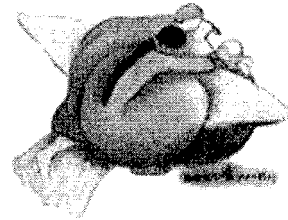


Les relations de genre soumises à l'épreuve de la maladie de l'enfant Exemples boliviens et péruviens

CHARLES-ÉDOUARD DE SUREMAIN, PIERRE LEFÈVRE
et IRIS PECHO



Dans les études socioanthropologiques sur la construction sociale des relations de genre et des identités féminines, deux thèmes de recherche ont été privilégiés jusqu'à présent : la place centrale de la femme dans la division sociosexuelle du travail de reproduction de la famille, d'une part, et son rôle essentiel dans la division sociosexuelle du travail, d'autre part¹. Ces thèmes s'intègrent à la problématique plus générale des représentations du sexe et des relations de genre et du processus de construction sociale de la différenciation des sexes et de l'inégalité. Pour les socioanthropologues, la notion de différenciation est essentielle et se distingue de la notion de différence entre les sexes, laquelle ne restitue qu'une fonction biologique descriptive et ponctuelle. Appliquée au domaine de la santé, la notion de différenciation des sexes permet de faire ressortir les rapports de pouvoir et les différences socialement et politiquement construites dans les rôles et les responsabilités perçues et attribuées aux femmes et aux hommes, selon la « grammaire sexuelle » en vigueur dans les sociétés (Ardener 1975).

Les analyses présentées ici portent sur une partie des résultats d'une recherche socioanthropologique sur les logiques de la compréhension de la maladie et de la santé de l'enfant auprès de plusieurs groupes d'acteurs et d'actrices, en particulier celui des mères². Notre article entend plus précisément décrypter et analyser les relations qui se nouent entre la mère et son conjoint lors de l'épisode de la maladie de l'enfant (jeux de pouvoir, conflits, négociations, accords, exclusion, mépris) et, notamment, à travers l'étude des négociations autour des itinéraires thérapeutiques et l'analyse du déroulement des consultations pédiatriques.

-
1. D'après Mathieu (1991a et 1991b), la reproduction sociale renvoie ici au processus d'intériorisation des normes de conduite féminines et masculines à travers l'éducation prise au sens très large. La division sociosexuelle du travail fait référence au processus de hiérarchisation du travail sur la base de différenciations perçues et culturellement établies par les différentes sociétés. Des exemples ethnographiques sur ce thème précis sont données notamment par Bissilliat et Fiéroux (1983), Bossen (1982, 1983) et Suremain (1996).
 2. Ce texte est la version finale et remaniée d'une communication orale présentée par les auteurs et l'auteure au symposium « Gender : Changing Attitudes and Cultural Stereotypes » lors du 4^e Congreso Internacional de las Americas (Universidad de las Americas) à Mexico (Puebla) en septembre 1999.

L'étude des relations entre la mère et son conjoint à l'occasion de la maladie de l'enfant fera donc ici l'objet d'une attention particulière. Pour simplifier, nous n'insisterons pas sur la différence entre les parents biologiques et sociaux, et nous n'approfondirons pas les nombreux cas où d'autres acteurs et actrices, comme les belles-mères ou les oncles et tantes de l'enfant, interfèrent dans la relation entre les parents de l'enfant malade.

L'ensemble des résultats exposés s'intègre à un projet qui envisage d'élaborer et d'appliquer une approche globale et compréhensive à la santé de l'enfant de moins de 5 ans en Bolivie et au Pérou³. Cette approche a pour objet de trouver un équilibre entre la prévention et les soins curatifs, d'une part, et la prise en considération du rôle des parents et des services de santé, d'autre part. Parce qu'elle tend vers un plus grand engagement des différents acteurs et actrices, la mise en évidence de nouveaux rôles pour le personnel de santé et les parents, et leur complémentarité, est essentielle. L'ensemble du processus devrait permettre d'améliorer à la fois la qualité des soins, la couverture et l'utilisation des services de santé de même que d'induire progressivement des changements dans les représentations, les pratiques et les comportements liés à la santé de l'enfant.

Après avoir présenté la méthode suivie et les lieux de l'enquête, nous nous arrêterons sur les rôles et les modèles de comportements idéaux, perçus par les femmes et les hommes, à l'égard de l'enfant. Puis, ces perceptions seront confrontées aux comportements « réels » qui surviennent lors de l'épisode de la maladie de l'enfant. L'accent sera mis sur ce que révèlent les itinéraires thérapeutiques et les consultations pédiatriques sur les relations de genre. En dépit de changements sociaux, politiques et économiques notables au niveau le plus global, les rapports sociaux quotidiens entre les hommes et les femmes manifestent, au Pérou comme en Bolivie, de fortes continuités, notamment à travers le stéréotype de la domination masculine « spontanée et naturelle », et des relations de pouvoir fortement inégalitaires. Cependant, certaines suggestions et propositions présentées à la fin de l'article consistent précisément, sur la base de l'enquête socioanthropologique, à donner aux intervenantes et aux intervenants les moyens de mettre en œuvre des actions concrètes en matière de santé dont les femmes seraient à la fois les bénéficiaires et les actrices privilégiées⁴.

3. Financé par la communauté européenne, ce projet de recherche INCO-DC est intitulé « Health Sector Reform : Towards a More Global Approach of Child Health » (n° IC18-CT97-0249(DG12-WRCA)). Dans ce projet, le volet socioanthropologique et le volet de la santé publique sont étroitement complémentaires et intégrés. Néanmoins, seul le premier volet sera traité ici. Pour d'autres résultats venant de l'enquête socioanthropologique, voir Suremain, Lefèvre et Sejas (1999).

4. Depuis quelques années, on constate le développement d'études innovantes et orientées vers l'action, voire le militantisme, sur la place centrale des femmes. Les relations de genre et le groupe des femmes en particulier suscitent l'intérêt et la stimulation financière des établissements de recherche, des chercheuses et des chercheurs mêmes, des bailleurs de fonds internationaux et des entreprises du secteur privé. Ce renouveau de la recherche contribue à relancer les débats épistémologiques (Moore 1988 ; Rosaldo 1980 ; Mathieu 1985 ; Dagenais 1987 ; Strathern 1987).

La méthode suivie et les lieux de l'enquête

En Bolivie, la recherche socioanthropologique s'est déroulée dans deux zones du département de Cochabamba : en zone urbaine, dans le quartier de Chavez Rancho à la périphérie de Cochabamba (la troisième ville du pays, située à 2 500 mètres d'altitude, du même nom que le département) ; en zone rurale dans le Chapare, la partie amazonienne du département de Cochabamba (située à environ 200 kilomètres de la ville). Ces deux zones d'enquête sont à dominante *quechua* et *aymara*, lesquels constituent deux grands groupes ethnolinguistiques (localement confondus avec des « groupes ethniques »). Occupant les vallées interandines et les steppes d'altitude, ces groupes représentent à eux deux environ 40 % de la population bolivienne et 20 % de la population péruvienne (Tamisier 1998).

Le quartier de Chavez Rancho compte approximativement 32 000 personnes. Celles-ci appartiennent aux « classes populaires » ou « moyennes inférieures » de la société, mais elles ne sont pas considérées comme des gens « très pauvres ». Ces qualificatifs, employés par les différentes catégories de personnel de santé, sont explicitement mis en rapport avec un revenu mensuel de 40 à 80 \$ (Jetté et Rojas 1998). La population est pour la plupart d'origine ouvrière de l'ancien secteur minier. En dépit de pratiques alimentaires et thérapeutiques clairement indiennes, la population ne valorise guère ses origines et a ainsi tendance à se présenter comme « métissée » et « urbanisée ».

Dans le Chapare, la population est à dominante indienne et originaire de l'*altiplano* (les hauts plateaux), et cette caractéristique est plutôt mise en avant. Le contexte de la colonisation explique sans doute cette forme d'affirmation identitaire, comme en témoignent les noms *aymara* ou *quechua* donnés aux hameaux de la région. Le vêtement et la langue sont souvent conservés, surtout chez les femmes. Le caractère indien de la population donne au style de vie local une forte originalité. Les populations se présentent comme « paysannes ». De fait, elles vivent essentiellement de l'agriculture vivrière et de la culture illicite, de plus en plus risquée, de la feuille de coca (Dory et Roux 1998).

Au Pérou, l'enquête a eu lieu à Independencia, un quartier marginal et limitrophe de Lima et dans le village à prédominance rurale de Chocas qui fait partie du district de Chocas, situé à une cinquantaine de kilomètres de la capitale. La population de la première zone y est parfois installée depuis plus de 30 ans et vient de toutes les régions du pays. Toutefois, en raison de l'instabilité politique des dix dernières années (sentier lumineux et répressions successives), des vagues migratoires plus récentes sont également venues grossir les collines qui longent le quartier. Dans la seconde zone, près de 70 % de la population se compose d'ouvriers agricoles temporaires qui retournent dans leur communauté d'origine une fois les travaux de semis ou de récolte accomplis (au bout d'environ deux mois).

Dans la mesure où l'enquête porte sur des perceptions et des pratiques ainsi que sur les relations entre les deux, elle nécessite la production de discours et d'observations exhaustifs qui font précisément ressortir ces deux niveaux de la réalité. Pour ce faire, nous avons construit des grilles d'observation et des guides d'entretien approfondis,

relativement libres et ouverts, quoique structurés autour des principales questions posées dans la recherche. Dans le processus de recherche, l'observation a été essentielle, car elle nous a permis de recueillir des données impossibles à saisir autrement (« ambiance » qui règne dans une famille, communication non verbale entre les parents)⁵. Nous avons choisi la stratégie de l'enquête au domicile et dans les centres de santé (par passages répétés) pour appliquer les outils⁶.

Le tableau 1 récapitule les principaux thèmes abordés dans les guides d'entretien et d'observation.

Tableau 1
Principaux thèmes abordés dans les guides d'entretien et d'observation
élaborés pour les mères, les pères et les responsables de l'enfant de moins de 5 ans

Responsabilité quant à l'enfant en général (structure familiale) Responsabilité quant à l'enfant malade (processus de microdécision) Itinéraires thérapeutiques Perceptions du « développement » et de la « croissance » de l'enfant Perception de la qualité de l'attention dans les centres de santé Usage et connaissance des plantes médicinales locales
Grille d'observation sur les conditions et modes de vie, l'habitat, les activités économiques, etc.
Grille d'observation sur les infrastructures sanitaires, le déroulement des consultations, le coût des traitements, la relation entre la personne qui soigne et celle qui est soignée, etc.

Les différents outils ont d'abord été testés et validés lors d'une préenquête (mars 1998) puis appliqués au cours de l'enquête de terrain approfondie. Celle-ci s'est déroulée d'octobre 1998 à février 1999 en Bolivie et d'octobre 1998 à avril 1999 au Pérou. En Bolivie, l'enquête a été menée avec sept étudiantes et étudiants répartis sur les deux zones sélectionnées. Au Pérou, elle a été réalisée par trois étudiantes en anthropologie et deux infirmières, toujours réparties sur les deux zones. Le tableau 2 récapitule le nombre d'entretiens et d'observations effectués dans les différents lieux d'enquête.

En Bolivie, la technique du groupe de discussion (*focus group*) a été appliquée avant d'engager l'enquête approfondie. Cela a permis de recentrer les guides d'entretien. Quatre groupes ont ainsi été organisés dans le Chapare et trois à Chavez Rancho

5. Voir Patton (1990) sur les méthodes qualitatives et en particulier sur l'observation.

6. Voir Beaud et Weber (1997) sur les techniques d'entretien.

Tableau 2
Nombre d'entretiens et d'observations (Bolivie et Pérou)

	Bolivie		Pérou	
	Chavez Rancho	Chapare	Independencia	Chocas
ENTRETIENS				
Mères	79	53	30	28
Pères	4	3		
Autres responsables	4	4		
Médecins	7	18		
Infirmières	3	14		
Promoteurs		5		
Autres	15	12		
TOTAL	112	109	30	28
OBSERVATIONS				
Centres de santé	7	8	4	1
Domicile	13	10	20	25
TOTAL	20	18	24	26

de septembre à décembre 1998. Ces groupes ont été formés avec des mères, des pères et des membres du personnel dans le domaine de la santé (infirmières et promoteurs de santé).

Au Pérou, l'enquête a commencé avec l'application des techniques classiques (entretien et observation), et c'est pour approfondir certains points particuliers que huit groupes ont été organisés par la suite de janvier à avril 1999.

L'analyse des données s'est déroulée de mars à mai 1999 sur la base des rapports d'entretien et d'observation fournis par les enquêtrices au cours de séances de travail collectives supervisées par les chercheuses et les chercheurs responsables, ces dernières personnes ayant toutefois participé également à la cueillette des données sur le terrain. L'ensemble de ce processus a permis la production de deux rapports de recherche (Rubín de Celis et Pecho 1999 ; Suremain et Lefèvre 2000).

7. Sur ces combinaisons de techniques de recherche, voir Lefèvre, Suremain et Rubín de Celis (1999).

Les résultats et la discussion

Les rôles et les modèles de comportements idéaux perçus par les femmes et les hommes à l'égard de l'enfant

Quel que soit le contexte, les pères et les mères s'attribuent mutuellement des rôles et des comportements extrêmement stéréotypés⁸. Les droits et les devoirs de chaque personne apparaissent toujours clairement définis. Tandis que la responsabilité économique revient au père, c'est la mère qui assure l'entretien de la maisonnée⁹ et des personnes qui y vivent.

La même logique est à l'œuvre par rapport à l'enfant. Le père est censé subvenir à ses besoins élémentaires (vêtement, alimentation, éducation, santé) en donnant de l'argent à la mère. Aussi, cette dernière a la responsabilité de la bonne affectation des fonds et donc du bien-être général de l'enfant.

Des entretiens menés, il ressort clairement que l'affection se transmet par la mère, indépendamment de l'attitude du père. Dans les perceptions locales, que celui-ci soit violent ou absent ou, au contraire, tendre et attentif à l'égard de la mère n'a rien à voir avec le bien-être de l'enfant¹⁰. Quelles que soient les circonstances, on pense que c'est à la mère que revient le soin de transmettre l'affection et les comportements archétypaux qui l'accompagnent : « dureté », si c'est un garçon, « sentiment maternel », si c'est une fille¹¹.

Cette répartition des rôles est particulièrement perceptible en ce qui concerne la santé : la mère, considérée comme la responsable exclusive de l'attention aux enfants, *se voit obligée* de « rendre des comptes au chef de famille ». Elle est de toutes façons tenue pour responsable de l'état de l'enfant en cas de maladie. Les soins de santé, pour les femmes en général, constituent une sorte de prolongement du travail domestique (Saillant 1991 : 12 ; Saillant 1999).

L'apprentissage des différents rôles et comportements perçus comme masculins et féminins a souvent le cadre domestique pour scène, mais celui-ci se prolonge en-dehors et en compagnie d'un seul parent. Dès que l'enfant est mobile et jouit d'une relative autonomie (marche, parole, alimentation), il est en effet emmené sur les lieux de travail ou d'activité du père ou de la mère. Il peut s'agir de la rue, comme à Lima,

8. Pour des réflexions et des études de cas approfondies sur le sujet, voir Mead (1948), Paume (1960), Edholm, Harris et Young (1977) et Mathieu (1985).

9. La notion de « maisonnée » se distingue sensiblement de celle de « ménage » utilisée en démographie (ensemble de personnes qui dorment, mangent et reconnaissent la même autorité sous le même toit), car elle prend en considération les personnes (apparentées ou non) de passage. Pour une exploration du concept, voir Goody (1976).

10. Le « bien-être » et le « mal-être » sont la traduction littérale des mots *bienestar* et *malestar* employés par les parents. Il s'agit de la manifestation, à la fois psychologique et physiologique, de l'état général de l'enfant, lequel est perçu comme « bon » ou « mauvais » par ses parents.

11. Les thèmes de l'affection et de la construction sociale de la sexualité ont été étudiés notamment dans un numéro spécial de la revue *L'Homme* (Collectif 1979) et par Caplan (1987).

ou d'un champ, comme dans le Chapare bolivien. Indépendamment des problèmes de garde, l'objectif avoué de ces déplacements est l'apprentissage d'une activité. Cependant, ils ont aussi pour fonction plus implicite d'apprendre à l'enfant le monde *tel qu'il est perçu et vécu par les adultes* : il est frappant de voir comment, dès l'âge de 3 ou 4 ans, les petits garçons roulent leur maillot de corps jusque sous les aisselles pour se rafraîchir comme leur papa ; les petites filles, quant à elles, imitent parfaitement la gestuelle et les sifflements de leur maman pour éloigner les volailles de la cuisine. Les jeunes enfants suivent également l'apprentissage des règles de la vie sociale à travers des jeux de rôle bien précis, qui comportent aussi une dimension ludique, menés avec d'autres enfants du même âge (Rabain 1979 ; Ortner et Whitehead 1981).

Toutes les enquêtrices ont fait la douloureuse expérience de vouloir s'entretenir en privé avec une mère et de finir par parler exclusivement avec le père qui non seulement ne veut pas partir, mais en outre monopolise totalement la parole. Ce type d'expérience a ceci de positif qu'il fait clairement ressortir ce que l'ordre des choses, les relations, les rôles, les comportements et les sentiments *devraient être*, autrement dit, il vient souligner les normes idéales de fonctionnement de la société telles qu'elles sont perçues et intériorisées par les femmes et les hommes¹².

À titre d'exemple, rappelons qu'au Pérou une mère a participé à un groupe de discussion d'hommes parce que son époux n'avait pas pu venir ! Néanmoins, l'époux en question avait préalablement donné à sa femme une lettre dans laquelle il expliquait aux responsables de l'animation qu'elle parlerait en son nom et qu'il lui avait expliqué tout ce qu'elle devait dire durant la discussion...

Quoiqu'elle soit caricaturale, cette anecdote exprime bien la façon dont les hommes, dans les contextes étudiés, se saisissent de la parole publique et envisagent le rôle nécessairement subalterne du « sexe faible »¹³. Cela montre également la permanence de l'intériorisation de la domination masculine par les femmes au sujet des normes de conduite. Alors que les banlieues de Lima constituent des lieux privilégiés pour le développement de cuisines communautaires (association Vaso de leche en l'occurrence), de minipharmacies ou de micro-entreprises gérées presque exclusivement par des femmes, celles-ci s'effacent et ne se heurtent directement aux hommes que très rarement. En Bolivie, une telle attitude d'effacement se trouve encore renforcée, surtout en milieu rural, car il n'existe que peu de débouchés économiques pour les femmes, et les hommes continuent donc à assumer le rôle de soutien économique qui leur est traditionnellement dévolu.

12. De nombreux exemples ethnographiques sur ce thème sont donnés par Mathieu (1973) et MacCormack et Strathern (1980).

13. Une autre interprétation pourrait être que, sachant qu'il allait s'agir d'enfants lors de la réunion, l'époux considérait que sa femme avait une meilleure connaissance que lui sur le thème.

Les relations de genre durant l'épisode de la maladie de l'enfant

■ Les itinéraires thérapeutiques et les relations de genre

L'étude de l'épisode de la maladie de l'enfant remet cependant en question l'harmonie et la complémentarité des relations intrafamiliales présentées par les parents. L'analyse des itinéraires thérapeutiques¹⁴ et des processus de microdécision qui les accompagnent est, à ce titre, très révélatrice. Pour circonscrire de plus près ces phénomènes complexes, nous avons reconstitué 58 itinéraires thérapeutiques au Pérou et 40 en Bolivie. Cependant, sans doute convient-il auparavant de préciser que, parallèlement au système de santé public (hôpitaux, centres et postes de santé), il existe dans les deux pays un réseau de santé « local » très hétérogène dans sa composition et son organisation. Celui-ci mêle des spécialistes aussi différents que la sage-femme, le ou la naturaliste, l'« ancien » ou l'« ancienne » du quartier, la pieuse, le devin-guérisseur ou la devineresse-guérisseuse, le sorcier ou la sorcière, le pharmacien ou la pharmacienne, l'herboriste, le boutiquier ou la boutiquière ou encore le pasteur d'une nouvelle Église. Au Pérou comme en Bolivie, on peut également mentionner l'importance croissante prise par les médecins, les laborantins et les laborantines ou les organisations non gouvernementales (ONG) médicales dans le panorama des ressources disponibles localement.

De la lecture du tableau 3, il ressort que les itinéraires thérapeutiques ne sont pas unilinéaires et exclusifs. Les sauts sont fréquents entre les différents recours, ainsi que les allers-retours et les retours en arrière. On compte jusqu'à cinq étapes au cours des itinéraires, avec environ trois étapes dans la plupart des cas¹⁵. Cela laisse voir que les parents s'engagent dans des négociations complexes lorsque l'état de l'enfant laisse à penser qu'il est malade. C'est précisément sur la nature de ces négociations que nous nous arrêterons plus loin pour ensuite revenir aux relations de genre.

Les négociations entre parents au sujet des itinéraires thérapeutiques à suivre comportent au moins trois niveaux de réalité différents : la perception de la gravité de la maladie de l'enfant ; la stabilité ou l'instabilité de la situation matrimoniale ; la situation économique de la famille.

■ La perception de la gravité de la maladie de l'enfant

Les parents n'ont pas recours aux mêmes critères d'observation et n'envisagent pas la relation symptôme-maladie-traitement de la même façon que le ou la

14. Un itinéraire thérapeutique consiste en la reconstitution des étapes (grâce à l'entretien et à l'observation directe) d'une quête de réponses à une souffrance, à travers le recours — simultané ou successif — à des ressources thérapeutiques différentes. Bien que nous d'abordions pas le thème ici, les perceptions locales sur la gravité et la causalité des maladies doivent être mises en relation avec les étapes de la quête thérapeutique pour mieux en comprendre le sens. Dans le cadre du présent article, nous considérons les « itinéraires thérapeutiques » comme des « révélateurs » de relations de genre et non comme des objets d'étude en soi.

15. Sur ces thèmes, voir les ouvrages de Janzen (1978) et de Benoist (1995).

médecin¹⁶. Ce qui passe pour une maladie clairement définie pour le ou la médecin (la varicelle, par exemple) n'est qu'un indice de « mal-être » pour les parents. Même si, dans la conception dite « humorale »¹⁷ qui existe dans les modèles thérapeutiques andins, la maladie est construite selon une relation relativement univoque avec les étiologies localement perçues, celle-ci laisse indiscutablement place à de multiples modes de réponses thérapeutiques (Bonnet 1991).

Les symptômes les plus fréquemment observés par une mère pour déterminer la maladie de son enfant sont le manque d'appétit, les vomissements, les pleurs et le manque de sommeil. Cependant, c'est avant tout l'intensité de la fièvre — d'ailleurs parfois perçue comme une maladie elle-même — qui détermine la gravité de la maladie et oriente les premières décisions.

Devant le mal-être de l'enfant, la toute première réaction des parents consiste à recueillir de l'information et des avis. Ce sont ces renseignements et ces avis — souvent contradictoires — qui conditionnent partiellement les itinéraires thérapeutiques, et non l'identification préalable et définitive de la maladie. Les « autres parents » de l'enfant, à savoir la grand-mère, les oncles, les tantes et souvent même le voisinage, interviennent parfois directement et indirectement dans le processus de décision. Tandis que certains acteurs et actrices réprimandent la mère, d'autres la réconfortent, ce qui a pour effet de complexifier encore davantage la prise de décision. Les négociations entre les parents se caractérisent alors par des jeux de pouvoir et d'influence qui se déclinent sur plusieurs modes : la persuasion, l'autorité ou encore la dissimulation et parfois la rétention d'information.

Les négociations sont rendues fort complexes en zone urbaine où les maisonnées regroupent plusieurs types et générations de parents (à Chavez Rancho, par exemple). La mère ou le père ou les deux à la fois tentent alors de s'attirer le soutien des personnes qui exercent une autorité morale forte afin de persuader celui ou celle qui a des réticences de participer aux dépenses liées à la santé de l'enfant. Cependant, ce recours débouche parfois sur des arguments d'autorité, notamment lorsque l'autorité morale est la mère ou le père du père de l'enfant malade, et que cette personne loge de surcroît l'ensemble de la famille. Dans ce cas, la mère de l'enfant se pliera souvent à l'autorité de ses beaux-parents exercée à travers son mari.

En zone urbaine comme en zone rurale, le manque d'argent ou le refus obstiné du conjoint de payer une consultation pour l'enfant entraîne cependant la mère dans les minipharmacies du voisinage où les médicaments lui sont vendus sans ordonnance. L'argent provient alors de la poche de la mère ou d'emprunts consentis par des voisines amicales (plus rarement des membres de la famille). La mère demande le traitement qui lui semble le plus approprié par rapport aux symptômes manifestés

16. Ce thème est désormais classique dans la littérature socioanthropologique : voir, par exemple, Adam et Herzlich (1994) et Herzlich (1969).

17. « Le principe de base de la conception humorale est la croyance dans le fait que [...] la santé peut être perdue ou retrouvée par le résultat des effets des qualités du « chaud » et du « froid » sur le corps humain [et par] l'observance de deux principes fondamentaux : celui de « l'évitement des extrêmes » durant les périodes de bonne santé et celui de « l'utilisation sélectionnée des contraires » après constatation de la maladie » (Bonnet 1991 : 707).

Tableau 3
Exemples d'itinéraires thérapeutiques au Pérou (Independencia) — Recours thérapeutiques, lieux et personnes-ressources

Mères	ÉTAPE 1	ÉTAPE 2	ÉTAPE 3	ÉTAPE 4	ÉTAPE 5	ÉTAPE 6	TOTAL
Nº 1	Automédication	Poste de santé	Médecin				3
Nº 2	Médecine traditionnelle	Pharmacie					2
Nº 3	Médecine traditionnelle	Pharmacie					2
Nº 4	Poste de santé	Hôpital des enfants	Médecin				3
Nº 5	Automédication	Poste de santé	Médecin	Hôpital des enfants	Sœurs Pentecôtistes	Médecin	6
Nº 6	Automédication	Médecin	Hôpital Cayetano Heredia				3
Nº 7	Médecine traditionnelle	Poste de santé	Herboriste				3
Nº 8	Automédication	Poste de santé					2
Nº 9	Automédication	Poste de santé					2
Nº 10	Médecine traditionnelle	Centre médical de Parroquia	Médecin	Hôpital des enfants	Médecin		5
Nº 11	Automédication	Médecine traditionnelle	Poste de santé	Poste de santé			4
Nº 12	Préparation précédente	Hôpital Naval					2
Nº 13	Automédication	Herbes d'une amie	Hôpital Bravo Chico				3
Nº 14	Automédication	Préparation précédente	Pharmacie				3

* Une « prieuse » est une femme spécialisée dans les thérapies dites « traditionnelles » (transmises par la tradition orale). Elle recourt essentiellement aux herbes, aux œufs (ou aux deux) en même temps qu'à la prière (catholique) pour soigner. La « prieuse » se distingue de la « sorcière », car elle ne soigne pas le *dano* (malheur ou affliction d'origine humaine ou surnaturelle) et également de la sage-femme (elle ne suit pas les accouchements).

** Le sigle IPSS signifie : Instituto Peruano de Seguridad Social. Cet établissement a cependant récemment changé de nom (1999) et s'appelle aujourd'hui : Empresa de Servicios de Salud (ESSALUD). Il s'agissait au départ de l'assurance maladie privilégiée par les ouvriers et les paysans, mais l'institution est désormais ouverte à tous et à toutes.

L'époux de la femme de l'itinéraire 23 est, en l'occurrence, ouvrier. L'IPSS dispose d'un réseau de centres et de postes de santé dans tout le pays.

Mères	ÉTAPE 1	ÉTAPE 2	ÉTAPE 3	ÉTAPE 4	ÉTAPE 5	ÉTAPE 6	TOTAL
No 15	Automédication	Hôpital Naval					2
No 16	Automédication	Pharmacie	Poste de santé				3
No 17	Pharmacie	Médecin					2
No 18	Médecine traditionnelle de la mère	Poste de santé	Médecin				3
No 19	Automédication	Poste de santé					2
No 20	Automédication	Poste de santé	Pharmacie				3
No 21	Grand-mère maternelle	Préparation précédente	Centre médical	Prieuse*			4
No 22	Amie	Pharmacie					2
No 23	Automédication	IPSS**					2
No 24	Automédication	Époux	Pharmacie	Médecin			4
No 25	Grand-mère maternelle	Amie	Prieuse				3
No 26	Automédication						1
No 27	Grand-mère maternelle	Centre de santé					2
No 28	Médecine traditionnelle	Centre de santé	Hôpital Cayetano Heredia				3
No 29	Époux	Centre de santé					2
No 30	Maternité	Centre de santé	Hôpital Cayetano Heredia				3

par son enfant et à l'expérience antérieure qu'elle a de la maladie. Elle dissimulera ensuite les médicaments qu'elle fera prendre discrètement à l'enfant.

La rétention d'information, quant à elle, ressemble à une stratégie de contestation silencieuse adoptée par les mères. Nombreuses sont en effet celles qui tentent de dérober leur enfant manifestement atteint de « refroidissements » (rhume, toux, fièvre) à la vue du père. Elles vont alors parfois jusqu'à confier l'enfant à une parente ou à une amie voisine le temps que s'améliore son état de santé¹⁸. Ce comportement pourrait être lié à la manifestation d'un sentiment de culpabilité, et donc à la crainte éprouvée par la mère à l'égard de la réaction, parfois très violente, de son conjoint lorsqu'il est en désaccord avec elle sur la gravité de l'état de l'enfant.

■ La stabilité et l'instabilité de la situation matrimoniale

Le ton de la négociation autour des prises de décision concernant les itinéraires thérapeutiques subit fortement l'influence de la situation matrimoniale des parents de l'enfant. De fait, si la mère est considérée comme la responsable « exclusive » de la santé de l'enfant aux yeux des hommes, cela ne signifie pas qu'elle a le dernier mot dans les négociations. Pour nous, son pouvoir de décision dépendrait en effet de la reconnaissance dont elle jouit auprès de son mari, sachant que cette dernière passe par la stabilité de leur situation matrimoniale.

Dans les cas où le mariage est reconnu et institutionnalisé, l'avis de la mère revêt une importance plus grande que lorsqu'elle n'est que concubine ou divorcée. Dans ce dernier cas, l'aboutissement des négociations entraîne des décisions où la dimension légale peut jouer un rôle important.

En ce qui concerne les concubins, il faut rappeler que, dans les Andes, l'institution du « mariage à l'essai » (les traductions varient selon les langues indiennes), qui peut durer plusieurs années, est très répandue¹⁹. Or, pendant ce laps de temps, le statut de la mère est particulièrement incertain et, si elle est toujours tenue pour responsable de la santé de l'enfant, sa marge de manœuvre dans la négociation s'en trouve considérablement réduite. Les réactions de violence, de la part du conjoint, peuvent alors survenir et prendre des proportions dramatiques et ambiguës²⁰.

Lorsque le père considère que la mère a été « négligente » à l'égard de l'enfant et qu'en plus elle n'est pour lui qu'une « concubine à l'essai », la négociation risque de

18. Les logiques sociales de la « circulation » des enfants entre parents ont été étudiées en Afrique par Lallemand (1993).

19. Dans le quartier de Independencia au Pérou, 23 des 68 femmes enquêtées sont des « concubines à l'essai ». Sur cette institution, voir Bernard (1985) et Molinié (1999).

20. Plusieurs entretiens et observations ont ainsi montré qu'en Bolivie les jeunes femmes considéraient la violence comme « juste », car elle venait de leur conjoint officiel. Par ailleurs, elles affirment qu'elles n'accepteraient pas cette violence de la part de leur concubin ou d'une simple relation. Le thème de la violence conjugale perçue comme « juste » ou « injuste » est récurrent dans le discours que les femmes portent sur leur mari et l'identité masculine en général. Il est frappant de constater l'importance du nombre de « mariages à l'essai » qui se brisent, avant le « vrai mariage », à cause d'un excès de violence « injuste » de la part de l'homme. Au sujet de la domination et de la violence exercées par les hommes sur les femmes dans des contextes culturels différents, voir Fainzang (1985).

tourner court, et c'est le père qui imposera son point de vue. Si, au contraire, l'union est reconnue et que la mère peut être appuyée dans ses décisions par sa propre famille, les données ne sont plus les mêmes. En cas de désaccord sur une maladie perçue comme « grave », le conjoint se doit d'anticiper d'éventuelles repréailles de la part de sa femme (départ temporaire du foyer notamment), lesquelles peuvent aller jusqu'à la séparation.

Quoi qu'il en soit, la stabilité ou l'instabilité de la situation matrimoniale du couple constitue une donnée importante qui pèse sur le processus de négociation²¹.

■ La situation économique de la famille

Le troisième niveau de la négociation concerne l'état des ressources économiques de la maisonnée. Toutefois, le problème ne se réduit pas strictement à celui de la disponibilité de l'argent, encore que celui-ci soit parfois crucial. Il s'agit en fait surtout de la redistribution de l'argent par les hommes puisque ce sont eux qui, surtout en zone rurale, exercent les activités rémunératrices. Or, compte tenu de la perception de la gravité de la maladie de l'enfant et de la situation matrimoniale et économique de la famille, les conditions de cette redistribution sont éminemment variables.

La situation est encore plus complexe dans les familles où la femme travaille (comme à Lima), gère l'argent et soutient l'économie domestique (Watson-Frake 1985 ; Humphrey 1987). Dans ce cas, en plus de son travail, la mère doit non seulement assumer la charge de l'enfant, mais gérer au mieux des relations rendues difficiles avec son mari du fait du sentiment d'« inutilité » et de jalousie ressenti par celui-ci. L'apport d'argent des femmes peut aussi devenir une source de conflit aux conséquences directes sur l'enfant dans la mesure où les hommes ne souhaitent désormais plus s'investir dans sa santé.

Les processus de microdécision ne sont ni systématiques ni unilinéaires. Ils peuvent, de surcroît, engager d'autres parents (comme la belle-mère) sur qui nous ne nous arrêterons pas ici. Néanmoins, il faut se garder de penser que la prise de décision par rapport aux itinéraires thérapeutiques de l'enfant malade n'obéit qu'à de simples contraintes financières. En réalité, les questions d'argent ne sont bien souvent que le révélateur de situations sociales plus complexes mêlant la situation matrimoniale, la reconnaissance ou non de la responsabilité de la femme et son aptitude perçue à s'occuper des enfants.

Les consultations pédiatriques et les relations de genre

La façon dont se déroulent les consultations pédiatriques permet également de mieux préciser les relations de genre entre parents et de déterminer l'influence particulière des établissements médicaux dans ces relations.

21. Voir Weiner (1976) pour des exemples mélanésien de stratégies et de négociations matrimoniales.

Dans la perception de la répartition des tâches éducatives entre femmes et hommes, on sait qu'il revient à la mère de s'occuper des soins de l'enfant. Or, cette répartition est souvent relayée et même renforcée par le discours médical. En effet, nombreuses sont les injonctions directes des différentes catégories de personnel de santé concernant la lourde responsabilité de la mère à cet égard. En fait, celle-ci devrait assumer la charge quotidienne comme l'entière responsabilité de l'enfant : le « tort » lui reviendrait donc entièrement en cas de maladie. La prétendue « négligence maternelle²² » est un thème très récurrent dans les discours tenus par les médecins (et autres membres du personnel soignant) durant les consultations. Dans la mesure où c'est la mère qui s'occupe de l'enfant, sa « négligence » aurait des répercussions directes sur son état de santé. Et on le lui fait alors savoir explicitement.

Ce discours général et généralisant est lui-même renforcé, quoique bien involontairement, par la passivité et le silence des mères qui mènent leur enfant au centre de santé. Le personnel, pour sa part, interprète cette attitude comme un aveu de culpabilité évident : « Elles savent qu'elles ont mal fait, qu'elles ont mal gardé leur enfant et restent donc muettes » ; « Elles ne disent pas pourquoi leur enfant est malade, car elles ne veulent pas reconnaître leurs fautes ». Ce discours se justifie d'autant plus si la mère parle mieux l'*aymara* ou le *quechua* que l'espagnol. Le personnel soignant se sent alors investi d'une véritable mission civilisatrice, laquelle s'exprime par toute une série de gestes et de conseils : « Voici comment laver l'enfant ; voici où le laver... » De telles injonctions ne font bien entendu qu'accentuer le mutisme et le sentiment de culpabilité des mères (Benoist 1995 ; Desclaux 1995).

Lorsque les couples se rendent ensemble au centre de santé, c'est en général l'homme qui se présente en premier au personnel et qui pose le problème de la maladie de l'enfant ou de l'interprétation de celle-ci. Comme nous l'avons vu, au Pérou comme en Bolivie, la prise de possession de la parole par les hommes au détriment des femmes est une constante. Le silence des femmes — qui se sentent dès le départ culpabilisées lorsqu'elles viennent faire soigner leur enfant — et la domination spontanée des hommes en ce qui concerne le discours sont ainsi deux éléments qui se renforcent mutuellement. Il règne finalement un véritable climat d'incompréhension, une sorte de dialogue dans lequel personne n'écoute personne, entre le personnel de santé et les mères, d'une part, et entre les parents, d'autre part. Cette dynamique reflète par ailleurs assez justement les rapports sociaux à l'échelle de la société globale²³.

22. Pour une analyse critique de la notion de négligence maternelle dans une perspective socioanthropologique, voir Bonnet (1996).

23. Sur les relations de genre replacées dans des contextes socioculturels divers, voir Sanday (1973), Reiter (1975) et Bissilliat (1992).

Conclusion

L'étude des négociations complexes autour des itinéraires thérapeutiques et l'analyse des consultations pédiatriques montrent que l'épisode de la maladie de l'enfant dévoile les enjeux relationnels et les relations de genre. Les jeux de pouvoir, d'influence et d'autorité, les conflits qui en découlent, les négociations perpétuelles qui débouchent tantôt sur des accords, tantôt sur des exclusions et du mépris, marquent ainsi les relations entre les parents, contrairement à l'idéal d'harmonie et de complémentarité spontanément présenté. Indépendamment de sa réalité biologique, la maladie de l'enfant est une construction sociale qui place les parents au cœur d'un processus de décision qui implique lui-même des représentations sur la « nature » des femmes et des hommes, et sur leurs relations.

À partir de nos résultats qui doivent servir d'aide à la décision dans une perspective d'amélioration des relations entre le groupe du personnel de la santé et celui des responsables de la santé de l'enfant, plusieurs actions concrètes ont été proposées pour la phase opérationnelle du projet de recherche.

Tout d'abord, des sessions de formation sur le contexte socioculturel et le système d'organisation sociale local pourraient s'appliquer aux membres du personnel visés qui, bien souvent, ignorent tout des populations qu'il leur faut soigner. Ces sessions mettraient l'accent sur les perceptions locales de la maladie de l'enfant, les situations matrimoniales, les contraintes d'existence quotidiennes des populations et sur les contraintes liées à l'intégration des mères au marché du travail.

Une autre action consisterait à organiser des campagnes d'information, coordonnées par les différentes catégories de personnel de santé, auprès des mères et des pères afin d'insister sur leur rôle dans les soins de l'enfant. Sans bouleverser totalement la construction sociale du genre à l'œuvre dans les sociétés locales, il semble possible de leur faire acquérir une vision plus claire de ce que pourrait être la formule de la « responsabilité partagée ». Ces campagnes d'information pourraient aussi être dirigées vers les membres du personnel en question qui reproduisent dans leur discours, particulièrement durant les consultations pédiatriques, la construction sociale du genre qui attribue à la femme la responsabilité exclusive de l'enfant.

Dans le cadre des centres de santé, les mères et les pères pourraient également s'investir, en collaboration avec le personnel, dans la gestion des outils d'information ayant une relation avec la santé de l'enfant (affiches, matériel audiovisuel). Le partage de cette tâche et d'un objectif commun devrait favoriser le rapprochement des pères et des mères ainsi que leur permettre de redéfinir leur rôle par rapport à la santé de l'enfant.

Une autre action consisterait à s'interroger sur la perception des documents écrits dont la finalité est au départ de contrôler la maladie ou la croissance et le développement de l'enfant (carnet de santé, courbe de croissance par exemple). On sait que les populations visées dans l'enquête sont pour la plupart illettrées. Aussi, à ce problème lié à des mécanismes sociaux globaux se greffe celui de la culpabilité ressentie par les mères qui vont chez le ou la médecin. Nous avons dit en effet qu'elles sont régulièrement tenues pour « responsables » de la mauvaise santé de l'enfant. Or,

le fait de voir consignées par écrit des données sur le mauvais état de l'enfant pourrait renforcer le phénomène et inciter les mères, par un redoutable effet pervers, à encore moins fréquenter les centres de santé. Il s'agirait donc de discuter l'utilité de ces documents de suivi avec les membres du personnel touchés et, le cas échéant, d'en imaginer d'autres.

Finalement, une dernière action serait d'engager les médecins à réfléchir collectivement sur le contenu des consultations pédiatriques. Les médecins pourraient par exemple élargir les « discussions » avec les parents à d'autres thèmes d'importance pour garantir le développement et la croissance harmonieuse de l'enfant plutôt que de se limiter à ceux qui sont strictement techniques et médicaux. Les thèmes des relations intrafamiliales et de la violence domestique seraient ainsi à privilégier pour mieux comprendre les enjeux dont l'enfant et sa santé constituent le centre. Cette proposition devrait être d'un grand appui aux médecins qui doivent prendre des décisions adaptées au cas des enfants en difficulté (orphelins, enfants adoptés ou battus) et dont nous avons pu constater qu'ils étaient discriminés.

* * *

Nous avons voulu montrer ici à travers un exemple particulier que la perspective socioanthropologique, avec le regard à la fois intérieur et « distancié » qu'elle pose sur les situations réelles, permet de restituer ces problèmes graves dans leur contexte et, ce faisant, de les dédramatiser. La perception de la gravité de la maladie de l'enfant, la stabilité et l'instabilité du statut matrimonial, la situation économique de la famille et le discours culpabilisant de la part des membres du personnel dans le domaine de la santé envers les mères sont ainsi des facteurs qu'il faut prendre en considération pour mieux comprendre les données du problème. En reformulant sereinement les bases de la différenciation sociale des sexes et des identités féminines, la perspective socioanthropologique peut, selon nous, permettre de repenser les situations et d'envisager des solutions concrètes à des problèmes aigus.

— RÉFÉRENCES

ADAM, P., et C. HERZLICH

1994 *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris, Nathan.

ARDENER, S. (dir.)

1975 *Perceiving Women*. Londres, Malaby Press.

BEAUD, S., et F. WEBER

1992 *Guide de l'enquête de terrain*. Paris, La Découverte.

BENOIST, J. (dir.)

1995 *Se soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical*. Paris, Karthala.

BERNAND, C.

1985 *La solitude des renaissants. Malheur et sorcellerie dans les Andes*. Paris, Presses de la Renaissance.

BISSILLIAT, J. (dir.)

1992 *Relations de genre et développement. Femmes et sociétés*. Paris, ORSTOM.

BISSILLIAT, J., et M. FIÉLOUX

1983 *Femmes du tiers monde. Travail et quotidien*. Paris, Le Sycomore.

BONNET, D.

1996 « Présentation. La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant », *Sciences sociales et santé*, XIV, 1 : 5-16.

1991 « Thérapeutiques », in P. Bonte et M. Izard (dir.), *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. Paris, Presses universitaires de France : 707-708.

BOSSEN, L.H.

1983 « Sexual Stratification in Mesoamerica », in L.H. Bossen, H. Bossen, J. Bossen et C. Kendall (dir.), *Heritage of Conquest*. Albuquerque, University of New Mexico Press : 35-71.

1982 « Plantations and Labor Force Discrimination in Guatemala », *Current Anthropology*, 23, 3 : 263-268.

CAPLAN, P. (dir.)

1987 *The Cultural Construction of Sexuality*. Londres, Tavistock.

COLLECTIF

1979 *L'Homme*, numéro spécial : « Les catégories de sexe en anthropologie sociale », XIX, 3-4.

DAGENAIS, H.

1987 « Méthodologie féministe et anthropologie : une alliance possible », *Anthropologie et Sociétés*, 11, 1 : 19-44.

DESCLAUX, A.

1995 « De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant », in J. Benoist, (dir.), *Se soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical*. Paris, Karthala : 251-279.

DORY, D., et J.C. ROUX

1998 « De la coca à la cocaïne : un itinéraire bolivien », *Autrepart*, 8 : 21-46.

EDHOLM F., O. HARRIS et K. YOUNG

1977 « Conceptualising Women », *Critique of Anthropology*, 3 : 101-130.

FAINZANG, S.

1985 « Circoncision, excision et rapports de domination », *Anthropologie et Sociétés*, IX, 1 : 117-127.

GOODY, J.

1976 *Production and Reproduction : A Comparative Study of the Domestic Domain*. Cambridge, Cambridge University Press.

HERZLICH, C.

1969 *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*. Paris, Mouton.

HUMPHREY, J.

1987 *Gender and Work in the Third World*. Londres, Tavistock.

JANZEN, J.-M.

1978 *The Quest of Therapy in Lower Zaïre*. Berkley, University of California Press.

JETTÉ, C., et R. ROJAS (dir.)

1998 *Cochabamba : pobreza, genero y medio ambiente*. La Paz, Centro de Estudios y Proyectos.

LALLEMAND, S.

1993 *La circulation des enfants en société traditionnelle : prêt, don, échanges*. Paris, L'Harmattan.

LEFÈVRE, P., C.-É. de SUREMAIN et E. RUBIN DE CELIS

1999 « ¿Se puede hacer algo nuevo con algo antiguo, y viceversa? Dos innovaciones metodológicas en el marco de una investigación socio-antropológica sobre el desarrollo y el crecimiento del niño en Bolivia y Perú », communication présentée au Congreso ALAS, du 12 au 16 octobre, à Concepción, au Chili.

MACCORMACK, C.P., et M. STRATHERN (dir.)

1980 *Nature, Culture and Gender*. Cambridge, Cambridge University Press.

MATHIEU, N.-C.

1991a « Différenciation des sexes », in P. Bonte et M. Izard (dir.), *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. Paris, Presses universitaires de France : 660-664.

1991b « Études féministes et anthropologie », in P. Bonte et M. Izard (dir.), *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. Paris, Presses universitaires de France : 275-278.

1985 *Critique épistémologique de la problématique des sexes dans le discours ethno-anthropologique*, rapport pour l'UNESCO. Lisbonne.

1973 « Homme-culture et femme-nature ? », *L'Homme*, XIII, 3 : 101-113.

MATHIEU, N.-C. (dir.)

1985 *L'arraisonnement des femmes. Essai en anthropologie des sexes*. Paris, EHESS.

MEAD, M.

1948 *Male and Female. A Study of the Sexes in a Changing World*. New York, William Morrow.

MOLINIÉ, A.

1999 « Te faire la peau pour t'avoir dans la peau. Lambeaux d'ethnopsychanalyse andine », *L'Homme*, 149 : 113-134.

MOORE, H.L.

1988 *Feminism and Anthropology*. Cambridge et Oxford, Polity Press.

- ORTNER, S.B., et H. WHITEHEAD (dir.)
1981 *Sexual Meanings. The Cultural Construction of Gender and Sexuality*. Cambridge, Cambridge University Press.
- PATTON, M.O.
1990 *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Beverly Hills, Sage Publications.
- PAULME, D. (dir.)
1960 *Femmes d'Afrique noire*. Paris, Mouton.
- RABAIN, J.
1979 *L'enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge*. Paris, Payot.
- REITER, R.R. (dir.)
1975 *Towards an Anthropology of Women*. New York, Monthly Review Press.
- ROSALDO, M.Z.
1980 « The Use and Abuse of Anthropology : Reflections on Feminism and Cross-cultural Understanding », *Signs : Journal of Women in Culture and Society*, 5, 3 : 389-417.
- RUBÍN DE CELIS, E., et I. PECHO
1999 « Informe final del estudio. Hacia un enfoque integral de la salud infantil », *Aspectos socio-antropológicos* : 58.
- SAILLANT, F.
1999 « Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique », *Anthropologie et Sociétés*, «Soins, corps, altérité », 23, 2 : 15-40.
1991 « Les soins en péril : entre la nécessité et l'exclusion », *Recherches féministes*, 4, 1 : 11-29.
- SANDAY, P.R.
1973 « Toward a Theory of the Status of Women », *American Anthropologist*, 75 : 1682-1700.
- STRATHERN, M.
1987 « An Awkward Relationship : The Case of Feminism and Anthropology », *Signs : Journal of Women in Culture and Society*, 12, 2 : 276-292.
- SUREMAIN, C.-É. de
1996 *Jours ordinaires à la finca. Une grande plantation de café au Guatemala*. Paris, ORSTOM (coll. « À travers champs »).
- SUREMAIN, C.-É. de, et P. LEFÈVRE
2000 *Rapport du volet socio-anthropologique (Bolivie)*, version finalisée (mars 2000). Cochachamba, document interne.
- SUREMAIN, C.-É. de, P. LEFÈVRE et E. SEJAS
1999 « El centro de salud como espacio de encuentro entre personal de salud y caretakers. Un enfoque socio-antropológico sobre el universo medical y sus actores », communication présentée au Congreso ALAS, du 12 au 16 octobre, à Concepción, au Chili.

TAMISIER, J.-C. (dir.)

1998 *Dictionnaire des peuples. Sociétés d'Afrique, d'Amérique, d'Asie et d'Océanie*. Paris, Larousse-Bordas.

WATSON-FRAKE, M.B.

1985 « Production and the Status of Woman : An Anthropological Interpretation of Historical Materialism », *Anthropos*, 80 : 1-14.

WEINER, A.B.

1976 *Women of Value, Men of Renown : New Perspectives in Trobriand Exchange*. Austin et Londres, University of Texas Press.