiliser et décrédibiliser l'exercice hiérarchique professionnel.

S'agissant des relations de genre, la situation est assez atypique en Mauritanie. Le modèle maure des relations homme-femme complique l'exercice de l'autorité des médecins sur les infirmières. Dans de nombreux autres contextes, la répartition du travail médical et les

relations entre médecins et infirmières fonctionne, en effet, sur des rapports de genre appuyant l'autorité des premiers sur les secondes (Peneff, 1992 ; Saillant, 1992 ; Cresson, 2001). Les femmes mauritaniennes, influencées par le modèle maure, sont plutôt habituées des provocations, aimant éprouver leurs pouvoirs en ordonnant aux hommes ou en résistant à leurs demandes (Simard, 1996 ; Tauzin, 2001). Ces attitudes, diffuses parmi les femmes de grandes familles mauritaniennes, maures mais aussi *pulaar*, traversent les milieux professionnels, pour se retrouver entre les murs de l'hôpital. En milieu hospitalier, nous avons observé comment certaines infirmières, confortablement installées dans des salles de repos où nul homme n'osait entrer, faisaient attendre des pédiatres pour les visites dans les secteurs. Autre exemple anecdotique mais significatif, ce pédiatre bloqué dehors car une de ses collègues, qui « emprunte » sa salle de consultation, a emporté avec elle les clés. Mais, me dit-il, « *on ne peut rien dire puisque c'est une femme.* » L'observation, ci-dessous, donne une idée de la manière dont ces relations, à la fois modelées par le genre, l'âge et les statuts sociaux, peuvent se manifester.

Le médecin chargé de la consultation externe fait appeler le chef de service pour un des enfants venus consulter. Celui-ci vient examiner l'enfant, qui est manifestement en détresse respiratoire. Le médecin lui montre la raideur du cou de l'enfant. Le chef de service : « *Oui, cela fait partie d'un syndrome. [...] Mais il n'est pas bien, il faut vite le transférer en réanimation.* » Le médecin se tourne vers une infirmière qui est assise, dans la pièce, sur une chaise en plastique près du bureau, il lui dit : « *Il faut préparer le lit en B3, avec l'oxygène.* » Il continue d'écouter au stéthoscope. L'infirmière, obèse et âgée, semble ne pas vouloir se lever. Elle ne bouge pas. Le chef de service répète : « *Il faut rapidement le transférer.* » Le médecin se retourne une seconde fois et dit : « *J'ai demandé d'aller préparer B3, avec l'oxygène.* » L'enfant respire avec grande difficulté. Comme l'infirmière ne se lève toujours pas, le chef de service se met en colère, il lui parle d'un ton vif, s'approche et la fait lever de la chaise. Puis, il prend la chaise et la sort brutalement de la pièce : « *Ah... Ces chaises... Elles n'ont rien à faire là !* ». L'infirmière marche d'un pas lourd vers la néonatalogie, mais, alertés par les éclats de voix, deux autres sont déjà à l'œuvre lorsqu'elle arrive. L'enfant est mis sous oxygène, puis perfusé. Pendant ce temps, l'infirmière obèse récupère la chaise en plastique, l'amène jusque près du lit B3 et s'assoit. (Note d'observation, secteur de réanimation, Hôpital national, 4-12-10)

Dans cet exemple, l'infirmière fait directement front au médecin et au chef de service en refusant de remplir ses fonctions, malgré l'urgence de la situation. Ceux-ci n'utilisent que des formulations impersonnelles pour s'adresser à elle : « *Il faut [...] Il faut [...] J'ai demandé de préparer...* ». Malgré leur exaspération, ils ne se déprennent pas des normes de bienséances entre gens de bonne « *tente* », et évitent de dire : « *Va [...] Va [...] Je t'ai demandé...* ». L'exercice de l'autorité est rendu difficile par les codes de distance, qui, en lien avec la culture et la religion, régissent les relations hommes-femmes dans la société maure. Ces codes ordonnent d'éviter de croiser le regard, de ne pas toucher, et de ne pas s'adresser

directement à une personne de sexe opposé. L'infirmière, indirectement prise à partie, ne cède pas vraiment, ajoutant même une nouvelle provocation en s'installant sur « sa » chaise dans la salle de réanimation, ce qui est en principe, pour des règles d'hygiène, interdit. Dans les services, les soignantes se permettent d'adopter des attitudes de repos et de lassitude admises, telle que s'alanguir sur les bureaux ou carrément, s'allonger sur les lits d'hospitalisation disponibles. Lors des gardes, les hommes n'osent pas toujours aller les réveiller. La tolérance vis-à-vis des retards ou absences des femmes au travail est également étonnante : on les excuse plus facilement, car elles ne peuvent pas prendre des taxis de nuit, qu'elles ont davantage d'obligations familiales, ou tout simplement, qu'elles sont « fatiguées ». Finalement, les hommes renoncent à faire appliquer les règles auprès des femmes aussi strictement qu'auprès des hommes, sachant qu'en milieu maure, les femmes représentent « *l'incarnation de tout ce qui est antinomique avec le social et ses règles* » (Tauzin, 2002 : 112). Dans leur vie de professionnelles de santé comme ailleurs, le statut des femmes mauritaniennes leur permet certaines latitudes là où les hommes doivent respecter des normes sociales (Tauzin, 2001 ; Lesourd, 2006).

En Mauritanie, l'autorité professionnelle est confrontée à de nombreuses normes sociales adverses, qu'il s'agisse d'âge, de castes, de genre et de religion. Au-delà des susceptibilités relatives à ces normes sociales, remarquons les mises en scènes de ces susceptibilités, dont certains tirent leurs pouvoirs. Quant à celui qui tente d'instaurer son autorité nonobstant ces normes sociales, on dit qu'il est « fou », signifiant qu'il a perdu le sens des relations sociales.

V-1-3 La qualité des soins : focus sur l'hygiène et la douleur

L'hygiène et la prise en charge de la douleur sont deux composantes cruciales de la qualité des soins. Outre l'intérêt intrinsèque de leur analyse, ces deux aspects permettent d'interroger les relations de soins, et même, les différences de traitements entre enfants. Le rapport d'analyse de situation du secteur sanitaire en Mauritanie (Ministère de la Santé, 2011) met le doigt sur l'insuffisance de qualité de l'hygiène hospitalière.

« L'hygiène hospitalière en Mauritanie se caractérise par l'insalubrité des structures de soins et de leurs environnements ; les règles d'hygiène et d'asepsie n'étant ni vulgarisées ni rigoureusement respectées puis un programme sectoriel de renforcement de l'hygiène hospitalière n'existant pas [...] » (Ministère de la Santé, 2011 : 43)

Nos observations des soins témoignent d'attitudes de décontractions et d'indifférence des professionnels de santé, qui s'accompagnent de pratiques négligentes en termes d'hygiène et de prise en charge de la douleur. L'exemple suivant en est une illustration.

Avec des gants non stériles, une infirmière s'apprête à réaliser une prise de sang chez un petit enfant prématuré en couveuse, qui souffre de détresse respiratoire, cyanosé. Alors qu'elle discute avec une autre infirmière, elle pique, et recueille goutte à goutte un peu de sang dans deux tubes. L'enfant prématuré pleure. Les infirmières poursuivent leur discussion sans le regarder, rigolent toutes les deux. L'infirmière tire ensuite sur le drap pour déplacer l'enfant vers elle : elle doit également replacer sa voie veineuse périphérique qui, au niveau de la main, est « gâtée ». Entretenant de la replacer au niveau de la tête, elle rase un peu de cheveux. Elle a gardé ses gants et réutilise le même coton imbibé d'alcool qu'elle avait pour la prise de sang. Avec ce coton, elle frotte sur les parties rasées. Elle tape doucement avec ses doigts pour faire saillir les veines, ce qui fait pleurer le prématuré. Elle pique une première fois, mais échoue. Elle appuie avec son coton, du sang coule. L'autre infirmière lui fait passer un nouveau morceau de coton, qu'elle fixe avec du sparadrap. Elle pique une seconde fois au niveau de la tête et échoue. Elle pose l'aiguille, sans la capuchonner, dans l'emballage du cathéter. Les infirmières poursuivent leur discussion. À la troisième tentative, l'infirmière réussit à poser son cathéter. Elle enlève la perfusion gâtée au niveau de la main. Cela provoque de nouveaux pleurs de l'enfant, auxquelles les infirmières ne semblent pas porter d'attention. L'infirmière poursuit avec le changement du pansement du nombril. Elle enlève la couche, déroule la bande autour du ventre de l'enfant. Toujours avec les mêmes gants, elle prend un morceau de bande neuve, y verse un peu d'alcool, nettoie avec le cordon. Puis, elle place une bande propre. L'enfant a des selles qui ont séché sur ses fesses. L'infirmière lui met une couche propre sans les essuyer. Toujours avec les mêmes gants, elle prend une sonde pour aspirer les voies respiratoires de l'enfant. Elle enfonce le tube et tire doucement. L'enfant a des hauts de cœur. Elle aspire par le nez et la bouche. L'autre infirmière replace l'oxygène. L'infirmière change ensuite les draps, puis elle cale l'enfant, légèrement incliné, avec un petit oreiller. (Note d'observation, salle des couveuses, 31-05-11)

Bien que les gestes techniques de l'infirmière témoignent d'une acquisition de normes d'hygiène, la scène cumule plusieurs erreurs d'asepsie : les mêmes gants sont utilisés tout au long de l'activité de soins, et ne sont pas changés avant un geste invasif comme une aspiration des voies respiratoires. Entre deux tentatives de piqûre, l'aiguille n'est pas capuchonnée mais posée sur un support non-stérile. S'agissant des douleurs provoquées, les infirmiers y sont habitués, et celles provoquées chez les prématurés ne suscitent pas d'attentions particulières, comme l'illustre cet exemple. Certaines négligences, telles que de ne pas clamber une perfusion, entraînent des soins douloureux supplémentaires. Le prématuré en couveuse n'ayant ni parent pour le plaindre, ni force pour exprimer sa douleur, celle-ci n'atteint, face à des professionnels endurcis, aucune existence intersubjective. Chez les enfants plus âgés, bien que les douleurs iatrogènes fassent rarement l'objet d'une réponse médicamenteuse, des gestes et paroles de réconfort autour de l'enfant attestent de sa prise en compte sociale.

Pratiques d'hygiène en pédiatrie

Selon nos observations, la mise en œuvre des normes d'hygiène est un problème majeur au sein des services de pédiatrie, et du système hospitalier mauritanien dans son ensemble. Ce niveau très faible de l'hygiène hospitalière, qui a été relevé par les ONG travaillant dans le secteur, se traduit par des taux d'infections nosocomiales particulièrement élevés (Ministère de la santé, 2005, 2011) mais mal connus. Des gestes fondamentaux tels que le lavage des mains ou le port de blouse ne sont pas respectés, y compris s'agissant de secteurs sensibles tels que la néonatalogie, les maladies infectieuses ou la réanimation. Certes, l'environnement matériel n'est pas toujours favorable à l'application des normes d'hygiène (manque de robinet, ruptures d'approvisionnement en savons, etc.). Ce manque de facilités nécessiterait des efforts particuliers pour que soient respectées les normes d'hygiène : traverser différentes salles pour se laver les mains, utiliser des bidons d'eau pour pallier aux coupures, etc. Or, c'est plutôt l'inverse qui se produit, le manque de facilités étant pris comme excuse généralisée pour se décharger des tâches d'hygiène. Entre autres exemples significatifs, nous avons observé comment les parents de nourrissons hospitalisés à l'hôpital Mère-enfant devaient se rendre eux-mêmes dans une modeste boutique face à l'hôpital, où ils pouvaient, moyennant quelques dizaines d'Ouguiyas, faire stériliser les biberons.

S'agissant des gestes médicaux, nous remarquons d'une part l'absence de protocoles d'hygiène établis, et d'autre part, le hiatus entre des efforts visant à faire appliquer certaines règles d'hygiène, et la promptitude de certains agents à les « adapter ». Ce décalage nécessite de distinguer les « *normes officielles* » des « *normes pratiques* », ces secondes étant le produit d'une « *culture professionnelle locale* » (Olivier de Sardan, 2001). Les normes pratiques d'hygiène, dans les services enquêtés, semblent bien laxistes, comme l'illustre l'observation suivante.

L'infirmière porte une blouse sale d'apparence, tâchée devant, et noircie au niveau des manches et des poches. Elle porte un unique gant en plastique. Après avoir aspiré un enfant en détresse respiratoire, elle ne se lave pas les mains, et va prendre la température des neuf enfants hospitalisés. Elle passe le thermomètre de l'un à l'autre. Elle n'entre pas en communication avec l'enfant ou l'accompagnant. Entre chaque enfant, elle essuie d'un seul geste rapide le thermomètre avec un coton imbibé de solution hydro-alcoolique, qu'elle garde dans le creux de sa main. À chaque fois, elle place le thermomètre sous le bras de l'enfant, et maintient le bras d'une main. Une fois avoir pris la température de tous les enfants, elle enlève le gant, et passe un peu d'eau sur son autre main. Elle va s'asseoir un petit moment, dans le couloir, avec d'autres soignantes. (Note d'observation, salle de néonatalogie, Hôpital national, 12-06-11)

À une réalisation rudimentaire des gestes de soins, s'ajoute un certain dénuement de la communication avec les parents. Les gestes, impersonnels et routiniers, sont « réduits » à une

mise en œuvre simplifiée. Bien que l'infirmière ne soit ni spécialement pressée, ni spécialement rapide, on observe la simplification, le contournement ou l'élimination des gestes d'hygiène prescrits. Comme le souligne Jean-Pierre Olivier de Sardan s'agissant des sages-femmes, les normes pratiques font la part des choses entre « *certaines gestes indispensables, et ceux que l'on s'habitue à négliger* » (2001b : 68). Ces habitudes, ou « normes pratiques » vident malheureusement certains gestes de leur intérêt initial (Vasseur, 1999). Dans l'exemple précédent, l'infirmière ne porte qu'un seul gant qu'elle garde pour réaliser plusieurs activités successives, auprès de plusieurs enfants. Le gant a notamment pu être contaminé au moment du geste, invasif, d'aspiration des voies respiratoires du premier enfant. Le port du gant, qui détourne l'attention de la nécessité de se laver les mains, peut alors intervenir alors comme artéfact préjudiciable à l'hygiène. De même, on doute de l'efficacité d'un même coton, qui, après avoir reçu un peu de solution hydro-alcoolique, est utilisé à neuf reprises pour « nettoyer » le thermomètre servant à prendre la température des enfants. Enfin, l'acte de se rincer la main avec quelques gouttes d'eau relève davantage du symbole de purification par ablution, et exprime une certaine frilosité du contact avec l'eau.

Peu efficaces en termes d'hygiène, ces pratiques produisent une certaine « illusion » technique et hygiénique. Moyennant un peu de mauvaise foi, elles permettent de parer à de subtiles critiques émanant d'un supérieur. D'ailleurs, certains parents rencontrés, leurrés par certains usages techniques (gant, blouse, alcool), et habitués d'un niveau d'hygiène plutôt bas, estiment que la propreté de l'hôpital est satisfaisante. En détaillant les gestes et l'utilisation des produits d'hygiène de l'observation précédente, on comprend, par ailleurs, que l'infirmière vise davantage à se protéger elle-même de contaminations, plutôt que de protéger les enfants des infections nosocomiales. Les gants réutilisés pour plusieurs activités successives ne protègent que le soignant, le lavage des mains est effectué plutôt après les soins qu'avant. Cette tendance de l'intentionnalité hygiénique, a d'ailleurs été observée dans d'autres contextes hospitaliers (Véga, 1999 ; Jaffré, 2003 ; Carricaburu, 2008).

« Ainsi, l'hygiène des mains [...] semble, par delà les conditions organisationnelles, corrélée avec la perception d'un risque pour soi, l'autoprotection amorçant une vigilance à l'alloprotection, ce qui rejoint les résultats d'une enquête quantitative menée en milieu hospitalier : l'observance des règles en matière d'hygiène des mains avant un contact avec un patient est beaucoup moins bien respectée qu'après ce contact » (Carricaburu *et al.*, 2008 : 60).

Certains gestes sont déformés au point de devenir aberrants au point de vue de l'hygiène. Le fait d'utiliser à maintes reprises un même coton pour « nettoyer » plusieurs sites de piqûre successifs, parfois jusqu'à ce que le coton soit noirci, devient vecteur de contamination. Autre aberration observée, aux urgences de l'Hôpital national, le « balayage » des tables d'auscultation ou de soins avec le balai servant à nettoyer le sol. La recherche de l'apparence de propreté entre alors franchement en contradiction avec les normes pastoriques. Notons

que ces normes pratiques traversent les différents services de pédiatrie, indépendamment de la vétusté ou de la nouveauté des locaux : Hôpital national, hôpital Cheikh Zayed, hôpital Mère-enfant. L'observation d'un soin réalisé dans les luxueux locaux de l'hôpital Mère-enfant l'illustre.

Un nourrisson de 9 mois, placé en observation, doit avoir une analyse de sang. Sans gants, l'infirmière pique à plusieurs reprises l'enfant aux poignets, avec une aiguille de cathéter. Elle utilise plusieurs fois le même morceau de coton pour frotter avant de piquer, qu'elle a, entre temps, posé sur le lit. Avant de piquer, je l'observe qui sort le tube du cathéter et l'essuie sur un coin « propre » du morceau de coton déjà utilisé. Elle réussit à piquer, recueille le sang de l'enfant en remplissant le fond de trois tubes. Puis, elle fixe le cathéter avec du sparadrap. (Note d'observation, service des urgences, hôpital Mère-enfant, 23-08-11)

Avec cet exemple, comprenons que la simplification des gestes n'est pas seulement une paresse gestuelle, mais aussi, une norme d'économie du matériel, voire une habitude d'économie de l'eau. D'une pierre deux coups : l'aiguille du cathéter permet de faire une prise de sang. Quand au coton et aux compresses, leur usage est, semble-t-il, rarement unique : « *Non, les gens sont pauvres, il faut économiser !* » me dit un infirmier à qui je tends une compresse stérile neuve.

Le « sale », c'est l'autre

Lors de nos enquêtes aux domiciles des familles, nous avons observé le peu de propreté des habitations modestes, notamment dans les quartiers périphériques où l'accès à l'eau est difficile et coûteux. Murs crasseux à hauteur d'homme, vaisselle sale, restes de repas visibles sur le sol, cour en désordre, poussières, cafards, mouches et souris traversant les pièces sans être inquiétés... Le niveau de propreté des maisons est faible, contrastant avec des observations réalisées dans d'autres capitales africaines, où les habitations sont activement entretenues malgré l'insalubrité des quartiers dans lesquelles elles se trouvent (Bouju & Ouattara, 2002). Certaines familles modestes se distinguent néanmoins par la bonne tenue de leur maison. Le peu d'attention portée à l'entretien des logements ne se trouve pas seulement chez les Maures, mais aussi dans certaines familles négro-mauritaniennes. Dans les milieux aisés, l'environnement est plus assaini lorsqu'une « bonne » est employée à l'entretien de la maison.

Les médecins s'indignent et se plaignent des conditions d'hygiène dans lesquelles leur arrivent beaucoup d'enfants. Certains portent sur eux les modestes conditions de vie dans lesquelles ils vivent, et d'autres sont en effet très sales - crasseux sous des vêtements propres – car leurs parents évitent, durant plusieurs jours ou semaines, de les laver. Dans la société maure, il existe une crainte de se « refroidir » et de tomber malade en se lavant à l'eau, crainte particulièrement affirmée s'agissant de personnes jugées vulnérables au froid

(nouveau-nés et jeunes enfants, malades, femmes enceintes, femmes en période de menstruations). Comme dans le cas du petit Aly, certains guérisseurs renforcent cette crainte et recommandent à certains malades de ne pas se laver. Les malades qui doivent éviter l'eau sont notamment ceux dont la maladie est interprétée comme résultant d'un excès de froid. Par extension, les ablutions sèches sont souvent privilégiées en milieu maure (Fortier, 2000). Les médecins perçoivent ce « manque d'hygiène » avec découragement, comme étant à l'origine de nombreuses pathologies observées chez les enfants.

« Ça ce sont des enfants les parents ne prennent pas soins d'eux. [...] Pas d'hygiène, ils ne se lavent pas les mains, donc ils mangent même le sable... Après ils attrapent des diarrhées ils sont déshydratés. [...] C'est pourquoi je crie. [...] Quand c'est comme ça je crie, parce que ce sont des maladies qui sont évitables. » (Note de discussion, médecin, service des urgences pédiatriques, 23-12-10)

Quant aux infirmiers, qui de par leurs fonctions sont beaucoup exposés aux contacts avec les malades, ils adoptent des gestes distants. Ils considèrent que les familles sont sales, qu'elles mettent en désordre et salissent le service.

Le matin, l'infirmière, qui vient d'arriver, entre dans les chambres, ne salue pas, dépose les dossiers sur les lits. Certains accompagnants sont en train de dormir. D'autres sont en train de prendre leur petit déjeuner. Une vingtaine de minutes plus tard, elle entre de nouveau pour prendre la température de tous les enfants. Elle entre dans une première chambre, et fait signe aux accompagnants de ranger leurs affaires posées sur le lit. Elle leur montre du doigt les choses à ranger et où elles doivent se ranger. Elle montre du doigt, à une femme, le drap blanc de son lit qui est jauni. Elle lui demande de changer la couche de son enfant, qui est pleine. L'accompagnante s'exécute, changeant la couche sans nettoyer les fesses de l'enfant. Une fois que l'infirmière a fini de prendre les températures, je lui dis : « *Tu demandes aux accompagnants de ranger leurs affaires ?* ». L'infirmière : « *Oui, parce que les Mauritaniens, ils sont trop sales.* » (Note d'observation, secteur de maladies infectieuses, Hôpital national, 12-04-11)

Les infirmiers, aidés des filles et garçons de salle, contrôlent l'ordre de leurs services, limitent les déplacements des accompagnants et les espaces qu'ils occupent : « *La salle n'est pas du tout aménagée parce que sinon, les Mauritaniens, ils s'installent* » (Infirmier, note de discussion). De leur côté, les parents sont partagés s'agissant de l'hygiène à l'hôpital. Certains trouvent que la propreté de l'hôpital est satisfaisante, d'autres s'en plaignent. La saleté et les mauvaises odeurs des toilettes sont en particulier pointées du doigt. Les familles boudent les douches de l'hôpital, considérant que le risque d'y contracter des maladies est important : raison supplémentaire, pour les soignants, de se plaindre du manque d'hygiène des parents « *qui ne se lavent pas* ». Notons, cependant, que la propreté de l'hôpital ne fait pas l'objet de plaintes redondantes. L'attention semble occupée ailleurs, focalisée, notamment, sur la

disponibilité que leur témoigne - ou non - les professionnels de santé et sur les coûts engendrés par les soins.

Les normes pour la toilette des enfants sont très différenciées dans les populations composant la société mauritanienne. La question de l'hygiène entre ainsi en compte dans des relations interethniques qui traversent les relations hospitalières. Les Négro-Mauritaniens, qui astreignent leurs enfants à une toilette quotidienne et souvent énergique, considèrent que les *bidân* sont sales. De leur côté, les *bidân* ont des pratiques d'hygiènes diversifiées. Certains ont adopté des normes modernes de propreté, et n'hésitent plus à laver leurs enfants, considérant que le manque d'hygiène est un problème de pauvreté et d'ignorance. D'autres demeurent dubitatifs sur l'intérêt de la toilette à l'eau et ses risques pour les personnes fragiles : leurs demeures peuvent être tenues relativement propres tandis que leurs enfants, jugés fragiles, ne sont pas souvent lavés. Un jour, le père d'un nouveau-né hospitalisé, inquiet, est venu me trouver et m'a demandé : « *Les médecins disent qu'on peut le laver, vous pensez que c'est bon ou pas ?* » (Note de discussion, hôpital Mère-enfant). Enfin, une part de la population vit dans des conditions de pauvreté et d'hygiène catastrophiques. Pour les Négro-Mauritaniens, l'appartenance à la communauté maure peut expliquer le manque d'hygiène de certains enfants. Pour les Maures, la saleté sera davantage considérée comme un signe de marginalité et de pauvreté. Autre construit social, la saleté de certains espaces hospitaliers peut être perçue comme inégalité de traitement, négligence et mépris réservés à certaines catégories sociales.

« Ici, dans cette chambre, je ne sais pas pourquoi, ce ne sont que des Maures noirs. Et c'est sale. C'est sale partout, regardez... [Il me montre du doigt un matelas très déchiré, des cafards qui rampent sur les murs, la peinture écaillée.] Ici, ce n'est pas le soin, c'est la maladie. » (Père d'enfant hospitalisé, secteur de maladies infectieuses, Hôpital national, 12-04-11)

Ce père d'enfant malade, *harratine*, intellectuel et militant, est très attentif à l'expression des relations interethniques à l'hôpital. Comme lui, d'autres *harratines* et Négro-Mauritaniens s'attendent à être discriminés dans les structures hospitalières ou cliniques privilégiant, selon eux, les *bidân*. Dès lors qu'elle est interprétée en termes de mépris, la question de l'hygiène devient très sensible. Les perceptions de l'hygiène hospitalière s'inscrivent ainsi dans la construction d'un ensemble de rapports sociaux, en Mauritanie comme ailleurs (Véga, 1999).

Prise en charge hospitalière de la douleur des enfants

La prise en charge des douleurs liées aux maladies est hétérogène, et il arrive qu'elle soit interrompue chez les enfants hospitalisés, le temps que le médecin ne fasse sa visite, ou que les parents trouvent les moyens de régler le coût des médicaments. Le paracétamol est un médicament largement prescrit, mais sa prise n'est pas toujours régulière, laissant s'installer des douleurs mal soulagées. En pédiatrie, il est souvent administré par intraveineuse. L'usage

de médicaments antalgiques plus puissants, qui comprendraient des dérivés de la morphine, est en revanche très rare. En conséquence, les douleurs intenses sont insuffisamment soulagées. Les douleurs postopératoires, notamment, sont peu anticipées et mal prises en charge (Sidi Ahmed, 2013). Il n'existe pas de salle de réveil à l'Hôpital national, et peu de suivi postopératoire. Cette situation est aggravée pour les enfants, qui, suite à leurs interventions chirurgicales dans des services de chirurgie qui ne leur sont pas dédiés, sont transférés en pédiatrie. Ils se retrouvent alors dans un interstice où la prise en charge est aléatoire, l'articulation entre la chirurgie et la pédiatrie étant peu formalisée. Même les accompagnants des autres enfants hospitalisés remarquent ces cas d'enfants « oubliés » après avoir subi une intervention chirurgicale : « *Il y avait un enfant qui avait été opéré, il se tordait de douleurs, une semaine après l'opération il n'avait pas encore vu le chirurgien* » (Père d'Abou, entretien à domicile). De nombreux parents ne parviennent pas à savoir qui est le chirurgien qui a opéré leur enfant (Moussa, Yeyha), et n'ont pas, par ailleurs, de médecin référent s'agissant du suivi postopératoire.

Pour la prise en charge de la douleur, comme s'agissant de l'hygiène, la tonalité est aux justifications : comme les moyens manquent, la priorité doit être donnée au curatif quel que soit l'inconfort de l'enfant. Certains professionnels de santé se permettent, comme en France il y a quelques décennies (Peter, 1988 ; Desbordes & Schaelynych, 1992 ; Cohen Salmon, 1994), des interventions douloureuses sans analgésie, notamment chez les plus petits. La longue observation, ci-dessous, relate la réalisation d'une intervention à vif chez un nouveau-né, illustration significative de ce primat donné au curatif.

Un chirurgien examine un nouveau-né, qui souffre d'une obstruction partielle de l'anus. Il déshabille l'enfant, et constatant que le cordon ombilical de l'enfant pend sur 5 cm environ, dit : « *Oh, ils laissent ça pendant plusieurs jours.* » Il tire sur le cordon, l'enfant pleure mais le cordon ne se décroche pas. Il essaie de l'enlever en le faisant tourner sur lui-même, l'enfant crie davantage, mais le cordon ne cède pas. Finalement, il prend une lame de rasoir et coupe le cordon, tout près du nombril. Il demande à l'infirmière de tenir les pieds de l'enfant. Avec un bâtonnet en métal, il me montre l'anus « *Vous voyez, les selles ne peuvent pas bien sortir, si on ne fait rien, cela ne s'excrétera pas correctement.* » Il soulève la bande de peau qui couvre l'anus, cela fait légèrement saigner l'enfant, qui se raidit et se met à crier. Il enfonce davantage le dilatateur : l'enfant hurle, des selles et du sang s'écoule. Il interpelle alors la mère de l'enfant, lui dit de ramener une couche propre, lui demande de nettoyer l'enfant de ses selles. Puis, d'un air autoritaire, il montre le robinet et lui fait comprendre qu'elle doit se laver les mains. [...] Le chirurgien décide de faire l'intervention de suite : « *Bon, il faut que je libère la mère. Elle habite à 450 km d'ici, et elle n'a pas d'endroit où aller à Nouakchott. On ne va pas programmer une opération, il faudrait 30 000 Ouguiyas, la mère ne peut pas payer. Donc on va faire cela à vif, avec toute la douleur que cela comporte.* » Sur la paillasse, qui n'a pas été nettoyée suite à la pesée des autres enfants hospitalisés en néonatalogie, le chirurgien se prépare ses instruments pour l'intervention. Dans la salle, se trouvent les autres enfants, les

parents qui les accompagnent, et le médecin qui fait sa visite, de lit en lit. Le chirurgien demande à la mère d'aller se rassoier à l'autre bout de la pièce, près du lit de l'enfant, dos à la scène. Il m'explique qu'il va ligaturer la bande de peau puis couper. Il dit : « *On ne désinfecte pas, parce que de toutes façons c'est un endroit sale, qui sera souillé par les selles.* » Alors qu'il commence à décoller la peau avec son dilateur, l'enfant se contracte fort et réussit à bouger. Le chirurgien montre donc à l'infirmière comment le maintenir plus fermement. Le chirurgien procède à la pose des deux ligatures. L'opération dure tout au plus deux minutes, mais douloureuse pour l'enfant, qui pousse des cris suraigus. La tête de l'enfant est rejetée en arrière sur le carrelage de la paillasse, cachée par un rouleau de papier hygiénique. Alors que le chirurgien est en train de faire la seconde ligature, son téléphone portable sonne. Une troisième infirmière, prend le téléphone de sa poche et le lui colle à l'oreille, tandis qu'il poursuit son intervention. Il dit quelques mots puis demande à l'infirmière de finir la conversation et de remettre le téléphone dans sa poche. Les ligatures terminées il dit : « *Là, il ne sent plus la douleur.* » Il coupe la bande de peau, et effectivement, l'enfant ne semble pas davantage crier en réponse à ce geste. Il prend son dilateur et l'enfonce dans l'anus de l'enfant, ce qui en revanche provoque un redoublement des pleurs. Des selles s'écoulent de nouveau. Il ne nettoie pas, demande à la mère de venir reprendre l'enfant. Il ne lui dit rien de plus et nous nous éloignons. Il me dit : « *Les anesthésistes ne seraient pas contents s'ils savaient. Mais si je viens toujours leur demander pour faire des opérations, ils vont dire que je suis corrompu. Vous voyez comme on est tenu. [...] Il faut faire la part des choses, la mère vous l'avez vue, elle n'a rien, je ne vais pas lui faire payer 30 000 Ouguiyas. [...] Là, ils vont pouvoir partir.* » (Note d'observation, salle d'hospitalisation de néonatalogie, 16-06-10)

Cet exemple, à la fois ordinaire dans ses « normes pratiques » et extraordinaire s'agissant de la gravité des douleurs provoquées, traduit bien la place donnée à la douleur dans les pratiques de soins. La douleur est une modalité secondaire. Sa prise en charge n'est pas impérative, son soulagement n'est pas recherché « à tout prix ». La pauvreté peut, comme dans cet exemple, être un argument d'abstention : le chirurgien préfère intervenir sur le champ, quitte à provoquer des douleurs qu'il sait intenses. Cette décision peut se défendre, dans le sens où s'abstenir reviendrait à abandonner l'enfant à son sort, laissant son état s'aggraver tandis que sa famille peine, voire échoue, à réunir l'argent nécessaire à une intervention. Cependant, on constate comment la non-prise en charge de la douleur s'insère dans des attitudes brutales, s'accompagne d'une certaine déconsidération de l'enfant et de sa mère. Le chirurgien provoque des douleurs évitables lorsque qu'il tente de détacher le cordon en l'arrachant ; se montre négligent comme il fait peu d'efforts d'asepsie ; semble indifférent à la gravité de l'intervention, qu'il réalise dans un espace non-isolé, ne s'abstenant pas de répondre au téléphone. Autoritaire et distant vis-à-vis de la mère, le chirurgien ne l'informe même pas de sa décision d'intervenir dans de telles conditions. Sans « garde-fou », il est dans une situation de toute puissance vis-à-vis de l'enfant, décidant seul et sans protocole de réaliser une intervention à vif. Ainsi la pauvreté d'un enfant peut le rendre sujet aux violences

thérapeutiques et victime des douleurs qui les accompagnent. Mais voyons comment, plus ordinairement, les douleurs iatrogènes prennent place dans les relations de soins.

Ponctions et perfusions : des douleurs dans les relations de soins

Premièrement, soulignons qu'au moment de nos observations (2010-11), les douleurs provoquées par les soins ne reçoivent aucun soulagement médicamenteux. Les méthodes pouvant être utilisées telles que la crème analgésiante EMLA® ou l'inhalation de MEOPA® n'ont pas été introduites, de même que les solutions non médicamenteuses telles que l'administration de saccharose, ou la réalisation des soins lors de l'allaitement au sein. Aucune méthode, donc, pour les ponctions ou les poses de perfusion, et rien non plus pour les ponctions lombaires, qu'il s'agisse de la néonatalogie ou des autres secteurs de pédiatrie. Le Chef du service de pédiatrie de l'Hôpital national, Pr Weddih, est particulièrement intéressé et documenté sur ces questions (Weddih, 2013). Il a initié, en 2012, l'utilisation du saccharose, et projette d'autres améliorations dans le domaine. Les infirmiers sont, de leur côté, accoutumés à soigner dans la douleur. L'attitude dominante, dans les services, est de reconnaître que certains soins impliquent des douleurs, mais de considérer que ces maux sont inévitables.

« Donc je me suis aguerri. Maintenant, quand je pique, je n'ai pas de sentiments. Je pense seulement à sauver l'enfant. [...] C'est la finalité qui compte. [...] Toi, on piquait le prématuré là, j'ai vu que ça te gênait. Mais pour nous c'est la routine. Je ne te donne pas un mois à voir piquer les prématurés, après cela ne te fera rien. [...] Pour moi ma philosophie, c'est qu'il ne faut pas faire aux gens ce qui leur plait mais ce qui leur fait du bien. » (Infirmier, note de discussion, Hôpital national, 21-03-11)

Nous retrouvons, dans les propos de cet infirmier, une glorification du curatif s'accompagnant d'une relégation de l'éprouvé, qui justifie de ne pas tenir compte de ce que peuvent en penser les patients. Le savoir est tout entier du côté de l'infirmier qui seul détermine ce qui peut être fait pour « le bien de l'enfant » (Sheriff, 2000). Le fait d'être indifférent aux souffrances provoquées est même construit comme une compétence, propre aux professionnels de santé expérimentés. Cependant, tous les parents ne l'entendent pas de cette oreille : certains s'offusquent, s'indignent et parfois même, s'opposent aux traitements douloureux faits à leur enfant. Nous l'observons autour des ponctions veineuses et des poses de cathéter, qui sont les soins douloureux les plus courants en pédiatrie. Chez l'enfant, ces soins ont en commun d'être délicats et de souvent se prolonger, multipliant les douleurs ressenties par l'enfant, faisant l'objet de tensions dans les relations entre parents et professionnels de santé.

Une stagiaire infirmière de troisième année essaie de poser une perfusion à une petite fille de trois-quatre ans, accompagnée de sa mère, en présence d'une fille de salle. L'enfant est

malnutrie et difficile à piquer. Sur la main, la stagiaire n'arrive pas à piquer. Elle tourne l'enfant pour le piquer au niveau du pied. « *Eh oh Bismillah* » dit la fille de salle avant que la stagiaire ne pique. L'enfant tente de se débattre, pédale de ses jambes contractées, crie. Sa mère sort de la pièce. Un infirmier, ancien du service, vient prendre le relais. Il essaie d'abord de piquer au niveau des pieds, en vain. Il est assisté de la fille de salle, qui parle sporadiquement à l'enfant, et de la stagiaire, qui aide à la tenir. Pour mieux l'immobiliser, l'infirmier prend un sachet plastique avec lequel il lui lie les deux mains. La fille de salle dit à l'enfant, qui pousse des cris stridents : « *Eh oh, eh oh, eh oh.* » L'infirmier essaie ensuite de piquer sur la tête, échoue également. « *Eh oh, eh oh, eh oh* » égrène la fille de salle, qui essaie d'attirer l'attention de l'enfant en tapant dans ses mains et en claquant ses doigts. L'aiguille du cathéter étant « gâtée », on envoie la mère en racheter deux autres. Pendant ce temps, la petite est laissée allongée dans la même position : elle continue de pleurer durant de longues minutes. Elle est en crise, mais personne ne la prend pour l'asseoir ou la calmer. Les soignants discutent entre eux. Puis, comme la mère apporte deux nouvelles aiguilles, l'infirmier expérimenté réessaie de piquer, tandis que l'enfant crie et se débat, bavant de plus en plus. Sa mère, de l'extérieur de la salle de soins, essaie de regarder par la fenêtre, puis de rentrer dans la salle de soins, mais on lui fait signe de sortir. Elle s'assoit sur un banc, l'air dépité, puis, s'assoit par terre. Le soin semble interminable. L'enfant a des sparadraps sur les mains, les pieds, la tête, elle a déjà été piquée à une vingtaine de reprises. La stagiaire du début reprend la main et essaie de piquer au niveau du pied. Finalement, les deux nouvelles aiguilles sont usées, on demande à la mère de retourner en acheter. Cette fois, elle prend sa fille dans ses bras, lui parle, la console, puis l'emmène avec elle. L'enfant se calme. La stagiaire m'explique que l'enfant est difficile à piquer, parce qu'elle n'a pas de veine et plein de boutons qui empêchent de piquer. Une vingtaine de minutes plus tard, l'enfant revient dans les bras d'un homme. Celui-ci enlève sa veste polaire et la dépose pour y allonger la petite fille, plutôt que directement sur le carrelage de la paillasse. Tandis que l'accompagnant la maintient, un troisième infirmier essaie de la piquer. L'homme parle à l'enfant en *pulaar* : « *Eh oh, eh oh, eh oh ! Maman. Maman. Maman. Maman arrive. Doucement. Doucement.* » L'infirmier, après deux échecs successifs, passe la main à une quatrième infirmière. Elle essaie sur la main, échoue. Du sang coule sur la paillasse. L'infirmière essuie la paillasse avec un coton, puis, appuie le même coton au niveau du point de piqûre. La petite fille se débat et pousse des cris stridents. Son accompagnant continue de lui parler : « *Maman. Maman. Maman.* » Enfin, l'infirmier réussit à placer la perfusion à l'enfant. Tous les soignants, qui regardent avec attention le goutte à goutte, semblent soulagés. (Note d'observation, salle de soins, Hôpital national, 15-12-10)

Dans cet exemple, nous remarquons, une nouvelle fois, une distance des gestes chez une enfant de famille pauvre, malnutrie, dont la peau est couverte de « boutons ». La douleur de la petite fille n'est pas prise en charge médicalement. Son confort n'a que peu de place dans la relation de soins, bien que le prolongement du soin suscite un malaise croissant. L'enfant est posée, comme d'ordinaire, directement sur les carreaux de la paillasse (dessin 8), personne ne la reconforte lorsque sa mère s'absente pour acheter de nouvelles aiguilles de

cathéter à la pharmacie, et l'un des infirmiers lui maintient les mains liées avec un sachet plastique.



Dessin 11 : « On m'a allongée sur les carreaux froids. J'avais très froid », Ami, 11 ans, maux de ventre

Parmi les professionnels de santé, seule la fille de salle réalise un travail relationnel de soin : elle dit « *Bismillah* » avant les piqûres, accompagne l'enfant par des onomatopées couramment utilisées pour réconforter et calmer les pleurs, tente d'attirer ailleurs son attention. Quant aux parents, ils se montrent relativement conciliants, tout en soutenant le confort de l'enfant, par des expressions d'empathie et des gestes de réconfort. Mais parfois, face à la multiplication des tentatives de piqûres, la désapprobation des parents peut virer au conflit, et, finalement, à l'abandon du soin.

L'infirmière tente de poser une perfusion à un petit nouveau-né. Elle a déjà essayé plusieurs fois, l'enfant a des sparadraps au niveau des deux mains, des deux pieds, et de chaque côté de la tête. Une femme âgée accompagnant l'enfant, s'approche et vient demander pourquoi le soin n'est pas terminé, avec un mouvement de tête de désapprobation. L'infirmière s'énerve, répond vivement à l'accompagnante, retourne vers l'enfant, le soulève brusquement par un bras (alors qu'il ne tient pas sa tête) et le met dans les bras de la femme âgée. Elle pose par-dessus la poche de perfusion et fait signe à la femme de sortir. Tous les autres infirmiers et accompagnants se sont tournés, observant la scène. Deux stagiaires essaient de tempérer, l'accompagnante d'un autre enfant prend le bras de l'infirmière et la prie de faire le soin. Mais la vieille femme s'éloigne déjà, avec l'enfant, pour ne plus revenir. (Note d'observation, service des urgences pédiatriques, Hôpital national, 30-12-10)

Dans cette observation, l'infirmière affirme son pouvoir en renvoyant l'accompagnante qui désapprouve le prolongement du soin. Les infirmiers sont habitués à piquer à de nombreuses reprises avant de réussir à poser une perfusion. Aucune limite n'est clairement posée sur le

nombre de tentatives admissibles, au-delà duquel il serait préférable de passer la main, de reporter le soin, ou de s'en abstenir. Piquer à maintes reprises est une routine : on observe comment les soignants ont pris l'habitude, avant de commencer un soin, de préparer une série de morceaux de sparadrap, qu'ils collent sur le mur, en perspective de leurs multiples tentatives. La tolérance des parents, en revanche, a des limites. Les familles maures, plus démonstratives et revendicatives, craignent particulièrement les conséquences des piqûres sur les nourrissons, et s'agitent au fur et à mesure que le soin se prolonge.

Une petite fille maure de 8 mois est accompagnée par son père, sa mère, ainsi que de deux autres parents. L'enfant doit avoir une ponction et une pose de perfusion. Pendant la ponction, le père tient la petite fille. Sa mère s'est positionnée juste derrière, elle tourne dos à la scène pour ne pas voir, mais se retourne de temps à autre pour voir quand même. Elle entend son enfant pleurer et se met elle-même à pleurer, doucement, s'essuyant avec son voile, puis de plus en plus fort. Elle s'approche et fait signe de vouloir reprendre son enfant, mais le père s'interpose. L'infirmière réussit rapidement à remplir deux échantillons de sang qu'elle remet à la mère. Le père les prend pour les porter au laboratoire. Comme il sort, un autre parent, une femme âgée, jusqu'alors restée dans le couloir, vient auprès de l'enfant. L'infirmière essaie de poser la perfusion. Elle s'y reprend à plusieurs reprises, sans succès. La mère et l'accompagnante âgée restent auprès de l'enfant, la mère ne pleure plus, elle sourit même à certains moments. Suite à ces tentatives, la mère sort de la salle d'urgence avec l'enfant, le fait téter. Puis, le père revient, l'invite à retourner pour faire la perfusion, mais, encore, les tentatives de l'infirmière échouent. L'infirmière veut essayer de piquer au niveau de la tête mais sa mère n'est pas d'accord. Elle sort dans le couloir et remet son enfant au sein. Le père vient me demander si c'est grave de piquer un enfant à la tête, puis il va discuter avec le médecin. Finalement, le médecin fait une autre prescription et ils repartent sans que l'enfant n'ait été perfusée. (Note d'observation, service des urgences pédiatriques, Hôpital national, 30-12-10)

Les comportements des parents lors des soins douloureux de leurs enfants sont assez contrastés. Les femmes *bidân*, plus démonstratives, s'autorisent de grands gestes de dépit, grimacent, s'emportent, laissent échapper des larmes, cachent leurs visages dans leur voile ou serrent farouchement leurs enfants contre elles. Plus généralement, elles expriment aussi davantage, au sein de structures sanitaires, leurs inquiétudes s'agissant de la santé de leur enfant. Face à la douleur, les femmes maures sont jugées déraisonnables, aussi a-t-on coutume de considérer qu'elles ne doivent pas assister aux circoncisions : « *La douleur du garçonnet s'en trouverait accrue et la plaie, là aussi, aurait du mal à se refermer* » (Tauzin, 2002 : 114). L'expressivité des femmes maures dépend néanmoins du contexte relationnel : dans l'exemple précédent, nous voyons comment la mère, démonstrative face à son mari, change d'attitude lorsqu'une femme âgée la rejoint. En milieu maure, l'affection des relations des parents pour leurs enfants, comme il en est des relations conjugales, ne doit en principe pas se manifester en présence de personnes plus âgées, qui plus est, devant des beaux-

parents (Simard, 1996 ; Fortier, 2000 ; Tauzin, 2001). L'expression de sentiments envers l'enfant est grossière, impudique, car l'enfant évoque le rapport sexuel dont il est issu.

« Ainsi, un père n'est pas autorisé à toucher son enfant en présence d'hommes plus âgés que lui, quels qu'ils soient. Sa mère peut lui prodiguer les soins nécessaires à sa survie, à condition de ne lui manifester aucune tendresse, de ne pas laisser voir qu'il s'agit de son propre enfant. » (Tauzin, 2001 : 188)

Nous pouvons ainsi comprendre le changement de comportement de la mère. Comme le souligne Gisèle Simard, « *Ce code de pudeur engendre des comportements diversifiés, selon les personnes et les lieux, et l'expression de sentiments ambivalents, parfois contradictoires* » (1996 : 112). De leur côté, les mères négro-mauritaniennes se montrent plus impassibles. Se tenant un peu en retrait, elles gardent un visage fermé, bien qu'elles manifestent gestes et paroles de réconfort à leurs enfants. Lorsque leur enfant est petit, elles le bercent et calment ses pleurs autant que faire se peut. Elles sont plus dures avec leurs enfants plus âgés, qu'elles encouragent à adopter des comportements courageux lors de soins douloureux. Soulignons que dans la tradition *pulaar*, la résistance à la douleur est valorisée lors de l'excision et de la circoncision (Wane, 1969 ; Diallo, 2004). Aussi, on constate qu'avec l'âge, les comportements entre les enfants tendent à se différencier, les enfants appartenant aux communautés négro-mauritaniennes étant eux-mêmes plus impassibles lors des soins. Certains parents y voient une différence de constitution.

« Les enfants maures ils sont plus fragiles que les négro-africains, je ne sais pas si c'est leur peau où... Mais vous allez voir qu'ici les enfants maures ils sont plus faibles. [...] Les enfants maures sont fragiles. Ça vous le remarquerez. Là, la petite mauresque, [L'enfant vient d'avoir une prise de sang] elle a beaucoup pleuré, parce qu'elle ne peut pas résister. Lui [Il me montre un petit garçon] c'est un noir, il va moins crier. » (Notes de discussion, Père d'un enfant, urgences pédiatriques, Hôpital national, 23-12-10)

Ces différents comportements vis-à-vis de l'expression de la douleur ont été relevés par Sylvain Landry Faye (2013) s'agissant des douleurs de l'accouchement. Il souligne, notamment, que la maîtrise face à la douleur et le fait d'accoucher sans assistance médicale sont davantage valorisés dans la société *pulaar* que chez les *harratines*. Relevons également les différences de genre régissant l'expressivité de la douleur : le jeune garçon maure se montre impassible, quand sa mère s'épanche à son sujet. La fillette maure est gentiment moquée par les soignants comme chacun sait qu'elle ne peut pas maîtriser ses pleurs. Si les attitudes vis-à-vis de la douleur correspondent à différents modes de socialisation, elles expriment aussi des relations avec professionnels de santé (Kane, 2007). Lorsqu'elles appuient les pleurs de leurs enfants par leurs propres protestations, les mères maures expriment une certaine contestation des pratiques de soins. Elles instaurent une force de contrôle, montrant qu'elles ne sont pas prêtes à tout accepter. En retour, les professionnels de santé tendront à être plus circonspects. Quant aux femmes *pulaar* qui contiennent

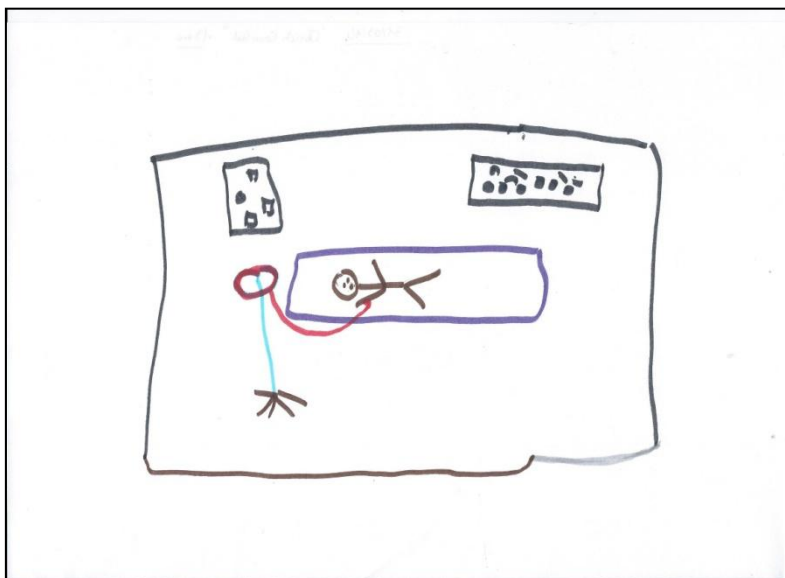
l'expressivité de leurs enfants, elles facilitent davantage le travail de soins, éduquant leurs enfants à des comportements plus conformément « patients », et s'inscrivant dans un rapport d'obéissance vis-à-vis du pouvoir médical.

Soins et douleurs dans les propos des enfants

Les douleurs, qui sont reléguées au second plan par une organisation médicale valorisant le curatif, occupent une place centrale dans les récits des enfants. Ceux-ci font notamment ressortir les douleurs provoquées par les soins. Le souvenir et la crainte des « piqûres » sont dessinés (dessin 12, 13, 14) dits et répétés par les enfants. Les « piqûres » constituent un point d'achoppement des relations avec les professionnels de santé qui sont par ailleurs plutôt appréciés des enfants.



Dessin 12 : « C'est le docteur, j'ai peur de sa piqûre », Mariem, 11 ans, drépanocytose



Dessin 13 : « Oui, je me rappelle. C'était dur hein. On me prenait plein de sang », Mamoudou, 13 ans, drépanocytose



Dessin 14 : « On m'a fait piqûre. [...] Ça faisait maaal, j'ai crié », Mettu, 8 ans, fracture

Les enfants expriment leur désaffection pour les « docteurs » qui font mal lorsqu'ils les piquent, mais aussi pour les lieux de soins où ils craignent de recevoir des piqûres.

HK : « Youssouf qu'est-ce que tu n'aimes pas à l'hôpital ? Les docteurs ne sont pas gentils ? »

Youssouf : « Non, ils ne sont pas gentils. »

HK : « Pourquoi ne sont-ils pas gentils ? »

Youssouf : « Ils piquent tellement les gens que cela fait mal. »

HK : « Donc tu n'aimes pas les piqûres ? »

Youssouf : « C'est ça. »

Père : « Il y a certains qui viennent et qui ne sont pas expérimentés. Ils piquent, ils piquent mais ils ne savent pas, ils s'exercent. »

(Youssouf, 8 ans, drépanocytose, entretien à domicile)

HK : « Qu'est-ce que tu crains en partant à l'hôpital ? »

Amadou : « Je crains les piqûres. »

HK : « Et quoi d'autre ? »

Amadou : « Seulement les piqûres. »

HK : « Où tu les reçois ? »

Amadou : « Le plus souvent à Dakar. »

HK : « Combien de fois tu en as eu là-bas ? »

Amadou : « J'ai eu plusieurs fois des piqûres là-bas, mais je me rappelle les deux dernières fois. »

HK : « Pourquoi les deux dernières fois sont plus marquantes ? »

Amadou : « Parce que ce sont des moments qui m'ont fait plus mal. »

HK : « Qu'est-ce qu'ils t'ont fait les docteurs ? »

Amadou : « Ils ont pris du sang dans mon corps, c'est ça qui m'a fait le plus mal. »

HK : « Les docteurs mauritaniens et les docteurs sénégalais, lesquels sont les plus gentils ? »

Amadou : « Ils sont tous pareils pour moi, mais quand même, je préfère les docteurs mauritaniens. »

HK : « Pourquoi ? »

Amadou : « Parce que les docteurs mauritaniens sont moins sévères que les docteurs sénégalais. »

HK : « Et quoi d'autre ? »

Amadou : « Et en plus les docteurs mauritaniens ne soignent pas. Pas comme les docteurs sénégalais. »

(Amadou, 14 ans, drépanocytose, entretien à domicile)

La préférence d'Amadou pour les docteurs mauritaniens, qui « ne soignent pas » - sous entendu qui ne font pas de piqûres - illustre comment les enfants discriminent les « docteurs » selon les douleurs qu'ils provoquent. D'autres enfants soulignent que certains soignants font plus mal que d'autres lorsqu'ils font les piqûres.

HK : « Quand tu étais là-bas est-ce que tu as eu beaucoup de piqûres ? »

Awa : « Quand ils enlevaient, il y a une femme quand elle enlève ça fait mal. Les autres ça fait pas mal mais cette femme ça fait toujours mal. »

HK : « Et les autres font plus attention ? »

Awa : « Oui. »

HK : « Est-ce qu'il y en a qui t'ont dit des choses gentilles pour te rassurer ? »

Awa : « Non, eux ils font seulement doucement. »

(Awa, 10 ans, maux de ventre chroniques, entretien à domicile)

Nombreux sont les enfants qui ne font pas la différence entre les ponctions, perfusions, et injections, au même titre qu'ils ne font pas la différence entre médecins, infirmiers, garçons

et filles de salle. C'est pour eux l'intensité de la douleur qui fait sens. Ils n'ont pas de grandes attentes en termes de communication ou de réconfort. Cependant, l'incompréhension des enfants et l'absence d'explications à leur égard renforce leur impression de subir la violence de certains gestes, comme le traduisent ces propos de Mettu, 8 ans, hospitalisée après avoir été percutée par une automobile.

HK : « Et qu'est-ce qu'on t'a fait là-bas ? »

Mettu : « On m'a fait piqûre. »

HK : « Où ça ? »

Mettu : [Elle montre son bras] « Ils ont piqué dans le pied, et là, au bras. »

HK : « Et ça s'est passé comment, ça faisait mal ? »

M : « Ça faisait maaal, j'ai crié. »

HK : « Tu as crié ? »

Mettu : « Oui, ils ont fermé la porte à clé. »

HK : « Tu étais toute seule ? »

Mettu : « J'étais toute seule. »

HK : « Il n'y avait pas ta maman ? »

Mettu : « Il n'y avait personne. »

HK : « Et la dame qui piquait était seule... »

Mettu : « Non il y avait beaucoup de... »

HK : « Et alors, ils t'ont tenu et ils t'ont piqué ? »

Mettu : « Oui. Ils ont tenu et ils ont mis quelque chose au pied, quelque chose ici, et après j'ai dormi jusque le matin. »

[...]

HK : « Qu'est ce qui est dur ? »

Mettu : « Il y a quelque chose qui est là comme ça, je ne pouvais même pas aller faire pipi. »

HK : « Tu ne pouvais pas bouger ton pied ? »

Mettu : « On attrape tes pieds, tes mains, tout ça on va l'attraper. »

HK : « Ils attrapent ? »

Mettu : « Ils attrapent les deux pieds et les deux mains. »

HK : « Pour faire la piqûre ? »

Mettu : « Oui. Même ta tête. »

(Mettu, 8 ans, fracture, entretien à domicile)

Il n'a pas été donné à Mettu les moyens de comprendre ce qu'il se passait. Sa vulnérabilité est extrême, comme elle se retrouve « seule », c'est-à-dire seule avec les professionnels de santé, qui ferment la porte à clé, et la maintiennent à plusieurs mains. Conformément aux attentes qui pèsent sur eux, les jeunes garçons avouent leurs craintes, mais affirment mieux supporter les douleurs des « piqûres ». Remarquons, enfin, que certains enfants atteints de problèmes de santé chroniques témoignent d'une bonne adaptation face aux douleurs provoquées par les soins, qu'ils ont appris à supporter.

HK : « Souvent tu as des prises de sang ? »

Mamoudou : « Oui, parfois. »

HK : « Et cela ne te fait pas peur ? Tu sais gérer cela aussi ? Comment tu fais ? Tu regardes... »

Mamoudou : « Oui, je regarde, je regarde les vaisseaux. Ils commencent à prélever, il y a du sang. »

HK : « Oui. Donc ça tu es habitué... »

Mamoudou : « Oui, il y a pire. »

(Mamoudou, 13 ans, drépanocytose, entretien à domicile)

HK : « Quand tu pars à l'hôpital, tu as peur ? »

Khadjetou : « Non, pas du tout. Des fois je reçois des piqûres, des fois non, mais je n'ai pas peur. »

HK : « Et ça ne te fait pas mal ? »

Khadjetou : « Je sens un peu. »

(Khadjetou, 8 ans, crise de paludisme à répétition, entretien à domicile)

Mamoudou et Khadjetou ont en commun de se rendre fréquemment dans les structures sanitaires, et que leurs familles sont satisfaites des relations entretenues avec les professionnels de santé. Leur exemple montre que les « piqûres » sont certes un point délicat des relations pédiatriques mais que leur vécu peut être beaucoup plus acceptable dans certaines conditions. Les enfants se montrent sensibles aux attentions et à l'empathie que leur témoignent les professionnels de santé. Les problèmes d'hygiène ou de promiscuité, en revanche, n'apparaissent pas dans les récits des enfants, ces aspects ne semblent pas significatifs ou importants pour eux. L'enjeu de la prise en charge des douleurs provoquées et des relations de soins apparaît donc central du point de vue des enfants sur la qualité des soins.

V-1-4 Informer dans la relation thérapeutique

Entraves de la communication avec les professionnels de santé

Nos données s'agissant des relations thérapeutiques concourent sur ce point : les informations délivrées sont pauvres et laconiques. De plus, la réception de ces informations, lorsqu'elles sont effectivement énoncées par les professionnels de santé, est sélective et incertaine. Les difficultés de communication au sein de la relation de soins sont multiples : diversité linguistique, méfiance, écart socioculturel entre les professionnels de santé et leurs patients. S'agissant de la diversité linguistique, elle constitue une problématique majeure en Mauritanie, engageant des relations conflictuelles entre communautés linguistiques (Taine-Cheikh, 1994). Le système éducatif a lui-même été marqué par des changements successifs des langues d'enseignement (Candalot, 2005). En l'absence de politique linguistique consensuelle et durable, les institutions mauritaniennes, dont l'hôpital, se trouvent face à des

difficultés majeures, des élèves ayant suivi l'intégralité de leur cursus en arabe devant, une fois nommés, travailler avec des documents en français. Les difficultés de traduction se posent non seulement au sein des relations entre agents de santé et patients mais traversent toute l'organisation du travail médical. Les biais et pertes de précisions liés aux traductions successives contribuent à un effritement des savoirs et informations biomédicales. Au bout d'une chaîne d'information déformant les messages tel un « téléphone arabe », les explications rapportées par les parents apparaissent parfois surréalistes, et peuvent au final s'apparenter aux conceptions populaires, comme l'illustre les propos suivants.

« Même les gens de l'hôpital [...] ils m'ont montré des enfants hospitalisés qui avaient cette même maladie. Ils ont dit que cette maladie *sooynabo*, pouvait avoir beaucoup de symptômes différents. Chez certains, elle fait gonfler le ventre. Chez d'autres, la maladie reste dans le corps. Chez d'autres encore, la maladie reste dans le corps cachée, et ils disent que c'est cette maladie qui est la plus dangereuse. Ils disent que la maladie qui fait sortir le jaune est mieux que les autres. Parce que tu vas voir que la personne est malade, tu vas pouvoir la soigner. [...] À un docteur, j'ai demandé ce qui amenait cette maladie. C'était à l'hôpital Cheikh Zayed. Il a dit que c'était le lait en poudre et le pain qui causaient cette maladie. Les cubes magies sont aussi une cause de cette maladie. Il a dit que le lait en poudre, tu sais les gens prennent le lait en poudre et en mettent sur le pain. Il a dit que c'était interdit. Parce que c'est de la levure. La levure sèche le pain, ce n'est pas bon. » (Mère de Salma, entretien à domicile)

Outre ce récit illustratif de la distorsion d'informations qui n'ont plus grand-chose de biomédical, nous remarquons, plus largement, la faible appropriation des explications médicales par les familles. Celles-ci reprennent peu, dans leurs récits, de termes ou explications médicales. Contrairement à la situation française où médecins et malades, malgré leurs divergences, adhèrent à un même modèle de référence (Laplantine, 1993[1986]), la « culture en partage » s'agissant de la santé et de la maladie demeure relativement faible en Afrique de l'Ouest (Olivier de Sardan, 1999).

« On peut observer aujourd'hui dans les représentations populaires les traces des discours biomédicaux diffusés sous la colonisation et depuis les indépendances, et des interactions entre les populations et les structures de santé publique. Là encore, on constate le maintien intégral de certaines représentations, la transformation majeure ou mineure d'autres, l'introduction de nouvelles » (Olivier de Sardan, 1999 : 30).

Nous faisons l'hypothèse que cette culture en partage est particulièrement limitée s'agissant de la Mauritanie, compte-tenu de la faiblesse du système éducatif, de la faible durée de la colonisation, du développement tardif du système de santé ainsi que de la moindre diffusion des messages de santé publique. L'écart entre le milieu social des professionnels de santé et celui de leurs patients accroît également la difficulté de la compréhension mutuelle (Jaffré, 1993). Soulignons, enfin, que les professionnels de santé les plus qualifiés tels que les médecins généralistes ou les pédiatres sont peu disponibles et peu communicatifs avec leurs

patients. Les explications « médicales » sont donc glanées auprès d'autres « docteurs » plus accessibles (« docteur » de quartier, « pharmaciens » ou revendeurs de médicaments, filles ou garçons de salle, etc.) qui peuvent introduire confusions et déformations des messages. Devant la carence de culture biomédicale de certains patients, s'instaure un certain découragement des professionnels de santé à communiquer et à transmettre des informations médicales. Nos observations confirment sur ce point les descriptions des enfants et de leurs parents : les médecins n'expliquent pas la maladie, les consultations se déroulent sur un mode stéréotypé, conclu par la seule rédaction de l'ordonnance. Un autre obstacle à la communication réside dans les conceptions de la parole, parole comportant le risque de faire advenir le mal. Les médecins sont donc prudents dans leurs formulations de la maladie : en dire le moins possible ou se dérober derrière un langage technique les prémunit de réactions d'angoisses et d'altercations. Le langage des médecins envers leurs patients se pare de mots de réconfort, mais aussi de formulations conjuratoires empruntées à l'islam, qui constituent souvent la seule réponse apportée. Lorsque les parents demandent comment va leur enfant, il est fréquent d'entendre répondre « mach' Allah », et lorsqu'ils demandent si l'enfant va sortir de l'hôpital, c'est « inch' Allah ». La conjuration, l'affirmation de la bienveillance, ou encore la conformité religieuse prennent le pas sur l'information médicale. Les mots ayant le pouvoir divin de prévenir l'infortune ponctuent les interactions hospitalières. Dans ce contexte d'énonciation très précautionneux, on comprend que le risque de décès soit rarement évoqué. Faire un pronostic relève d'un manque de foi envers Dieu qui Seul peut donner la vie et la reprendre. Les exceptions toutefois existent, le contenu des dialogues entre professionnels de santé et patients pouvant être plus informatifs lorsque le médecin considère qu'il a affaire avec des personnes de haut niveau d'éducation avec lesquelles il suppose partager des références biomédicales. Le petit Mamoudou et sa mère, par exemple, sont parfaitement informés s'agissant de la drépanocytose et de la gravité de cette maladie. Une différenciation de l'information médicale sur critères sociaux qui rappelle celle analysée par Sylvie Fainzang (2006) s'agissant du cancer en France.

Les enfants auditeurs de la relation thérapeutique

Lorsque que nous demandons aux enfants ce que les docteurs leur ont appris sur leurs maladies, beaucoup répondent que ceux-ci ne leur ont rien dit. Les descriptions des enfants s'agissant des hospitalisations et consultations traduisent une conformité par rapport à la répartition de la parole observée au sein au sein des familles. Dans la plupart des cas, les enfants ne sont pas directement informés de la maladie, bien que l'on parle en leur présence.

HK : « Peux-tu raconter comment cela s'est passé à l'hôpital Dia ? »

Bacari : « Le docteur a tapé ma jambe et il a demandé si je sentais. Il a parlé à mon père, c'est cela seulement. »

HK : « Et qu'est-ce qu'il t'a dit ? »

Bacari : « Je ne sais pas, il n'a pas parlé, c'est à mon père qu'il a dit ce qu'il devait faire. »
(Bacari, 13 ans, pieds-bots, entretien à domicile)

Khadjetou : « Mais moi je préférerais ne plus être malade. Est-ce qu'il y a des médicaments qui pourraient me rendre moins malade ? »

HK : « Tu as demandé ça au docteur ? »

Khadjetou : « Oui. »

HK : « Et il n'a rien dit ? »

Khadjetou : « Quand il a fait l'ordonnance il a dit à ma maman que celle-là a le paludisme. »

HK : « Est-ce que tu sais ce que c'est le paludisme ? »

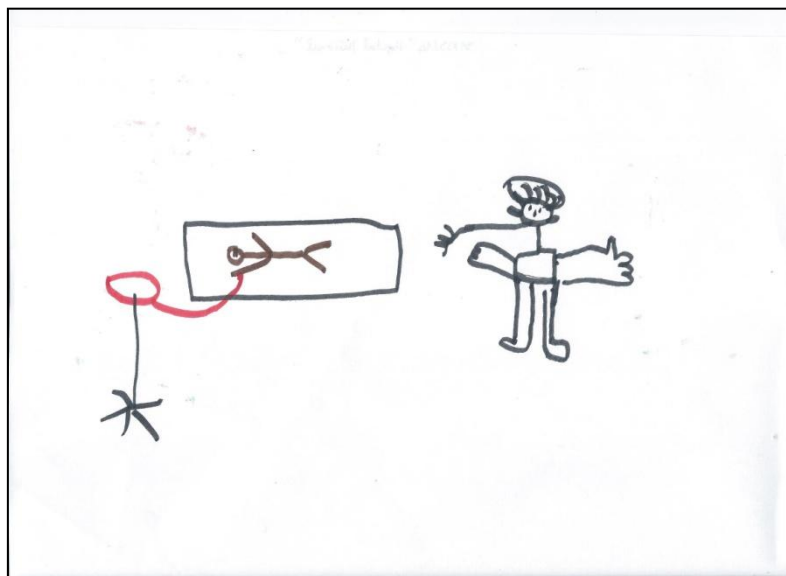
Khadjetou : « C'est une maladie qui nous attaque quand les moustiques nous piquent. »

(Khadjetou, 8 ans, crise de paludisme à répétition, entretien à domicile)

Mis à part les questions posées lors de l'examen clinique, les enfants décrivent un contexte de communication pauvre, dans lequel les maigres explications sont données à leurs parents. Lorsque certains médecins leur parlent, cette communication s'avère asymétrique. Les dessins de Khadjetou, qui se dessine sans bouche (dessin 15), et de Mamoudou, qui met en évidence la parole du médecin (dessin 16), l'illustrent.



Dessin 15 : « *Le docteur est gentil, il parle bien* », Khadjetou, 8 ans, crises de paludisme



Dessin 16 : « *C'est mon docteur. Elle me parle* », Mamoudou, 14 ans, drépanocytose

Ces témoignages dévoilent que les enfants apprécient lorsque les « docteurs » leur parlent. Habités à s'en remettre silencieusement aux propos des adultes, ils s'arrangent, en revanche, du fait que cette communication soit asymétrique. Mais dans certains cas, le contenu de la relation thérapeutique échappe complètement à l'enfant. La langue ou le langage employé peut lui être incompréhensible, comme en témoigne Houssein, (8 ans, drépanocytose) : « *Les docteurs ce sont des Maures je ne sais pas ce qu'ils disent* ». Au cours des hospitalisations, peu informés, certains ne comprennent pas ce qui est en train de se passer : « *Ils me prenaient du sang tôt le matin, dans une petite bouteille, mais je ne sais pas ce qu'ils en ont fait* » (Salma, 10 ans, « jaunisse »). Ces incompréhensions sont anxiogènes pour les enfants.

Le non-dit diagnostic

Les diagnostics, qui ne sont pas évidents à établir dans un contexte de faible support technique, ne sont pas nécessairement dits dans la relation thérapeutique. Ils sont plus spontanément écrits dans des dossiers en français, indéchiffrables pour la plupart des agents de santé subalternes et des parents, arabisants ou analphabètes. Le fait que les « docteurs » n'expliquent pas la maladie – et ne disent pas son nom – est une remarque récurrente des parents.

« Je me demande même si les médecins donnent parfois le nom de la maladie ! Moi je ne connais pas un docteur qui donne le nom de la maladie. Chaque fois quand on part ce sont les mêmes répétitions et le docteur prescrit une ordonnance et explique comment la prendre. » (Père d'Ami, entretien à domicile)

Afin d'expliquer pourquoi les docteurs « ne disent rien », les parents d'enfants malades ont leurs propres suppositions, teintées de suspicions. Selon certains, cela traduit un manque de compétences, les docteurs se trouvant face à des maladies qu'ils ne connaissent pas, sans vouloir le reconnaître. D'autres dénoncent un rapport de pouvoir et de profit, les « docteurs » n'expliquant pas de quelles maladies leurs patients souffrent afin de les garder dans leur patientèle.

« Elle a dit ça va, ça va. Mais à chaque consultation, c'est 5 000, elle dit qu'elle n'est pas malade. Pour chaque consultation je paie cinq mille. Donc elle prescrit seulement, c'est des médicaments sur des médicaments. [...] Elle ne dit pas parce qu'elle préfère que je revienne toujours » (Mère de Fatimata, entretien à domicile)

« Nous avons vécu cette expérience, la fille était malade, on l'emmenait là-bas, ils donnaient toujours les mêmes médicaments. Toujours elle prenait ça, il y avait dix médicaments, mais finalement elle ne s'en est pas sortie. Le docteur qu'on avait rencontré c'était un profiteur, il s'est rendu compte qu'il ne pouvait pas la soigner, mais il n'a jamais dit d'aller voir un autre docteur. Il préférerait garder la fille et toujours lui prescrire les médicaments. » (Père d'Ami, entretien à domicile)

Le peu d'informations s'agissant de la maladie instaure, en effet, un rapport de pouvoir asymétrique : les entourages des malades se retrouvent face à de multiples demandes d'achat d'ordonnances (médicaments et analyses) dont ils n'ont aucun moyen d'apprécier la légitimité. Les docteurs ne facilitent pas non plus le fait de se tourner vers un nouvel avis ou de poursuivre ailleurs une prise en charge, sachant que les familles obtiennent rarement des documents retraçant les traitements prescrits et analyses réalisées. Nous pouvons citer l'exemple du petit Ahmed, dont le médecin a jeté immédiatement les résultats d'un dépistage de la tuberculose, sans avoir expliqué à la famille de quelle analyse il s'agissait, au prétexte que celle-ci est revenue négative. Considérant l'« ignorance » des familles, agacés par leurs incompréhensions, les professionnels de santé adoptent des relations de soins de type « paternaliste », ne donnant pas aux familles, déjà perçues trop « encombrantes », les moyens de s'impliquer davantage dans la prise en charge médicale. Didier Fassin (1992) discerne là des stratégies de préservation et d'accumulation des pouvoirs plus ou moins conscientes. Taire la maladie participe indéniablement de la conservation d'un savoir thérapeutique conférant un pouvoir sur autrui. Certains parents s'accommodent toutefois de ce mode de relation asymétrique, et ne cherchent pas à interroger les professionnels de santé pour obtenir davantage d'informations. C'est le cas, notamment, de l'entourage de Demba qui ignore le diagnostic de la maladie, comme l'explique son oncle : « *Non, moi je le faisais soigner, je n'ai pas demandé le nom [de la maladie]. Nous, on part seulement, ce qu'ils nous donnent on le prend. Mais tu vois nous, on ne connaît rien.* » Une acceptation que nous retrouvons chez d'autres parents qui infériorisent leurs savoirs. Leurs comportements passifs

et silencieux font des patients « faciles à traiter », qui, à l'image des « broussards » (Hahonou, 2002), sont relativement appréciés des professionnels de santé.

Le fait que les médecins n'informent pas du diagnostic ne joue pas en leur faveur auprès des familles. Là où les docteurs sont circonspects et taciturnes, les guérisseurs l'emportent par la conviction de leurs annonces. Les marabouts-guérisseurs, qui s'octroient la capacité de voir et l'audace de dire les maladies, argumentent ainsi leur supériorité. En comparaison des certitudes des guérisseurs, les médecins, poursuivant une démarche clinique faite d'hypothèses et déductions, risquent de passer pour timorés voire incompetents. L'information des familles, difficile du fait de dissonances des représentations (Jaffré, 1999), demeure un enjeu crucial pour la qualité des relations thérapeutiques.

V-2 PARCOURS DE SOINS : DES PARENTS NEGOCIANT A L'HOPITAL

Dans ces contextes hospitaliers marqués par des dysfonctionnements, les parents d'enfants malades tentent d'interférer sur la qualité des soins. Les études de cas des trajectoires d'enfants malades permettent de détailler comment chaque famille, à partir de ses perceptions et ressources, « négocie » le parcours de soins de son enfant à l'hôpital. Les négociations, dans des espaces de soins où les prises en charges ne se déroulent pas de manière systématisée, sont des facteurs informels non négligeables des parcours de soins. Nous avons cherché à privilégier, autant que possible, une approche compréhensive, considérant comment les membres de l'entourage composent avec les contraintes et ressources qui sont les leurs, pour accéder aux soins qui leur paraissent les plus adaptés. Comprendre ces négociations mène à considérer la pluralité des rôles endossés dans l'entourage, et la construction sociale de responsabilités vis-à-vis de l'enfant.

V-2-1 Des trajectoires de maladie diversement négociées

Trajectoire d'Abou : chaos et négociations d'un parcours hospitalier

Abou, 3 ans

Abou vit avec ses deux parents, sa grande sœur âgée de 5 ans et son petit frère de quelques mois. La petite famille dispose d'un logement autonome dans un quartier de Basra. Le père d'Abou travaille dans une ONG. Il a interrompu ses études au collège, sur un coup de tête. Sa mère est diplômée d'une licence en informatique, mais n'a pas pu trouver d'emploi, et s'occupe de ses trois jeunes enfants. Abou et sa grande sœur fréquentent un jardin d'enfants situé à deux pas de leur logement.

À l'âge de 22 mois, vers la fin du mois de mars 2011, Abou fait une chute dans les escaliers. Ses parents ne remarquent pas de blessure apparente. Mais, une semaine plus tard, il présente une forte fièvre, et son nez commence à enfler. Ses parents le conduisent aux urgences de l'Hôpital national, où le médecin prescrit un traitement contre le paludisme, car celui-ci est fiévreux. Le médecin ne réalise pas le test de la goutte épaisse. Aux urgences de l'Hôpital national, cela fait des mois que les médecins ne font plus cette analyse, car, dit-on, elle n'est plus prise en charge et coûte trop cher aux familles. Le père d'Abou explique qu'il a dit au médecin que son fils avait fait une chute et qu'il était blessé, mais que celui-ci n'en a pas tenu compte. De retour à la maison, la fièvre continue, et le visage d'Abou devient très enflé. Son père décide donc de le reconduire aux urgences. Là-bas, le médecin de garde les oriente vers un ORL, qui leur prescrit une radio, et diagnostique une fracture. Il leur prescrit un traitement par antibiotique. Deux jours plus tard, malgré ce traitement, le nez d'Abou continue d'enfler, et ses narines commencent à s'obstruer. Son père le conduit de nouveau aux urgences, où Abou est orienté vers le service de pédiatrie : *« là, vous m'excusez l'expression mais c'est de la... merde, pour l'hospitalisation. Pour faire une perfusion il faut [...] attendre, attendre, on est resté plus de quatre heures de temps avant d'avoir quelqu'un qui nous fasse une perfusion »*. La mère d'Abou décrit également l'inertie précédant : *« on est resté six heures de temps avant même de voir un médecin. Même pour la perfusion, il était seulement couché, on n'arrivait à voir personne. Vers minuit le médecin est venu et a ouvert un dossier. Mais comme le nez était bouché, il ne s'alimentait pas, ils ne lui ont pas mis de sonde. Il est resté deux jours sans manger. Quand le pédiatre est venu il a dit qu'il aurait fallu lui mettre une sonde. »* Le lendemain matin, lorsque le pédiatre examine l'enfant, il demande à ce qu'une infirmière les accompagne voir l'ORL, afin qu'elle fasse l'articulation et le compte-rendu de la consultation. La mère d'Abou : *« C'est là que ça a été un problème, toutes les infirmières ont refusé de partir [...] pendant quatre heures de temps il [Son père] a négocié pour qu'une d'entre elles nous conduisent. [...] Mais elles ont refusé ! »* Finalement, une infirmière les conduit, mais s'arrête devant la porte et leur remet le dossier. Son père s'énerve, car le pédiatre avait bien demandé que l'infirmière assiste à la consultation. Puis, poursuit la mère d'Abou, *« ils ont commencé les pansements. Les pansements, les pansements, avec les pansements c'est parti complètement. »*

Quelques jours après son admission, Abou fait une réaction allergique aux antibiotiques qui lui ont été prescrits. Son corps est couvert de plaques rouges. La mère d'Abou est toujours très inquiète, pleure beaucoup. Les infirmières disent *« qu'elle est très agitée parce qu'elle croit que ce qu'a l'enfant est grave. »* Les médecins du service demandent à ce que l'enfant voit un dermatologue en urgence. Son père appelle alors le dermatologue de garde, qui fait savoir qu'il ne peut pas venir, car il est très malade. Il insiste qu'il s'agit d'une urgence, le dermatologue répète qu'il ne peut pas venir, qu'il n'a qu'à amener l'enfant à sa clinique. Il prend son fils et le conduit à la clinique. Lorsqu'il arrive, les tickets sont déjà distribués, le réceptionniste dit qu'il faut attendre. Le père d'Abou, voyant son fils, *« tellement fatigué »,* s'énerve et demande à passer en priorité. Il dit que son enfant a du mal à respirer, qu'il est hospitalisé à l'Hôpital national. Interpellant le dermatologue, il lui dit que *« ce n'est pas normal »,* qu'il aurait dû venir aussitôt à l'hôpital car c'est son travail. Le dermatologue examine Abou, lui prescrit un autre traitement, puis son père le reconduit à l'hôpital. L'allergie se calme, le nez commence à cicatriser. Après cinq jours d'hospitalisation, Abou est renvoyé chez lui. Sa mère dit qu'il n'était pas encore guéri : *« lorsque l'on est rentré à la maison, il n'a pas dormi, il avait tellement de fièvre. Je suis retournée le lendemain matin, j'étais devant la porte, ils ne voulaient pas me laisser*

entrer [...] Même le pédiatre qui suivait l'enfant m'a vue, il m'a dit d'attendre l'ouverture des portes. C'est là qu'un chirurgien est passé, il m'a vue, il a dit "ah ce petit-là est très malade, il faut venir". » Le chirurgien fait entrer Abou dans le service, qui est ré-hospitalisé. Le père d'Abou décrit que son fils souffre alors de difficultés respiratoires. Le pédiatre soupçonne un staphylocoque de la face. Abou reste encore hospitalisé une semaine. Chaque jour, il reçoit un soin de ses plaies au niveau du nez. Se montrant désormais très craintif, il pleure dès qu'il aperçoit une personne en blouse blanche. Pour ces dix jours d'hospitalisation, son père me dit avoir payé environ 65 000 UM [170 euros]. Pour couvrir ces frais, il avait de l'argent de côté, et les parents qui saluaient lui laissaient aussi de l'argent : *« Nous dans notre famille on est tellement solidaire, même pour l'opération, ce n'est pas moi qui ai payé »*

Après sa sortie de l'hôpital, le nez d'Abou cicatrise, mais ne laisse qu'un tout petit orifice pour la respiration. Pendant plusieurs semaines, son père doit le conduire chaque jour à l'hôpital, situation qu'il décrit comme difficile. Un des ORL dit qu'Abou doit être évacué, mais qu'il faut en discuter avec le professeur : en staff, les ORL envisagent l'option d'une évacuation vers la Suisse. Finalement, le professeur conclut qu'il peut s'engager à réaliser l'intervention à Nouakchott, mais que l'opération devra avoir lieu en trois fois, car les os de l'enfant vont encore évoluer. Considérant que *« c'est un très bon ORL qui s'engage »*, son père décide de s'engager lui aussi. Au mois de juillet 2011, il règle par avance l'intervention, 23 000 UM [60 euros]. Un rendez-vous est donné pour l'opération, mais, le jour dit, Abou souffre d'une bronchite, et l'opération doit être reportée. Les semaines suivantes, Abou est très souvent enrhumé, et lorsqu'il ne l'est pas, ses parents ne parviennent pas à voir l'ORL qui doit réaliser l'intervention. Trois mois plus tard, en octobre 2011, son père est déjà venu quatre fois, sans pouvoir reprendre un rendez-vous pour l'opération car l'ORL était absent. L'ORL fait savoir qu'il doit maintenant partir pour la Mecque. Son père : *« au départ on m'avait dit que l'intervention était urgente et là, franchement, je n'arrive pas à le voir. »* Il explique que la nuit, Abou peine à respirer, parfois s'étouffe, ce qui le réveille. Il ne cherche pas à consulter ailleurs, car même si l'enfant est opéré dans le privé, ce sera le même spécialiste qui fera l'intervention. Sept mois après la décision de l'intervention, en février 2012, Abou n'a toujours pas été opéré. Son père me dit être retourné deux fois à l'Hôpital national, en vain. Il semble avoir quelques hésitations à insister encore, sachant que son enfant va bien malgré ses problèmes respiratoires. Il se demande finalement si l'ORL est vraiment sûr de lui pour l'intervention. Je lui propose que nous consultations ensemble un ORL de ma connaissance, dans un cabinet privé, pour obtenir un nouvel avis. Lors de ce rendez-vous, le père d'Abou reconnaît l'ORL en question, qui avait participé au Staff concernant la décision d'intervention. L'ORL ne se rappelle plus du dossier d'Abou. Il l'examine et conclut qu'il s'agit d'une intervention relativement simple, mais risquée dans le contexte mauritanien, à cause des mauvaises conditions de soins postopératoires : *« C'est une intervention que je pourrai faire, mais le problème est qu'ensuite, c'est l'Hôpital national pour les soins infirmiers, et vous allez retourner dans les mêmes problèmes, avec des risques d'infections, des perfusions où le produit est peut-être une contrefaçon, des infirmiers qui ne font pas les soins... Et moi je ne dors pas à l'hôpital. Donc le mieux pour cet enfant, c'est que cela soit fait en France ou en Suisse. Vous n'avez pas de parents en France ? »*. Il nous oriente vers l'association Terre des Hommes, susceptible de prendre en charge l'évacuation pour la réalisation de certaines interventions chirurgicales.

La personne qui nous reçoit à Terre des Hommes se montre dubitative sur les possibilités de prise en charge d'une telle intervention, sachant qu'elle finance plutôt, d'ordinaire, de la chirurgie « lourde ». Cependant, le responsable accepte de monter un dossier, pour lequel il nous faut recueillir le descriptif médical. Au début du mois de mai 2012, le dossier d'Abou reçoit un avis favorable de Terre des Hommes. Quelques semaines plus tard, le dossier est accepté pour une évacuation vers l'Espagne. Son père doit se charger de faire le passeport et le visa de son fils, le reste étant organisé par l'association. Les parents d'Abou demeurent dans l'attente de l'évacuation, qui est alors annoncée pour le mois de septembre 2012.

Au mois d'août 2012, Abou souffre d'une forte fièvre. Au bout de deux jours, son père le conduit aux urgences de l'Hôpital national, où il est hospitalisé. Abou souffre de difficultés respiratoires aiguës, les médecins lui diagnostiquent une pneumonie. Les analyses, notamment pour la tuberculose, reviennent toutes négatives. Abou doit également faire un scanner. Il est gardé pendant neuf jours en hospitalisation, traité par perfusion d'antibiotiques, puis est libéré avec une prescription d'Augmentin®. Abou rentre chez lui mais fait une rechute dix jours plus tard : *« c'était la même chose mais c'était pire, son ventre était gonflé, il n'arrivait pas à faire de selles. »* Le médecin de l'Hôpital national lui dit : *« ça, c'est une occlusion, il faut qu'on l'opère »*. Mais le chirurgien, examinant Abou, conclut qu'il ne faut pas l'opérer, que le gonflement du ventre est l'effet d'une pneumonie très avancée et non d'une occlusion, qui disparaîtra si la pneumonie est soignée. Abou est de nouveau mis sous antibiotiques. Son père s'indigne : *« Un médecin qui a dit qu'il fallait opérer alors que ce n'était pas ça, c'est grave ! Il a dit qu'il faut l'opérer, que c'est urgent ! Là moi j'ai dit que s'il s'agit d'opération je ne suis pas pour, je n'étais pas convaincu »*. Abou doit refaire un scanner, mais comme celui de l'Hôpital national est hors service, ils doivent réaliser cette analyse à l'hôpital Militaire. Le scanner est encore plus cher là-bas, il coûte 27 000 UM [70 euros], que les parents n'auront finalement pas à payer comme l'un des oncles d'Abou, militaire, les accompagne. De nombreuses analyses de sang sont également à réaliser. Certaines, n'étant pas disponibles à l'hôpital, doivent être faites dans un laboratoire privé. Lors de l'hospitalisation, l'état de santé d'Abou s'améliore, et il rentre chez lui après dix jours d'hôpital. Le pédiatre explique qu'Abou est très fragile, car comme sa narine est rétrécie, les bactéries ne peuvent pas sortir, c'est pourquoi il est toujours malade. Il dit aussi que l'un de ses poumons n'aspire pas assez d'air. Inquiet de l'état d'Abou, son père se rend à l'association Terre de Hommes, pour tenter de faire accélérer la procédure. Pour tous les soins engendrés par la pneumonie d'Abou, dont une antibiothérapie coûteuse, son père a déboursé une somme qu'il estime à hauteur 198 000 UM [525 euros].

Les mois suivants, la santé d'Abou se stabilise. Après une longue attente, en début d'année 2014, près de deux ans après l'acceptation de son dossier, Abou est évacué pour son intervention en Espagne.

Les négociations réalisées par le père d'Abou sont continues, soutenues. Ses efforts tendent à combler certaines irrégularités dans l'organisation des soins. La liste des interventions est longue : suite à un mauvais diagnostic, le père d'Abou reconduit son fils aux urgences ; au moment de l'admission d'Abou en pédiatrie, il insiste auprès des infirmières pour que son enfant soit rapidement perfusé ; suite à la décision d'une intervention chirurgicale, il se rend plusieurs fois à l'hôpital pour que celle-ci soit programmée ; lors d'une seconde

hospitalisation, il s'oppose à la réalisation d'une intervention pour une occlusion. Soulignons, enfin, le nombre de recours réalisés hors du service : consultation d'un dermatologue en clinique car celui-ci est absent de son poste à l'hôpital, réalisation d'analyses dans des laboratoires privés, réalisation d'un scanner à l'hôpital militaire,... Même au sein du centre hospitalier de référence, le parcours d'Abou nécessite la mobilisation de ressources *extra muros*. Le père d'Abou sollicite, au sein de l'hôpital comme à l'extérieur, les « maillons » manquants de la prise en charge. En l'occurrence, il est un accompagnant efficace : présent, attentif, revendicatif, il ne s'arrête pas aux coûts engendrés par les recours en dehors de l'hôpital, se sachant soutenu, financièrement, par sa famille.

Malgré ces atouts, tout n'est pas négociable, et certains efforts se heurtent au non-recevoir : l'infirmière, désobéissant au médecin, refuse de les accompagner lors de la consultation ORL ; l'intervention chirurgicale du nez d'Abou reste en suspens, dans un premier temps au niveau de l'Hôpital national ; et dans un second temps, auprès de l'association Terre des Hommes. Durant plus de trois ans après son accident, Abou souffre de sa narine obstruée. Nombre de familles, par manque de moyens ou de volonté, auraient déjà, à ce moment, abandonné l'affaire, s'accommodant du problème de santé. Le père d'Abou passe par des moments de découragement lors desquels la cause lui semble perdue : il attend, n'insiste plus, retourne à ses occupations professionnelles. Il a l'avantage significatif d'avoir une bonne connaissance du fonctionnement de l'Hôpital national, d'y recourir habituellement pour sa santé, comme pour les membres de sa famille. Maîtrisant parfaitement le français, attentif, poli, il parvient à établir une bonne communication avec les professionnels de santé. Il sait aussi manifester son indignation et sa désapprobation face aux dysfonctionnements observés, comme il le fait auprès du dermatologue absent de son poste hospitalier. Comme il l'affirme lui-même, il n'hésite pas non plus à faire pression pour ne pas se voir mis en attente : « *les urgences là-bas, il y a trop de désordre. [...] Pour moi ce n'est pas de l'urgence. Si tu arrives on te dit "attends". [...] Moi quand je vais là-bas, je suis quelqu'un qui râle, donc je n'attends pas trop* » (entretien à domicile).

Trajectoire de Moussa : négociation en « aveugle » pour un parcours à moindre coût

Moussa, 20 mois

Moussa habite dans un quartier périphérique de Nouakchott, Arafat. Il loge avec sa mère, son père, et sa grande sœur dans une chambre qu'ils louent dans une concession récente en béton. Son père travaille comme vendeur ambulancier.

Lors de notre première rencontre, les parents de Moussa font savoir qu'il est né avec la maladie dont il souffre. Sa mère explique que souvent, lorsque l'accouchement dure ou se complique, l'enfant peut se noyer dans le ventre de sa mère, que le liquide entre dans son nez. C'est peut-être, pense-t-elle, ce qu'il est arrivé à Moussa. À la naissance, il n'y avait pas de signes particuliers, mais au moment où il a

commencé à s'asseoir, elle a remarqué qu'il émettait des sons nasaux, dont il souffre depuis lors : *khurkude* dit-on en *pulaar*. Souvent, Moussa est gêné de cette respiration encombrée. Ses parents ont consulté en premier lieu le « docteur »⁶⁴ dans un « cabinet » de leur quartier. Il leur a remis une ordonnance. Ensuite, raconte son père, le médecin a prescrit à trois reprises des médicaments, mais aucune amélioration n'a été constatée. Le « docteur » les a alors orientés vers l'Hôpital national. Là-bas, le médecin a prescrit une ordonnance, et leur a demandé de revenir si l'état de Moussa ne s'améliorait pas. Peu après, ils sont partis au village, mais ont été obligés de revenir sur Nouakchott car la santé de Moussa les préoccupait. Ils sont retournés voir le « docteur » de leur quartier, qui les a de nouveau orientés vers l'Hôpital national. À plusieurs reprises, la mère de Moussa l'a conduit à l'Hôpital national, aux consultations externes. Moussa a été examiné par différents médecins, qui « à chaque fois donnaient des ordonnances », mais *khurkude* revenait toujours. Le père de Moussa le plaint : sa respiration est toujours entravée, et il passe de médecins en médecins sans trouver la guérison. Les parents semblent perdus avec toutes ces prescriptions successives. Ils me montrent les boîtes des médicaments achetés : Célestène®, Amoxicilline®, sérum physiologique pour nettoyer le nez, vitamines... Sa mère dit que lorsqu'il prend les médicaments, Moussa va mieux, surtout avec le Célestène® [Elle montre la boîte]. Mais lorsque les médicaments sont terminés, ajoute-t-elle, cela reprend. Elle veut retourner voir le « docteur », mais il n'est pas là et depuis lors, elle ne sait plus ce qu'elle doit faire.

Au village, certaines personnes ont dit à la mère de Moussa qu'il s'agissait de boutons pleins de sang qui étaient à l'intérieur son nez. Au *fuuta*, les gens disent connaître cela, ils disent que c'est *yaako*, des bulles qui sont dans le nez, grossissent et font enfler le nez. Au *fuuta*, dans le temps, les gens prenaient une épine et ils perçaient, ils tapaient derrière la tête, le sang coulait. Certaines personnes étaient guéries comme cela. Mais, les parents insistent que ce n'est pas de *yaako* que Moussa souffre, car *yaako* grossit jusqu'à faire enfler le nez, tandis que le nez de Moussa n'est pas enflé. Ils disent ne pas savoir de quoi il souffre, il a toujours cet espèce de ronflement, *khurkude*, qui lui cause des insomnies.

Au début du mois de mars, les parents se déplacent tout deux pour accompagner Moussa. Ils voient d'abord un médecin, qui « regarde avec une lampe à l'intérieur du nez », et qui les renvoie vers l'ORL⁶⁵. Celui-ci dit qu'il faut une intervention et leur donne rendez-vous avec un anesthésiste, qui monte un dossier d'intervention. Ils ne comprennent pas pourquoi ils ont été envoyés successivement vers différents médecins ni le rôle de chacun d'eux. L'anesthésiste leur prescrit un médicament : pour « augmenter le sang » disent-ils, et un autre « pour dormir ». L'anesthésiste leur fait un dossier [dossier d'intervention pour les végétations⁶⁶] et demande qu'ils reviennent un mois plus tard. Lorsque je leur demande, à ce moment, ce que le médecin a diagnostiqué, le père me répond « ils n'ont pas donné de nom pour la maladie, ils regardent seulement, puis ils donnent l'ordonnance ». Sa

⁶⁴ Les parents l'appellent « docteur », mais il ne nous a pas été possible de confirmer s'il s'agissait effectivement d'un docteur, d'un infirmier, ou même d'un revendeur de médicaments.

⁶⁵ Les parents n'ont pas vraiment compris ce qu'était un médecin ORL, par ailleurs, leur parcours dans le système de santé est difficile à établir précisément car ils appellent « docteur » certains infirmiers.

⁶⁶ Ceci est inscrit sur le dossier, mais les parents, qui ne lisent pas le français, ignorent de quoi il s'agit. Ils n'ont pas compris que le dossier était monté pour programmer une intervention chirurgicale. Nous leur donnons, en fin d'entretien, quelques explications à ce propos.

mère confirme, à plusieurs reprises : « *les médecins n'ont rien dit* » ; « *il a observé le nez, mais n'a rien dit* ». Un mois plus tard, lorsqu'ils repartent à l'hôpital pour leur rendez-vous début avril, on leur dit que le médecin viendra la semaine suivante. Ces jours-ci, Moussa souffre de diarrhées, mais sa mère ne s'en occupe pas, c'est secondaire pour elle. La semaine suivante, après une attente de deux bonnes heures, le pédiatre la reçoit. Il ausculte Moussa, pose quelques questions à sa mère, puis me dit qu'« *elle est perdue* ». Il prend le dossier d'intervention, mais celui-ci est rempli de manière très lacunaire. Le diagnostic n'est pas indiqué, il contient un papier volant tamponné avec un cachet de l'hôpital, où est inscrit « *veuillez indiquer le diagnostic SVP* ». Le pédiatre feuillette le dossier, prescrit de nouvelles analyses de sang et s'apprête à clore la consultation. Je lui demande : « *Vous pensez qu'il est opportun de l'opérer ?* ». Il répond : « *je ne pense pas, on aurait pu attendre, mais avec le froid, le manque d'hygiène, cela s'hypertrophie* ». Il marque un silence puis ajoute : « *je pense que le problème c'est que la mère ne comprend rien.* » En sortant de cette consultation, la mère de Moussa semble très stressée, et non résolue à refaire les mêmes analyses de sang coûteuses que le mois passé. Elle dit qu'elle veut téléphoner à un « docteur » qu'elle connaît. Celui-ci ne répond pas. Elle attend un peu, puis saisit une opportunité pour forcer le passage et se glisser dans le bureau de ce « docteur », qui est en fait le major des consultations externes. Le major nous éclaire sur la situation médicale de l'enfant, explique que l'ORL a prescrit une ablation des végétations, mais qu'il a envoyé l'enfant vers la consultation de pédiatrie pour que son anémie soit corrigée avant l'intervention. Le major retourne, avec la mère et l'enfant, pour expliquer au pédiatre la situation. Le pédiatre dit : « *Moi je n'ai pas vu ce qu'il y avait à opérer [...] Enfin, ce sont les ORL qui décident, pas moi* ». Le major explique à la mère qu'elle doit revenir la semaine prochaine, pour voir l'anesthésiste, qui seul pourra décider de l'intervention. Elle insiste qu'elle voudrait le voir le jour même, mais le major lui explique que cela ne sera pas possible. Le major nous dit qu'il les aide depuis le début parce que la mère de Moussa est du même village que lui. La semaine suivante, la mère de Moussa l'accompagne pour son rendez-vous avec l'anesthésiste. Arrivée depuis 8h00, elle ne prend pas de ticket car elle espère que son « docteur », le major, la fera passer. Effectivement, celui-ci, après avoir discuté avec des collègues, la « place » dans la file d'attente. Alors que nous attendons, elle me demande quelle est l'intervention prévue pour son enfant. Je réponds que c'est une intervention à l'intérieur du nez. L'anesthésiste, qui la reçoit, ausculte Moussa et pose quelques questions en hassanya et en français. Sa mère, qui ne maîtrise pas ces langues, ne peut répondre. Nous appelons mon interprète en secours. L'anesthésiste ajoute quelques éléments au dossier, le lui remet, et lui dit qu'elle peut aller voir au secteur ORL pour programmer l'intervention. Elle retourne aussitôt voir son « docteur », pour obtenir des explications. Celui-ci lui répète qu'elle doit aller en ORL pour programmer l'intervention, lui précisant de s'adresser à la secrétaire. La mère de Moussa, l'air anxieux et pressé, tente d'insister auprès de lui pour accélérer les choses. Elle lui dit qu'elle veut une intervention de suite, qu'elle a déjà « duré⁶⁷ » à l'hôpital, qu'elle préférerait donner le dossier directement à l'ORL. Le major tente de la tempérer, lui fait comprendre qu'il n'y a pas d'autres moyens, qu'elle doit prendre patience. Elle se rend donc au secteur ORL. Le bureau de la secrétaire est vide et personne ne sait où elle est. La mère de Moussa attend un moment, puis finalement, trouve une autre femme qui prend les dossiers. Celle-ci lui dit de revenir la

⁶⁷ « *Mi boyii do !* » dit la mère de Moussa. Une traduction correcte serait plutôt « j'ai passé du temps à l'hôpital », mais nous reprenons le terme « durer » qui est habituellement utilisé par les *haalpulaaren* locuteurs du français.

semaine suivante, qu'on lui dira si Moussa est « programmé ». La semaine suivante, la mère de Moussa apprend en arrivant que l'intervention est bien programmée, pour le lendemain. On lui demande de régler les frais d'intervention, 28 000 UM [75 euros], qu'elle n'a pas sur elle. C'est un peu l'affolement, les parents tentent de nous contacter plusieurs fois, réussissant finalement à réunir l'argent pour le lendemain, en prenant le peu qu'ils avaient de côté et en empruntant la quasi-totalité de la somme. La mère explique qu'ils ne disposaient pas de la somme nécessaire mais qu'il fallait absolument qu'ils fassent l'opération, raison pour laquelle ils ont pris des crédits. Elle dit que personne, dans la famille, n'a pu les aider financièrement. L'intervention est alors reprogrammée pour le lundi de la semaine suivante. Sa mère explique ainsi la procédure hospitalière : *« ils te font venir le mercredi pour une intervention le jeudi, pour vérifier que tu aies l'argent. Comme cela, si tu n'as pas l'argent, ils peuvent programmer quelqu'un d'autre à la place »*.

À la fin du mois d'avril, le jour convenu, les parents se rendent très tôt à l'hôpital pour l'intervention, et donner les fiches. Il faut encore payer une ordonnance pour les soins postopératoires et acheter un drap, avant que l'enfant puisse être admis dans la salle d'intervention. L'ordonnance coûte 6 000 UM [16 euros] : il y a un sac plein de fournitures, mais disent-ils, ils n'ont rien récupéré à la sortie. Ils n'ont pas reçu d'informations : *« si l'on voyait peut-être que l'on serait mieux informé (...) l'enfant il ressort sur son lit c'est tout »* dit la mère de Moussa. Elle a seulement pu savoir, auprès d'un médecin, que l'ORL avait enlevé des boutons qui étaient enflés, dans le nez. Le père ajoute : *« ils sont difficiles, on ne peut pas savoir qui a opéré l'enfant. Si on arrive à récupérer le dossier peut-être qu'on saura. »* Après l'intervention, Moussa a été perfusé, mais la solution a été enlevée à la moitié, dit sa mère. Il y avait encore une ordonnance de sortie, pour des médicaments. La mère estime que depuis le départ, elle a dû déboursier 60 000 UM [160 euros] à l'Hôpital national : *« ils ne t'aident pas, ils ne font rien pour toi. »* Elle a acheté l'ordonnance de sortie dans une pharmacie en face de l'hôpital car, dit-elle, *« à la pharmacie de l'hôpital, il n'y a rien »*. Le père conclut également d'un ton critique : *« Il y a beaucoup de difficultés. Nous croyions que nous allions dépenser moins, nous avons dépensé beaucoup. L'hôpital c'est beaucoup de problèmes [...] L'hôpital est plein de problèmes, tu peux te déplacer là-bas pour rien, tu arrives on te dit que le médecin est parti. »* Après l'intervention, les parents constatent l'amélioration de la santé de Moussa : sa respiration n'est plus bruyante, il dort bien la nuit. Sa mère dit que ce n'était donc pas qu'il s'était noyé dans son ventre, que c'était probablement comme le médecin a dit, qu'il y avait quelque chose à l'intérieur qu'ils ont coupé. Un rendez-vous de contrôle est donné à Moussa pour la semaine suivante, par un des médecins du service. Lorsque Mariam s'y rend, elle ne trouve pas le médecin qui lui a demandé de revenir, mais un autre médecin, qui lui dit que ce n'était pas la peine de venir. Moussa rentre chez lui sans être examiné. Maintenant que Moussa est guéri, ses parents doivent rembourser leurs dettes. La mère et les deux enfants vont retourner vivre un temps au village car *« ici, la vie est trop difficile »*.

Le pédiatre n'a pas vraiment tort lorsqu'il dit que la mère de Moussa est perdue : elle accompagne son enfant en aveugle, ne connaît pas le nom de sa maladie, ne comprend pas pourquoi elle est orientée, tour à tour, vers différents « docteurs ». Cependant, elle n'est pas du genre à se laisser abattre : opiniâtre, elle opère pour faire soigner son enfant, misant beaucoup sur son « docteur », le major issu du même village qu'elle, avec lequel elle peut communiquer en *pulaar*. Ne sachant pas s'orienter en milieu hospitalier, doutant de la

légitimité des demandes qui lui sont adressées, elle ne se fie qu'à lui, passant dans son bureau à chaque étape, pour recevoir de l'aide, des explications, et s'assurer qu'il n'est pas possible de faire les choses autrement. Le parcours hospitalier de Moussa est à la fois aidé (par le major) et entravé par des dysfonctionnements hospitaliers (absences des médecins à leur poste, transmission lacunaire des informations médicales). Moussa est donc de ces nombreux patients aux ressources intermédiaires, à la fois favorisé par une connaissance à l'hôpital et vulnérable au sein de services peu aidants. Sa prise en charge, à la merci d'éléments conjoncturels défavorables, n'est pas confortée par des moyens monétaires permettant de surmonter d'éventuels imprévus. La mère de Moussa le sait : nous pouvons interpréter son impatience comme une crainte de ne pas pouvoir assurer, financièrement, les coûts d'une prise en charge qui s'éterniserait. Les moyens – monétaires, cognitif, relationnels - mobilisables par la mère de Moussa sont moindres que ceux du père d'Abou ; on retrouve, cependant, un comparable déploiement d'efforts visant à surmonter les difficultés hospitalières. Après avoir fait l'expérience de voyages inutiles vers l'Hôpital national, la mère de Moussa cherche à « forcer » le passage et limiter, autant que possible, les contretemps et allers-retours, qui lui sont coûteux puisqu'elle habite un quartier excentré d'Arafat. Cet empressement tous azimuts, qu'il est courant d'observer chez les accompagnants, n'est pas apprécié par les professionnels de santé qui n'y voient qu'agressivité et incompréhension du fonctionnement hospitalier. Cependant, le parcours de Moussa ne comprend pas moins de trois allers-retours inutiles : le premier, directement lié à l'absence d'un docteur à son poste ; le second, lié à la non-information préalable s'agissant du coût de l'intervention ; et le troisième, lié à des points de vue divergents s'agissant de la nécessité d'une consultation postopératoire.

À l'hôpital, les relations de la mère de Moussa avec les médecins sont tendues. Stressée, ne maîtrisant ni le français ni le hassanya, elle reçoit des praticiens une attitude de mépris allant jusqu'à une certaine forme de culpabilisation : « *le problème c'est que la mère ne comprend rien* », conclut le pédiatre. Heureusement, son « docteur », le major du service, est là pour lui expliquer la marche à suivre. Le parcours de soins hospitalier est un événement sans précédent pour les parents de Moussa, qui se soignent la plupart du temps à moindre coût, avec des plantes qu'ils achètent au marché. Leurs recours aux soins sont rares : ils disent, notamment, ne jamais avoir consulté pour leur fille aînée, qui, mentionnent-ils : « *n'est jamais malade, mach Allah !* ». Les efforts financiers consacrés au parcours de Moussa sont exceptionnels, et grèvent significativement leur budget. Si les parents de Moussa y consentent, c'est parce qu'ils sont particulièrement inquiets de la santé de leur petit garçon. Lorsque celui-ci souffre d'une diarrhée, le contexte est tellement difficile que sa mère n'y prête pas attention. Nous sommes ici dans une situation où une maladie affecte considérablement le budget santé et la disponibilité des ressources financières (Sauerborn *et al.*, 1996).

Trajectoire de Magatte : des ressources modestes et de la débrouillardise

Magatte, 7 mois

Magatte vit dans sa famille maternelle, une famille de gardiens, installée dans une baraque de bois et de toile sur le terrain d'un des beaux quartiers de Tevragh Zeïna. Entre les grandes villas, sur les terrains à bâtir et les chantiers en construction, nombreuses sont ces familles, qui, pour quelques milliers d'Ouguiyas, occupent et gardent les parcelles. Souvent issus des groupes harratines, ces gardiens sont installés, parfois durant de nombreuses années, jouissant d'un terrain dont ils peuvent tirer profit, mais d'où ils peuvent être délogés à n'importe quel moment. La mère de Magatte en est déjà à son cinquième mariage. Elle a eu deux enfants de ses précédents mariages, une petite fille de cinq ans et un petit garçon de trois ans. Son mari actuel, le père de Magatte, *haal pulaar*, exerce au port comme pêcheur. Elle lui est reconnaissante du fait qu'il considère ses aînés comme ses propres enfants, alors que leurs pères respectifs, ne remplissent pas, dit-elle, leurs devoirs. La famille vit sur le terrain de la grand-mère maternelle de Magatte, gardienne aujourd'hui décédée. La mère de Magatte n'a jamais connu son père, qui était d'origine soudanaise. Sur le terrain à garder, elle cohabite aujourd'hui avec son beau-père, mari de sa défunte mère, avec lequel elle entretient des relations conflictuelles, ainsi qu'avec ses sœurs et leurs enfants. Malgré l'apparente pauvreté de son habitat, la mère de Magatte dispose de facilités rarement trouvées dans les quartiers plus défavorisés de Nouakchott. Elle dispose de l'accès à l'eau et à l'électricité, possède du matériel électroménager (téléviseur, radio, mixeur), et ses enfants portent des vêtements en bon état. Volubile, elle nous accueille généreusement, animant nos rencontres de son humour, ponctuant ses propos de blagues et d'éclats de rires, préparant le thé et nous portant des boissons sucrées.

Ses trois enfants sont nés au centre de santé du cinquième. Elle a préféré accoucher là-bas, parce qu'à l'Hôpital national : « *il y a trop de tcheb-tchib, il faut donner de l'argent à tous les médecins que tu rencontres* ». Au dispensaire du cinquième, en revanche, « *il suffit de payer un carnet à 6 500 UM, et ensuite il n'y a pratiquement plus rien à payer*⁶⁸ ». C'est auprès d'amies, qui avaient accouché avant elle, qu'elle a su que les accouchements au centre de santé du 5^{ième} étaient moins coûteux que dans les autres structures. Trois jours après sa naissance, Magatte est fiévreuse. Sa mère la conduit en consultation gratuite chez l'un des pédiatres les plus renommés de Nouakchott, dont les consultations dans le privé se facturent aux alentours de 10 000 UM [25 euros]. En effet, celui-ci consulte gratuitement tous les enfants de la famille, eu égard au fait que la tante de Magatte travaille comme ménagère chez lui. Il a donné ses instructions à la secrétaire de l'hôpital, qui les laisse entrer lorsqu'ils se présentent. Suite à cette consultation, la mère de Magatte achète les médicaments prescrits, et ce premier épisode de maladie passe rapidement. Dès les premières semaines, en plus de l'allaitement au sein, Magatte est nourrie au biberon, avec le lait en poudre qui lui a été prescrit. Elle m'interroge sur les différentes marques de lait en poudre. Lorsque Magatte atteint 7 mois, sa mère épaissit ses biberons avec des poudres de céréales, lui propose des petites parts du plat familial, lui prépare des soupes avec son mixeur. Quelques mois après sa naissance, Magatte commence à souffrir de diarrhées. Sa mère attribue ces diarrhées aux poussées dentaires et, dans un premier temps, ne s'en inquiète pas trop. Une de ses amies lui dit que si Magatte est malade, c'est qu'elle est avec d'autres

⁶⁸ Il s'agit du dispositif de « forfait obstétrical » dont elle a pu bénéficier.

enfants qui ont des gris-gris alors qu'elle n'en a pas, et lui conseille d'aller voir une guérisseuse appelée « *la mère des enfants*⁶⁹ », qui est spécialisée dans les gris-gris contre les diarrhées et les vomissements liées aux poussées dentaires. La mère de Magatte la conduit chez « *la mère des enfants* », qui, en plus des gris-gris, donne à l'enfant du « pain de singe », ainsi que de la poudre de jujubier, diluée dans de l'eau, mélangée à des biscuits en sachet. Elle constate que ce traitement ne donne rien. Très démonstrative, elle se moque du « commerce » de la « mère des enfants », énumère tout ce qu'il faut lui donner pour une consultation : 2 gros savons, 2 paquets de biscuits, 2 boîtes de lait, un billet de 200 UM et 100 UM en petite monnaie. Les savons, les paquets de biscuit et le lait devant obligatoirement être achetés dans la boutique de « la mère des enfants », ce qui lui assure un double bénéfice, rigole-t-elle.

Vers la fin du mois d'avril 2012, Magatte souffre de diarrhées sanglantes, gémit beaucoup. La présence de sang dans ses selles inquiète particulièrement sa mère. Malheureusement, le pédiatre qu'elle peut consulter gratuitement est en voyage. Dans un premier temps sa mère se rend aux urgences pédiatriques de l'Hôpital national. Là-bas, Magatte est mise sous perfusion, et des analyses de sang sont réalisées, que sa mère effectue dans un laboratoire privé. Le test du paludisme revient négatif. Les médecins prescrivent une radio des poumons, et au bout de 24h00, Magatte est renvoyée chez elle avec une ordonnance. Les médicaments prescrits sont l'Entamizole®, le Tiorfan® et du Doliprane® en sirop. « *Ils ont libéré Magatte avant qu'elle ne soit guérie* », regrette sa mère, constatant que son enfant est toujours fiévreuse. À son retour à la maison, une voisine âgée lui recommande de faire manger à Magatte du riz bouilli.

Début mai, l'état de Magatte préoccupe toujours sa mère. Elle décide de la conduire de nouveau à l'Hôpital national. Le médecin des urgences garde Magatte quelques heures en observation, lui prescrit une perfusion, une aspiration des voies aériennes supérieures ainsi que des analyses de sang. Magatte repart avec une ordonnance indiquant de l'Érythromycine®, et de la Co-artémisinine®. Magatte souffrant toujours, sa mère décide de la conduire chez une guérisseuse originaire de Rosso, qui exerce à Teyarett. C'est une guérisseuse que ses parents avaient déjà consultée, il y a des années, et qu'elle connaît notamment pour guérir le mauvais œil⁷⁰. Elle explique s'être rendue chez cette guérisseuse, car malgré les soins de l'hôpital, Magatte n'était pas guérie, aussi s'interrogeait-elle : quel est le problème de ma fille ? La guérisseuse lui dit que le diaphragme de Magatte n'est pas en place, et qu'il lui faut des gris-gris car des sorcières boivent son sang. Elle parle aussi du fait que certains enfants portent des gris-gris faits de cartouches de balles, qui sont dangereux pour les autres enfants. La mère de Magatte paie 1000 UM [2,5 euros] pour la consultation. Pour la guérison, la guérisseuse lui demande 12 000 UM [30 euros], qu'elle n'a pas sur elle, et qu'elle lui doit toujours, des mois plus tard. C'est cher, reconnaît-elle, mais « *quand ton enfant est malade tu veux coûte que coûte qu'il guérisse* ». L'état de Magatte ne s'améliorant pas, le 6 mai 2012, sa mère la conduit à l'hôpital Mère-enfant. Elle a entendu dire que là-bas, le président Abdelaziz aide les pauvres. Elle est reçue aux urgences de l'hôpital Mère-enfant, où Magatte est hospitalisée avec pour motif d'admission diarrhée et déshydratation. Sollicité par l'infirmière des urgences, le Chef du service social de l'hôpital Mère-

⁶⁹ Voir le portrait de cette guérisseuse, chapitre III-2-1

⁷⁰ Elle prend un fil sur son avant bras, et au fur et à mesure de ses paroles, le fil diminue, c'est le mauvais œil qui s'en va.

enfant octroie, le jour même, une prise en charge sociale à cette famille. Celui-ci remarque la situation de pauvreté de la famille « *la mère a l'air pauvre, il y a aussi le grand-père⁷¹, lui aussi a l'air pauvre, peut-être que la pauvreté est héréditaire chez eux !* ». Magatte est mise sous perfusion, des analyses de sang sont réalisées le jour même. L'interne de garde dit qu'elle souffre d'une infection abdominale. Elle est hospitalisée pendant une semaine à l'hôpital Mère-enfant. Sa mère trouve que le traitement est plus efficace qu'à l'Hôpital national. Le seul problème qu'elle mentionne, c'est un conflit avec une des vendeuses de la pharmacie de l'hôpital. Malgré l'obtention de la prise en charge, celle-ci a refusé de lui donner les médicaments, lui disant : « *non, non, je ne te donne pas, il y a trop de pauvres, vous allez tuer la pharmacie.* »

Lorsque Magatte sort de l'hôpital Mère-enfant, sa mère constate que celle-ci est guérie. Les parents de Magatte concluent que l'hôpital Mère-enfant est meilleur que l'Hôpital national. À l'Hôpital national, ils disent avoir dépensé beaucoup d'argent, on leur demandait même, « *de payer des médicaments dont nous n'avons pas besoin* ». Sa mère dit avoir dépensé là-bas 10 000 [25 euros] pour les médicaments et encore plus pour les analyses. Il y a même une journée où ils ont dépensé 25 000 UM [65 euros]. Pour faire face à ces dépenses, le père de Magatte a emprunté de l'argent auprès de ses collègues. Quant à l'hôpital Mère-enfant, malgré la prise en charge, il y avait beaucoup de médicaments qui se trouvaient en dehors de l'hôpital, qu'ils ont dû acheter à l'extérieur, qui leur ont coûté tout de même près de 10 000 UM [25 euros].

La mère de Magatte est d'un ménage aux revenus modestes, mais capable de mobiliser des aides sociales et des ressources nécessaires aux soins de ses enfants, notamment grâce sa mobilité et sa bonne connaissance de l'offre de soin. Elle a ainsi bénéficié de consultations de pédiatrie gratuites, du forfait obstétrical, et du fond d'aide sociale de l'hôpital Mère-enfant. Métisse, divorcée plusieurs fois et actuellement mariée à un *pulaar*, elle n'est pas de « grande famille ». Noire et arabophone, elle est perçue comme harratine, appartenant à une famille de « gardiens » qui plus est. Pour ainsi dire, elle correspond au profil type de la pauvreté telle que perçue par les nantis. Il ne fait pas de doute, pour le Chef du service social, qu'il s'agit d'une indigente. Pourtant, l'alimentation apportée à Magatte, ainsi que son parcours hospitalier, montre que ses parents ne sont pas des plus démunis, et qu'ils sont capables de mobiliser des sommes d'argent élevées. Le fait que la mère de Magatte, d'une part, assume le statut de grande indigence qu'on lui prête, et d'autre part, se débrouille intelligemment avec ses modestes moyens, lui permet d'accéder aux mécanismes d'aides sociales. En contraste, on comprend que les pauvres de « grandes familles », tenus par leur « rang », sont plus pudiques vis-à-vis de leurs situations, d'autant qu'ils ne sont pas spontanément supposés pauvres : on leur prête les moyens de mobiliser l'argent. Au travers de l'exemple de Magatte, nous comprenons aussi que des ressources sont nécessaires pour mobiliser et bénéficier des dispositifs d'aides sociales, qui ne sont toujours que des exemptions « partielles ». Que ces aides échappent aux plus pauvres ne doit pas remettre en cause leur intérêt pour des familles dans des situations intermédiaires telles que celle de Magatte, dont les possibilités d'accès

⁷¹ Qui est en réalité le beau-père de la mère de Magatte.

aux soins sont précaires. Même si la mère de Magatte sait se débrouiller, elle n'est pas à l'abri de renoncements aux soins. Lorsque le frère de Magatte est tombé malade, par exemple, sa mère n'a pas trouvé les moyens de le soigner.

Le demi-frère de Magatte, âgé de 3 ans, a souffert de fièvres durant plusieurs jours. Lorsque cette fièvre est survenue, sa mère et son beau-père étaient absents, partis présenter leurs condoléances à Liqceïba. Lorsqu'ils sont rentrés, ils ont trouvé l'enfant fiévreux. Sa tante l'avait conduit chez le pédiatre qui l'emploie, mais elle n'avait pas pu acheter les médicaments indiqués sur l'ordonnance. Comme son beau-père n'avait pas travaillé durant plusieurs jours, à son retour, il était sans argent pour les acheter. Sa mère a téléphoné au père de l'enfant en lui demandant de contribuer aux coûts des soins. Celui-ci a dit qu'il était sans argent, ce qui a indigné sa mère, qui considère cela comme une trahison. Elle ajoute même qu'elle va porter plainte contre lui. Le pire, explique-t-elle, est que le père de cet enfant étant garde national, il aurait dû l'inscrire à la CNAM, afin qu'il puisse bénéficier d'une prise en charge de ses soins de santé. Se trouvant cette fois sans moyens pour faire soigner le petit, elle lui fait des soins à domicile, trempe des tissus dans l'eau, qu'elle lui pose sur le corps, pour faire diminuer la fièvre qui finalement, finit par passer.

Dans les familles comme celles de Magatte, qui tirent profit de certaines opportunités mais ne disposent que de revenus limités, la disponibilité monétaire est variable et rapidement mise à mal par des coûts exceptionnels (maladies, cérémonies). L'accès ou le non-accès aux soins, sont, pour la famille de Magatte, conjoncturels et aléatoires. Aussi, si la mère de Magatte parvient de temps à autre à consulter des médecins spécialistes (gynécologue, cardiologue, pédiatre), elle se trouve à d'autres moments dans l'incapacité de recourir aux soins. L'offre de soins du secteur primaire, moins onéreuse, est quasiment absente des riches quartiers de Tivragh Zeïna. Il n'y a aucun centre de santé et seulement deux postes de santé (CUN, 2009), que la mère de Magatte ne fréquente pas.

Trajectoire de Sidi : les meilleurs soins à tout prix

Sidi, 3 ans

Sidi est un fils aîné, né 18 mois après le mariage de ses parents. La quarantaine passée, pompier dans l'aéronautique, son père travaille à l'aéroport de Nouakchott, où il gagne bien sa vie. Il n'a pas fait « les bancs », mais a suivi l'enseignement coranique. De même, la jeune mère de Sidi a suivi un enseignement coranique. Sidi a une petite sœur de trois ans sa cadette. Peu après la naissance de ce second enfant, la petite famille s'est installée dans un logement autonome, confortable et spacieux, après avoir vécu un temps dans la famille paternelle. Le père de Sidi manifeste beaucoup d'affection à l'égard de son petit garçon. Il aime raconter, avec amusement, de nombreuses anecdotes mettant en scène les attitudes et propos du petit garçon. Dès l'âge de 3 ans, Sidi fréquente une école privée éloignée de son domicile, où son père le conduit en voiture. Il écrit des lettres arabes sur son petit cahier, les montre et se fait féliciter par son entourage. Son père dit qu'il mange trop de gâteaux et de

yaourts, si bien qu'il n'a plus faim pour les plats, qu'il faut limiter les sucreries. Grâce à l'employeur de son père, la famille de Sidi bénéficie d'une assurance santé belge très avantageuse, qui couvre 90% à 100% des coûts des soins. L'assurance a établi des conventions avec les plus grandes cliniques de la ville, avec des pharmacies, ses adhérents n'ayant pas à avancer les frais.

Pour sa première grossesse, la mère de Sidi a été suivie dans une clinique de renom. Mais lorsque les premiers signes de l'accouchement se déclarent, son mari la conduit directement à l'Hôpital national : « *parce que tous les spécialistes sont à l'hôpital* ». Arrivés à 21h00 à la maternité de l'Hôpital national, la sage-femme les oriente vers les urgences, où un gynécologue leur conseille une césarienne par sécurité pour la vie de l'enfant à naître. Son père explique comment il règle les frais de l'intervention au prix de 20 000 UM [50 euros] et des médicaments, au pris de 24 000 UM [65 euros]. Vers 22h30, le petit Sidi voit le jour. Son père règle les frais d'une chambre de première catégorie [50 euros], climatisée, où Sidi et sa mère passent trois jours. Pour le baptême, son père raconte qu'il a acheté un mouton, mais qu'il s'est retrouvé avec dix huit moutons le jour de la fête.

Un jour, peu après le premier anniversaire de Sidi, sa mère remarque qu'il présente une forte fièvre. Ils habitent chez les grands-parents paternels et sa mère explique qu'il fait excessivement chaud à l'intérieur de la maison. Elle masse Sidi avec de l'huile⁷² et lui fait porter un pull. La fièvre ne baissant pas, sa mère, accompagnée d'une autre femme, part le conduire à l'Hôpital national. Sur la route, Sidi s'évanouit, les yeux révulsés. La femme qui les accompagne dit qu'il est mort, que ce n'est plus la peine d'aller à l'hôpital. Mais sa mère insiste, elle a dit que même s'il est mort, il faut tout de même aller à l'hôpital. Sa mère pense que cette crise a été déclenchée par la grande chaleur dans la chambre, associée à la fièvre. À l'hôpital, le médecin met l'enfant sous le robinet d'eau froide, puis lui fait des injections. Le médecin dit que désormais, l'enfant doit toujours être suivi de près, même si l'âge de l'adolescence est dépassé. Il précise qu'à présent, dès que la fièvre atteint 38°, il faut conduire Sidi à l'hôpital. Selon sa mère, le médecin ne parle pas de paludisme mais dit qu'il s'agit d'« *une fièvre qui attaque le cerveau* ». Son père précise qu'aucune analyse n'est réalisée cette fois-là. Quelques heures plus tard, Sidi sort de l'hôpital, mais, inquiet de son état, ses parents l'y reconduisent le soir même, vers 23h00. Le médecin, fâché, leur dit alors : « *celui-là il est venu ce matin. Qu'il utilise ses médicaments seulement : nous on ne le touche pas !* ». Son père se fâche, puis ils rentrent. La nuit, sa mère lui pose des mouchoirs humides et, au petit matin, sa fièvre finit par diminuer. Après sept mois sans problèmes particuliers, Sidi fait une crise similaire. Depuis lors, chaque quinze ou vingt jours, Sidi présente de fortes fièvres, des « *crises de palu* » dit son père. Sa mère dit que lorsque cela arrive, ce sont seulement ses pieds, son ventre et sa tête qui sont chauds, que le reste de son corps est froid. Elle explique que les premiers temps, son entourage est resté sceptique par rapport à ces crises, auxquelles ils ne croyaient pas. En réponse à ces crises successives, son père le conduit chez les praticiens les plus renommés de Nouakchott, dans diverses cliniques et à l'Hôpital national. Il dit essayer beaucoup de structures de santé, sans en être vraiment satisfait. Un jour, notamment, son père va consulter un pédiatre renommé à son cabinet. Celui-ci voit les médicaments que l'enfant prend, leur demande de tout arrêter et de prendre seulement un médicament appelé Catalgine®, un

⁷² Sa mère n'a plus jamais refait cela lors des fièvres de son enfant, car son mari le lui a déconseillé. Il dit qu'en effet, on peut mettre de l'huile si la fièvre est liée au froid, mais que cela est déconseillé si la fièvre est liée à la chaleur.

antalgique. Son père : « *Après on n'est pas retourné. C'est quelqu'un qui exagère. Les gens ils achètent des médicaments des antibiotiques et tout et quand ils arrivent il leur dit "jette tout ça!"* ». Lors d'une des crises de Sidi, son père est en déplacement professionnel à Rosso. Pour ne pas inquiéter son mari, et éviter qu'il interrompe ses activités, son épouse, au téléphone, lui dit qu'il n'y a pas de problèmes. En effet, lorsque Sidi est malade, son père rentre aussitôt « *s'il y a un problème qui arrive, moi je ne peux pas le supporter, surtout si c'est mon enfant.* » Ce n'est que lorsqu'il est sur le point d'arriver que son épouse lui révèle que Sidi est hospitalisé à l'hôpital Mère-enfant. Là-bas, il rencontre la pédiatre qui suit Sidi. Celle-ci prescrit des analyses, et, à sa sortie, de la Dépakine®, que l'enfant doit prendre régulièrement. Son père rapporte les explications de la pédiatre : « *parce que son état nécessite ça jusqu'à un certain âge, il n'y a pas de problème, après quand il aura une bonne condition physique il pourra arrêter. [...] parce que lorsqu'il arrive à 39 – 40° il tombe, il ne peut pas supporter. Il faut quelque chose qui lui donne la puissance.* » Son père trouve cette pédiatre très compétente, il remarque qu'elle est très disponible, attentive, qu'elle prend tout son temps lors de ses consultations, qu'elle s'informe de la situation familiale des enfants : « *J'ai remarqué qu'elle est bien, elle est intellectuelle et elle comprend. Quelqu'un m'a dit que son papa c'est un ancien docteur d'Etat. J'ai compris. Elle n'est pas là par hasard, son entourage il est bien, il est intellectuel* ». Suite à cet épisode, après avoir « tourné » dans différentes structures de Nouakchott, publiques et privées, au fil des « crises de palu » de Sidi, son père juge que l'hôpital Mère-enfant lui offre une meilleure prise en charge. Aussi, lorsque Sidi présente de fortes fièvres, il prend pour habitude de le conduire systématiquement à l'hôpital Mère-enfant. Il dit que c'est un bon hôpital, que les analyses sont rapidement faites, que l'enfant est rapidement mis sous perfusion, soulagé. Afin de réagir rapidement en cas de fièvre, son père achète un thermomètre. Pour faire face à de nouvelles crises, ses parents gardent toujours des suppositoires de Doliprane® dans leur frigo. Sa mère explique qu'il faut lui mettre pour qu'il puisse résister le temps de se rendre à l'hôpital. Au début du mois de mars 2010, son père prend la décision d'arrêter la Dépakine® que Sidi prend depuis près de 18 mois : « *je l'ai arrêté parce qu'il y a un nombre de conséquences, que je n'étais pas à l'aise qu'il prenne toujours ça.* » Pourtant, plusieurs docteurs lui ont dit de ne pas interrompre ce traitement. Avant la fin du mois de mars, Sidi fait une nouvelle « crise de palu ». Son père raconte : « *Il était avec la maman, ils ont vu qu'il était arrivé à 39-40°, il était dans le coma, il est tombé, ils lui ont mis de l'eau. Ils m'ont téléphoné, ils ont dit "on va à la clinique". J'ai dit "non il faut aller à Mère-enfant".* » Sidi est donc conduit à l'hôpital Mère-enfant à 15h00, puis en ressort à 23h00. Mon interprète insiste qu'il ne faut jamais prendre la décision d'arrêter un médicament sans l'avis d'un médecin, que cela peut avoir des conséquences. Le père de Sidi reconnaît qu'il devrait en parler avec la pédiatre qui lui a prescrit ce médicament, et décide, sur le champ, qu'il va se rendre à l'hôpital Mère-enfant : « *je lui ai amené plusieurs fois l'enfant, elle le connaît* ». L'interprète lui dit qu'il va lui arranger un rendez-vous dans la semaine, pour qu'il ne passe pas par les urgences et puisse rencontrer directement la pédiatre. À la mi-avril, Sidi se rend à l'hôpital Mère-enfant pour le rendez-vous « arrangé » avec la pédiatre. Son père est parti travailler, il a demandé à ce qu'on l'appelle lorsque le tour de consultation de son fils sera venu. Malheureusement, la secrétaire n'est pas présente, car elle s'est fracturé le pied. Mon interprète ne peut pas faire inscrire Sidi en priorité sur la liste des enfants à consulter. La mère de Sidi attend dans la salle d'attente. Une heure plus tard, la pédiatre fait savoir qu'elle ne viendra pas consulter ce jour-là. Un autre pédiatre, que les parents de Sidi ont également reconnu comme un bon pédiatre, n'est pas là non plus. Sa mère préfère donc repartir, pour revenir consulter le lendemain. Le lendemain, le second pédiatre consulte

l'enfant, il prescrit un électro-encéphalogramme. Son père est mécontent de cette consultation : « *le docteur était pressé, il n'a pas pris le temps de regarder l'enfant* ». Aussi, il « *n'est pas chaud* » pour faire l'analyse demandée, et de fait, ne reprend pas non plus le traitement de Dépakine®. Vers la fin avril, Sidi fait une nouvelle « crise de palu ». Il est hospitalisé pendant plusieurs jours dans une clinique de renom. Son père dit qu'il ne souhaite pas retourner à l'hôpital Mère-enfant, il dit que désormais, son « *fil est entre de bonnes mains* ». Les médecins diagnostiquent et traitent un « paludisme ». Ils lui prescrivent de nouveau la Dépakine®, et demandent un IRM, qui est facturé à l'assurance, mais que son père, finalement, ne réalise pas. Sidi reprend son traitement de Dépakine®, mais lorsque la bouteille se termine, ses parents interrompent de nouveau le traitement. Son père a pourtant rapporté des flacons de ce médicament d'un voyage en Tunisie.

Finalement, le père de Sidi dit vouloir l'emmener en Tunisie, pour lui faire consulter un pédiatre spécialiste, qui puisse lui dire si la prise de Dépakine®, à long terme, peut avoir des conséquences. C'est un problème de papiers, avec le recensement, qui l'en empêche⁷³. Il explique pourquoi il préférerait faire consulter son fils à l'étranger : « *tu sais la maladie plupart c'est moralement. Quand tu dis que tu vas te déplacer pour améliorer, ça remonte le moral pour sa maman et la famille. [...] Ça reconforte tout le monde.* » Il poursuit : « *En Tunisie, là-bas, vraiment la médecine c'est leur devise, ici ils sont en retard, les gens ont avancé. Mais la Tunisie ça commence à être cher aussi* ». Quant à sa mère, elle dit qu'elle voulait faire davantage d'analyses : elle raconte qu'elle a insisté auprès de la pédiatre pour que celle-ci fasse un scanner à son fils mais qu'elle avait refusé, arguant que son état de santé était stable. Sa mère voulait que l'analyse soit faite parce qu'elle est inquiète, qu'elle craint que la fièvre n'arrive à 39-40° et que Sidi perde encore connaissance. Au mois de mai, sa mère décide de consulter un marabout dans le quartier périphérique d'Arafat. Comme son mari refuse de les conduire, elle s'y rend avec une cousine pendant son absence. Le marabout leur dit que chaque dimanche, ils doivent cuisiner une tête de mouton, et que Sidi et sa mère doivent en manger tous les deux un peu. Donc, chaque dimanche, la mère de Sidi réclame à son mari l'argent pour acheter une tête de mouton pour le repas, et les premiers temps, il ignore pourquoi. Le marabout lui demande de suivre ce « traitement », car, selon lui, si Sidi a des « problèmes à la tête », c'est parce que lorsqu'elle était enceinte, sa mère avait eu envie de manger de la tête de mouton et qu'elle en a été privée. Quelque temps plus tard, sa mère retourne de nouveau consulter le marabout à Arafat, qui lui recommande cette fois d'acheter une chèvre noire. Son père raconte « *Après madame elle m'a emmerdé, emmerdé, jusqu'à ce que je prenne une chèvre noire, que j'ai achetée 25 000 UM [65 euros] à un cousin.* » Chaque matin elle prenait le lait de la chèvre et préparait avec du *zrig* pour Sidi. Lorsqu'il a voulu égorger la chèvre, sa femme a refusé, lui expliquant qu'il s'agissait d'un médicament pour l'enfant.

Aux dernières nouvelles, fin 2012, les parents de Sidi n'ont pas encore repris le traitement Dépakine®, et son père se dit rassuré, car Sidi n'a pas fait de nouvelles crises depuis le mois d'avril dernier.

Les parents de Sidi, tout comme les autres, sont dans des processus de négociation de la prise en charge. Bien qu'ils accèdent aux structures et aux praticiens les plus réputés, ils manifestent un grand manque de confiance à l'égard du système de santé. À plusieurs

⁷³ Il doit d'abord se faire recenser lui-même, avant de pouvoir faire recenser ses enfants.

reprises, ils mettent en cause les choix thérapeutiques opérés par les médecins : demande d'autres avis, arrêt du traitement, demande d'analyses supplémentaires,... L'itinéraire thérapeutique de Sidi est l'histoire d'un « zapping » entre les principales structures sanitaires, publiques et privées, de la capitale. Le père de Sidi orchestre une quête des soins tous azimuts, pour laquelle il est exigeant, méfiant et critique. Il change d'orientations sur des coups de tête, lorsque les soins ne correspondent pas à ses attentes. Il s'emporte, entre autres : contre le médecin de l'Hôpital national qui refuse de consulter Sidi après lui avoir prescrit des médicaments le matin même ; contre un médecin qui leur conseille d'arrêter des traitements entrepris ; contre le pédiatre de l'hôpital Mère-enfant qui n'a pas pris le temps d'examiner son enfant. Le père de Sidi est tout sauf « patient ». Il prend, seul, la décision d'interrompre le traitement prescrit par une pédiatre à laquelle, pourtant, il semblait faire confiance, refuse de réaliser certaines analyses prescrites, etc. Si le père de Sidi est plein d'exigences, c'est qu'il entend tout faire pour que son fils accède aux meilleurs soins. Il nous fait savoir que l'argent n'est pas un problème, qu'il bénéficie d'une assurance maladie, mais que s'il fallait payer pour que son enfant reçoive de meilleurs soins, il le ferait sans hésiter. Son récit de la maladie met en avant toutes les dépenses engagées. Il va de sa fierté d'avancer tout l'argent nécessaire aux soins de sa famille. Les efforts consacrés à la prise en charge de Sidi ne sont pas exceptionnels : son père ne lésine pas sur la santé des membres de sa famille. Il a, notamment, accompagné sa sœur malade en Tunisie, et a consulté des spécialistes au Sénégal pour sa santé personnelle. Comme nous l'avons remarqué chez d'autres pères maures, plus les efforts et dépenses consentis sont importants, plus la famille est apaisée.

S'agissant de l'itinéraire thérapeutique de Sidi, cependant, l'instabilité de son père est à rapporter à la non-acceptation du diagnostic d'épilepsie, que celui-ci élude dans nos entretiens, et qui se traduit par le refus de réaliser certaines analyses, ou de prendre certains médicaments. Le père de Sidi souligne les capacités de son fils : il n'admet pas que celui-ci puisse être atteint par une maladie relevant de troubles neurologiques, et ne parle que de « *crises de palu* ». Rattrapé, auprès des docteurs, par le diagnostic d'épilepsie, le père de Sidi reste sur la défensive, insatisfait et versatile.

V-2-2 Des parents acteurs des parcours hospitaliers

Se débrouiller avec ce que l'on a : la contrainte majeure du coût des soins

Si les accompagnants partent à l'hôpital avec l'idée qu'ils devront y « négocier » la prise en charge, c'est qu'ils considèrent que le coût et la qualité des soins hospitaliers comprennent - comme au marché où l'on peut marchander - des variables négociables. Le père de Salma, qui dispose d'une assurance CNAM mais d'un revenu limité pour faire face aux dépenses de santé, indique qu'en tant que chauffeur dans un ministère, il peut toujours négocier des

réductions sur les restes à charge, qui demeurent très importants par rapport à ses revenus mensuels. Dans l'espace de négociation hospitalier, les plus petits budgets sont hors circuit, les coûts moyens leur étant prohibitifs (Abdoulaye, Bacari). D'autres, qui entament des parcours hospitaliers, doivent les interrompre car ils ne peuvent plus suivre le rythme des dépenses (Amadou, Aïchetou, Cheikh). Les parcours de soins des enfants ne correspondent pas qu'à l'évolution de l'état de santé et « à toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours » (Strauss, 1992), mais aussi, aux saccades des disponibilités monétaires. Le fait que les coûts d'hospitalisation ne soient pas forfaitaires, mais fragmentés et incertains, accroît la dépendance des prises en charge à la disponibilité monétaire, et complique la planification des dépenses pour les familles. Outre les coûts des paiements directs, soulignons l'importance des coûts indirects générés par une hospitalisation (manque à gagner des accompagnants, frais de transport, coûts liés à l'alimentation du malade hospitalisé et de ses accompagnants,...). Ces coûts, évoqués par certains parents (Abou, Amadou, Salma) sont d'autant plus importants que les accompagnants doivent intervenir, par leur présence et leurs déplacements, pour stimuler la prise en charge. Une étude menée sur les coûts engendrés par la tuberculose en Mauritanie évalue des coûts indirects très élevés, notamment du fait de la perte de productivité du malade et de ses accompagnants (Durand Bourjate, 2009). Les accompagnants habiles étant souvent aussi les pourvoyeurs de revenus, on comprend que, très vite, l'accompagnement de l'enfant entre en concurrence avec la nécessité de poursuivre les activités rémunératrices.

Abou, Moussa, Magatte et Sidi sont privilégiés puisque leurs soins ont été poursuivis en milieu hospitalier. Les moyens de leurs familles étant différents, elles adoptent des stratégies de négociations diverses, fonctions de leurs ressources. Le père d'Abou s'oriente vers l'Hôpital national, considérant qu'on y trouve, à moindre coût, les mêmes docteurs qu'au sein des cliniques. Cependant, soutenu par sa famille, il peut recourir au secteur privé, s'il le faut, pour pallier aux manques de l'offre hospitalière. La mère de Moussa, de son côté, se fixe avec ténacité sur le parcours qui lui est indiqué par son « Docteur » à l'Hôpital national. Elle fait pression pour que les choses se déroulent le plus directement possible, afin de pouvoir soigner son enfant avant que son budget ne soit totalement épuisé. La mère de Magatte, débrouillarde, trouve les moyens d'exemption de certains frais, ménageant les ressources financières qu'elle peut mobiliser pour les soins de sa fille. Cependant, ses revenus étant limités, ses possibilités d'accéder aux soins demeurent précaires et contingentes. Quant au père de Sidi, il cherche à tout prix la meilleure prise en charge, évoluant tous azimuts, d'une structure hospitalière à l'autre, sans toutefois trouver entière satisfaction au niveau de l'offre de soin nouakchottoise.

Des savoirs pour un travail d'accompagnement

Nous le voyons au travers des parcours hospitaliers d'Abou, Magatte, Moussa et Sidi, accompagner un malade à l'hôpital requiert beaucoup de temps, d'énergie et de ténacité, et, pour être efficace, une certaine connaissance du fonctionnement hospitalier. Cela nécessite adaptation et débrouillardise, et même, disent les Mauritaniens, de faire du *tcheb-tchib*, c'est-à-dire d'user « *de bravoure, de témérité, de ruse et de force pour se sortir de situations difficiles et régler ses "problèmes" en contournant les obstacles (souvent réglementaires) susceptibles de barrer le chemin* » (Ahmed Salem, 2001 : 81). Certains accompagnants sont habiles, et d'autres, visant moins juste, ne parviennent qu'à s'attirer les foudres des professionnels de santé.

« Oui mais l'hôpital, tu ne peux pas venir et seulement rentrer... Quand tu prends ton rendez-vous tu viens à l'heure tu vas attendre et tu vas rentrer sans problème. Mais il y en a qui ne comprennent pas, ils viennent ils essaient de rentrer comme ça les gens disent "tu ne rentres pas !" Ils font des problèmes, ils vont crier et insulter or ils ont leurs règles là-bas à l'hôpital... Si tu ne comprends pas tu vas te fatiguer. [...] Ça dépend, certains il faut aller très tôt, d'autres il faut venir à l'heure où ils distribuent les numéros. Si tu fais ça, tu n'as pas de problèmes » (Tante de Siré, entretien à domicile)

Les savoirs permettant aux accompagnants familiaux d'assurer un rôle d'intermédiaire s'intègrent plus largement à des « *savoirs sanitaires profanes* » peu étudiés dans la littérature, la famille étant le plus souvent perçue comme « *source de maladie et utilisatrice des services médicaux* » et non pour son rôle de production de santé (Cresson, 1993 : 44). En Afrique de l'Ouest, ces savoirs sont d'autant plus déconsidérés que la famille est d'abord perçue en termes d'ignorance, de manque d'éducation, et que les savoirs domestiques de santé sont assimilés aux seuls savoirs dits « traditionnels ». Or, il existe bel et bien, en réponse au développement du système de santé, un développement de savoirs sanitaires profanes, bien qu'inégalement partagés. Ces savoirs combinent connaissance de l'offre de soin et de son fonctionnement « réel », et savoirs relatifs aux maladies et aux traitements médicaux. Dans les familles, les membres les plus habiles, ou qui de par leur profession ou leurs expériences, ont une meilleure connaissance du système de santé, sont des accompagnants privilégiés. Certains se « spécialisent », dans leurs réseaux familiaux et d'entraide, comme accompagnants à l'hôpital, ou plus généralement, dans les services publics et administratifs. Même s'il n'est pas professionnel de santé, l'accompagnant chevronné accumule peu à peu des savoirs sociaux et médicaux permettant d'aider les parcours hospitaliers : il devient intermédiaire, « *guide-orienteur" de malades et entremetteur avec les soignants dans le dédale des services et des consultations* » (Jaffré, 1999). Les meilleurs réussissent à obtenir des soins gratuits, des prises en charge sociales ou même, à organiser des évacuations sanitaires vers l'étranger. Nous avons notamment rencontré l'une des tantes de Siré, qui

accueille chez elle de nombreux malades venus de son village se soigner, et se rend quotidiennement à l'hôpital pour les accompagner.

« Je connais bien parce que c'est moi qui accompagne tous les parents qui viennent du village. [...] Je suis fatiguée... parce qu'ils ne savent pas où ils doivent aller. Les docteurs il y a plein de domaines et eux ils ne connaissent pas tout cela. Encore ils ne se comprennent pas avec les docteurs parce que eux ils ne comprennent que le *pulaar*. À l'hôpital presque ce ne sont que des Maures, il y a un peu de *pulaar* mais ce n'est pas beaucoup... Il y a des gens qui interprètent mais ils interprètent très mal. [...] Sans cela, les gens qui ne savent pas, tu viens tu trouves que les gens sont partis, ont terminé et encore tu ne sais pas où tu dois te diriger. Les urgences encore, certaines maladies ce n'est pas aux urgences qu'il faut aller. » (Tante de Siré, entretien à domicile)

Ce genre de « spécialisation », qui procure une reconnaissance sociale, peut aussi se traduire par la création d'une petite association du type Organisation à base communautaire (OBC). Ces Organisations, nombreuses à Nouakchott, correspondent le plus souvent à des petits réseaux d'entraide multiformes, plutôt qu'à des associations structurées autour d'une cause clairement définie.

Parcours inégalement « négociés »

La négociation des parcours hospitaliers nécessitant des ressources spécifiques, tous les enfants ne sont pas pareillement lotis pour accéder à une prise en charge de qualité. Certaines familles anticipent les difficultés d'accès aux soins, et, ne se considérant pas en mesure d'accompagner leur enfant à l'hôpital, escomptent l'intervention d'un intermédiaire, plus réseauté, nanti ou habile, de préférence au sein même des structures sanitaires. Le comportement de la mère de Moussa, qui mise beaucoup sur la présence du major issu du même village qu'elle, illustre bien ce positionnement. L'importance donnée à l'intermédiaire est telle que certaines familles renoncent aux soins au motif qu'elles « ne connaissent personne ». Un pédiatre, interrogé sur la question, suggère que les parents exagèrent l'importance de ces relations :

« Déjà quand ils viennent de l'hôpital, ils ont beaucoup de préjugés sur l'hôpital, qui a une mauvaise réputation. Ils sont convaincus que le médecin ne sera pas disponible, ils ont comme une sorte de complexe, ils croient qu'il faut connaître quelqu'un pour se faire soigner. » (Note d'entretien, Hôpital national)

Cependant, les parents se sentant capables d'intervenir sur la prise en charge de leur enfant donnent moins d'importance à la nécessité d'avoir, au préalable, des relations. Ils considèrent davantage que c'est leur présence continue, et leurs interventions, qui sont indispensables pour garantir la prise en charge, à l'image des pères d'Abou et de Sidi, mais aussi de la mère d'Amadou. Dans les deux cas de figure, la « sollicitation » de la prise en charge de l'enfant est

jugée indispensable, qu'il s'agisse de s'appuyer sur une relation, ou d'être en mesure, soi-même, de la stimuler. Un ensemble « minimal » d'activités des accompagnants est attendu, sans quoi la prise en charge reste effectivement bloquée. L'exemple suivant montre – si cela restait à montrer – que déposer l'enfant à l'hôpital ne suffit pas. La prise en charge d'un enfant accompagné par quelqu'un ignorant complètement le fonctionnement hospitalier est quasiment impossible.

Une petite fille de 2 ans est hospitalisée depuis trois jours. Elle est accompagnée par sa grand-mère, une femme harratine pauvre qui vit en milieu rural. Aucune des analyses prescrites, dont certaines datent du jour d'admission, n'a encore été réalisée. Lors de la visite, le pédiatre et l'infirmière discutent longuement avec la grand-mère, lui expliquant les modalités d'obtention d'une prise en charge pour les indigents. Leur ton est agacé, car la grand-mère ne comprend pas ce qu'ils disent. Le pédiatre : « *C'est difficile avec ce genre de patients. Qui ne savent pas...* » L'infirmière reprend, sans succès, les explications. Une fois que le pédiatre et l'infirmière sont sortis, l'accompagnant d'un autre enfant hospitalisé discute avec la grand-mère. Avec son téléphone, il appelle la mère de l'enfant, restée au village, et lui dit qu'elle doit prévenir quelqu'un sur Nouakchott, qui puisse venir aider la grand-mère : « *Parce qu'elle ne connaît rien. [...] Le pédiatre a dit ce qu'il faut faire, mais elle ne connaît rien. Elle ne sait même pas aller à la pharmacie. Le bureau pour les prises en charge, c'est pareil. En fait, elle a peur de sortir, elle ne sait rien, elle ne connaît pas la ville. Donc comme elle n'a pas été faire la prise en charge et qu'elle est indigente, ils n'ont toujours pas fait les analyses.* » (Note d'observation, secteur de maladies infectieuses, Hôpital national)

Pour que la prise en charge puisse être initiée, il faut, au minimum, que le ou les accompagnants de l'enfant soient en mesure de régler le ticket d'hospitalisation et les ordonnances, et qu'ils puissent assurer les différentes courses. La capacité des accompagnants à suivre – ou non – le rythme des courses nécessaires à la prise en charge entraîne un dénivellement des prises en charge. Lorsqu'un petit patient est né de parents modestes, les professionnels de santé savent, d'expérience, que la prise en charge ne pourra être que lacunaire, et qu'elle ne pourra se prolonger. Le dénivellement se décline des grandes lignes du parcours hospitalier jusque dans les détails des soins prodigués. Des sorties contre avis médical ne disent pas leur nom : ce sont que de tacites interruptions de prises en charge, par épuisement financier des familles. Dans les détails, remarquons, par exemple, comment les soins de nouveau-nés prématurés sont adaptés au dénuement de leurs parents : les biberons sont préparés à l'eau du robinet plutôt qu'à l'eau minérale, les couches sont économisées, etc. Les interventions de l'accompagnant visent, d'une certaine manière, à minimiser ce dénivellement et à négocier la meilleure prise en charge possible par rapport aux ressources disponibles pour soigner l'enfant.

Dans le même temps, les professionnels de santé considèrent eux aussi qu'ils « négocient » la prise en charge des enfants. Ils exercent, notamment, une certaine pression sur les familles, afin qu'elles mobilisent le plus de moyens possibles. Ils interviennent auprès de collègues

pour stimuler la prise en charge d'un enfant, se heurtent à des dysfonctionnements hospitaliers. Les contraintes économiques des prises en charge sont telles que les professionnels de santé ne peuvent simplement appliquer des protocoles médicaux correspondant aux situations cliniques. Aussi cruel que cela puisse paraître, il est pertinent, dans le contexte dans lequel ils exercent, qu'ils tiennent compte de la situation économique des familles dans leurs options thérapeutiques. Cela n'est malheureusement pas enseigné dans les facultés de médecine (Boelen, 2011) : les jeunes médecins l'apprennent sur le terrain, lorsqu'ils font l'« erreur » d'épuiser les ressources de familles avec quelques analyses aux coûts disproportionnés, hypothéquant les options thérapeutiques futures.

« Faire exister » son enfant à l'hôpital

Au centre de ces négociations pour la prise en charge, l'affirmation de l'importance de l'enfant. Aux côtés de savoirs ayant trait à la médecine et au fonctionnement hospitalier, les accompagnants jouent de leurs dispositions sociales pour valoriser l'enfant, le « faire exister » à l'hôpital. Un des principaux ressorts est de rompre l'anonymat, sachant qu'on observe simultanément, dans les structures sanitaires, indifférence pour les uns et sur-personnalisation pour les autres (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003). La mère d'Oumar exprime, en ce sens, la nécessité d'une relation d'interconnaissance pour susciter l'intérêt sur l'enfant :

« À l'hôpital Cheikh Zayed, il faut connaître quelqu'un. Même si tu as l'argent, ils ne s'intéressent pas au malade. Il faut connaître quelqu'un, parce que le malade, cela ne les intéresse pas. Si tu ne connais personne, ils ne vont même pas te regarder. » (Mère d'Oumar, entretien à domicile)

Chacun essayant d'affirmer le statut de son enfant, cela génère une atmosphère concurrentielle, et certains enfants passent insidieusement au second plan. La possibilité d'attirer l'attention des professionnels de santé est liée à l'affirmation du statut social de la famille. Le nom, l'habillement, et les appartenances sociales sont autant de marqueurs sur lesquels les accompagnants jouent. Les militaires, par exemple, viennent en uniforme, passent sans encombre toutes les portes à gardien, bénéficient de la CNAM, et, se montrant auprès de l'enfant, lui assurent un statut privilégié. De même, les « grandes dames » qui savent comment imposer par leur tenue, leurs grands gestes et leur air résolu, doublent avec « leur » enfant dans la file, non seulement pour éviter l'attente, mais aussi, signifiant que celui-ci est prioritaire. Difficile pour les professionnels de santé de résister à ces manœuvres, bien que le service de pédiatrie de l'Hôpital national travaille aussi à instaurer des règles de fonctionnement strictes et égalitaires. L'observation des files d'attente des consultations illustre tout à fait comment chacun joue de son statut et de ses coudes - comme dans les boulangeries - pour être servi le premier.

Devant la porte de la consultation, un jeune homme, assis, tente de faire respecter l'ordre de passage correspondant aux numéros indiqués sur les tickets. Autour de lui, de nombreux patients se pressent, debout, essayant de discuter, qui avec argumentation, qui avec assurance, qui avec arrogance, pour justifier de passer avant les autres. L'ordre indiqué sur les numéros est mis à mal du fait que certains patients, découragés par l'attente, ne sont pas devant la porte. L'arbitrage doit se faire entre les numéros et l'ordre d'arrivée. D'autres patients doivent revenir suite à une consultation, pour faire signer un papier ou relire une analyse. Un homme, qui vient d'arriver, prétend être numéro un, mais ne montre pas son ticket. Deux femmes, debout sur leurs béquilles, font valoir que leur handicap ne leur permet pas d'attendre. Un homme dont le ticket présente le numéro 23 tente sa chance, alors que la femme présentant le numéro 4, debout devant la porte, n'est pas encore passée. Lorsque la porte s'ouvre, il y a plusieurs personnes qui tentent de s'avancer, et d'autres qui essaient de se montrer pour attirer l'attention du médecin à son bureau. (Note d'observation, clinique de renom, 19-01-14)

Les Mauritaniens, calmes et disponibles dans leur vie quotidienne, paraissent particulièrement stressés et impatientes dans les files d'attente, à l'hôpital comme ailleurs, où ils se comportent comme s'ils étaient en franche compétition. Lorsque l'un d'entre eux passe, pour des raisons légitimes, ou parce qu'il a assez d'audace pour doubler, la tension monte d'un cran. Sachant que certains considèrent que leur statut social doit leur permettre de passer devant les autres, l'attente dans les files exacerbe la confrontation des statuts sociaux. Lorsqu'une faille au simple ordre d'arrivée s'insinue, c'est la foire d'empoigne. Le fait que l'ordre ne soit pas rigide, et laisse intervenir des critères sociaux, est à la fois critiqué et considéré comme une dimension plus humaine.

« C'est un bon dispensaire. Il y a une file d'attente pour les enfants, une pour les femmes et une pour les hommes. Ils font passer alternativement un enfant, une femme, un homme. Mais s'il y a un vieux, ils le font passer devant, c'est mieux qu'à l'Hôpital national. » (Père d'Amadou, entretien à domicile)

L'ordre de passage n'est pas seulement synonyme d'une attente plus ou moins longue, c'est aussi la mise en jeu d'une affirmation statutaire. Il y a une relation réciproque entre l'affirmation du statut et l'obtention de faveurs. L'affirmation statutaire peut aussi s'opérer par des dons d'argent ou de produits de valeur (cosmétiques, tissus). Comme le souligne le père de Salma, ces expédients sont décourageants pour ceux qui n'en ont pas les moyens :

« Tu vois des gens, ils amènent leur malade à l'hôpital, ils font sortir tant d'argent devant... ça facilite. [...] Certains ne se cachent même pas de graisser la patte aux docteurs. Ils graissent pour que le docteur il s'occupe plus. [...] Toi, si tu ne peux pas, on ne te regarde même pas. Parfois même, ça te chauffe la tête, tu préfères rentrer chez toi. » (Père de Salma, entretien à domicile)

Selon les codes des statuts, certaines pathologies fonctionnent comme stigmates (Goffman, 1975). La malnutrition et les problèmes dermatologiques, qui marquent l'apparence de l'enfant, sont les maladies le plus dévalorisantes. Les familles d'enfants présentant de telles pathologies ont tendance à être perçues pauvres, sales, négligentes. Les professionnels de santé, peiné pour les enfants, s'emportent contre les familles.

Lors de sa visite, le pédiatre remarque que deux enfants, portés chacun par leur accompagnante, ont des mouches qui volent autour de leur visage. Il dit « *Eh... Ils laissent les mouches sur leurs enfants ! Je sais qu'il y a trop de mouches mais...* ». Les deux accompagnantes ne répondent pas mais secouent leur éventail et font fuir les mouches. [...] *Le pédiatre s'approche de l'enfant, découvre son ventre pour l'ausculter et dit : « Ah c'est sale... L'hygiène ! »* [Il montre l'abdomen de l'enfant, puis pointe du doigt la perfusion au niveau de la tête de l'enfant] « *Il faut lui enlever cela sinon ça leur donne une raison de ne pas être hygiéniques.* [...] *Hygiène ! Hygiène ! Hygiène !* » (Note d'observation, chambre d'hospitalisation de malnutrition, 13-05-10)

Il sera très difficile, pour les parents d'enfants touchés par ces pathologies, d'éviter les attitudes irrévérencieuses et les remarques culpabilisantes. Les professionnels de santé se positionnent en défenseurs de ces enfants, tout en étant, finalement, distants et peu mobilisés dans leur prise en charge. Ils considèrent, avec un certain découragement, que la problématique est sociale avant d'être médicale. En revanche, des pathologies comme le paludisme, l'asthme ou les cancers, laisseront aux parents une certaine latitude pour affirmer leur statut, et par là, celui de leur enfant. En Mauritanie où le sable et la poussière sont partout, les enfants qui vivent dans des baraques et passent la plupart de leur temps dehors, poussiéreux, portent sur eux leur mode de vie. Comme l'état nutritionnel et les problèmes dermatologiques, la poussière, synonyme de pauvreté, provoque une distance sociale. Du fait de leur aspect poussiéreux, ces enfants sont discriminés, et ne suscitent d'attentions que sur le registre de l'apitoiement, de la colère parfois. Comme souvent relevé lors des consultations en Afrique de l'Ouest, les gestes sont distants, les regards, flottants, et l'auscultation, minimale. L'enfant n'« existe » pas dans le sens où il ne reçoit aucune marque de reconnaissance sociale. Chez des enfants de familles plus aisées, on observe en contraste des attitudes de « reconnaissance », comme dans cet exemple de consultation dans des chambres de première catégorie.

En entrant dans une chambre de première catégorie, le pédiatre et le médecin saluent, et sont accueillis par des salutations. Dans la chambre, se trouve un enfant de 5 mois qui a bonne mine, dont la mère est en train de manger des pâtisseries. Une autre accompagnante, plus âgée, est présente. Pendant l'auscultation de l'enfant, brève, le pédiatre discute avec les deux accompagnantes. Pendant ce temps, le médecin parle à l'enfant, le taquine. Tout gai, l'enfant nous sourit. Il est hospitalisé pour une diarrhée avec déshydratation modérée. Dans une seconde chambre de première catégorie, on salue encore, et on informe les accompagnantes que l'enfant va bien. Tandis que le pédiatre discute avec les accompagnantes, le médecin

s’amuse avec l’enfant, lui pince la joue, l’interpelle par son nom. L’enfant sourit. (Note d’observation, Hôpital national, 13-12-10)

Le médecin, ici, adopte des attitudes comparables à celles que l’on pourrait observer entre un invité et les enfants de son hôte. Parler à l’enfant, s’abaisser pour le regarder, jouer avec lui, sont des gestes qui ne sont pas systématiques à l’hôpital, mais qui peuvent se manifester, comme dans cet exemple, du fait du statut de la famille, lorsqu’une relation personnelle intervient, ou encore, lorsqu’un enfant est particulièrement affriolant et éveillé. Les signifiants sociaux suscitent ainsi des qualités relationnelles des soins contrastées. Alors que la dimension curative des soins intègre progressivement des normes de fonctionnement standardisées, remarquons que les activités relatives au « prendre soins », dévalorisées, résistent davantage aux normes de professionnalisation. L’hygiène, la prise en charge de la douleur et la communication sont ainsi négligées dans les services hospitaliers. Ces dimensions ne sont prises en compte qu’à la faveur de relations personnalisées : pour les familles « anonymes », la prise en charge est indifférente et inhospitalière.

V-2-3 L’idéal de protection familiale de l’enfant malade

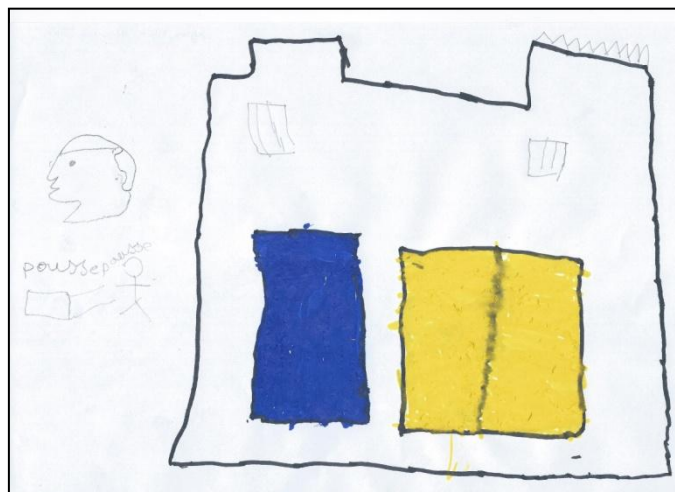
Normes sociales de solidarité autour des malades

En cas de maladie sérieuse, le malade ou ses proches parents informent les différents membres de l’entourage. Déroger à ce principe constitue une offense à la solidarité familiale qui ne pourrait pas, le cas échéant, s’exprimer. Informés de la maladie, les membres de l’entourage manifestent leur soutien, en rendant visite aux intéressés, en leur envoyant un peu de nourriture ou d’argent, ou simplement, en passant un appel téléphonique. Les visites de parents ou d’amis malades à l’hôpital représentent un mode d’expression du lien social. À l’instar de la présence au moment des mariages, baptêmes, ou décès, ces visites participent à l’intégration aux réseaux de solidarité, et à la conversion permanente de l’argent et de l’entregent (Vuarin, 1994), autrement dit, de l’échange monétaire et des relations sociales. Visiter un malade, lui adresser des mots de soutien et vœux de rétablissement, partir en laissant un petit don d’argent ou de nourriture : une obligation pour les proches parents, et pour les parents ou amis *a priori* moins directement concernés, une bonne action renforçant leur statut et leur prestige social. Cependant, comme l’a analysé Robert Vuarin à Bamako (1993 ; 1994) ces mécanismes de solidarité fonctionnent lorsqu’il y a de l’argent, entre personnes se considérant « *dignes d’en bénéficier* », c'est-à-dire, de se rendre la pareille. De ce fait, « *la pauvreté matérielle est aussi dénuement relationnel* » (Vuarin, 1994 : 259). D’après les familles rencontrées, les visiteurs laissent couramment quelques centaines d’Ouguiyas, mais ces sommes ne correspondent qu’aux prix du transport ou de la nourriture : elles sont peu significatives par rapport aux coûts démesurés engendrés par une

hospitalisation. Du fait de ces visites, dont les dons sont le plus souvent alimentaires, l'hospitalisation représente une période où l'on est bien nourri, comme le remarque un médecin généraliste exerçant à l'hôpital Mère-enfant : « *Ils ramènent de la nourriture, ils essaient de les nourrir, c'est assez répandu, chez les Maures en tout cas on ne s'occupe de la personne que lorsqu'elle est malade et principalement en essayant de l'alimenter* » (Entretien, l'hôpital Mère-enfant). Mettu, 8 ans, nous décrivant son hospitalisation suite à un accident, témoigne elle aussi que l'hospitalisation, difficile du fait des soins, est une période « grasse » : « *Je me suis réveillée, on m'a amené à manger. Tout le monde m'a amené à manger, j'ai mangé, mangé, et moi j'ai dit je reste un peu et je vais partir à la maison pour manger* » (Entretien à domicile). Les aliments portés aux malades sont des produits peu consommés au quotidien, de valeur, qui correspondent à ce que l'on offre pour honorer des hôtes (packs de lait, jus de fruit, œufs, eau minérale, fruits frais ou encore, viande grillée). Les petits commerçants, qui s'installent à proximité des structures sanitaires, ont bien compris la dynamique de consommation induite par la proximité de malades hospitalisés. Outre les produits alimentaires, on trouve des vendeurs de cartes téléphoniques (pour tenir les parents informés), et parfois, les vendeurs de chapelets (pour prier les malades) et des vendeurs de jouets (pour offrir aux enfants malades). Certains revendeurs de médicaments à bas prix, de leur côté, tentent de profiter du flux de malades fréquentant les structures sanitaires.



Photo 28 : Petit étal de boissons industrielles et de fruits, entrée de l'hôpital Mère-enfant, Ksar



Dessin 17 : « À l'entrée du dispensaire, il y a un homme avec un pousse-pousse. Là-bas, j'ai acheté un lance-pierre »,
Amadou, 14 ans



Photo 29 : Revendeur de médicaments « ayurvédiques » et chapelets, entrée principale, Hôpital national, Tevragh
Zeïna

La présence familiale et les dons, qui expriment la solidarité, affirment aussi, aux yeux des professionnels de santé et des autres familles de malades, le poids social de la personne malade. Certaines familles campent même aux abords des structures sanitaires, manifestant leur soutien à un de leurs membres hospitalisé. Les professionnels de santé sont ambivalents vis-à-vis de l'expression de cette solidarité, qui, du point de vue organisationnel, s'avère envahissante et gênante. Ils se plaignent du désordre induit par les « grandes familles », mais les malades seuls ou peu entourés leur paraissent pauvres et marginaux.

Solidarité familiale et mobilisation de moyens financiers pour les enfants malades

S'agissant des trajectoires d'enfants malades étudiées, nous remarquons que la plupart des parents n'ont sollicité aucune aide financière de leurs entourages. Diverses raisons interviennent : la mère d'Aïchetou est en conflit avec sa famille ; Abdoulaye est d'un milieu si pauvre que nul n'a de moyens à consacrer aux dépenses de santé ; le père de Sidi, assuré social, peut facilement se charger des coûts restant à sa charge. Cependant, nous comprenons une certaine volonté des parents de régler seuls les problèmes de santé de leurs enfants. Les pères de Moussa, de Magatte et de Salma, ont réussi à mobiliser de l'argent auprès de leurs relations, mais sous forme d'emprunts auprès de leurs relations professionnelles. Autrement dit, des « affaires » réglées entre hommes, et hors de la famille. Malgré de fortes solidarités familiales, qui s'expriment notamment par la cohabitation au sein de concessions, le partage et le don de nourritures (Aïchetou, Abdoulaye, Magatte), on comprend que les ressources de l'entourage familial sont peu mobilisées pour financer les soins des enfants. Dans d'autres contextes ouest-africains, des études ont abouti à des constats comparables, montrant comment des personnes appartenant à des ménages aisés, n'étaient pas en capacité de mobiliser des ressources économiques pour leurs soins ou ceux de leurs enfants (Gruénais, 1985 ; Sauerborn *et al.*, 1996 ; Kadio *et al.* 2014). Certains des enfants rencontrés bénéficient toutefois d'aides extérieures, correspondant à des conjonctures particulières : la grande sœur d'Amadou, aînée de la fratrie, a aidé financièrement ses parents pour les hospitalisations de son petit frère. Les parents de Rametoulaye, sans ressources en Mauritanie, ont été aidés par l'employeur de son père. Le petit Demba, frappé en pleine adolescence par une maladie handicapante, est aidé par des oncles expatriés en France, aides relativement courantes dans son milieu soninké. Yeyha, enfin, a réalisé des analyses dans une clinique de renom grâce à un riche parent.

Le cas d'Abou se distingue des autres : grâce au soutien de la famille de son père, Abou a bénéficié de soins excédant les moyens de ses parents. L'aide de la famille paternelle représente plusieurs dizaines de milliers d'Ouguiyas. Comme le souligne le père d'Abou, sa famille est « *tellement solidaire !* ». Il faut néanmoins considérer la spécificité de la configuration de la famille d'Abou : ses parents ont des revenus moyens qui leur permettent de vivre de manière autonome et relativement confortable. Les coûts engendrés par l'hospitalisation sont en revanche disproportionnés pour les revenus du jeune couple, alors aidé par des parents aisés et capables d'aligner de tels montants. Une situation contrastant avec les situations de parents pauvres, aidés au quotidien pour leur logement et leur alimentation (Abdoulaye, Magatte), mais dont l'entourage ne peut participer aux coûts des soins. Dans les milieux plus aisés, la solidarité familiale peut se déplacer de dépenses alimentaires vers des dépenses plus exceptionnelles (santé, éducation), voir superflues (jouets, parfums, vêtements).

Cependant, les maladies des enfants bénéficient rarement d'une solidarité économique de l'entourage élargi, cela a été relevé dans d'autres contextes ouest-africains (Vuarin, 1993 ; Franckel, 2007 ; Baxerres & Le Hesran, 2010). Cela doit se comprendre, d'une part, au regard de la fréquence des maladies des enfants : toutes les familles ont à faire avec les maladies de leurs enfants. Mis à part certains handicaps ou pathologies particulières (cancers) ces maladies ne sont pas considérées comme des malheurs exceptionnels. « *C'est beaucoup de petites maladies* » nous dit la mère de Cheikh à propos la santé de son fils, qui souffre pourtant de troubles majeurs du développement. Les enfants, plus vulnérables, contractent souvent des maladies : une maladie n'est vraiment crainte que lorsqu'elle est perçue d'une gravité particulière, soit qu'elle soit connue pour tuer ou handicaper (rougeole, tuberculose, cancer, sida) soit qu'elle soit identifiée comme maladie de génies. Bien que la survie des enfants soit l'objet de nombreuses inquiétudes et de diverses pratiques de « protection », les maladies des enfants sont *a priori* courantes et banalisées. Des études ayant analysé les stratégies d'adaptation des ménages pour faire face aux dépenses de santé ont montré que les recours aux aides extérieures étaient rares (Sauerborn *et al.*, 1996). Par ailleurs, nous faisons l'hypothèse que la solidarité de la famille élargie peut difficilement s'exprimer par des dons d'argent dans le cas des maladies des enfants, du fait de la forte obligation économique des pères s'agissant des frais de santé de leurs enfants. Les dépenses de santé, comme les dépenses de scolarité, doivent en principe être assumées par les pères. Si leurs entourages y suppléent, ils sont pris à défaut dans leur rôle de chef de famille. Si aide il y a, celle-ci doit être discrète, afin que l'image sociale du père, donc de la famille, n'en pâtisse pas. Lors de nos enquêtes, cela est ressorti franchement, les parents affirmant d'une seule voix que seul le père se chargeait des dépenses de santé de l'enfant malade (Abdoulaye, Aly, Cheikh, Magatte, Moussa, Salma, Sidi). Lorsque les pères en viennent malgré tout à solliciter l'aide de proches, ils se tourneront préférentiellement vers des relations de leur parenté utérine où la solidarité prévaut sur la rivalité, en fonction de normes de pudeur et d'entraide prédéfinies (Fassin, 1992).

Par ailleurs, plusieurs auteurs ont souligné que l'argent était davantage mobilisé pour les soins de malades qui assuraient des revenus, que lorsqu'il s'agissait d'enfants ou de personnes « à charge » (Franckel, 2007 ; Kadio, 2014). Les données que nous avons relevées sur ce point sont plus contrastées. Certes, les efforts consentis apparaissent importants si un père de famille est malade au point d'être incapable de poursuivre ses activités rémunératrices. Ces situations sont perçues comme des malheurs, voire suspectes d'interventions de sorcellerie, puisqu'un homme dans la force de l'âge n'est pas, comme un enfant, censé être vulnérable aux maladies. Dans ces cas, la mobilisation de l'entourage élargi n'est pas honteuse, puisqu'il s'agit non pas de substituer le père dans son rôle économique « normal » de pourvoyeur, mais de l'y rétablir, le plus rapidement possible. Ainsi, un mécanisme de solidarité comme la *lawha* (Ballet & Hamzetta, 2003), parfois mis en œuvre

pour l'évacuation et les soins à l'étranger d'adultes malades, est plus difficilement mobilisable dans le cas d'enfants malades. Comme le soulignent Carine Baxerres et Jean-Yves Le Hesran (2010), plus généralement, les mécanismes de solidarités communautaires fonctionnent mal pour les maladies de l'enfance telles que le paludisme, sachant que leur mise en œuvre nécessite un temps de mobilisation et d'organisation. Aussi, ces solidarités « *sont donc surtout opérantes dans le cas de maladies jugées graves, mais dont les soins ne sont pas extrêmement urgents* » (Baxerres & Le Hesran, 2010 : 160). Hormis les pathologies particulièrement graves, menant à l'interruption des activités rémunératrices, les parents déclarent favoriser, au quotidien, les recours aux soins de leurs enfants (Taleb *et al.*, 2006). De plus, dans la tradition maure, les hommes doivent pouvoir endurer maux et privation (Tauzin, 2001), ce qui ne favorise pas, *a priori*, la promptitude de leurs recours aux soins.

Participation des enfants à leurs parcours de soins

Les adultes malades s'en remettent, le plus souvent, à leurs familles. Ceux qui chercheraient à se soigner de manière discrète et autonome sont suspects, voir déviants : c'est comme s'ils niaient le soutien de leur famille et la rejetaient. À plus forte raison, lorsque les malades sont des enfants, ils s'en remettent à leur famille, prennent peu d'initiatives en matière de soins. Lorsqu'ils ressentent maux et douleurs liés à leur maladie, les enfants se font discrets, s'allongent. Ils ont appris à supporter leurs douleurs, attendant qu'elles passent d'elles-mêmes, ou que leurs parents viennent se soucier de leur état.

HK : « Tu as souvent mal au ventre ? »

Filie : « Quand j'ai faim, j'ai mal à la tête et je suis étourdie. »

HK : « Qu'est ce que tu fais alors ? »

Filie : « Je supporte jusqu'à ce que l'on mange. »

(Filie, 10 ans, diabète, entretien à domicile)

HK : « Et si les maux de tête te reviennent, qu'est-ce que tu fais en général ? »

Amadou : « Je me couche tout simplement jusqu'à que je me repose, ça passe. »

(Amadou, 14 ans, drépanocytose, entretien à domicile)

Les enfants osent rarement dire à leurs parents ou enseignants qu'ils ont des douleurs. Lorsqu'ils se sentent mal en classe, ce sont leurs amis qui se chargent d'informer l'enseignant. La plupart du temps, ils s'allongent pour supporter leurs douleurs, ce qui leur permet, également, de manifester leur malaise. Ces attitudes leur sont inculquées par leurs parents et enseignants, qui, dans un premier temps, les font patienter lorsque ceux-ci se plaignent de douleurs, comme le décrivent certains enfants : « *Nous, si on a mal au ventre à l'école, notre maîtresse elle dit de se reposer, de dormir. Demain jusqu'à une heure.* » (Mettu, 8 ans, fracture) Les propos des parents confirment les descriptions des enfants, à savoir que ceux-ci expriment peu verbalement leurs douleurs.

« Non. Il ne dit jamais qu'il a quelque chose, c'est toujours nous qui découvrons. Même lorsqu'il fait très chaud, lui il se met sous les couvertures. On lui dit qu'est-ce que tu as ? Il ne dit rien. » (Tante d'Ahmed, entretien à domicile)

« Elle ne dit rien, elle se couche seulement, elle n'a pas de problème. [...] Parfois, elle n'arrive pas à respirer, je le sens, c'est pour cela qu'elle ne passe la nuit qu'avec moi. Même si elle a mal elle ne dit rien. Elle est habituée maintenant. » (Mère de Fatimata, entretien à domicile)

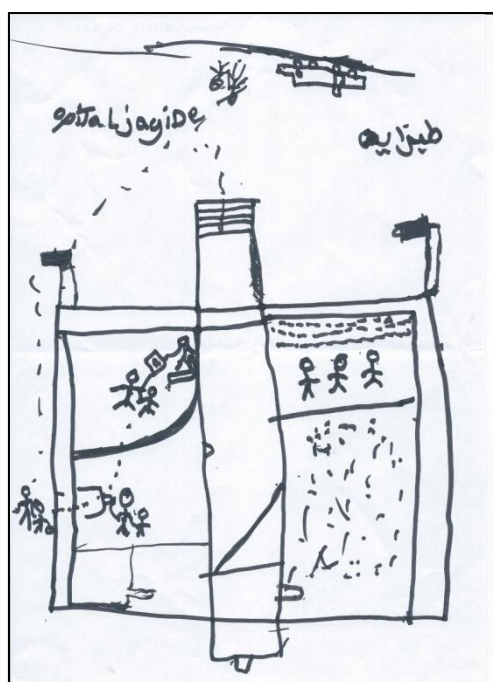
En fonction de leurs statuts sociaux, certains enfants expriment plus facilement leurs douleurs à un proche. Ceci s'observe plutôt dans les familles aisées, chez certaines fillettes particulièrement choyées. Khadjetou, Awa et Mariem expliquent qu'elles vont voir leur mère lorsqu'elles ont mal.

HK : « Quand tu as mal à la tête à la maison, qu'est ce que tu fais ? »

Khadjetou : « Je prends ma couverture et je dis à ma maman que la maladie est revenue. »
(Khadjetou, 8 ans, crises de paludisme à répétition, entretien à domicile)

Si les enfants manifestent rarement leurs douleurs, c'est parce qu'ils ne doivent pas réclamer les soins et l'attention de leurs parents. Bien que cela ne soit pas dit, les enfants comprennent très tôt que les recours aux soins, coûteux, mettent leurs parents dans l'embarras. En présence de tiers ou de visiteurs, les plaintes de l'enfant sont proscrites, pouvant susciter la honte de leurs parents. Lorsque des enfants « dérangent » leurs parents en se plaignant de douleurs, de faim, ou en réclamant leur attention, il n'est pas rare qu'ils soient rappelés à l'ordre par un membre de la famille (oncle, tante, grand-mère,...), les sommant de ne pas « fatiguer » leurs parents. Le cas de Siré, 15 ans, est particulièrement significatif de ces contraintes sociales. Lorsque Siré tombe malade, souffrant d'une grande fatigue et d'une forte toux, son frère aîné, avec qui il partage une chambre d'étudiant, ne sait que faire. Il téléphone donc à son oncle, à l'étranger, qui lui recommande de ne pas en parler aux parents restés au village afin de ne pas les inquiéter, et de « *gérer la maladie à sa manière* ». Le frère de Siré, ayant peu de ressources, va donc acheter des médicaments à la pharmacie : ce n'est que quinze jours plus tard, à l'occasion d'un déplacement de sa mère dans la capitale, que Siré est conduit à l'hôpital pour se faire soigner. Dans ces cas de figure, les enfants peuvent difficilement être à l'initiative de leurs recours aux soins. Outre leur manque de moyens, il paraît impensable qu'ils se rendent seuls dans les structures sanitaires. Même les enfants les plus âgés que nous avons rencontrés disent ne jamais s'y rendre seuls. Ils sont pourtant relativement autonomes dans leur vie quotidienne, allant seuls à l'école, ou se chargeant de petites courses. Des enfants ou adolescents qui se rendraient seuls à l'hôpital seraient perçus comme des marginaux privés de solidarité familiale. Nous rejoindrons ici l'analyse de Fatoumata Ouattara (2009) sur la marginalisation des femmes enceintes sans mari : il y a également nécessité sociale, pour un enfant, d'être accompagné par un parent pour se rendre dans les services de soins. Tandis que l'accompagnement de la famille est valorisé, les

enfants malades sont peu impliqués dans le déroulement de leurs parcours de soins. Le dessin d'Oumar, 14 ans, exprime l'importance de l'accompagnement : depuis le taxi jusqu'au bureau du docteur, le jeune malade, pris par la main, se laisse conduire aux soins.



Dessin 18 : « C'est toujours ma mère qui m'accompagne. », Oumar, 14 ans, maux de tête

Le modèle du soutien familial en cas de maladie suppose que les malades soient déchargés des efforts s'agissant de leurs prises en charge, tandis que leurs parents et accompagnants intercèdent en leur faveur. Ceci est d'autant plus marqué que le malade est un enfant ou une femme. La maladie est un moment privilégié de l'expression des solidarités familiales, mais aussi, des soins et efforts que les parents consacrent à leurs enfants : « Ici, les familles ne s'occupent de leur enfant que lorsqu'il est malade » nous dit un médecin. Cette solidarité est idéalisée, et les parents insistent sur les efforts déployés pour permettre à leur enfant d'obtenir des soins, au sein d'un système de santé communément perçu comme inhospitalier. Les enfants doivent donc s'en remettre à leur famille : il n'est pas de bon ton qu'ils sollicitent leurs parents, ou donnent leurs avis sur une décision de recours. Les familles se faisant une fierté de prendre en charge leurs enfants malades, ceux-ci ne peuvent intervenir sur leurs itinéraires thérapeutiques, au risque de passer pour insultants, ingrats ou de gripper l'élan solidaire. De même, l'enfant hospitalisé est sous la protection de ses accompagnants, « couvé » comme un petit, même s'il a déjà bien entamé sa deuxième décennie. Autre élément significatif, les enfants n'ont généralement pas eux-mêmes accès à leurs médicaments, que leurs parents conservent et se chargent de leur donner. Du fait de cette « prise en charge totale », les enfants ne peuvent intervenir qu'indirectement sur leurs parcours de soins, notamment en résistant à la prise de certains médicaments, ou en jouant sur des divergences intrafamiliales. Yeyha et Demba, par exemple, ne sont pas convaincus par

le bien-fondé des recours aux guérisseurs que leurs mères réalisent à l'insu de leur père. Ils ne peuvent directement s'y opposer mais, tout deux résistent en ne prenant que sporadiquement les traitements du marabout.

CONCLUSION : LES CONFIGURATIONS D'ENFANCES CANEVAS DE L'ACCESSIBILITE DES SOINS

Afin d'améliorer la santé des enfants et notamment infléchir le taux de mortalité infantile, les politiques de santé mauritaniennes misent sur le développement de l'offre de soin. Cependant, face à la contradiction d'un faible taux de remplissage des services pédiatriques quand des besoins de santé restent insatisfaits, se pose la question de l'accessibilité des soins médicaux.

Cette thèse analyse les agencements socioculturels construisant l'accessibilité des enfants aux soins, depuis leurs environnements familiaux jusqu'aux services de pédiatrie. Une démarche qui nécessite d'appréhender, aux niveaux global et local, les sphères sociales dans lesquelles évoluent les enfants. Autour des trajectoires de maladie de quelques enfants malades, nous avons ainsi exploré les configurations familiales et les relations de parenté intégrant les enfants, les représentations des maladies et les logiques interprétatives face à leurs maux, les espaces thérapeutiques tels qu'ils sont perçus par les familles. Dans le milieu urbain de Nouakchott, ces sphères dessinent des configurations d'enfances contrastées, qui échelonnent l'accessibilité des soins, en amont des structures sanitaires mais aussi en leur sein.

Des configurations d'enfances : soins et maladies depuis les familles

Capitale en pleine évolution démographique, Nouakchott concentre une pluralité d'enfances. Nul besoin de parcourir de longues distances pour l'observer : le quotidien d'un enfant résidant dans un quartier excentré d'Arafat, travaillant comme charretier revendant de l'eau aux habitants, a peu à voir avec celui d'un enfant du Ksar fréquentant une école privée dont les tarifs s'élèvent mensuellement à plus d'une centaine d'euros. Au cœur des quartiers riches de Tevragh Zeïna, des enfants de gardiens jouent dans la rue avec quelques boîtes de récupération, quand leurs petits voisins, enfermés des villas, sirotent des sodas devant la télévision. Le quotidien des enfants mauritaniens est affecté de manière hétérogène d'évolutions majeures telles que l'urbanisation, la modification des modes de résidence, le développement de la scolarisation, ou encore la multiplication des besoins de consommation

monétarisés. La diffusion de nouveaux modèles d'enfances s'opère de manière complexe et fragmentée, en interaction avec des traits culturels locaux. L'attention consacrée à la santé de l'enfant n'est pas indépendante de ces évolutions produisant un panel de configurations d'enfances. Ainsi, l'enfant qui est suivi par son propre « pédiatre » est sûrement un enfant évoluant dans des sphères qui lui ont été spécialisées : il a ses propres affaires, ses propres activités, voire sa propre chambre. Des spécifications infantiles modernes qui contredisent certaines valeurs traditionnelles réglementant les faveurs au sein de la famille élargie.

Si la santé de l'enfant est une préoccupation généralisée, la place qu'elle occupe au sein des familles n'est pas invariable. La « priorité santé » doit composer avec d'autres préoccupations telles que la génération de revenus, l'alimentation, l'éducation ou encore la participation aux cérémonies, qui plongent déjà certaines familles dans l'embarras. Nous avons observé, en Mauritanie, une forte valorisation du rôle de la famille s'agissant de la santé des enfants. Cette valorisation répond à des principes de solidarité familiale et de secours aux personnes malades et vulnérables, appuyés par des références à l'islam. La famille est idéalisée dans ce rôle de soutien, y compris au travers des politiques publiques. Revers de la médaille, lorsque celle-ci est absente ou fait défaut, les difficultés se cumulent pour l'enfant malade, marginalisé. Nous référant aux paradigmes positionnant les enfants comme acteurs, nous constatons que les marges d'action dont disposent les enfants pour négocier eux-mêmes des soins sont faibles. Les enfants que nous avons rencontrés ne peuvent intervenir sur leur prise en charge que par l'intermédiaire de sollicitations discrètes dans leurs entourages. Il est mal perçu qu'ils se plaignent frontalement, ce qui reviendrait à offenser la qualité des soins qui leur sont apportés, à laisser entendre la négligence de leur mère ou le manque de moyens de leur père. Par la force des choses, ils apprennent à moduler leurs plaintes, selon les contours qui leur sont imposés par leurs environnements familiaux. Les fillettes maures sont plus libres d'exprimer leurs maux, les garçons de milieux précaires ont tendance à minimiser leurs problèmes de santé. Les paroles recueillies auprès des enfants témoignent des « attentes » auxquelles ils sont confrontés avant d'accéder aux soins. Ces petits malades eux-mêmes sont pleins de retenue. Notre travail révèle également qu'ils adaptent leurs comportements aux différents membres de leurs entourages : au travers des épisodes de maladie, ils font une expérience de leur parenté, trouvant chez certains empathie et soutien, et chez d'autres, détachement ou réprobation.

Les configurations familiales définissent les contextes relationnels au sein desquels les recours aux soins s'établissent. Les choix thérapeutiques dépendent d'un arbitrage qui s'opère selon des rapports entre membres de l'entourage. L'itinéraire thérapeutique résulte ainsi des interventions du « *groupe organisateur de thérapie* » (Janzen, 1995), qui ne sont pas toujours consensuellement coordonnées. Ce concept n'est pas nouveau, mais notre travail est l'occasion de souligner sa pertinence s'agissant des enfants. La construction sociale des rôles dans leur entourage est décisive pour le déroulement de leur itinéraire thérapeutique

(Gauthier *et al.*, 2013). Les enfants sont en effet dépendant des modalités de leur insertion familiale pour accéder aux soins. Les modes de relations conjugales sont notamment au cœur des décisions de recours, les mères étant couramment tenues pour responsables de la santé de leurs enfants et les pères, pourvoyeurs des moyens pour recourir aux soins. Ces relations sont apparues contrastées entre les milieux *maures* et *pulaar* : tandis que les mères maures ne se départissent pas de leur fierté face aux critiques de leurs maris, exigeant des recours dispendieux, les mères *haalpulaaren* craignent davantage la culpabilisation et la réprobation de leur belle-famille. En conséquent, les mères *haalpulaaren* sont plus enclines à tenter de résoudre elles-mêmes les problèmes de santé, ce qui prend des tournures plus ou moins favorables à la santé de l'enfant selon leur degré d'autonomie financière.

Au-delà des modèles familiaux traditionnels, les configurations réelles des familles, en pleine mutation, se diversifient dans l'environnement urbain de Nouakchott. Le renforcement du rôle des femmes dans l'économie familiale peut paradoxalement avoir un impact négatif sur la fréquentation des structures sanitaires, puisqu'elles favorisent davantage les recours informels et de proximité que leurs maris (Audrey Fromageot *et al.*, 2005). Les femmes chefs de famille, nombreuses en milieux urbains, doivent faire face à des situations précaires et composer avec de fortes contraintes inhibant leur accès aux soins. L'éclatement des familles élargies favorise la prise de décisions thérapeutiques au niveau du couple parental : l'enfant se retrouve alors dépendant de ses seuls parents s'agissant de ses recours aux soins. L'évolution des modalités de relation entre parents et enfants dessine de nouveaux contextes de communication, où les enfants peuvent davantage inciter certains recours. Pour ne citer qu'un exemple, évoquons le cas du petit Mamoudou qui, contrairement à la plupart des enfants malades endurent leurs maux lorsqu'ils surviennent en classe, peut téléphoner à ses parents avec son mobile pour qu'ils viennent le chercher. Une configuration qui traduit à la fois l'aisance et l'écoute de sa famille. L'évolution de la relation des pères vis-à-vis de leurs enfants, vers plus d'attention et de familiarité, permet que des recours aux soins puissent s'opérer sans l'intermédiaire de la sollicitation maternelle. Enfin, notre étude met l'accent sur le net affaiblissement du rôle des grand-mères s'agissant de la santé de leurs petits enfants. Une évolution qui se cristallise au carrefour de facteurs démographiques (les femmes devenant plus tardivement mères et grand-mères), culturels, résidentiels, et qui plus est appuyée par le développement du système de santé. Les conséquences de cette reconfiguration sont nombreuses et pourraient faire l'objet de travaux spécifiques. L'éloignement des grand-mères en période périnatale tend à rendre caduques certaines pratiques de massage ou le recours aux guérisseuses. Des pratiques déconseillées par les médecins peuvent être abandonnées, mais les mères, livrées à elles-mêmes pour assurer les soins de maternage quotidiens, peuvent s'avérer peu disponibles.

Logiques interprétatives et « dispositifs de maladies infantiles »

Préalable à tout recours, le repérage, l'interprétation et la nomination des maux s'initient dans l'entourage de l'enfant. L'identification des maladies se formule sur fond de savoirs populaires associant pratiques de maternage et représentations nosologiques. En milieu *pulaar*, par exemple, les pleurs du nouveau-né sont spontanément interprétés comme constipations, la survenue de diarrhées chez le nourrisson est associée aux poussées dentaires, les convulsions évoquent immanquablement une maladie de génies. Ces représentations nosologiques populaires sont néanmoins variables dans leurs contours (Olivier De Sardan, 1999), et intègrent de nouveaux éléments, tels que des termes issus de la biomédecine.

Considérant les trajectoires de maladie étudiées, le premier constat est que les registres d'interprétations sont pluriels et mobilisés de manière syncrétique. Les récits font référence tour à tour à des conceptions populaires partagées, à des explications glanées dans l'entourage, ou encore à des termes rapportés des professionnels de santé. Les représentations des maladies mobilisées sont loin d'être univoques et exemptes de contradictions. Pour aussi déroutant que cela soit, il faut bien admettre que les récits font coexister différents niveaux interprétatifs. Les contributions théoriques ne manquent pas sur cette problématique de la « pluralité causale » dans l'interprétation des maladies en Afrique. Une question qui a passionné toute une génération d'anthropologues de la santé (Sindzingre & Zempléni, 1981 ; Sindzingre, 1983 ; Fainzang, 1985 ; Bonnet, 1988). Afin d'explicitier les mécanismes d'interprétations des maladies, nous nous sommes référés au concept de « dispositif de maladie » (Jaffré, 1999) au travers d'une démarche « *analytique portant sur les diverses relations unissant les représentations sociales de la maladie avec leurs "bases matérielles", principalement constituées par les diverses caractéristiques de leurs référents morbides* ». Avec ce concept, il s'agit de traduire la place centrale du ressenti des symptômes (notamment de la douleur), mais aussi, des autres « bases matérielles » que sont le contexte épidémiologique de la maladie, sa durée et son évolution, son traitement, et enfin, ses incidences sociales. L'ensemble de ces aspects dessine une typologie descriptive des maladies au travers de laquelle les représentations peuvent être comprises.

Notre travail revisite la manière dont les « dispositifs de maladie » s'agencent pour les affections des enfants, dégagant certaines spécificités des dispositifs de maladies infantiles. La place du ressenti y est atténuée, puisque les enfants ne peuvent exprimer leur maux pareillement aux adultes, soit qu'ils n'aient pas encore acquis le langage, soit que leurs paroles soient peu prises en compte. Aussi, « *les représentations populaires des maladies des enfants parlent autant des sentiments des parents que des vécus morbides des enfants* » (Jaffré, 1999). En contexte de maladie, l'identification nosologique est par ailleurs complexifiée par la variété de l'entourage susceptible de participer à l'interprétation : mères,

pères, mais aussi grand-mères ou tantes se font tour à tour porte-paroles de l'enfant. Chacun compose avec ses interprétations propres dans des contextes d'énonciation socialement contraints : craintes d'attirer le mal sur l'enfant, respect de la répartition sociale de la parole. Comme nous l'avons décrit, la maladie de l'enfant peut donc se voir attribuer plusieurs noms en fonction des locuteurs et des espaces sociaux. Quant à l'enfant lui-même, de nombreux interdits pèsent sur sa faculté de parler de sa maladie. Il la nomme au travers de ses symptômes, signe de sa déférence face aux savoirs des adultes et de l'absence de dialogue avec les soignants. La polyphonie des interprétations dans l'entourage peut même conduire certaines trajectoires au dédoublement: ainsi avons-nous observé des enfants suivant d'une part un itinéraire biomédical avec leur père, d'autre part des consultations maraboutiques à l'instigation de leur environnement féminin.

Les « dispositifs de maladie » associent des signifiants s'agissant de la durée et de l'évolution de la maladie dans le temps, et de ses réponses aux traitements délivrés. L'interprétation des maladies relève d'un processus difficile à comprendre en un temps donné. Chaque symptôme, chaque rencontre thérapeutique, chaque traitement fournissent des caractères susceptibles d'infirmier, de modifier ou d'ajouter des éléments interprétatifs. Notre méthodologie proposant de « suivre » l'élaboration des trajectoires de maladie est sur ce point pertinente. Chez l'enfant, nous remarquons une banalisation de certains maux, étant entendu que les enfants sont vulnérables aux maladies et parfois même, maladifs. La survenue d'une diarrhée ou d'une fièvre n'inquiète que si elle persiste ou se répète, laissant soupçonner une maladie particulière. Contrairement aux adultes qui « tombent » malade, les « petites maladies » de l'enfance sont davantage perçues comme passages obligés dont il faut prévenir et surveiller d'éventuelles complications⁷⁴. Tout signe évoquant une attaque surnaturelle peut néanmoins susciter une fulgurante inquiétude. La perception de la vulnérabilité de l'enfant construit ainsi des perceptions temporelles de la maladie spécifiques.

L'interprétation des maladies infantiles comporte également des enjeux indirects, qu'ils soient pragmatiques ou sociaux. La crainte de certaines dépenses de santé, ou les préférences en termes de traitements peuvent influencer les nominations des maladies. Nous l'avons illustré autour d'études de cas, certaines catégories nosologiques populaires associées à des remèdes jugés aujourd'hui barbares sont éludées⁷⁵. Enfin, les dispositifs intègrent l'« incidence sociale » des maladies infantiles. Nommer la maladie comporte des enjeux sociaux impliquant non seulement l'identité de l'enfant, mais aussi celle de sa mère, et dans une moindre mesure celle des autres membres de son entourage. À ce titre, certaines catégories médicales sont rejetées car les représentations sociales auxquelles elles renvoient sont dévalorisantes⁷⁶ ou culpabilisantes. L'identification et la nomination de la maladie sont

⁷⁴ C'est notamment le cas des symptomatologies associées aux poussées dentaires

⁷⁵ Voir le cas du petit Moussa, dont les parents refusent l'interprétation de *yaako*.

⁷⁶ Voir le cas du petit Sidi, dont le père élude le diagnostic d'épilepsie.

déjà orientation et négociation des recours, et cristallisent une certaine reconnaissance sociale des maux dont souffrent les enfants.

Espaces thérapeutiques : des familiarités territoriales

Au-delà de la géographie physique, comprendre la situation d'un enfant dans l'offre de soin passe par une exploration du point de vue de sa famille. Un détour par l'histoire du système médical et une étude des habitudes et expériences de recours nous ont permis de cerner les espaces thérapeutiques subjectivement construits. L'offre de soin se révèle ainsi très différemment d'un interlocuteur à l'autre. Force est de constater qu'elle présente une faible lisibilité pour la population de Nouakchott : à la méconnaissance des espaces urbains s'ajoute l'opacité de la planification territoriale des soins. L'absence de contrôle gouvernemental sur l'offre de soin rend difficile la distinction entre secteurs formels et informels. Ainsi en est-il des pharmacies, dépôts pharmaceutiques et boutiques commercialisant des médicaments, qu'il est malaisé de distinguer. Ainsi en est-il des guérisseurs ouvrant des cabinets ressemblant aux cabinets des médecins. L'habileté des acteurs de l'offre privée et informelle est de savoir jouer sur les signes et les ambiguïtés, et ainsi s'attirer la patientèle la plus large possible. Tandis qu'une poignée de guérisseurs lettrés tire son épingle du jeu en faisant reconnaître l'existence d'une médecine savante, le plus grand nombre d'entre eux s'adaptent par un élargissement de leurs pratiques, s'affirmant sur tous les registres, nonobstant les contradictions.

Pour les populations les moins favorisées en termes de capital économique, social, qui plus est enclavées géographiquement, l'offre de soin n'apparaît que par un bout de lorgnette. Cantonnés à des recours de proximité peu qualifiés, des familles évoluent aux marges du système de santé, au sein de « déserts médicaux » socialement construits (Taleb *et al.*, 2006). Ils représentent une part de la population exclue de la mondialisation et du marché urbain (Fontaine, 2013), se déplaçant peu, délibérant et agissant dans le cadre d'une information de proximité (Assayag, 2005). L'offre médicale des structures hospitalières, noyée par une offre informelle proéminente, leur apparaît distante, étrangère, arrogante. Certains enfants se retrouvent en situation d'enclavement sanitaire. Pour une large part de la population, les structures publiques de proximité sont préférées aux hôpitaux, à l'instar de l'attachement des Nouakchottois pour leur quartier. Ces structures occupent une place centrale en tant qu'offre de soins jugée appropriée voire destinée aux enfants. Les Mauritaniens fréquentant les hôpitaux sont plutôt ceux qui ont une certaine connaissance du centre urbain, soit qu'ils y résident, soit qu'ils s'y soient déjà déplacés. Bien que critiques face à ces imposantes structures, ils en ont une expérience, qui les aide à envisager l'opportunité des recours à la pédiatrie.

La construction de certaines familiarités vis-à-vis des structures sanitaires découle d'histoires globales et singulières des relations avec le système de santé. Historiquement plus habitués des structures sanitaires représentant la médecine des blancs, les Négro-Mauritaniens, bien que critiques, sont plus familiers de la biomédecine. À l'inverse, la population maure, à laquelle les structures sanitaires sont longtemps restées moins accessibles du fait du nomadisme et de l'éclatement des campements, prend peu à peu la main sur la profession et le fonctionnement des services. Des évolutions qui se traduisent par la formation de nouveaux réseaux d'interconnaissances facilitant l'accès aux soins, l'« arabisation » des soins médicaux, ou encore l'explosion de la consommation de soins et de produits pharmacologiques dans les milieux maures favorisés. En milieu *pulaar*, nous avons documenté l'évolution des rapports à l'offre thérapeutique au travers des perceptions et habitudes de recours de trois générations. Les « vieux », qui ont connu le développement de l'offre de soin biomédicale, défendent la valeur des soins « traditionnels » d'autrefois tout en étant séduits par l'efficacité des « médicaments des blancs » qu'ils considèrent volontiers comme des produits de valeur qu'il convient de se faire offrir. Méfiants, les jeunes parents considèrent que l'offre biomédicale est incontournable pour certaines maladies mais malheureusement insuffisamment développée, voir dévoyée en Mauritanie. L'hôpital leur apparaît comme miroir d'une société désorganisée et organe d'un État privilégiant une minorité de ses concitoyens. Ils discernent les faiblesses et limites des soins « traditionnels », pointent du doigt la multiplication des charlatans. Quant aux enfants, ils sont impressionnés par les structures sanitaires. Moins critiques que leurs parents, ils estiment la technicité des hôpitaux et l'efficacité de certains médicaments. Ils nourrissent moins de suspicions vis-à-vis des professionnels de santé : ils sont plutôt sensibles aux égards que ceux-ci leur témoignent, comme à l'indifférence qu'ils peuvent leur imposer. Les familiarités construites dans l'offre de soin s'accordent également en genre : la plus grande proximité des femmes avec les marabouts et guérisseurs, ailleurs décrite, se retrouve à Nouakchott. Les hommes se montrent distants et incrédules, répondant à leur statut de musulmans orthodoxes, mais au fond redoutent et laissent les femmes solliciter une multitude de « protections ». Ils privilégient de leur côté les recours « sérieux » tels que les recours hospitaliers, pour lesquels ils occupent un rôle prépondérant.

Lieux de résidence, âge, genre, sont autant de variables situant les perceptions de l'offre thérapeutique. Elles positionnent parents et enfants dans des espaces thérapeutiques subjectivement construits, définissant l'accessibilité des différentes options de soins. Les changements de l'offre environnante peuvent avoir des impacts sur l'accès aux soins. Ainsi, la qualité des soins reçus par la petite Ami s'est dégradée suite au déménagement de sa famille vers un quartier excentré, provoqué par l'inondation de leur terrain en centre ville. Alors que la famille avait pour habitude de recourir au centre de santé de leur ancien quartier, ils ne se sont jamais rendus à celui proche de leur nouvelle résidence, et se limitent depuis à des

achats de médicaments en pharmacie. L'étude des espaces thérapeutiques subjectivement perçus permet également de comprendre pourquoi des changements dans l'offre de soin n'ont paradoxalement pas d'effet sur les habitudes de recours. Ainsi, bien qu'un hôpital doté d'un service de pédiatrie ait été construit à proximité de la résidence d'Abdoulaye, sa mère ne s'y est jamais rendue pour les problèmes persistants dont il souffre. Elle continue de consulter le « docteur » de l'« hôpital », moins cher, où tout tient en l'espace d'une boutique au coin de la rue, ce qu'elle trouve « bien arrangeant ». Enfin, certaines logiques de recours ne sont compréhensibles qu'au regard des expériences singulières des familles dans l'offre de soin, qui composent des lieux répulsifs ou familiers.

Ressources des familles et négociation des soins

Face aux contraintes s'exerçant sur leurs possibilités d'accéder aux soins, les familles ne demeurent pas passives. Les trajectoires de maladie sont d'autant plus imprédictibles qu'elles sont « négociées », qu'elles découlent de la volonté et de la dextérité des membres de la famille. Les approches de santé publique véhiculées par le gouvernement et les ONG ont tendance à considérer l'entourage de l'enfant et notamment les mères, au mieux en termes de manques ou comme victimes (Saillant, 2007 ; Fusaschi, 2012), au pire comme négligentes et irresponsables (Finerman, 1995). L'usage en santé publique des termes d'« incompétence parentale », ou de « négligence sélective », mal définis, témoignent d'une cécité s'agissant des expériences des familles (Finerman, 1995). Pour comprendre la qualité des soins apportés aux enfants, il faut se référer aux contraintes avec lesquelles leurs familles composent, non selon des normes extérieures qui sont celles de la médecine, de la santé publique ou de la culture des chercheurs. Adopter une telle perspective nous a permis de considérer les efforts de conciliation réalisés par les parents ou encore l'audace dont ils font preuve pour mobiliser leurs ressources et déjouer les obstacles auxquels ils sont confrontés.

La principale difficulté des familles est de concilier économie domestique et accès aux soins escomptés. Autrement dit, ils doivent élaborer des stratégies pour faire face aux coûts des soins (Sauerborn *et al.*, 1996 ; Wallman & Baker, 1996). Les tarifs des soins en structure hospitalière, disproportionnés, difficiles à anticiper, sont susceptibles de plonger les familles dans l'endettement. L'économie des ménages, relevant pour une part importante d'activités informelles, procure une disponibilité monétaire aléatoire. Pour faire face aux coups du sort, les familles précaires s'appuient sur leur débrouillardise économique et leur intégration à des activités financières dites informelles. Les « arrangements financiers populaires » mobilisés requièrent une ingéniosité sociale que les notions classiques de l'économie ne parviennent pas à décrire (Kane, 2010). Dans ce contexte, devoir réunir l'argent des ordonnances est une hantise, exposant les pères à devoir quémander auprès de relations ou susciter l'insatisfaction de leurs épouses (Attané, 2009). Nous avons dépeint plusieurs visages de cette précarité, l'accès aux soins étant soumis à divers arrangements et bricolages, associant minimisation des

dépenses et réponses sélectives aux besoins de santé. Le paiement direct et l'absence de « filets sociaux » opérationnels excluent les plus pauvres des structures sanitaires. Les politiques de santé mettent en avant la solidarité familiale, mais les pères, sous l'influence de normes sociales de dignité, évitent de la solliciter pour les maladies de leurs enfants et tentent de gérer « à leur façon ». En milieu urbain, ils privilégient plutôt l'emprunt dans le cadre de leurs activités rémunératrices ou puisent dans leurs capitaux avec la vente d'une tête de bétail ou d'un appareil électroménager. On comprend la crainte du recours à l'hôpital, qui engendre des coûts désastreux par rapport au fragile équilibre de l'économie domestique. Des situations très cruelles dont les professionnels de santé n'ont pas toujours conscience. Pour ne prendre qu'un exemple, la mère de la petite Filie souffrant de diabète, qui gagne sa vie en faisant des lessives à domicile, tente d'économiser afin d'acheter un frigo lui permettant de conserver l'insuline de l'enfant. Cependant, elle ne parvient pas à rassembler la somme nécessaire, car lorsque sa fille fait des « crises », elle la conduit paniquée à l'hôpital et y laisse toutes ses économies.

Les ressources financières ne sont pas les seules à intervenir dans la négociation des soins. L'habileté des familles est de faire jouer d'autres ressources, notamment statutaires et relationnelles. Les accompagnants peuvent jouer sur leurs identités pour faciliter l'entrée en relation avec les professionnels de santé : un lien de parenté, l'appartenance à un même groupe ethnique, à un même village ou à la même tribu peuvent ainsi permettre d'initier une relation personnalisée et sortir de l'anonymat (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003). Tout professionnel de santé est confronté à la pression de « parents » cherchant une entrée dans les structures sanitaires. Dans des contextes de pénurie matérielle et de faible disponibilité des professionnels de santé, chaque famille tente d'attirer l'attention sur son enfant. Des manœuvres que nous avons vues s'exprimer selon des modes de séduction, mais aussi par des attitudes pressantes et agressives qui perturbent l'organisation du travail médical. Quant aux nantis, ils mobilisent leurs pouvoirs économiques pour stimuler la qualité de soins. L'offre mauritanienne leur paraissant toutefois insatisfaisante, il leur arrive de tourner leurs négociations vers des recours à l'étranger. L'ensemble de ces arrangements dessinent des espaces de soins particulièrement inégalitaires, si tant est que le terme d'« offre de soin » peut apparaître impropre pour qualifier le système de santé mauritanien. Il n'y a pas d'« offre » en soi mais des possibilités de soins qui se négocient en fonction des ressources économiques, culturelles et sociales.

Les hôpitaux sont des scènes centrales de ces négociations. L'admission en pédiatrie n'assure pas la dispensation des soins. La fragmentation des coûts de l'hospitalisation et l'organisation du travail médical produisent une dénivellation de la qualité des soins. Malgré les efforts visant à égaliser les prises en charge, le fonctionnement réel des services produit un cadre sélectif et discriminant. Nous avons notamment analysé comment les équipes paramédicales résistent à la systématisation des soins : elles travaillent selon faveurs et motivations, plutôt

que sous autorité et dans le simple exercice de leurs fonctions. La mise en application des règles est délicate, la rectitude des conduites étant dévalorisée et tournée en dérision. Pour les familles ayant une piètre connaissance du fonctionnement des structures sanitaires, le parcours hospitalier est semé d'embûches. Sur fond d'incompréhensions mutuelles, elles risquent d'« aggraver leur cas », et cherchent à s'en remettre à des « intermédiaires ». L'hôpital abrite en effet son lot d'as de la débrouille : hommes rompus à l'exercice du *tcheb-tchib* (Ahmed Salem, 2001) ou « grandes dames » parvenant à tirer leur épingle du jeu. Une autre stratégie des familles les moins favorisées est d'effacer les signes de leur origine sociale. À cet effet, elles se parent de leur plus beaux vêtements, taisent la trajectoire de maladie en amont de l'hôpital, dissimulent des recours non-médicaux et les temps de latence précédant les recours aux soins. C'est sans compter sur l'expérience des professionnels de santé habitués à scruter la situation sociale de l'enfant au travers divers signes : l'enfant malnutri représente une famille miséreuse, le petit maure crasseux une famille nomade ignorante, l'enfant noir parlant l'hassanya une famille harratine. Nous devons comprendre que même s'ils ont vocation à dispenser des traitements égalitaires, les professionnels de santé n'ont d'autre choix que déployer des prises en charge sur critères sociaux, faisant l'hypothèse des moyens que chaque famille peut mobiliser pour les soins de son enfant. Ainsi le parcours hospitalier ne peut s'affranchir de la situation sociale de l'enfant.

L'accès aux soins : une problématique sans réponse simple

Les sphères sociales de l'enfance s'ajoutent les unes aux autres, définissant de manière non mécanique l'accessibilité des enfants aux soins. Chacune de ces sphères définit des normes et enjeux, où la finalité de la santé n'est pas seule. Les logiques sociales en présence peuvent s'avérer adverses à l'accès aux soins des enfants. Nous avons notamment étudié comment les démarches de recours sont contraintes par les rôles familiaux, ou comment les dépenses de santé respectent les normes de l'économie domestique. Au niveau de l'offre thérapeutique, nous avons décrit comment le développement du pluralisme génère des logiques concurrentielles, poussant certains guérisseurs à s'arroger l'exclusivité de la guérison de certaines maladies, ou à s'autoproclamer capables de tout. Dans les structures sanitaires, enfin, nous avons évoqué les stratégies de profit et d'affirmation sociale des professionnels de santé. L'analyse de ces « nœuds » qui engagent l'accessibilité des soins dans les différentes sphères de l'enfance, a nécessité une décomposition en série telle que nous l'avons proposée au fil des chapitres.

Cependant, les déterminants de l'accès aux soins ne sont pas cloisonnés en divers espaces ou catégories. Les sphères sociales de l'enfance sont poreuses et traversées de logiques sociales communes. La composition des rôles familiaux, notamment, intervient à tous niveaux : dans l'enceinte domestique où la maladie est identifiée, au niveau de la construction d'espaces thérapeutiques familiaux ou encore au travers des stratégies de négociation au sein des

structures sanitaires. La faible autonomie décisionnelle des mères peut ainsi générer plusieurs points d'achoppement possibles entre un besoin de santé perçu et l'obtention d'un traitement adapté. Le statut de l'enfant comme « dépendant » de sa famille inhibe l'identification de sa maladie de plusieurs manières : l'empêchant d'exprimer verbalement ses maux, de recourir seul aux soins, ou de communiquer directement avec les professionnels de santé. De même, la précarité ou l'aisance économique d'une famille configurent l'accessibilité des soins selon une multitude d'agencements intermédiaires. La pauvreté doit plutôt être envisagée, en ce sens, selon les « capacités » des individus à être et à agir dans leurs environnements (Sen, 1981). De faibles ressources économiques peuvent décourager en maints points les recours aux soins : fortes contraintes temporelles liées à la génération de revenus, affaiblissement des solidarités intrafamiliales, majoration des coûts de transports, discrimination dans les structures sanitaires,... Les déterminants économiques relevés par les mesures quantitatives ne traduisent pas des relations de cause à effet implacables, mais plutôt des probabilités cumulatives.

Notre étude signifie ainsi que nous ne pouvons pas clairement distinguer une « barrière » à l'accès aux soins, ni la lever par des mesures uniques. On comprend notamment qu'une expérience de gratuité des soins néonataux à Nouakchott ait pu être tenue en échec (Ministère de la Santé & Agence Française de Développement, 2010) par l'épaisseur sociale de la problématique de l'accès aux soins en période périnatale. L'approche anthropologique contribue en ce sens à analyser les effets des stratégies de santé publique. Les activités de « sensibilisation » de la population produisent des savoirs métis sur les maladies, parfois loin des messages initialement délivrés. L'éducation à la santé a peu de portée lorsque le système éducatif ne permet pas de fournir un fond de connaissances communes. L'ouverture de lits de pédiatrie, ou l'installation de structures de proximité, ne garantissent pas à elles seules une meilleure accessibilité des soins au plus grand nombre d'enfants. Le développement de l'offre médicale devrait notamment être associé à la recherche de visibilité de la spécialisation des soins qui y sont dispensés, et au renforcement du contrôle de l'offre informelle. Le développement des ressources humaines, qui est au cœur de la Stratégie de Lutte pour la santé et la survie de l'enfant, est une condition nécessaire mais non suffisante de l'accès aux soins : le risque est que les nouveaux diplômés nourrissent, en premier lieu, les besoins d'une frange privilégiée de plus en plus consommatrice de soins. Enfin, l'« obstacle économique » ne peut être simplement levé par de seules mesures d'exemption, comme cela a été montré par l'analyse de diverses politiques publiques (Olivier De Sardan & Ridde, 2012). Outre la question de l'importance des coûts, l'accessibilité des soins pourrait être améliorée par une meilleure lisibilité des tarifs et un assouplissement des modalités de paiement, pour une meilleure adaptation aux économies des populations pauvres. Les dispositifs de mutualisation et les systèmes de tarifications forfaitaires restent à expérimenter plus largement en Mauritanie. Les approches globales de « promotion de la santé », encore peu développées en

Afrique (Houéto & Valentini, 2008) apparaissent également prometteuses pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins.

BIBLIOGRAPHIE

- Abou Bekrin A.**, 1937, "'El 'Omda" poème sur la médecine maure", *Bulletin de l'IFAN*, 5, p.38-66.
- Ahmed Salem Z.**, 2001, "Tcheb-tchib et compagnie : lexique de la survie et figures de la réussite en Mauritanie", *Politique africaine*, 82, p. 78-100.
- Amselle J.-L.**, 1990, *Logiques métisses*, Paris, Payot, 257p.
- Appadurai A.**, 2005, *Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la globalisation*, Paris, Payot, 326p.
- Arborio A.-M.**, 2001, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos, 334p.
- Arborio S. & Dozon J. P.**, 2001, "L'identification de l'épilepsie en milieu rural bambara (Mali)", *Sciences sociales et santé*, 19(4), p. 79-99.
- Ariès P.**, 1973[1960], *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien Régime*, Paris, Seuil, 504p.
- Arléo A. & Delalande J.** (dir.), 2010, *Cultures enfantines. Universalité et diversité*, Mayenne, Presses Universitaires de Rennes, 464p.
- Assayag J.**, 2005, *La mondialisation vue d'ailleurs. L'Inde désorientée*, Paris, Seuil, 300p.
- Attané A.**, 2009, "Quand la circulation de l'argent façonne les relations conjugales. L'exemple de milieux urbains au Burkina Faso", *Autrepart*, 49(1), p. 155-71.
- Audibert M., De Roodenbeke E., Pavy-Letourmy A., et al.**, 2004, *Utilisation des services de santé en Afrique : l'approche communautaire en termes d'offre de soins est-elle une réponse?*, communication orale, Colloque développement durable et santé dans les pays du sud, Lyon.
- Audibert M. & Mathonnat J.**, 2000, "Cost recovery in Mauritania: initial lessons", *Health Policy and Planning*, 15(1), p. 66-75.
- Augé M.**, 1984, "Ordre biologique, ordre social: la maladie, forme élémentaire de l'événement", dans Augé, M. & Herzlich, C. (dir.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Editions des Archives contemporaines, p. 35-81.
- 1994, *Pour une anthropologie des mondes contemporains*, Paris, Aubier, 197p.

- Bâ K.**, 2013, *Etude épidémiologique des hémoglobinopathies chez les femmes enceintes en consultation prénatale dans les centres de santé de Sebkha et Teyarett à Nouakchott*, Mémoire de Master, Faculté de Médecine, 45p.
- Ba O.**, 1976, *Le Fouta Toro au carrefour des cultures*, Condé-sur-Noireau, L'Harmattan, 426p.
- Ba S.**, 2011, *Les chameaux de la haine ou chronique d'un vertige*, Monts, Ceux du sable, 144p.
- Bachelard G.**, 2005[1940], *La philosophie du non*, Paris, Presses Universitaires de France, 145p.
- Badinter E.**, 1980, *L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel au XVII – XX*, Paris, Flammarion, 372p.
- Bado J.-P.**, 1997, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 428p.
- Ballet J.**, 2006, "Les enfants des rues : Pauvreté monétaire et pauvreté affective", dans Ballet, J. & Hamzetta, B. (dir.), *Formes sociales de la pauvreté en Mauritanie*, Paris, L'Harmattan, p. 77-111.
- Ballet J. & Brahim Jiddou F.**, 2005, "L'accès au système de santé en Mauritanie : problèmes de capacités et défis institutionnels", *Mondes en développement*, 3 (131), p. 87-97.
- Ballet J. & Hamzetta B.**, 2003, "Le capital social comme protection sociale ? Le cas de la Mauritanie", *Tiers Monde*, 44(175), p. 637-55.
- Baxerres C. & Le Hesran J.-Y.**, 2008, "Recours aux soins en cas de fièvre chez l'enfant en pays Sérère au Sénégal : entre contrainte économique et perception des maladies", *Sciences sociales et santé*, 22(4), p. 5-21.
- Baxerres C. & Le Hesran J.-Y.**, 2010, "Quelles ressources familiales financent la santé des enfants: Les difficultés du recours aux soins pour traiter le paludisme en milieu rural sénégalais", *Tiers Monde*, 202, p. 149-65.
- Beaud S. & Weber F.**, 2003[1997], *Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, La découverte, 288p.
- Benoist J.** (dir.), 1996, *Soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, 520p.
- Berche T.**, 1998, *Anthropologie et santé publique en pays Dogon*, Paris, Karthala, 232p.
- Bernard-Béchariès J.-F.**, 1994, "Quels paradigmes pour une théorie de l'enfant acteur?", *Revue de l'Institut de sociologie*, 1(2), p. 21-37.
- Bierlich B.**, 2000, "Injections and the fear of death: an essay on the limits of biomedicine among the Dagomba of northern Ghana", *Social science & medicine*, 50, p. 703-13.
- Bizeul D.**, 1998, "Le récit des conditions d'enquête: exploiter l'information en connaissance de cause", *Revue française de sociologie*, 34(4), p. 751-87.

- Blondet M.**, 2008, "Le genre de l'anthropologie. Faire du terrain au féminin", dans Fassin, D. & Bensa, A. (dir.), *Les politiques de l'enquête. Epreuves ethnographiques*, Paris, La découverte, p. 59-80.
- Boelen C.**, 2011, "Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine", *Santé publique*, 23(3), p. 247-50.
- Bonnet D.**, 1988, *Corps biologique, corps social. Procréation et maladie de l'enfant en pays Mossi. Burkina Faso*, Paris, Edition de l'Orstom, 138p.
- 1990, "Anthropologie et santé publique. Une approche du paludisme au Burkina Faso", dans Fassin, D. & Jaffré, Y. (dir.), *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses, p. 243-58.
- 1997, "“Autorisés à mourir” ou la notion de négligence sociale: Le cas de l'enfant malnutri en Afrique de L'Ouest", *Cahier de Marjuvia*, 4, p. 43-49.
- 1999, "Les différents registres interprétatifs de la maladie de l'oiseau ", dans Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J.-P. (dir.), *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 305-20.
- Bonnet D. & Pourchez L.** (dir.), 2007, *Du soin au rite dans l'enfance*, Ramonville Saint-Agne, Érès, 317p.
- Bonnet D., Rollet C. & Suremain C.-E.** (dir.), 2012, *Modèles d'enfances. Succession, transformation, croisement*, Paris, Editions des Archives Contemporaines, 352p.
- Bonnet M.**, 1993, "Le travail des enfants en Afrique ", *Revue internationale du travail*, 132(3), p. 411-30.
- Bonte P.**, 2002, "L'esclavage : un problème contemporain?", *L'Homme*, 164, p. 135-44.
- Botte R.**, 2005, "Les habits neufs de l'esclavage: métamorphoses de l'oppression au travail", *Cahiers d'Etudes africaines*, 45(3-4), p. 651-66.
- Bouchayer F.**, 1986, "Les usagers des médecines alternatives. Itinéraires thérapeutiques, culturels, existentiels", *Revue Française des Affaires Sociales*, 40, p. 105-16.
- Bouillon F., Fresia M. & Tallio V.**, 2006, "Introduction. Les terrains sensibles à l'aune de la réflexivité", dans Bouillon, F., Fresia, M. & Tallio, V. (dir.), *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie*, Paris, EHESS, p. 13-27.
- Bouju J.**, 2007, "La vie quotidienne comme terrain, ou la valeur heuristique de l'implication de l'ethnographe-assistant technique en coopération", dans Leservoisier, O. & Vidal, L. (dir.), *L'anthropologie face à ses objets. Nouveaux contextes ethnographiques*, Paris, Editions des archives contemporaines, p. 139-51.
- Bouju J. & Ouattara F.**, 2002, *Une anthropologie politique de la fange. Conceptions culturelles, pratiques sociales et enjeux institutionnels de la propreté urbaine à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)*, Marseille-Ouagadougou, Rapport Shadyc-Gril, 223p.

- Bril B.**, 1997, "Culture et premières acquisitions motrices : enfants d'Europe, d'Asie, d'Afrique", *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 10(5), p. 302-14.
- Candalot A.**, 2006, "Rôle et enjeux du système éducatif en Mauritanie dans l'évolution politique", *Le Portique. Archives des cahiers de la recherche*, Cahier 3, en ligne, <http://leportique.revues.org/index760.html>, consulté le 17 septembre 2014.
- Caprara A.**, 2000, *Transmettre la maladie. Représentations de la contagion chez les Alladian de la Côte d'Ivoire*, Paris, Karthala, 213p.
- Caratini S.**, 1997, "Expérience du terrain, construction du savoir", *L'Homme*, 143, p. 179-87.
- Carricaburu D., Lhuillier D. & Merle V.**, 2008, "Quand soigner rend malade: des soignants face au risque infectieux à l'hôpital", *Santé publique*, 20(HS), p. 57-67.
- Charmes J.**, 2005, "Activités génératrices de revenus, contraintes d'emploi du temps et participations de femmes : des dynamiques contradictoires", *Sciences sociales et santé*, vol 23(4), p. 71-77.
- Cheikh A. W.**, 2003, "La science au(x) miroir(s) du prince. Savoir et pouvoir dans l'espace arabo-musulman d'hier et d'aujourd'hui", *Revue des mondes musulmans et de la méditerranée*, 101-102, p. 129-55.
- 2014, *Science et société dans l'espace ouest saharien*, communication orale, Journées d'études sciences et développement durable, Nouakchott.
- Chasles V.**, 2009, "Inégalités de genre et restrictions spatiales. L'exemple du recours aux soins des femmes en Inde rurale", *Sciences sociales et santé*, 27(2), p. 27-45.
- Chibwana A. I., Mathanga D. P., Chinkhumba J., et al.**, 2009, "Socio-cultural predictors of health-seeking behaviour for febrile under-five children in Mwanza-Neno district, Malawi", *Malaria journal*, 8(219), en ligne, <http://www.malariajournal.com/content/8/1/219>, consulté le 17 septembre 2014.
- Choplin A.**, 2008, "La Mauritanie à l'épreuve de l'islamisme et des menaces terroristes", *EchosGéo*, en ligne, <http://echogeo.revues.org/4363>, consulté le 26 mars 2013.
- 2009, *Nouakchott. Au carrefour de la Mauritanie et du monde*, Paris, Karthala, 372p.
- Choplin A. & Ciavolella R.**, 2008, "Marges de la ville en marge du politique? Exclusion, dépendance et quête d'autonomie à Nouakchott (Mauritanie)", *Autrepart*, 45, p. 73-89.
- Ciavolella R.**, 2008, *Le pouvoir aux marges. Les Fulaabe et l'Etat Mauritanien*, Thèse de doctorat en anthropologie Université de Milan Bicocca, 609p.
- Clément J.-F.**, 1995, "L'image dans le monde arabe, interdits et possibilités", dans Beaugé, G. & Clément, J.-F. (dir.), *L'image dans le monde arabe*, Paris, CNRS éditions, p. 11-42.
- Cohen Salmon D.**, 1994, *En travers de la gorge. L'enfant, les amygdales, les végétations et la douleur*, Paris, Interédition, 245p.

- Collière M.-F., 1990, "L'apport de l'anthropologie aux soins infirmiers", *Anthropologie et Sociétés*, 14(1), p. 115-23.
- Combiér A., 1994, *Les enfants de la rue en Mauritanie*, Paris, L'Harmattan, 207p.
- Corsaro W. A., 2005[1997], *The sociology of childhood*, Thousands Oaks, California, Pine Forge Press, 358p.
- Corsaro W. A. & Eder D., 1990, "Children's peer cultures", *Annual Review of Sociology*, 16, p. 197-220.
- Cresson G., 1993, "Le travail de soin des mères de famille", dans Cook, J. & Dommergue, J. P. (dir.), *L'enfant malade et le monde médical*, Paris, Syros, p. 41-79.
- 1995, *Le travail domestique de santé*, Paris, L'Harmattan, 346p.
- 1998, "Les parents et les douleurs des enfants dans la vie quotidienne", dans Cook, J. & Tursz, A. (dir.), *L'enfant et la douleur. Familles et soignants*, Paris, p. 65-89.
- Cresson G. & Gadrey N., 2004, "Entre famille et métier : le travail du *care*", *Nouvelles Questions Féministes*, 23(3), p. 26-41.
- Criel B., Bâ A. S., Kane F., *et al.*, 2010, "Une expérience de protection sociale en santé pour les plus démunis. Le fond d'indigence de Dar Naïm en Mauritanie", *Studies in Health Service Organisation & Policy*, 26, en ligne, <http://www.itg.be/itg/GeneralSite/InfServices/Downloads/shsop26.pdf>, consulté le 17 septembre 2014.
- Crochet S., 2000, "L'invisible guérison : Notes d'ethnomédecine en milieu rural au Cambodge", *Aséanie*, 5, p. 13-39.
- Cros M., 1991, "Les nourritures d'identité ou comment devenir lobi", dans Lallemand, S. (dir.), *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar*, Paris, L'Harmattan, p. 102-18.
- Cros M., Msellati P. & Kambou S., 1997, "Faire dire, dessiner et narrer le sida. Un vivier de sens en milieu Lobi Burkinabé", dans Delaunay, K., Dozon, J. P., Fainzang, S., *et al.* (dir.), *Le sida en Afrique : recherches en sciences de l'homme et de la société*, Paris, ANRS, p. 87-93.
- CUN, 2009, *Recensement des infrastructures et des services sanitaires de la ville de Nouakchott. Etat des lieux et enseignements*, Nouakchott, Rapport de la communauté urbaine, 122p.
- Danic I., Delalande J. & Rayou P., 2006, *Enquêter auprès d'enfants et de jeunes. Objets, méthodes et terrains de recherche en sciences sociales*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 215 p.
- De Chasse F., 1982[1977], *L'étrier, la houe et le Livre. "Sociétés traditionnelles" au Sahara et au sahel occidental*, Paris, Editions anthropos, 310p.

- Delaisi de Parleval G. & Lallemand S.**, 1998[1980], *L'art d'accueillir les bébés*, Paris, 325p.
- Delalande J.**, 1995, "Le sable doux, la chaîne et le plouf-plouf. Vers une anthropologie de l'enfant", *Ethnologie française*, 25(4), p. 617-28.
- 2003, "Culture enfantine et règles de vie. Jeux et enjeux de la cour de récréation", *Terrain*, 40, p. 99-114.
- Deleigne M.-C. & Pilon M.**, 2011, "Migrations dans l'enfance et scolarisation en Afrique subsaharienne : apports et limites des approches quantitatives", *Journal des africanistes*, 81(2), p. 87-117.
- Desbordes J. M. & Schaelynyck A.**, 1992, "La douleur du petit enfant : le vécu des puéricultrices", *Ethnologie française*, 22(1), p. 79-83.
- Desclaux A.**, 1996, "De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant", dans Benoist, J. (dir.), *Soigner au pluriel*, Paris, Karthala, p. 251-79.
- 1997, *L'épidémie invisible. Anthropologie d'un système médical à l'épreuve du sida chez l'enfant à Bobo Dioulasso, Burkina Faso*, Thèse de doctorat d'anthropologie, Université Paul Cézanne, 454p.
- 2002, "Refuser d'allaiter pour protéger son enfant. La marginalité des mères séropositives en Afrique", dans Bonnet, D., Le Grand-Sébille, C. & Morel, M. F. (dir.), *Allaitements en marge*, Paris, L'Harmattan, p. 68-87.
- Desclaux A. & Taverne B.** (dir.), 2000, *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*, Paris, Karthala, 556p.
- Dia A.**, 2008, *La psychiatrie au pays des marabouts*, Paris, L'Harmattan, 186p.
- Diagana M.**, 2010, *Connaissances et pratiques des mères en matière d'alimentation de l'enfant de moins de 12 mois*, Mémoire de master de santé publique, Faculté de médecine, Nouakchott, 45p.
- Diallo B.**, 2004, *De la naissance au mariage chez les Peuls de Mauritanie*, Paris, Karthala, 125p.
- Diop A. B.**, 1965, *Société toucouleur et migration*, Dakar, Institut français d'Afrique noire, 332p.
- Dorier Apprill E.**, 1995, "Pour une géographie du pluralisme thérapeutique dans les grandes villes d'Afrique noire", *Espaces, populations, sociétés*, 1, p. 135-41.
- Douglas M.**, 2001[1967], *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris, La Découverte, 205p.
- Dozon J. P.**, 1985, "Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil", *Sciences sociales et santé*, 3(3-4), p. 27-55.
- 1987, "Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire", *Politique africaine*, 28, p. 9-21.

- Dozon J. P. & Sindzingre A. N.**, 1986, "Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle", *La santé dans le tiers-monde*, 12, p. 43-52.
- Dubié P.**, 1937, "Médecine Maure", *Bulletin du Comité d'Etudes Historiques et Scientifiques de l'Afrique Occidentale Française*, 20(3), p. 312-35.
- Dupire M.**, 1970, *L'Organisation sociale des Peul : Étude d'ethnographie comparée*, Paris, Plon, 624p.
- 1991, "Classes et échelons d'âge dans une société dysharmonique (Sereer Ndut du Sénégal)", *Journal des africanistes*, 61(2), p. 5-42.
- Durand Bourjate Y.**, 2009, *Les coûts liés à la prise en charge de la tuberculose en Mauritanie*, Berne, Rapport du programme de recherches NCCR North-South, 50p.
- Egrot M.**, 2004, "Différenciation sexuelle des interprétations causales de la maladie en Afrique subsaharienne", *Sciences sociales et santé*, 22(3), p. 44-69.
- El Bara Y.**, 2007, "Morsures de serpent: thérapie et magie chez les Bidân de Mauritanie", dans Hamès, C. (dir.), *Coran et talismans. Textes et pratiques magiques en milieu musulman*, Paris, Karthala, p. 175-207.
- Epelboin A.**, 1982, "Selles et urines chez les fulBe bande du Sénégal oriental", *Cahier de l'O.R.S.T.O.M.*, 18(4), p. 515-30.
- 1983, *Savoir médicaux et pharmacopées des Fulbé Bandé et des Nyokholonké (Sénégal oriental) : essai d'ethnomédecine*, Doctorat d'ethnologie, Université Paris V, 573p.
- Epelboin S.**, 1982, *La femme en état. Représentation populaire de la fécondité en milieu africain. L'exemple des Peuls Bandé du Sénégal Oriental*, Doctorat de médecine, Faculté de médecine Pitié-Salpêtrière, 156p.
- Erny P.**, 1968, *L'enfant dans la pensée traditionnelle de l'Afrique noire*, Paris, Le livre Africain, 197p.
- 1972, *Les premiers pas dans la vie de l'enfant. Naissance et première enfance*, Paris, L'Harmattan, 358p.
- 1987, *L'enfant et son milieu en Afrique noire : essais sur l'éducation traditionnelle*, Paris, L'Harmattan, 310p.
- Fainzang S.**, 1985, "La « maison du blanc » : la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa du Burkina", *Sciences sociales et santé*, 3(3-4), p. 105-28.
- 1994, "L'objet construit et la méthode choisie : l'indéfectible lien", *Terrain*, 23, p. 161-72.
- 2006, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, Presses universitaires de France, 159p.

- Fanon F.**, 1972[1959], "Médecine et colonialisme", dans Fanon, F. (dir.), *Sociologie d'une révolution. L'an V de la révolution algérienne*, Paris, François Maspero Éditeur, p. 107-35.
- Farge A.**, 2005, *L'enfant dans la ville*, Paris, Bayard, 93p.
- Fargier M.-P.**, 2011, *Analyse du secteur pharmaceutique, République islamique de Mauritanie*, Nouakchott, Rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé, 167p.
- Fassin D.**, 1986, "'La bonne mère" : Pratiques rurales et urbaines de la rougeole chez les femmes haalpulaaren du Sénégal", *Social science & medicine*, 23(11), p. 1121-29.
- 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris, Presses Universitaires de France, 368p.
- 2001, "La globalisation de la santé", dans Hours, B. (dir.), *Système et politique de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, p. 24-40.
- Fassin D. & Brousselle C.**, 1991, "Les enquêtes d'accès aux soins en Afrique. Problèmes méthodologiques", *Revue Epidémiologie et Santé Publique*, 39(1), p. 89-99.
- Fassin E. & Fassin D.**, 1988, "De la quête de la légitimation à la question de la légitimité, les thérapeutiques traditionnelles au Sénégal", *Cahiers d'Etudes africaines*, 28, p. 207-31.
- Favret-Saada J.**, 2002[1977], *Les mots, la mort, les sorts*, Paris, Gallimard, 427p.
- Finerman R.**, 1995, "Parental incompetence and selective neglect : blaming the victim in child survival", *Social science & medicine*, 40(1), p. 5-13.
- Fontaine L.**, 2013, *Le marché. Histoire et usages d'une conquête sociale*, Mesnil-sur-l'Estrée, Gallimard, 442p.
- Fortier C.**, 1998, "Le corps comme mémoire : du giron maternel à la fêrûle du maître coranique", *Journal des africanistes*, 68(1-2), p. 199-223.
- 2000, *Corps, différence des sexes et infortune: transmission de l'identité et des savoirs en islam malékite et dans la société maure de Mauritanie*, Thèse de doctorat en anthropologie sociale et ethnologie, EHESS, 1160p.
- 2003, "'Une pédagogie coranique". Modes de transmission des savoir islamiques (Mauritanie)", *Cahiers d'Etudes africaines*, 43(1-2), p. 235-60.
- 2006, "Le lait, le sperme, le dos. Et le sang?", *Cahiers d'Etudes africaines*, 161, p. 97-138.
- Franckel A.**, 2007, *Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal: le cas des enfants fébriles à Niakhar*, Thèse de doctorat, Université Paris X, 465p.
- Fresia M.**, 2006, "Entre mise en scène et non-dit: comment interpréter la souffrance des autres", dans Bouillon, F., Fresia, M. & Tallio, V. (dir.), *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie*, Paris, EHESS, p. 31-54.

- Fromageot A., Parent F. & Coppieters Y.**, 2005, "Femmes, cultures maraîchères et recours aux soins en Afrique de l'ouest", *Sciences sociales et santé*, 23(4), p. 49-70.
- Fusaschi M.**, 2012, "Victimes à tout jamais. Les enfants et les femmes d'Afrique. Rhétoriques de la pitié et humanitarisme spectacle", *Cahiers d'Etudes africaines*, 198-199-200(5), p. 1033-53.
- Gauthier A., Fortin S., Gomez L., et al.**, 2013, "Médicalisation, socialisation et solitude: itinéraires de soins en présence de troubles gastro-intestinaux chez les enfants", *AnthopoChildren*, (3), en ligne, <http://popups.ulg.be/2034-8517/index.php?id=1678>, consulté le 4 octobre 2015
- Gauvain-Piquard A.**, 1997, "La douleur physique chez le jeune enfant", *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 45(4-5), p. 172-79.
- Geber M.**, 1998, *L'Enfant africain dans un monde en changement*, Paris, Presses Universitaires de France, 291p.
- Gélard M.-L.**, 2003, "De la naissance au septième jour. Rituel féminin et temps suspendu (sud-est Marocain)", *Ethnologie française*, 33(1), p. 131-39.
- Geschiere P.**, 2000, "Sorcellerie et modernité : retour sur une étrange complicité", *Politique africaine*, 79, p. 17-33.
- Gibbal J.-M.**, 1984, "Le signe des génies", *Cahiers d'Etudes africaines*, 24(94), p. 193-203.
- Gibbal J. M., Le Bris E., Marie A., et al.**, 1981, "Positions de l'enquête anthropologique en milieu urbain africain", *Cahier d'études africaines*, 21(81-83), p. 11-24.
- Gisquet E.**, 2008, *Vie et mort en réanimation néonatale, les processus décisionnels en contexte de choix dramatiques*, Paris, L'Harmattan 284p.
- Goffman E.**, 1996[1963], *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les éditions de Minuit, 175p.
- Gonzalès G.**, 1994, "Migration, nuptialité et famille dans la Vallée du fleuve Sénégal", *Revue européenne des migrations internationales*, 10(3), p. 83-109.
- Graz B.**, 2005, "Assessing traditional healers: an observational clinical study of classical Arabic medicine in Mauritania, with comparison of prognosis and outcome", *Tropical Doctor Journal*, 35(4), p. 217-18.
- 2010, "Prognostic Ability of Practitioners of Traditional Arabic Medicine: Comparison with Western Methods Through a Relative Patient Progress Scale", 7(4), p. 471-76.
- Gruénais M.-E.**, 1985, "Mariages en ville et malnutritions aiguës", *Sciences sociales et santé*, 3(3-4), p. 57-83.
- 1990, "Le malade et sa famille. Etude de cas à Brazzaville", dans Fassin, D. & Jaffré, Y. (dir.), *Sociétés, Développement & Santé*, Paris, Ellipses, p. 227-42.

- Gruénais M.-E. & Mayala D., 1988, "Comment se débarrasser de l'efficacité symbolique de la médecine traditionnelle", *Politique africaine*, 31, p. 51-61.
- Guidetti M., Lallemand S. & Morel M. F., 1997, *Enfances d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui*, Paris, Armand Colin, 188p.
- Guile J. M., Okemba-Ngouet P., Gaborit De Montjou L., *et al.*, 1992, "Itinéraire thérapeutique, changement et identité : l'exemple de l'Afrique Centrale", 24(1), p. 21-23.
- Guilhem D., 2008, "Incorporation de l'identité de genre chez les Peuls Djeneri du Mali", *Journal des anthropologues*, 112-113, p. 135-53.
- Hahonou E., 2002, "Les urgences à l'hôpital de Niamey", *Etudes et travaux n°5*, en ligne, <http://www.lasdel.net/spip/IMG/59.pdf>, consulté le 19 septembre 2014.
- Hamelin-Brabant L., 2006, "L'enfance comme champ d'intervention médicale", dans Sirota, R. (dir.), *Éléments pour une sociologie de l'enfance*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p. 325.
- Hamès C., 2001, "L'usage talismanique du Coran", *Revue de l'histoire des religions*, 218(1), p. 83-95.
- 2007, "La notion de magie dans le Coran", dans Hamès, C. (dir.), *Coran et talismans. Textes et pratiques magiques en milieu musulman*, Paris, Karthala, p. 17-47.
- 2008, "Problématiques de la magie sorcellerie en Islam et perspectives africaines", *Cahier d'études africaines*, 189-190(1), p. 81-99.
- Hampshire K. R., Porter G., Asiedu Owusu S., *et al.*, 2011, "Out of the reach of children? Young people's health-seeking practices and agency in Africa's newly-emerging therapeutic landscapes", *Social science & medicine*, 73(5), p. 702-10.
- Hancart Petitot P., 2007, *Maternité en Inde du Sud. Des savoirs autour de la naissance au temps du sida*, Thèse de Doctorat, Université Paul Cézanne, 437p.
- Harang M., 2007, *Système de soins et croissance urbaine dans une ville en mutation. Le cas de Ouagadougou*, Thèse de doctorat, Université Paris X, 497p.
- Hardon A., Desclaux A., Egrot M., *et al.*, 2008, "Alternative medicines for AIDS in resource-poor settings: Insights from exploratory anthropological studies in Asia and Africa", *Journal of ethnobiology and ethnomedicine*, 16(4), en ligne, <http://www.ethnobiomed.com/content/4/1/16>, consulté le 19 septembre 2014.
- Héjoaka F., 2012, *L'enfant gardien du secret. Vivre et grandir avec le sida et ses traitements à Bobo Dioulasso (Burkina Faso)*, Thèse de doctorat, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 423p.
- Hirschfeld L. A., 2003, "Pourquoi les anthropologues n'aiment-ils pas les enfants?", *Terrain*, 40, p. 21-48.

- Houéto D. & Valentini H., 2008, "La promotion de la santé se développe en Afrique", *La santé de l'homme*, 394, p. 9-10.
- Hours B., 1985, *L'État sorcier. Santé publique et société au Cameroun*, Paris, L'Harmattan, 190p.
- 1986, "L'État de la santé", *Cahiers d'Etudes africaines*, p. 395-401.
- 1999, "Vingt ans de développement de l'anthropologie médicale en France", *Socio-Anthropologie*, 5, en ligne, <http://socio-anthropologie.revues.org/index50.html#article-50>, consulté le 18 septembre 2014.
- Izugbara C. O., Etukudoh I. W. & Brown A. S., 2005, "Transethnic itineraries for ethnomedical therapies in Nigeria: Igbo women seeking Ibibio cures", *Health & Place*, 11(1), en ligne, http://www.researchgate.net/publication/8177638_Transethnic_itineraries_for_ethnomedical_therapies_in_Nigeria_Igbo_women_seeking_Ibibio_cures, consulté le 6 octobre 2014.
- Jacquemin M., 2000, "'Petite nièces' et petites bonnes : le travail des fillettes en milieu urbain de Côte d'Ivoire", *Journal des africanistes*, 70(1-2), p. 105-22.
- Jaffré Y., 1996, "Dissonances entre les représentations sociales et médicales de la malnutrition dans un service de pédiatrie au Niger", *Sciences sociales et santé*, 14(1), p. 41-71.
- 1991, "Anthropologie de la santé et éducation pour la santé", *Cahiers Santé*, 1, p. 406-14.
- 1999, "Les services de santé 'pour de vrai'. Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey)", *Le bulletin de l'APAD*, 17, en ligne, <http://apad.revues.org/document475.html>, consulté le 18 septembre 2014.
- 2003a, "Anthropologie et hygiène hospitalière", dans Bonnet, D. & Jaffré, Y. (dir.), *Les maladies de passage. La construction sociale des notions de transmission*, Paris, Karthala, p. 341-73.
- 2003b, "La description en actes. Que décrit-on, comment, pour qui?", *Enquête*, 3, p. 54-73.
- 2006, "Pharmacies des villes, pharmacies 'par terre'", *Bulletin de l'APAD*, 17, en ligne, <http://apad.revues.org/482>, consulté le 18 septembre 2014.
- Jaffré Y., Diallo M., Atcha V., *et al.*, 2009a, "Analyse anthropologique des interactions entre soignants et enfants dans quelques services de pédiatrie d'Afrique de l'Ouest (Abidjan, Bamako, Conakry)", *Bulletin de la société de pathologie exotique*, 102(4), p. 238-46.
- Jaffré Y., Diallo Y., Vasseur P., *et al.*, 2009b, *La bataille des femmes. Analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest*, Descartes, Editions Faustroll, 283p.

- Jaffré Y. & Moumouni A., 1993, "“Être aveugle”. La cécité, entre une définition épidémiologique et sociale", *Bulletin de la société pathologique exotique*, 4, p. 295-99.
- Jaffré Y. & Olivier de Sardan J.-P. (dir.), 1999, *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris, Presses Universitaires de France, 376p.
- Jaffré Y. & Olivier de Sardan J.-P. (dir.), 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 464p.
- Jaffré Y. & Prual A., 1993, "“Le corps des sages-femmes”, entre identités professionnelle et sociale", *Sciences sociales et santé*, 11(2), p. 63-80.
- James A., 2007, "Giving voice to children's voices : practices and problems, pitfalls and potentials", *American Anthropologist*, 109(2), p. 261-72.
- James A. & James A. L., 2004, *Constructing Childhood, Theory, Policy and social Practice*, Londres, Palgrave, Macmillan, 256p.
- James A. & Prout A. (dir.), 1990, *Constructing and Reconstructing Childhood*, London, Falmer Press, 280p.
- Janzen J. M., 1995, *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*, Paris, Karthala, 288p.
- Jewkes R., Naeemah A. & Zodumo M., 1998, "Why do nurses abuse patients? Reflections from South Africa obstetric services", *Social science & medicine*, 47, p. 1781-95.
- Joly P., Taïeb O., Abbal T., *et al.*, 2005, "Représentations culturelles, itinéraires thérapeutiques et santé mentale infantile en Guadeloupe", *La psychiatrie de l'enfant*, 48(2), p. 537-75.
- Jonckers D., 2001, "“Le sexe du père est un sein pour le fœtus.” La place des hommes dans le désir d'enfants chez les Minyanka bamana du Mali", *L'Autre*, 2(3), p. 521-36.
- Journet O., 1981, "“La quête de l'enfant”. Représentations de la maternité et rituels de stérilité dans la société Diola de Basse-Casamance", *Journal de la société des africanistes*, 5, p. 97-105.
- Kaddar M. & Dumoulin J., 1993, "Le paiement des soins par les usagers dans les pays d'Afrique subsaharienne : rationalité économique et autres questions subséquentes", *Sciences sociales et santé*, p. 81-119.
- Kadio K., Oumar Mallé S. & Ridde V., 2014, "Les difficultés d'accès aux soins de santé des indigents vivant dans des ménages non pauvres", *Santé publique*, 26(1), p. 89-97.
- Kamara O., 2001, "Les divisions statutaires des descendants d'esclaves au Fuuta Tooro mauritanien", *Journal des africanistes*, 70(1-2), p. 265-89.
- Kane A., 2010, *Tontines, caisses de solidarité et banquiers ambulants*, Paris, L'Harmattan, 252p.

- Kane H.**, 2006, *Contenir et soulager. Analyse anthropologique des rapports aux douleurs iatrogènes chez l'enfant*, Mémoire de master, Université Paul Cézanne, 160p.
- 2007, "Le contrôle des comportements de l'enfant lors de soins potentiellement douloureux. L'éducatif au détour des soins médicaux", dans Cohen Salmon, D. (dir.), *Le jeune enfant, ses professionnels et la douleur*, Paris, Erès, p. 65-77.
- Kane H., Kivits J. & Ricard E.**, 2009, "Le corps "défamiliarisé" par le cancer: vécu des proches de personnes atteintes d'un cancer du poumon", dans Cousson-Gélie, F., Langlois, E. & Barrault, M. (dir.), *Faire face au cancer. Image du corps, image de soi*, Espagne, Tikinagan, p. 183-204.
- Kangas B.**, 2002, "Therapeutic Itineraries in a Global World : Yemenis and their search for biomedical treatment abroad", *Medical anthropology*, 21(1), p. 35-78.
- Kardiner A.**, 1969[1939], *L'individu dans sa société. Essai d'anthropologie psychanalytique*, Paris, Gallimard, 536p.
- Kaufmann J. C.**, 1996, *L'entretien compréhensif*, Tour, Nathan, 128p.
- Keith N. & Dedah C. M.**, 2009, *Etude comportementale pour l'élaboration d'une stratégie de communication durable et à l'échelle : Connaissances, Attitudes et Pratiques des Communautés*, Nouakchott, Rapport, Université de Nouakchott & UNICEF, 150p.
- Kintz D.**, 1986, "Ce que disent les anthroponymes peuls", *Langage et société*, 36, p. 27-40.
- Kleinman A.**, 1978, "Concepts and a model for the comparaison of medical systems", *Social science & medicine*, 12(26), p. 85-93.
- 1980, *Patients and healers in the context of culture. An exploration in the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, Berkeley, University of California Press, 427p.
- Lafdal M. & Sow A.**, 2006, "Stratégies familiales de prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables en Mauritanie", dans Ballet, J. & Hamzetta, B. (dir.), *Formes sociales de la pauvreté en Mauritanie*, Paris, L'Harmattan, p. 113-42.
- Lallemand S.**, 1981, "Pratiques de maternage chez les Kotokoli du Togo et les Mossi de Haute-Volta", *Journal des africanistes*, 51(1-2), p. 43-70.
- 1988, *La mangeuse d'âmes. Sorcellerie et famille en Afrique*, Paris, L'Harmattan, 187p.
- 1989, "'Naissances en Afrique'", *Topique*, 43(1), p. 19-31.
- 1993, *La circulation des enfants en société traditionnelle. Prêt, don, échange*, Paris, L'Harmattan, 223p.
- "Esquisse de la courte histoire de l'anthropologie de l'enfance", *Journal des africanistes*, 72(1), p. 9-18.
- Lallemand S. & Journet O.** (dir.), 1991, *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar*, Paris, L'Harmattan, 136p.

- Lallemand S. & Le Moal G.**, 1981, "Un petit sujet", *Journal des africanistes*, 51(1-2), p. 5-21.
- Landry Faye S.**, 2008, "Devenir mère au Sénégal : des expériences de la maternité entre inégalités sociales et défaillances des services de santé", *Cahiers Santé*, 18(3), p. 175-83.
- 2009, "Du sumaan ndiig au paludisme infantile : la dynamique des représentations en milieu rural sereer sinig (Sénégal)", *Sciences sociales et santé*, 27(4), p. 91-110.
- 2013, *Déterminants socio-culturels de l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale dans la région du Gorgol*, Nouakchott, Rapport, Croix rouge française, Agence française de développement, 37p.
- Laplantine F.**, 1993[1986], *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 420p.
- Le Marcis F.**, 2001, *Des maux ordinaires : une anthropologie de la santé au quotidien dans le Maasina (Mali)*, Thèse de doctorat en Anthropologie sociale et culturelle, EHESS Paris, 442p.
- Leach M. A., Fairhead J. R., Millimouno D., et al.**, 2008, "New therapeutic landscapes in Africa : Parental categories and practices in seeking infant health in the Republic of Guinea", *Social science & medicine*, 66(10), p. 2157-67.
- Leservoisier O.** (dir.), 2005, *Terrains ethnographiques et hiérarchies sociales. Retour réflexif sur la situation d'enquête*, Paris, Karthala, 327p.
- 2008, "Les héritages de l'esclavage : dans la société haalpulaar de Mauritanie", *Journal des africanistes*, 78(1-2), p. 247-67.
- Leservoisier O. & Vidal L.**, 2007, "Introduction. L'exercice réflexif face aux conditions actuelles de la pratique ethnologique", dans Leservoisier, O. & Vidal, L. (dir.), *L'anthropologie face à ses objets. Nouveaux contextes ethnographiques*, Paris, Editions des archives contemporaines, p. 1-15.
- Leslie C.**, 1980, "Medical pluralism in world perspective, in a special issue on medical pluralism", *Social science & medicine*, 14B(4), p. 190-96.
- Lesourd C.**, 2006, *"Au bonheur des dames". Femmes d'affaires mauritaniennes de nos jours*, Thèse de doctorat, EHESS Paris, 317p.
- 2007, "«Capital beauté» De quelques riches femmes maures", *Politique africaine*, 107, p. 62-80.
- Lestranger M. T. d. & Passot-Guevara**, 1981, "De la grossesse au sevrage, chez les Bassari, les Peul et les Boïn de Salemata", *Journal des africanistes*, 51(1-2), p. 23-41.
- Locoh T.**, 2002, "Structures familiales et évolution de la fécondité dans les pays à fécondité intermédiaire d'Afrique de l'Ouest", *Document de travail de l'Ined*, 112, en ligne, <http://www.un.org/esa/population/publications/completingfertility/Revised2LOCOHper.PDF>, consulté le 16 septembre 2014.

- Loux F., 1978, *Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle*, Paris, Flammarion, 227p.
- Ly D., 1938, "Coutumes et contes des Toucouleurs du Fouta Toro", *Bulletin du Comité d'Etudes Historiques et Scientifiques de l'Afrique Occidentale Française*, 21(2), p. 304-26.
- Madge C., 1998, "Therapeutic landscape of the Jola, The Gambia, West Africa", *Health & Place*, 4(4), p. 293-311.
- Makita-Ikouaya E., Milleliri J.-M. & Jean-Paul R., 2010, "Place de la médecine traditionnelle dans le système de soins des villes d'Afrique subsaharienne : le cas de Libreville au Gabon", *Cahiers Santé*, 20(4), p. 179-88.
- Malinowski B., 1989[1929], *Les Argonautes du Pacifique occidental*, Paris, Gallimard, 606p.
- Marcellini A., Turpin J.-P., Rolland Y., *et al.*, 2000, "Itinéraire thérapeutique dans la société contemporaine", *Corps et culture*, 5, en ligne, <http://corpsetculture.revues.org/710>, consulté le 18 septembre 2014
- Marchesin P., 1992, *Tribus, ethnies et pouvoir en Mauritanie*, Paris, Karthala, 437p.
- Marfaing L., 2009, *La posture paradoxale des employés de l'administration coloniale en Mauritanie au moment de l'indépendance*, communication orale, European Conference on African Studies, Leipzig.
- Martin N. & Spire A., 2004, *Dieu aime-t-il les malades? Les religions monothéistes face à la maladie*, Paris, Editions Anne Carrière, 325p.
- Massé R., 1995, "Les apports de l'anthropologie à l'épidémiologie : le cas du rôle étiologique de l'isolement social", *Rupture, revue transdisciplinaire en santé*, 2(1), p. 109-38.
- 1997, "Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux", *Anthropologie et Sociétés*, 21(1), p. 53-72.
- Mauss M., 1936, "Les techniques du corps", *Journal de Psychologie*, 32(3-4), en ligne, http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss_marcel/socio_et_anthro/6_Techniques_corps/Techniques_corps.html, consulté le 22 septembre 2014.
- Mbow M. D., 2006, *L'assurance qualité des soins de santé: un défi à relever en République Islamique de Mauritanie*, Thèse de doctorat, Institut universitaire de formation générale et diplomatique, 287p.
- Mead M., 2004[1928], *Mœurs et sexualité en Océanie. Livre II, Adolescence à Samoa*, Plon, 606p.
- Ménoret M., 1999, *Les temps du cancer*, Paris, CNRS Editions, 237p.
- Merzouk M., 1995, "Pratiques et croyances médicales en Algérie : étude de quelques itinéraires thérapeutiques", *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 35(2), p. 85-97.

- Ministère de la Santé**, 2011, *Rapport d'analyse de la situation du secteur de santé*, Nouakchott, Ministère de la Santé, 143p.
- Ministère de la Santé & Agence Française de Développement**, 2010, *Rapport d'enquête sur l'accès aux soins du nouveau-né à Nouakchott*, Nouakchott, 43p.
- Ministère de la Santé et des Affaires Sociales**, 2005, *Politique nationale de santé et d'action sociale (2006-2015)*, Nouakchott, 31p.
- Ministère de la Santé et des Affaires Sociales & Banque Mondiale**, 2004, *Santé et Pauvreté en Mauritanie. Analyse et cadre stratégique de lutte contre la pauvreté*, Nouakchott, Rapport, 162p.
- Mohamed Vall A.**, 2009, "Contribution à l'étude des plantes médicinales de Mauritanie", *Ann. Univ. Lomé (Togo)*, Tome XVII, p. 9-27.
- Molinier P.**, 2005, "Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets", dans Paperman, P. & Laugier, S. (dir.), *Le souci des autres. Ethique et politique du "care"*, Paris, Edition de l'EHESS, p. 299-316.
- Morel M. F.**, 1993, "L'enfant malade au XVIIIème et XIXème siècles", dans Cook, J. & Dommergue, J. P. (dir.), *L'enfant malade et le monde médical*, Paris, Syros, p. 21-40.
- Morestin F., Grant P. & Ridde V.**, 2009, "Les critères et les processus d'identification des pauvres en tant que bénéficiaires de programmes dans les pays en développement", *Université de Montréal*, en ligne, http://www.usi.umontreal.ca/pdf/productions/ciblage_fr.pdf, consulté le 16 septembre 2014.
- Moumouni A. & Souley A.**, 2004, "La maternité Issaka Gazobi et l'hôpital national de Niamey", *Etudes et travaux*, Numéro 19, en ligne, <http://www.lasdel.net/spip/IMG/106.pdf>, consulté le 16 septembre 2014.
- Naepels M.**, 1998, "Une étrange étrangeté. Remarques sur la situation ethnographique", *L'Homme*, 38(148), p. 185-99.
- N'Diaye S.**, 2010, "Mémoire et réconciliation en Mauritanie: Enjeux, intérêts et "jeux d'acteurs"", *Cahiers d'Etudes africaines*, 197(1), p. 51-67.
- Niang M.**, 1996, *Pulaar-English / English-Pulaar Standard Dictionary*, New York, Hippocrene Books, 308p.
- Office National des Statistiques (ONS)**, 2009, *Annuaire des statistiques sanitaires (2008)*, Nouakchott, Direction de la Programmation, de la Coopération et de l'Information Sanitaire, 88p.
- Olivier de Sardan J.-P.**, 1988, "Jeu de la croyance et "je" ethnologique: exotisme religieux et ethno-égo-centrisme", *Cahiers d'Etudes africaines*, 111-112, p. 527-40.
- 1997, "La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie", *Enquête*, 1, p. 71-109.

- 1998, "Emique", *L'Homme*, 147, p. 157-66.
 - 1999, "Les représentations des maladies: des modules?", dans Olivier de Sardan, J.-P. & Jaffré, Y. (dir.), *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 15-40.
 - 2001, "La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest", *Autrepart*, 20, p. 61-73.
 - 2008, *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain-la-Neuve, Bruylant-Academia, 365p.
- Olivier de Sardan J.-P., Bako-Arifari N. & Moumouni A.**, 2007, "La corruption dans le domaine de la santé", dans Blundo, G. & Olivier de Sardan, J.-P. (dir.), *Etat et corruption en Afrique. Une anthropologie comparative des relations entre fonctionnaires et usagers (Bénin, Niger, Sénégal)*, Paris, APAD - Karthala, p. 225-57.
- Olivier de Sardan J.-P. & Ridde V.**, 2012, "L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger", *Afrique contemporaine*, 243(3), p. 11-32.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**, 2009, *Profil en Ressources Humaines en Santé. République Islamique de Mauritanie*, Rapport, 79p., en ligne, http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/library/R049_AHWO_2009_Mauritania_HRHProfile.pdf, consulté le 22 septembre 2014.
- 2012, "Atlas des statistiques sanitaires africaines. Analyse de la situation sanitaire de la région africaine", p. 91.
 - 2014, *Statistiques sanitaires mondiales 2014*, 12p., en ligne, http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/fr/, consulté le 22 septembre 2014.
- Ortigue M.-C. & Ortigue E.**, 1984[1966], *Oedipe Africain*, Paris, L'Harmattan, 335p.
- Osmont A.**, 1981, "Stratégies familiales, stratégies résidentielles en milieu urbain", *Cahier d'études africaines*, 21(81-83), p. 175-95.
- Ouattara F.**, 2006, "Gouvernances quotidiennes au cœur des structures de santé. Les cas d'Orodara et de Banfora, Burkina Faso", *Bulletin de l'APAD*, 23-24, en ligne, <http://apad.revues.org/document145.html>, consulté le 18 septembre 2014.
- Ouattara F., Fernand Bationo B. & Gruenais M.-E.**, 2009, "Pas de mère sans un "mari". La nécessité du mariage dans les structures de soins à Ouagadougou", *Autrepart*, 52, p. 81-94.
- Ouendo E. M., Makoutode M., Paraiso M. N., et al.**, 2005, "Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin", *Tropical Medicine and International Health*, 10(2), p. 176-86.
- Paillet A.**, 2007, *Sauver la vie et donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris, La dispute, 285p.

- Passeron J.-C., 1990, "Bibliographies, flux, itinéraires, trajectoires", *Revue française de sociologie*, 31(1), p. 3-22.
- Passeron J.-C. & Revel J., 2005, "Penser par cas. Raisonner à partir de singularités", dans Passeron, J.-C. & Revel, J. (dir.), *Penser par cas*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, p. 9-44.
- Peglidou A., 2010, "Therapeutic itineraries of "depressed" women in Greece: power relationships and agency in therapeutic pluralism", *Anthropology & Medicine*, 17(1), p. 41-57.
- Peneff J., 1992, *L'Hôpital en urgence. Etude par observation participante*, Paris, Métailié, 260p.
- 1997, "Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert", *Sociologie du travail*, 3, p. 265-96.
- Pérez P., 1992, "Malades et médecins à Ciudad Acuña (Mexique). Une anthropologie de la médecine dans une région frontalière", *L'Homme*, p. 235-51.
- Peter J.-P., 1988, "Silence et cris. La médecine devant la douleur ou l'histoire d'une élision", *Le genre humain*, 18, p. 117-94.
- Pinsonnault N., 2003, "L'éclatement géographique des itinéraires thérapeutiques", *Vertigo*, 4(1), en ligne, <http://vertigo.revues.org/4847>, consulté le 14 septembre 2014.
- Pordié L. & Simon E. (dir.), 2013, *Les nouveaux guérisseurs. Biographies de thérapeutes au temps de la globalisation*, Paris, Editions EHESS, 301p.
- Pouchelle M.-C., 2003, *L'hôpital corps et âme. Essai d'anthropologie hospitalière*, Paris, Seli Arslan, 218p.
- Querre M., 2002, *Le bâton peul sur les sentiers de l'enfance. Approche ethnologique de la socialisation de l'enfant Peul dans la région du Séno (Burkina Faso)*, Thèse de doctorat, Université Victor Segalen, Bordeaux, 381p.
- 2007, "Enjeux sociaux autour du corps de l'enfant", *Face-à-Face*, Numéro 10, en ligne, <http://faceaface.revues.org/95>, consulté le 6 février 2012.
- Rabain J., 1979, *L'enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge*, Paris, Payot, 237p.
- 2003, "Enfance, âge et développement chez les wolof du Sénégal", *L'Homme*, 167-168(3-4), p. 49-65.
- Radi S., 2007, "L'hépatite C et les défaillances du système égyptien de santé public. Itinéraires thérapeutiques et solutions palliatives", *Égypte/Monde arabe*, 4, p. 127-45.
- Raineau C., 2002, "Maladie et infortune dans l'Auvergne d'aujourd'hui. Médecins, malades et guérisseurs d'un bourg montagnard à l'hôpital", *Ruralia*, 10/11, en ligne, <http://ruralia.revues.org/309#citation>, consulté le 18 septembre 2014.
- Randall S. & Hill A., 1984, "Différences géographiques et sociales dans la mortalité maternelle et infantile au Mali", *Population*, 39(6), p. 921-46.

- Randall S. & Legrand T.**, 2003, "Stratégie reproductive et prise de décision au Sénégal : le rôle de la mortalité des enfants", *Population*, 58(6), p. 773-806.
- Raynaut J. C.**, 1987, "Le privilège urbain : conditions de vie et santé au Niger", *Politique africaine*, (28), p. 42-52.
- Razzy E.**, 2004, "Le corps et la personne du petit enfant. Ethnographie des petits riens du quotidien Soninké", *L'Autre*, 5(2), p. 203-14.
- 2007, *Naître et devenir. Anthropologie de la petite enfance en milieu Soninké (Mali)*, Nanterre, Edition de la Société d'Ethnologie, 423p.
- Renaudin P., Prual A., Vangeenderhuysen C., et al.**, 2007, "Ensuring financial access to emergency obstetric care : Three years of experience with obstetric risk insurance in Nouakchott, Mauritania", *International journal of gynaecology and obstetrics*, 99(2), p. 183-90.
- Ricœur P.**, 1985, *Temps et récit 3 : Le temps raconté*, Paris, Seuil, 533p.
- Rollet C.**, 2001, *Les enfants du XIXe siècle*, Paris, Hachette, 265p.
- Rossi I.**, 1997, *Corps et chamanisme : Essai sur le pluralisme médical*, Paris, Armand Colin, 209p.
- 2007, "Quête de spiritualité et pluralisme médical: reconfigurations contemporaines", dans Durisch Gauthier, N., Rossi, I. & Stolz, J. (dir.), *Quête de santé. Entre soins médicaux et guérisons spirituelles*, Genève, Labor et Fides, p. 15-30.
- Rossi I., Kaech F., Foley R.-A., et al.**, 2008, "L'éthique à l'épreuve d'une anthropologie en milieu palliatif: de l'insertion à la restitution", *ethnographiques.org*, 17, en ligne, <http://www.ethnographiques.org/2008/Rossi,et-al>, consulté le 15-09-14.
- Roth C.**, 2007, "'Tu ne peux pas rejeter ton enfant !' : Contrat entre les générations, sécurité sociale et vieillesse en milieu urbain burkinabè", *Cahiers d'Etudes africaines*, 47(1), p. 93-116.
- Saadi-Mokrane D.** (dir.), 2000, *Sociétés et cultures enfantines*, Lille, Université Charles de Gaulle, Actes du colloque organisé par le CERSATES et la SEF, 311p.
- Saillant F.**, 1992, "La part des femmes dans les soins de santé", *Revue internationale d'action communautaire*, 28(66), p. 95-106.
- 2007, "Une anthropologie critique de l'humanitaire", *Anthropologie et Sociétés*, 31(2), p. 7-23.
- Saillant F. & Gagnon E.**, 1999, "Vers une anthropologie des soins?", *Anthropologie et Sociétés*, 23(2), p. 5-14.
- Sakoyan J.**, 2012, "Les mobilités thérapeutiques. Bilan et perspectives depuis les Comores", *Anthropologie et santé*, 5, p. 1-22

- Salem G.**, 1998, *La santé dans la ville. Géographie d'un espace dense, Pikine (Sénégal)*, Paris, Karthala, Ostrom Edition, 360p.
- Sall I. A.**, 2004, "Licence verbale et mouvement contestataire chez les Haal pulaarbe du fuuta tooro. Almudaagal ngay et Cooloyagal", *Revue des mondes musulmans et de la méditerranée*, 103-104, p. 201-21.
- 2007, *Mauritanie du sud. Conquêtes et administration coloniales françaises (1890-1945)*, Paris, Karthala, 815p.
- Sanwogou L. & Gnambodoue T.**, 1984, *Les principes, l'art et la pratique des accoucheuses traditionnelles en Mauritanie*, Nouakchott, Rapport, 68p.
- Sauerborn R., Adams A. & Hien M.**, 1996, "Household Strategies to Cope with the Economic Costs of Illness", *Social science & medicine*, 43(3), p. 291-301.
- Schinz O.**, 2002, "Pourquoi les ethnologues s'établissent en enfer? Maîtrise de soi, maîtrise de son terrain", *ethnographiques.org*, 1, en ligne, <http://www.ethnographiques.org/2002/Schinz.html>, consulté le 18 septembre 2014.
- Schmitz J.**, 2000, "Le souffle de la parenté. Mariage et transmission de la baraka chez des clercs musulmans de la Vallée du Sénégal", *L'Homme*, 154, p. 241-78.
- Sen A.**, 1981, *Poverty and Famines: an Essay on Entitlements and Deprivation*, Oxford, Clarendon Press, 272p.
- Sheriff T.**, 2000, "La production d'enfants et la notion de "bien de l'enfant"", *Anthropologie et Sociétés*, 24(2), p. 91-110.
- Sidi Ahmed M.**, 2013, *Douleur postopératoire*, communication orale, 1ère Journée Médicale et Paramédicale, Nouakchott.
- Simard G.**, 1996, *Petites commerçantes de Mauritanie*, Paris, Karthala, 240p.
- Sindzingre A. N. & Zempléni A.**, 1981, "Modèles et pragmatique, activation et répétition. Réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Côte d'Ivoire", *Social science & medicine*, 15, p. 279-93.
- Sindzingre N.**, 1983, "L'interprétation de l'infortune : Un itinéraire Senoufo (Côte d'Ivoire)", *Sciences sociales et santé*, 1(3-4), p. 7-36.
- Sirota R.**, 1994, "L'enfant dans la sociologie de l'éducation : un fantôme ressuscité", *Revue de l'Institut de sociologie. Numéro spécial Enfances et sciences sociales*, 1-2, p. 147-63.
- 2006, "Petit objet insolite ou champ constitué, la sociologie de l'enfance est-elle encore dans les choux?", dans Sirota, R. (dir.), *Éléments pour une sociologie de l'enfance*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p. 13-34.
- 2012, "L'enfance au regard des sciences sociales", *AnthopoChildren*, (1), en ligne, <http://popups.ulg.ac.be/2034-8517/index.php?id=921>, consulté le 18 septembre 2014.

- Sow A.**, 2009, "Le respect des droits culturels comme condition de la paix en Mauritanie", dans Gandolfi, S., Sow, A., Bieger-Merkli, C., *et al.* (dir.), *Droit culturel et traitement des violences*, Paris, L'Harmattan, p. 97-112.
- Sow I.**, 1982, "Le Monde des subalbe", *Bulletin de l'IFAN*, 44(3-4), p. 237-316.
- Stone D.**, 1994, "Aspects du paysage religieux : marabouts et confréries", *Politique africaine*, 55, p. 52-56.
- Strauss A.**, 1992, "Maladie et trajectoire", dans Strauss, A. (dir.), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, p. 143-89.
- Sturzenegger O.**, 1992, *Penser la maladie de Chaco*, Thèse de doctorat d'anthropologie, Université d'Aix Marseille III, 424p.
- 1996, "L'indien comme thérapeute créole", dans Benoist, J. (dir.), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, p. 76-91.
- Suremain C.-É., Lefèvre P. & Pécho I.**, 2000, "Les relations de genre soumises à l'épreuve de la maladie de l'enfant : Exemples boliviens et péruviens", *Recherches féministes*, 13(1), p. 27-46.
- Sy I., Keita M., Taleb M., et al.**, 2010, "Recours aux soins et utilisation du système de santé à Nouakchott (Mauritanie) : inégalités spatiales ou pesanteurs sociales?", *Cahier Santé*, 20(1), p. 52-58.
- Taine-Cheikh C.**, 1976, "Aperçu sur la situation socio-linguistique en Mauritanie", dans Centre de recherches et d'études sur les sociétés méditerranéennes & Centre d'étude d'Afrique noire (dir.), *Introduction à la Mauritanie*, Paris, Edition du CNRS, p. 167-73.
- 1994, "Les langues comme enjeux identitaires. La Mauritanie, un tournant démocratique?", *Politique africaine*, 55, p. 57-65.
- Taleb M.**, 2007, *Santé, vulnérabilité et tuberculose en milieu nomade sahélien : contribution à l'étude des représentations sociales de la tuberculose chez des populations nomades de la Mauritanie et du Tchad*, Thèse de doctorat, Université de Codody, 328p.
- Taleb M., Schelling E., Essane S., et al.**, 2006, "Le désert existe aussi dans la ville : regard sur la lutte contre la maladie chez des populations défavorisées en milieu périurbain de Nouakchott (Mauritanie)", *Vertigo*, Hors Série 3, en ligne, <http://vertigo.revues.org/1805>, consulté le 18 septembre 2014.
- Tall K. E.**, 1984, *Guérir à Cubalel. Interprétation de la maladie et pratiques thérapeutiques chez les Haalpulaaren dans la vallée du fleuve Sénégal*, Thèse de doctorat en ethnologie, EHESS Paris, 419p.
- 1985, "Le contre-sorcier haal pulaar, un justicier hors la loi: étude de la dynamique du système thérapeutique des haalpulaaren", *Sciences sociales et santé*, 3(3-4), p. 129-50.

- Tauzin A.**, 1986, "Massages corporels des fillettes en Mauritanie", *Geste et Image*, 6-7, p. 45-57.
- 1988, "Excision et identité féminine. L'exemple Mauritanien", *Anthropologie et Sociétés*, 12(1), p. 29-37.
- 1998, *Le henné, art des femmes de Mauritanie*, Paris, Editions de l'Unesco, 62p.
- 2001, *Figures du féminin dans la société maure (Mauritanie)*, Paris, Karthala, 212p.
- 2002, "La femme et la jouissance interdite. Différence des sexes dans la société maure de Mauritanie", *Essaim*, 10(2), p. 107-20.
- Taverne B.**, 1996, "La construction sociale de l'efficacité thérapeutique : l'exemple guyanais", dans Benoist, J. (dir.), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, p. 29-75.
- Thouzery M. & Mohamed Vall A.**, 2011, *Plantes médicinales de Mauritanie. Remèdes traditionnels et guérisseurs, du Sahara au fleuve Sénégal*, Toulouse, Imprimerie 34, 287p.
- Tonda J.**, 2001, "Le syndrome du prophète. Médecines africaines et précarités identitaires", *Cahiers d'Etudes africaines*, 161, p. 139-62.
- Traoré A.**, 1976, "L'Islam en Mauritanie", dans Centre de recherches et d'études sur les sociétés méditerranéennes & Centre d'étude d'Afrique noire. Introduction à la Mauritanie (dir.), *Introduction à la Mauritanie*, Paris, Edition du CNRS, p. 155-67.
- UNICEF**, 2013, *Enquête SMART Nationale sur la situation nutritionnelle en Mauritanie*, Nouakchott, Rapport, 25p.
- Van der Geest S. & Finkler K.**, 2004, "Hospital ethnography : introduction ", *Social science & medicine*, 59, p. 1995-2001.
- Vasseur P.**, 1999, "Le travail des sages-femmes, entre savoir technique et normes pratiques", dans Jaffré, Y., Diallo, Y., Vasseur, P., et al. (dir.), *La Bataille des femmes. Analyse anthropologique de la mortalité dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest*, Éditions Faustroll, p. 225-63.
- Vega A.**, 1999, "Un bouillon de culture : contagion et rapports sociaux à l'hôpital", *Ethnologie française*, 29(1), p. 100-10.
- 2000, *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Édition des archives contemporaines, 218p.
- Vidal C.**, 1994, "La "solidarité africaine" : un mythe à revisiter", *Cahiers d'Etudes africaines*, 34(136), p. 687-91.
- Vidal L.**, 1988, *Les génies de la parole : rituels de possession en milieux peul et zarma au Niger*, Thèse de doctorat Sociologie, Université Paris V, 400p.

- 1990, "L'ombre fragile". Maladie et rituel de possession au Niger (exemple peul)", *Sciences sociales et santé*, 8(1), p. 21-46.
 - 1992, "Itinéraire thérapeutique et connaissance de la maladie chez des patients séropositifs pour le VIH (Abidjan, Côte-d'Ivoire)", *Cahiers Santé*, 5(2), p. 220-29.
- Villasante de Beauvais M.**, 1997, "Mauritanie : catégories de classement identitaire et discours politiques dans la société bidân", *Annuaire de l'Afrique du Nord*, 36, p. 79-100.
- 1998, *Parenté et politique en Mauritanie : essai d'anthropologie historique*, Paris, L'Harmattan, 282p.
- Vimard P.**, 1993, "Modernité et pluralité familiale en Afrique de l'Ouest", *Tiers Monde*, 34(133), p. 89-115.
- Vinel V.**, 2008, "Ages de la vie féminine et relations intergénérationnelles au Burkina Faso", *Le portique*, 21, en ligne, <http://leportique.revues.org/1803>, consulté le 18 septembre 2014.
- Vuarin R.**, 1993, "Quelles solidarités sociales peut-on mobiliser pour faire face au coût de la maladie?", dans Brunet-Jailly, J. (dir.), *Se soigner au Mali: une contribution des sciences sociales, douze expériences de terrain*, Paris, Karthala, p. 299-316.
- 1994, "L'argent et l'entregent", *Cahiers des Sciences Humaines*, 30(1-2), p. 255-73.
- Wagstaff A.**, 2002, "Pauvreté et inégalités dans le domaine de la santé", *Bulletin de l'OMS*, 7, en ligne, www.cmhealth.org/wg1_paper5.pdf, consulté le 12 février 2012.
- Wallman S. & Baker M.**, 1996, "Which resources pay for treatment? A model for estimating the informal economy of health", *Social science & medicine*, 42(5), p. 671-79.
- Wane B.**, 1991, *Etude des phénomènes perceptifs à travers les figures du "Sukuño" et du "bijejo" en milieu halpulaar*, Mémoire de maîtrise de philosophie, Université de Nouakchott, 63p.
- Wane Y.**, 1966, "La condition sociale de la femme toucouleur (Fouta Tooro)", *Bulletin de l'IFAN*, 28(3-4), p. 771-825.
- 1969, *Les Toucouleurs du Fouta Tooro. Stratification sociale et structure familiale*, Dakar, Institut Fondamental d'Afrique Noire, 260p.
- Watson C. & Jiddou Fah B.**, 2010, *Etude sur la Protection Sociale en Mauritanie. Analyse de la situation et recommandations opérationnelles*, Nouakchott, Rapport de l'UNICEF, 200p.
- Weddih A.**, 2013, *Douleur en néonatalogie*, communication orale, 1ère Journée Médicale et Paramédicale, Centre Hospitalier de Nouakchott, Nouakchott.
- Zempléni A.**, 1982, "Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique", *Archives de Sciences Sociales des Religions*, 14(1), p. 5-19.
- 1985, "La "maladie" et ses "causes". Introduction", *L'Ethnographie*, 2, p. 13-44.

- 1996, "Savoir taire. Du secret de l'intrusion ethnologique dans la vie des autres", *Gradhiva*, 20, p. 23-41.
- Zempléni A. & Rabain J.**, 1965, "L'enfant nit ku bon. Une tableau psychopathologique traditionnel chez les Wolof et les Lebou du Sénégal", *Psychopathologie Africaine*, 1(3), p. 295-439.
- Zwarthoed D.**, 2009, *Comprendre la pauvreté. John Rawls. Amartya Sen*, Paris, Presses Universitaires de France, 154p.

ANNEXES

Annexe 1 : Profils des enfants rencontrés

Pseudonyme sexe et âge de l'enfant	Commune de résidence	Langue(s) parlée(s)	Nomination(s) de la pathologie	Résumé de la trajectoire de maladie
Abdoulaye , garçon, 3 ans	Arafat	<i>Pulaar</i>	Constipation et boutons sur le corps (mère) ; malnutrition et troubles du développement (enquêteurs)	Abdoulaye souffre de divers maux, mais ce sont les boutons qu'il a sur le corps qui inquiètent sa famille. Son grand-père indique que pour ce problème-là, « <i>il faut forcément le soigner avec la médecine moderne</i> ». Aussi, sa mère consulte, à de très nombreuses reprises, le « <i>docteur</i> » de son quartier. Elle rachète aussi parfois les médicaments prescrits, directement à la pharmacie. Mais, ces problèmes de « boutons » persistent.
Abou , garçon, 3ans	Sebkha	<i>Pulaar</i>	Fracture au nez (famille, médecin)	Pour soigner Abou, ses parents ont eu exclusivement recours à l'Hôpital national, où l'enfant a été hospitalisé à plusieurs reprises. Par ailleurs, ses parents ont sollicité, à plusieurs reprises, un oncle pédiatre, qui habite loin, mais leur fait souvent des prescriptions par téléphone. Suite à une mauvaise cicatrisation obstruant sa narine, Abou a été évacué, pour être opéré par l'association Terre des Hommes
Aïchetou , fille, 6 mois	Ksar	Hassanya	Diarrhées (famille) ; diarrhées et déshydratation (médecins)	Lorsqu'Aïchetou présente des signes de diarrhée, sa mère la conduit, dans un premier temps, chez un marabout. Face à l'aggravation des symptômes, elle sollicite son mari pour consulter à l'Hôpital national, où Aïchetou est hospitalisée. La mère

				d'Aïchetou quitte l'hôpital contre avis médical, mais, constatant la ré-aggravation de ses symptômes, se rend à l'hôpital Mère-enfant où Aïchetou est hospitalisée puis décède, quelques jours plus tard.
Ahmed, garçon, 15 ans	Dar Naïm	Hassanya	Problèmes moteurs, troubles du sommeil, difficultés respiratoires (tante) ; asthme (enquêteurs)	À sa naissance, Ahmed était un enfant faible. Il était en retard, sa mère et sa tante le soignaient avec la médecine traditionnelle (massages). Plus tard, la maladie est « revenue ». Ahmed souffre de difficultés respiratoires, pour lesquelles sa tante l'amène consulter à plusieurs reprises. Ahmed nie être malade, sa mère et sa tante doivent veiller à ce qu'il prenne ses médicaments.
Alpha, garçon, 11 ans	Sebkha	<i>Pulaar</i>	Maux de ventre passagers	Alpha se rend à l'Hôpital national pour des maux de ventre aigus. Il prend son traitement et guérit rapidement.
Aly, garçon, 9 ans	Tevragh Zeïna	<i>Pulaar</i>	« <i>Ko hunuko wappiiko</i> » / bouche de travers (famille) ; <i>chiguigi</i> (guérisseur, mère)	Considérant que la maladie dont souffre son fils – une paralysie faciale - est liée à des causes surnaturelles, la mère d'Aly a d'abord recours à un Imam, puis à un guérisseur maure spécialisé dans le traitement des paralysies. Aly suit un traitement de trois mois auprès du guérisseur et guérit.
Amadou, garçon, 14 ans	Arafat	<i>Pulaar</i>	Prématurité, maux de ventre, troubles moteurs (mère) ; Drépanocytose AS (dossiers médicaux)	Suite à sa naissance prématurée, Amadou est hospitalisé à plusieurs reprises, frôlant la mort. Il souffre, dans son enfance, de maux de ventre et de douleurs chroniques aux niveaux des jambes. Ce n'est qu'après plusieurs années que les médecins diagnostiquent une drépanocytose AS. Amadou n'est pas suivi par un spécialiste et se rend au dispensaire lorsqu'il se sent mal.
Ami, fille, 8 ans	Riyadh	<i>Pulaar</i>	Ingestion d'une aiguille, maux de ventre, enfant faible (père) ; maux de ventre, douleurs articulaires (enfant)	Lorsqu'Ami souffre, son père achète des médicaments en pharmacie ou la conduit au dispensaire. Un jour, elle ingère une aiguille, et son père la conduit à l'Hôpital national où elle reçoit des analyses qui ne révèlent pas la présence de l'aiguille. Depuis lors, Ami souffre régulièrement de

				douleurs qui n'ont pas fait l'objet d'un diagnostic. Son père achète des médicaments pour la soulager. Une situation qui intervient alors que sa sœur est décédée, quelque temps plus tôt, à l'Hôpital national.
Astou , fille, 7 ans	Dar Naïm	<i>Pulaar</i>	Enfant faible, maux de ventre (mère)	La mère d'Astou dit que depuis qu'elle a 8 mois, celle-ci est faible. Elle souffre souvent de maux de ventre, pour lesquels sa mère consulte soit à l'Hôpital national, soit au dispensaire, depuis que le pédiatre qui l'a suivait est décédé. Suite à une fracture, Astou redoute l'hôpital et nie ses maux pour ne pas devoir y retourner.
Awa , fille, 10 ans	Sebkha	<i>Pulaar</i>	Maux de ventre à répétition, douleurs articulaires (fille, mère)	Lorsqu'Awa souffre du ventre ou des pieds, sa mère la conduit soit dans une clinique, soit à l'Hôpital national. Ces douleurs sont handicapantes pour la fillette qui manque souvent l'école. L'analyse de la drépanocytose est revenue négative, et les médecins ne parviennent pas à diagnostiquer d'où viennent ces douleurs.
Bacari , garçon, 13 ans	Sebkha	<i>Pulaar</i>	Pieds-bots (père) ; pieds-bots et paralysie motrice des poignets et des mains (orthopédiste)	Bacari, tout comme ses deux frères aînés, souffre de ses pieds-bots et de sa paralysie des mains. Il parvient néanmoins à poursuivre sa scolarité, soutenu par une association promouvant la scolarité des enfants handicapés. Ses parents espèrent pouvoir le faire évacuer pour une opération à l'étranger, mais toutes leurs tentatives ont avorté. Ses parents, démunis, n'ont quasiment aucun recours aux soins. Bacari a consulté, une seule fois, à l'hôpital neuropsychiatrique.
Cheick , garçon, nouveau-né	Arafat	Hassanya / <i>Pulaar</i>	<i>Sooynabo</i> / jaunisse, problème au cou (famille maternelle) ; ictère, troubles du développement (médecins)	Lorsque Cheick présente des signes de maladie, ses parents le conduisent, à deux reprises, au centre de santé de Basra où il est né. L'enfant est alors orienté vers l'Hôpital national, où il sera hospitalisé. Des mois plus tard, confrontés aux problèmes de santé de Cheick (troubles du développement), ses parents retournent, à

				plusieurs reprises, à l'Hôpital national. À ces recours s'intercalent des recours aux guérisseurs, ainsi que des recours au « docteur » du quartier pour des troubles plus banals (constipations, diarrhées).
Demba , garçon, 18 ans	Sebkha	Soninké	<i>Henndu</i> / vent du diable (mère) ; douleur au dos et perte de la marche (enfant) ; tétraplégie diffuse et rétraction tendineuse (neurologue)	Les premiers temps de sa maladie, au village, Demba souffre de douleurs dans le bas du dos. Sa mère le soulage en lui mettant de l'eau fraîche, consulte au dispensaire. Mais peu à peu, les douleurs s'aggravent, Demba chute fréquemment et perd l'usage de la marche. Sa mère consulte plusieurs guérisseurs, avant que des parents résidant en France envoient de l'argent afin qu'ils partent se soigner à Nouakchott. Suivi à l'hôpital Dia, Demba prend des médicaments et reçoit des massages pendant plusieurs mois. Son état s'améliore mais il reste tétraplégique. Après une année, sa mère se résigne à rentrer au village.
Fatimata , fille, 11 ans	Dar Naïm	<i>Pulaar</i>	Bronchites chroniques (pédiatre) ; difficultés respiratoires (mère)	Fatimata souffre de bronchites à répétition, de toux incessantes, qui, selon la mère et l'enfant, sont déclenchées par le fait de boire de l'eau glacée. Fatimata a été suivie par un pédiatre, puis par un pneumologue, qui n'ont jamais « expliqué » la maladie. Elle a également consulté à l'Hôpital national, ainsi qu'un « docteur » tenant une pharmacie, réputé.
Filie , fille, 10 ans	Arafat	Wolof	Diabète (mère, fille)	Le diabète de Filie, fille unique, a été découvert à l'âge de 4 ans. Sa mère s'occupe attentivement d'elle et travaille dur pour lui offrir les soins dont elle a besoin. Son entourage ne comprend pas ces efforts et trouve Filie trop gâtée. Lorsque Filie fait des malaises, sa mère la conduit à l'Hôpital national depuis qu'elle sait « <i>que la maladie est grave</i> ».
Houssein , garçon, 7 ans et Youssef ,	Ksar	<i>Pulaar</i>	Drépanocytose (père, médecins)	Houssein et Youssef sont tous les deux atteints de drépanocytose. De milieu modeste, ils reçoivent des médicaments de

garçon, 8 ans				la part de l'Association de soutien aux drépanocytaires en Mauritanie. C'est leur père, commerçant, qui se charge de les conduire à l'hôpital lorsqu'ils font des crises car leur mère, dit-il, ne comprend pas leur maladie. Houssein, dont les épisodes douloureux sont moins fréquents, considère que seul son grand-frère est malade.
Khadjetou , fille, 8 ans	Dar Naïm	Hassanya	Maux de tête, fièvre, toux (enfant) ; crises de paludisme à répétition (mère)	Depuis une hospitalisation en 2011, Khadjetou souffre régulièrement de fièvres, de maux de tête et de toux. Pour la soigner, ses parents la conduisent souvent au dispensaire ou à l'hôpital, au point que son père la surnomme « mademoiselle ordonnance ». Elle y reçoit des traitements contre le paludisme mais son père se dit qu'il doit y avoir autre chose comme elle rechute toujours. Khadjetou n'est pas suivie par un médecin en particulier, sa mère regrette qu'aucun ne fassent d'autres analyses, chacun disant que cela va s'améliorer.
Lebkhou , fille, 11 ans	Sebkha	Hassanya	Problème à la tête (mère) ; épilepsie (dossiers médicaux)	Lebkhou vit avec sa mère divorcée chez ses grands-parents maternels. Son père participe peu aux dépenses liées à sa maladie. Elle souffre d'épilepsie ayant entraîné des troubles moteurs. Après l'avoir fait suivre à l'hôpital neuropsychiatrique de Nouakchott, sa mère dit préférer la faire suivre à Dakar. Les moyens manquent pour ce suivi et Lebkhou ne peut se rendre aux rendez-vous fixés.
Magatte , fille, 7 mois	Tevragh Zeïna	Hassanya	Infection abdominale (médecin) ; diarrhées sanguinolentes (mère)	Lorsque Magatte commence à souffrir de diarrhées, sa mère se rend chez la mère des enfants. Les diarrhées ne se calment pas et malheureusement, le pédiatre qu'elle peut consulter gratuitement est parti en voyage. La mère de Magatte la conduit donc aux urgences de l'Hôpital national, où Magatte est gardée quelques temps en observation, puis libérée. Comme les symptômes

				persistent, la mère de Magatte retourne à l'Hôpital national, puis consulte une guérisseuse, avant de se rendre à l'hôpital Mère-enfant. Magatte y est hospitalisée une dizaine de jours, jusqu'à sa guérison.
Mamoudou, garçon, 13 ans	Ksar	Français, <i>Pulaar</i>	Drépanocytose (enfant, parents)	Depuis la découverte de sa maladie lorsqu'il était bébé, Mamoudou est suivi par la même pédiatre, qu'il consulte régulièrement. À l'âge de 7 ans, très anémié, il a du être hospitalisé durant deux mois à l'Hôpital national. De milieu aisé, il suit une scolarité dans une école privée renommée. Il a appris des règles d'hygiène et peut gérer lui-même ses crises, grâce aux médicaments dont il dispose.
Mariam, fille, 11 ans	Arafat	<i>Pulaar</i>	Drépanocytose (mère)	Cadette de sa fratrie, Mariem vit avec sa mère, veuve, dans un village à l'intérieur du pays. L'un de ses frères aînés, adulte, est également atteint par la maladie. Suite au décès de son mari, la mère de Mariem a perdu beaucoup de son pouvoir d'achat et ne peut accéder aux mêmes soins que pour son fils aîné, pour qui elle consultait dans le privé. Cependant, elle parvient, grâce à l'aide de son entourage, à faire consulter Mariem au niveau de l'Hôpital national de Nouakchott.
Mettu, fille, 8 ans	Tevragh Zeïna	<i>Pulaar</i>	Fracture (enfant)	Suite à une fracture, Mettu est hospitalisée à l'Hôpital national où elle reçoit une série d'analyse.
Moussa, garçon, 18 mois	Arafat	<i>Pulaar</i>	<i>Kukurde</i> / ronflements (parents) ; opération des végétations (médecin)	Pour soigner Moussa, ses parents ont recours, les premiers temps, à un « docteur » du quartier, qui est en réalité un infirmier retraité. Durant plusieurs semaines, les traitements successifs prescrits par ce « docteur » demeurent inefficaces. Aussi le « docteur » les oriente vers l'Hôpital national, où Moussa consulte un ORL qui décide d'une ablation des végétations, qui guérit Moussa de ses « ronflements ».
Oumar,	Dar Naïm	<i>Pulaar</i>	Boutons et fièvres	Depuis qu'il est nouveau-né, Oumar a des

garçon, 14 ans			(mère) ; boutons, maux de tête (enfant)	boutons qui sortent sur sa tête dès qu'il fait chaud, ce qui inquiète beaucoup sa mère. Celle-ci a consulté dans divers hôpitaux et centres de santé, et se rend désormais directement en pharmacie car « <i>même les médecins se sont découragés et ont dit d'acheter directement les médicaments</i> ». Ils n'ont jamais reçu d'explications concernant ce problème de santé.
Rametoulaye , fille, nouveau-né	Sebkha	Peuls de Guinée	Prématurité (médecins)	Suite à sa naissance prématurée au centre de santé de Sebkha, Rametoulaye est évacuée à l'Hôpital national, où elle sera hospitalisée trois jours, puis suivie après à son hospitalisation.
Salma , fille, 11 ans	El Mina	<i>Pulaar</i>	<i>Sooynabo / jaunisse</i> (mère, enfant)	Salma présentant des signes de « jaunisse », ses parents la conduisent à l'hôpital Cheick Zayed, où elle est hospitalisée durant un mois. Son état ne s'améliorant pas, ses parents décident de la conduire chez un guérisseur. Durant un mois, elle y subit un traitement à base de plantes lui interdisant de manger autre chose que de la bouillie. Son état s'aggravant encore, un oncle de l'enfant, guérisseur, vient du village et la prend en charge : au prix d'un traitement pénible, il réussit à la soigner.
Seydou , garçon, 11 ans	Riyadh	<i>Pulaar</i>	<i>Ñaw baleebe / maladie noire</i> (mère)	Peu après la naissance de son fils, la mère de Seydou remarque que celui-ci se comporte de manière étrange : il refuse de téter. Ses parents le conduisent au dispensaire, mais les docteurs ne « trouvent rien ». En grandissant, Seydou présente de graves problèmes de développement, ses parents n'ont pas les moyens de le conduire à l'hôpital, et considèrent qu'il a une « maladie noire ». A 11 ans, Seydou ne peut ni parler, ni marcher, ni même manger seul, il est complètement à la charge de sa mère qui vit de la mendicité.
Sidi , garçon, 3 ans	Ksar	Hassanya	Crises de palu (père) ; épilepsie (médecins)	Pour soigner son fils de ses « crises de palu », son père l'a conduit dans les

				principales structures publiques et privées de Nouakchott. Il se fixe un temps à l'hôpital Mère-enfant, où il se réfère toujours au même pédiatre, y conduisant son fils à la moindre « <i>crise de palu</i> ». Cependant, suite aux absences du pédiatre, il s'oriente de nouveau vers une clinique. Il souhaite partir à l'étranger pour faire soigner son fils.
Siré , garçon, 15 ans	Sebkha	<i>Pulaar</i>	<i>Ñaw becce</i> / maladie de poitrine (enfant)	Tandis que les parents sont au village, Siré habite Nouakchott avec son grand frère et son cousin, où ils étudient. Siré a rencontré des problèmes de santé passagers avec une toux sanguinolente et une fatigue qui l'ont empêché d'étudier pendant une quinzaine de jours. Son grand frère a d'abord essayé de résoudre seul le problème en achetant des médicaments, « <i>pour ne pas inquiéter les parents au village</i> ». Puis, Siré a été soigné à l'Hôpital national où sa tante l'a accompagné.
Yeyha , fille, 15 ans	El Mina	<i>Pulaar</i>	Appendicite opérée, maux de ventre (enfant) ; <i>buubri</i> (belle-mère)	Alors qu'elle est au village avec sa mère, Yeyha souffre de maux de ventre aigus. Sa mère la conduit à l'hôpital de Kaédi où une évacuation sur Nouakchott est décidée. Yeyha est opérée d'une appendicite à l'Hôpital national. Un an après l'opération, Yeyha souffre de nouveau de maux de ventre, et réalise de nombreuses analyses qui reviennent négatives. Elle prend régulièrement des médicaments pour soulager ses maux de ventre. Sa belle-mère, faisant l'hypothèse qu'elle souffre de <i>buubri</i> , l'emmène consulter une guérisseuse.

Annexe 2 : Profil des grand-mères rencontrées

	Age approximatif	Lieux de résidence	Type d'habitat
Neene A.	60 – 70	Arafat, Nouakchott	Concession modeste
Neene B.	50 - 60	Sebkha, Nouakchott	Maison à étage
Neene D.	50 - 60	Tevragh Zeïna, Nouakchott	Chambre en location
Neene G.	50 - 60	Sebkha, Nouakchott	Chambre en location
Neene H.	60 - 70	Tevragh Zeïna, Nouakchott	Maison à étage
Neene L.	70 - 80	Sebkha, Nouakchott	Concession modeste
Neene M.	60 - 70	Sebkha, Nouakchott	Maison à étage
Neene O.	60 - 70	Vallée du fleuve	Concession modeste
Neene R.	70 - 80	Tevragh Zeïna, Nouakchott	Concession modeste
Neene S.	50 - 60	Sebkha, Nouakchott	Maison à étage

Annexe 3 : Glossaire des principaux termes *pulaar* utilisés

Addo : poussées dentaires et maux associés

Aaye : verset du Coran

Banndu : corps humain

Bileejo (pl. *wileebe*) : guérisseur, contre-sorcier

Cefi : formule magique et secrète

Cellal : santé, bien-être

Cerno (pl. *sernaabe*) : marabout

Cukalel (pl. *sukaabe*) : enfant

Fuuta : vallée du fleuve

Galle : maison, *galle mawdo* (la « grande maison » c'est à dire la maison du père le plus âgé)

Haal pulaar (pl. *haalpulaaren*) : locuteur *pulaar*

Hunuko e yitere : la « bouche et l'œil », désignant le mauvais œil et la mauvaise langue

Jinn (pl. *jinneeji*) : génie

Lekki (pl. *ledde*) : plante ou médicament, *ledde baleebe* (les médicaments noirs), *ledde tuubakoobe* (les médicaments industrialisés)

Ñaw-ñawto : enfant maladif

Nebam : graisse (beurre, huiles ou graisses animales)

Neene : Maman

Pibol (pl. *pibi*) : gri-gri réalisé à partir d'une cordelette nouée

Pulaagu : culture peule, code moral de conduite peul

Reddu dogooru : diarrhées

Sooynabo : jaunisse

Sukño : sorcier

Yiyam : sang

Annexes 4 : Plantes utilisées dans la pharmacopée *pulaar*

Aljanaawi: cassia occidentalis

Barkeewi: bauhinia thonningii piliostigma reticulata

Bowane: non identifié

Burbokki: momordica basalmina

Burbude : euphorbia scordifolia

Cekiri jeri : non identifié

Dooki: combretum glutinosum

Dunubi : non identifié

Falayel: cassia italica

Follere: hibiscus asper

Gawdi: acacia nilotica

Gorgoye: non identifié

Nammaadi: bauhinia rufescens

Nayo wel: non identifié

Giyel gooti: maytenus senegalensis

Nger: guiera senegalensis

Ñebbe: vigna sinensis

Wudto : non identifié

Yelooko: guiera senegalensis