

This article was downloaded by: [Universiteit Antwerpen]

On: 09 September 2013, At: 07:15

Publisher: Routledge

Informa Ltd Registered in England and Wales Registered Number: 1072954 Registered office: Mortimer House, 37-41 Mortimer Street, London W1T 3JH, UK



Canadian Journal of Development Studies/Revue canadienne d'études du développement

Publication details, including instructions for authors and subscription information:

<http://www.tandfonline.com/loi/rcjd20>

Aide d'urgence et notions locales d'équité: Analyse d'un programme d'aide nutritionnelle comme une interface sociale

Tom De Herdt ^a

^a E-mail:

Published online: 15 Feb 2011.

To cite this article: Tom De Herdt (2003) Aide d'urgence et notions locales d'équité: Analyse d'un programme d'aide nutritionnelle comme une interface sociale, Canadian Journal of Development Studies/Revue canadienne d'études du développement, 24:2, 286-302, DOI: [10.1080/02255189.2003.9668917](https://doi.org/10.1080/02255189.2003.9668917)

To link to this article: <http://dx.doi.org/10.1080/02255189.2003.9668917>

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE

Taylor & Francis makes every effort to ensure the accuracy of all the information (the "Content") contained in the publications on our platform. However, Taylor & Francis, our agents, and our licensors make no representations or warranties whatsoever as to the accuracy, completeness, or suitability for any purpose of the Content. Any opinions and views expressed in this publication are the opinions and views of the authors, and are not the views of or endorsed by Taylor & Francis. The accuracy of the Content should not be relied upon and should be independently verified with primary sources of information. Taylor and Francis shall not be liable for any losses, actions, claims, proceedings, demands, costs, expenses, damages, and other liabilities whatsoever or howsoever caused arising directly or indirectly in connection with, in relation to or arising out of the use of the Content.

This article may be used for research, teaching, and private study purposes. Any substantial or systematic reproduction, redistribution, reselling, loan, sub-licensing, systematic supply, or distribution in any form to anyone is expressly forbidden. Terms & Conditions of access and use can be found at <http://www.tandfonline.com/page/terms-and-conditions>



Articles

Aide d'urgence et notions locales d'équité : Analyse d'un programme d'aide nutritionnelle comme une interface sociale*

Tom De Herdt†

RÉSUMÉ – Cet article étudie les interactions entre le personnel local engagé dans le cadre d'un programme d'aide nutritionnelle d'urgence à Kinshasa (1992-1995) et les bénéficiaires du programme – potentiels, légitimes ou non – afin d'obtenir une meilleure compréhension de ces interactions. L'analyse révèle que la situation réelle ne peut être captée que partiellement par les termes classiques de sélection adverse et de risque moral utilisés dans les études récentes sur les programmes d'aide ciblés vers les pauvres. En conclusion, une intervention telle qu'un programme d'aide nutritionnelle ne doit être jugée qu'à partir de sa capacité à ouvrir des espaces d'action et de négociation aux acteurs qui y étaient marginalisés auparavant.

ABSTRACT – In order to better understand the dynamics involved in emergency food aid programs, this paper analyzes the case of Kinshasa (1992-1995). The interaction between local health personnel engaged in the programme and the — potential, legitimate, and unintended — beneficiaries of the aid is central to this paper. The classical concepts of moral hazard and adverse selection, often cited in the current literature on target poverty programs, only partly capture the reality of the situation on the ground. An intervention such as a food aid program should be judged on its capacity to open up spaces of action and negotiation to actors who traditionally occupy only marginal places in them.

INTRODUCTION

La littérature concernant les interventions ciblées vers les groupes pauvres montre bien que l'efficacité de ces interventions dépend en partie, mais de façon cruciale, de la manière dont les bénéficiaires potentiels réagissent par rapport au programme (Greenstein 1991; Kumar et Stewart 1992; Grosh 1994; Van De Walle et Nead 1997; Conning et Kevane 2002). Plus particulièrement, ces interventions

* Cette recherche a bénéficié du support institutionnel de la Fondation universitaire pour la coopération au développement et des Facultés catholiques de Kinshasa, ainsi que d'un appui financier du Vlaamse InterUniversitaire Raad. L'auteur tient à remercier Laurent Luzolele, Marie Monganza, Diane De Graeve, Stefaan Marysse, Jean-Philippe Platteau, Toon Vandeveldel, Johan Bastiaensen, Jos Vaessen et deux évaluateurs anonymes pour leurs commentaires au cours de la rédaction de cet article.

† Tom De Herdt est actuellement chargé de cours à l'Institut de politique et de gestion du développement de l'Université d'Anvers en Belgique et lié à la Fondation universitaire pour la coopération au développement, également à l'Université d'Anvers. Il enseigne en techniques d'évaluation qualitatives et en économie politique de la pauvreté. Il s'intéresse surtout aux aspects institutionnels du développement local dans le contexte d'un État mou. Il a publié surtout sur la République démocratique du Congo, entre autres dans *Cahiers africains*, *Review of African Political Economy* et *Development and Change*. Vous pouvez communiquer avec l'auteur à l'adresse suivante : <tom.deherdt@ua.ac.be>

sont confrontées aux problèmes de *sélection adverse* et de *risque moral*. Dans le premier cas, des non-pauvres dissimulent l'information en fonction des critères de ciblage, en vue d'accéder à l'aide. Dans le deuxième cas, les bénéficiaires adaptent leur comportement de façon à ne pas être rejetés de l'aide (Sen 1997). Sans une réponse satisfaisante à ces deux problèmes, l'intervention risque d'enfermer les pauvres dans le cercle vicieux de la dépendance.

Dans cet article, nous voudrions approfondir cette perspective en étudiant la capacité d'action et l'espace de négociation réels des (présomés) « pauvres » au sein d'un projet concret, en nous inspirant de certaines approches récentes proposées par la sociologie du développement (Elwert et Bierschenk 1988; Bierschenk et Olivier de Sardan 1997; Foudriat, Donovan et Rivera 2000; Mosse 2001; Long 2001; Bastiaensen et al. 2002). Norman Long (2001), par exemple, propose d'analyser une intervention ciblée comme une interface sociale concrète dans laquelle les « univers de vie » (*lifeworlds*)¹ des différents acteurs s'entrecroisent. Long argumente qu'une telle analyse « permet de prendre en compte les "réalités multiples" des projets de développement (c'est-à-dire les différents sens et interprétations des moyens et des buts attribués par les différents acteurs), tout comme les luttes qui résultent des perceptions et des différentes attentes » (2001, p. 72, traduction de l'auteur). Plus particulièrement, l'analyse part de l'idée que les intervenants extérieurs devraient saisir le comportement des bénéficiaires d'une intervention en l'approchant comme « un ensemble de techniques de captation des ressources et d'établissement des relations avec des personnes externes, techniques permettant d'éviter le piège de l'enfermement dans les visions de l'extérieur sur la résolution de leurs problèmes » (2001, p. 87, traduction de l'auteur).

C'est cette approche que nous avons suivie pour analyser un programme d'aide d'urgence à Kinshasa, capitale de la République Démocratique du Congo, en essayant de faire valoir les points de vue et les actions des bénéficiaires, des bénéficiaires potentiels, du personnel local travaillant dans les centres de santé et des experts de Médecins Sans Frontières (MSF) qui passaient de temps en temps sur les lieux. Nous étudierons donc le programme d'aide alimentaire aux enfants mal nourris, organisé par l'ONG belge MSF entre juin 1992 et août 1995 à Kinshasa, au centre de santé de la commune de Matete. Les données que nous utilisons proviennent de sources différentes. D'abord, nous avons eu accès à plusieurs évaluations, enquêtes nutritionnelles et rapports de missions des archives du bureau de MSF à Bruxelles. Ensuite, nous avons pu utiliser des enquêtes et des interviews que nous avons menées dans une commune spécifique de Kinshasa dans un autre cadre de recherche (Luzolele et De Herdt 1999). Nous avons organisé une enquête budgétaire et anthropométrique dans cette zone, en premier lieu auprès d'un échantillon représentatif et en deuxième lieu auprès des ménages touchés par le programme nutritionnel. Ces données ont été complétées par des entretiens semi-directifs auprès des ménages que nous avons identifiés comme pauvres, sur le plan des revenus, à partir des résultats de l'enquête. Finalement, des entretiens auprès des informateurs privilégiés travaillant sur le terrain et dans les centres de décision constituent une troisième, et peut-être la plus importante source d'information.

L'analyse est organisée comme suit : nous décrivons d'abord le programme à partir des textes et des critères d'évaluation des organisateurs et nous analysons le rôle clé joué par le personnel local qui s'occupe de l'organisation et du suivi du programme dans les centres de santé. Ensuite, nous essayons d'identifier les problèmes de cette intervention à partir de leur lecture des faits. Puis, nous essayons

1. Norman Long (2001) définit ainsi le terme *lifeworlds* : « Les univers de vie (*lifeworlds*) sont des mondes sociaux "habités" et grandement "tenus pour acquis" par des individus particuliers. » (Long, traduction de l'auteur, p. 241).

de reconstruire la lecture des faits des bénéficiaires – potentiels, légitimes et réels – du programme. Ceci nous donne une idée de la dynamique de l'intervention. Dans l'avant-dernière section, nous essayons de lier cette lecture à la fois à la réalité observable et aux intérêts en présence. La dernière partie tire les conclusions.

I. LE PROGRAMME D'AIDE NUTRITIONNELLE DE MSF

Les programmes ciblés sur les pauvres se basent, de manière implicite ou explicite, sur une théorie qui désigne (1) qui peut être défini comme pauvre, (2) comment on peut reconnaître les pauvres et (3) comment on peut résoudre le problème de leur pauvreté. Dans le présent cas, est défini comme pauvre un ménage hébergeant au moins un enfant de moins de cinq ans qui souffre de malnutrition aiguë. Un enfant souffrant de malnutrition aiguë pèse moins de 75 % du poids moyen d'un enfant du même sexe et de même taille, et/ou porte des signes cliniques de malnutrition (œdèmes, kwashiorkor). Bien que le programme prévoie également une aide spécifique pour l'enfant mal nourri, il est également apparu essentiel de distribuer une *ration sèche* (maïs, haricots, farine, etc.) aux ménages hébergeant ces enfants. On suppose que c'est le déficit alimentaire au sein de ces ménages qui a provoqué la malnutrition, et que tant qu'on ne peut pas résoudre le problème à ce niveau-là, une aide spécifique à l'enfant mal nourri ne suffit pas à le guérir. Notons encore que le coût total de cette aide par ménage a été considérable : il se chiffre à environ 200 \$US par an (Vanderhaegen 1998), ou encore, l'équivalent des dépenses alimentaires d'une personne moyenne habitant Kinshasa.

Une telle subvention n'est justifiable que si le problème du revenu ménager est causé par des facteurs temporaires et hors du contrôle des membres du ménage. En d'autres termes, le groupe ciblé (c'est-à-dire le groupe de ménages vers lesquels le programme veut s'orienter) ne comprend pas tous les ménages hébergeant un enfant souffrant de malnutrition aiguë, les victimes d'une pauvreté structurelle sont exclus. Les gestionnaires du programme supposaient qu'environ 5 % des ménages kinois sont des *cas sociaux*, une catégorie de ménages qui tend à percevoir « l'aide alimentaire d'urgence comme une forme d'aide à long terme » et qui « existait avant et existera toujours, puisqu'il est difficile de changer les causes de leur pauvreté et de leur malnutrition » (MSF-Belgium 1995, p. 4). En revanche, l'aide de MSF était destinée aux *pauvres temporaires*, aux ménages qui ne peuvent pas garantir la sécurité alimentaire de leurs membres à cause de raisons temporaires, liées au chaos économique et politique qui régnait à Kinshasa à cette époque. Notons que l'option de se limiter au ciblage de ce groupe spécifique est centrale dans la politique de MSF ; c'est seulement le drame humanitaire exceptionnel qui rend légitime une action dont la logique est contraire aux pratiques quotidiennes (Boltanski 1993). Nous allons revenir sur cet argument.

Le tableau 1 présente les indicateurs les plus importants de la performance du programme d'aide alimentaire d'urgence et les seuils de performance spécifiés par l'ONG au début du programme. Pendant la première année d'opération, seul l'indicateur du pourcentage d'enfants guéris dépassait le seuil minimal de performance de 70 %. Par contre, 17 % des enfants abandonnaient le centre avant d'être guéris : ce pourcentage dépasse le seuil maximum de 7 %. En plus, 7 % des enfants (soit 2 % de trop, par rapport au seuil fixé) sont morts au cours de leur prise en charge. Ces indicateurs se sont encore fortement détériorés par après.

Dans le tableau 1, nous avons également inclus le pourcentage d'enfants « transférés ou renvoyés avant d'être guéris » : il s'agit d'une catégorie d'enfants transférés vers un autre centre ou vers un hôpital, ou d'enfants renvoyés par le personnel local, plus particulièrement pour des raisons de corruption ou de forts indices à cet effet. On pouvait, par exemple, avoir découvert que la personne s'occupant de l'enfant se présentait dans deux centres de santé, ou qu'elle maintenait l'enfant mal

Tableau 1. Indicateurs de performance du programme d'aide alimentaire d'urgence, Kinshasa, 1992-1995

	Performance du programme			Seuils de performance
	Année 1	Année 2	Année 3	
Nombre d'enfants participant au programme	3 425	3 967	3 045	cf. tableau 2
Sur ceux qui ont quitté le programme,				
% guéris	73,6 %	57,4 %	58,2 %	>70 %
% abandonnés	16,8 %	24,3 %	15,5 %	<10 %
% décédés	7,3 %	7,9 %	10,0 %	<5 %
% transférés ou renvoyés	2,3 %	10,5 %	16,3 %	
Durée moyenne de séjour (pour enfants guéris)			100 jours	<91 jours
% cas sévères/nouveaux cas			61,7 %	

Source : archives MSF.

nourri afin d'obtenir la ration sèche. De toute façon, les indications de corruption vont beaucoup plus loin que les histoires concrètes détectées par le personnel des centres de santé. Les formulaires utilisés dans les centres pour le suivi des enfants ne prévoient qu'une prise en charge maximale de 13 semaines (91 jours). Or, dans beaucoup de cas, cette durée maximale a été facilement dépassée. En effet, dans le souci d'obtenir plus d'informations sur ce problème, MSF a commencé à calculer la durée moyenne de séjour des enfants guéris à partir de juillet 1994. Apparemment, cette durée se chiffre à environ 100 jours. Ainsi, les agents des centres de santé étaient constamment confrontés au problème de non-récupération dans les délais prévus. Pourquoi les enfants ne pouvaient-ils pas récupérer ? La malnutrition n'était-elle pas, dans ces cas, un problème de négligence des parents plutôt qu'un problème de manque de ressources alimentaires (Vanrie 1994, p. 4) ? Nous reviendrons sur ce phénomène ci-après.

La dernière variable du tableau 1 présente une donnée impressionnante : près des deux tiers des enfants assistés par le programme étaient considérés comme *sévèrement mal nourris*. Ils portaient déjà des signes cliniques de malnutrition, comme des œdèmes, le kwashiorkor, etc. Ces enfants devaient en fait être hospitalisés pour permettre un contrôle de leur situation 24 heures sur 24. En un sens, cet indicateur nous informe partiellement sur le groupe des bénéficiaires *potentiels* que l'on n'a pas pu atteindre : il s'agissait, en partie, d'enfants qui allaient venir, mais qui allaient venir trop tard. L'information présentée dans le tableau 2 nous permet de comparer le nombre d'enfants *réellement* assistés avec la population cible *potentielle*.

Bien entendu, il faut considérer les données de ce tableau à titre indicatif. D'abord, il y a de légères différences dans la définition de la malnutrition entre les deux séries de données². Ensuite, elles surestiment le nombre d'enfants participant au programme dans la mesure où des enfants sont enregistrés dans deux centres en même temps. On a tenté de remédier au problème en acceptant seulement les enfants de la zone de santé de chaque centre (à partir d'octobre 1994) (Vanrie 1994,

2. L'enquête représentative au niveau de Kinshasa considère comme mal nourri tout enfant avec un poids en-dessous de deux écarts-types de l'enfant moyen. Dans la littérature, on considère que le critère de 75 % du médian est moins exact, mais plus connu que le premier critère. Étant donné qu'on peut compter que un écart-type équivaut plus ou moins à 10-11 % (Mosley et Chen 1984), le critère de deux écarts-types est un peu plus tolérant que le critère de 75 %. Cependant, les enfants encadrés par le réseau MSF se trouvent en-dessous de 85 % (critère de sortie). Notre estimation du nombre de mal nourris peut donc être considérée comme très minimale.

Tableau 2. Population traitée et potentielle du programme d'aide alimentaire d'urgence, Kinshasa, 1992-1995

Année-mois	Nombre de cas traités dans les centres soutenus par MSF	% d'enfants souffrant de malnutrition aiguë à Kinshasa (échantillon représentatif)	Nombre d'enfants souffrant de malnutrition aiguë à Kinshasa	% traités/mal nourris
1992-09	2 873	5,1 %	37 679	8 %
1993-03	3 712	8,9 %	69 145	5 %
1993-09	3 538	4,6 %	35 738	10 %
1994-03	4 080	10,7 %	86 667	5 %
1994-09	4 034	7,5 %	60 748	7 %
1995-04	2 689	5,9 %	49 985	5 %

Source : archives MSF et données démographiques de Ngondo et al. (1993).

p. 2). Cependant, quelques mois plus tard, il s'avérait que cette politique n'avait pas été réellement appliquée (Vautier 1995, p. 8).

Quoiqu'il en soit, la leçon principale de ce tableau est évidente : le programme nutritionnel ne paraît atteindre qu'une petite minorité de la population cible. MSF reconnaissait le « problème » de la diminution de la population cible, car l'objectif visé était au minimum de 5 000 enfants³. On répondait avec des stratégies diverses. Une des solutions envisagées avait été l'intégration de nouveaux centres dans le réseau. Les premiers pas dans cette direction furent esquissés au mois de février 1995 (Eygenraam 1995). Ensuite, on décida de rendre visite aux familles qui avaient abandonné. En plus, on décida de changer la politique intérieure vis-à-vis des soi-disant mères *négligentes*. Désormais, on ne pouvait plus refuser les mères (et leurs enfants) simplement parce qu'on les soupçonnait de maintenir leurs enfants en état de malnutrition afin d'obtenir l'aide alimentaire. Deguerry (un expert externe) défendait cette option avec deux arguments : d'abord, il se peut qu'un enfant souffre de malnutrition aiguë pendant une période relativement longue parce que celle-ci est causée par une pathologie sous-jacente (SIDA, tuberculose, etc.). Deuxièmement, soutient-il, les mères ne contraignent pas leurs enfants à la malnutrition simplement pour obtenir une aide alimentaire : leur stratégie de survie est à considérer comme le résultat d'une situation socio-économique catastrophique, et donc il n'est pas approprié de les exclure pour raison de mauvaise foi (Deguerry 1995, 7-9).

Comme on peut l'observer dans le tableau 1, ces actions ont contribué à diminuer fortement le pourcentage d'abandon. Mais puisqu'il s'agit également des cas les plus difficiles, on peut supposer en même temps que la récupération des abandons se répercute également dans la baisse du pourcentage des guérisons, l'augmentation du pourcentage des décès et l'augmentation du pourcentage des *cas sévères*. En même temps, on ne semble pas avoir réussi à restreindre la catégorie des enfants *transférés et renvoyés*. Autrement dit, le programme semble avoir été confronté, vers la troisième année de son existence, au dilemme entre efficacité d'un côté et tentative de toucher toute la population ciblée de l'autre. Dans l'impossibilité de résoudre ce dilemme, MSF décide de cesser son soutien au programme. Vers la mi-1995, on juge que le programme touche surtout les *cas sociaux*, et, par conséquent, MSF décide de se retirer de Kinshasa.

3. Pour des observateurs externes et les économistes, le « problème » serait qu'une amélioration de la situation générale à partir de 1994 était difficile à croire, étant donné que la croissance économique était estimée à -14 % pour cette année-là (De Herdt et Marysse 1997).

II. LE DISCOURS SUR LE PIÈGE DE LA PAUVRETÉ

Revenons un peu en arrière, en essayant de déduire certaines conséquences de la lecture des faits par MSF et par le personnel local travaillant dans les centres de santé. L'argument suivant, avancé par l'une des collaboratrices de MSF (et, par extension, par les organisateurs de tout programme d'aide alimentaire d'urgence), peut servir de point d'ancrage :

Si l'on considère que les *supplementary feeding programmes* [programmes d'aide nutritionnelle] se basent sur un contrat tacite entre les familles des bénéficiaires et les centres, contrat stipulant que les centres s'engagent à suivre chaque enfant et à lui procurer de la nourriture régulièrement en contrepartie de quoi les familles s'engagent à participer régulièrement et à faire un effort pour que leur enfant guérisse vite (nourrir un enfant mal nourri demande du temps et de la patience), il est fort compréhensible, dans le cas de familles marginalisées, que ce contrat tacite devienne caduc (Vautier 1995, p. 4).

Les organisateurs du programme reconnaissent ici que l'on manque de moyens pour bien cibler ceux qui à la fois (1) ont besoin de l'aide et (2) respectent le *contrat tacite*. Cette lecture met l'accent sur le problème du *risque moral*, au moins pour une certaine catégorie de personnes. Une telle préoccupation pour la « bonne utilisation » des ressources par le personnel qui met en œuvre les programmes ciblés est bien connue : les acteurs du terrain mesurent la performance d'un programme plus par son impact sur la population qu'ils encadrent que par un impact plus général (Kumar et Stewart 1992, p. 278). Par conséquent, ils rassemblent l'information plutôt en fonction de l'efficacité *locale* qu'en fonction de l'efficacité *globale* du programme (Elster, 1992). En plus, dans le cas du programme d'aide d'urgence à Kinshasa, il y a aussi des indications assez fiables qu'une bonne partie des gens semble en effet opter pour la négligence, une fois qu'ils ont signé le *contrat tacite* : la période *moyenne* de traitement ne dépasserait jamais les 91 jours si le contrat était respecté. Cet indicateur semble donc révéler de manière indiscutable que les bénéficiaires du programme sont tombés dans le fameux piège de la pauvreté.

Notons encore que, dans les rapports de MSF, la différence dans le comportement (négligent ou soignant) est liée à la différence entre les ménages temporairement en difficulté et les ménages marginalisés. Ce lien n'est ni empiriquement ni théoriquement fondé, mais simplement considéré comme allant de soi : Vautier (ci-dessus) décrit ce lien comme « fort compréhensible », sans plus de spécification. Une autre employée de MSF formulait le raisonnement des *cas sociaux* comme suit : « Dans ces circonstances, je ferais la même chose : maintenir mes enfants juste au-dessous du seuil de 85 %, et alors être capable d'alimenter les quatre autres sans trop de difficultés. »

Cependant, il est important de signaler des faits qui ne cadrent pas, sinon difficilement, avec le modèle théorique. D'abord, il est difficile de comprendre pourquoi le poids des mal nourris sévères dans les nouveaux cas était si élevé. Cette évidence suggère que la négligence serait plutôt non-stratégique : pourquoi attendre si longtemps, si un poids en-dessous de 75 % de la moyenne est suffisant pour obtenir la ration sèche ? Ensuite, comme le montre le tableau 2, les centres nutritionnels financés par MSF n'ont jamais couvert plus de 10 % de la population potentielle. Il faut rappeler ici que, virtuellement, tous les centres nutritionnels encadrés par MSF étaient capables d'offrir une ration sèche considérable. De surcroît, la ration contenait également un sac de haricots. Comme ceux-ci proviennent de la région du Kivu, ils doivent être transportés par avion, ce qui les rend très chers sur le marché de Kinshasa. Mais pourquoi donc les *cas sociaux* n'optent-ils pas massivement pour incorporer la ration sèche offerte par MSF dans leurs stratégies de survie ? Pourquoi sont-ils si

Tableau 3. Caractéristiques de bien-être des différents types de ménages à Matete (Kinshasa)

	Ménages Échantillon représentatif		Ménages avec enfants traités dans le centre (3)	Analyse ANOVA			
	Avec enfants bien nourris (1)	Avec enfants mal nourris (2)		Valeur F	Analyse post-hoc ^{oo} : Différence moyenne entre (1) et (2) et (1) et (3) et (2) et (3)		
Nombre de cas	64	10	21				
Dépenses alimentaires par équivalent/adulte (US\$ par an)	282	146	191	2,85*	136*	91*	-45
Dépenses totales ^o par équivalent-adulte (US\$ par an)	700	414	428	4,79**	286**	272**	-14
% dépenses alimentaires/dépenses totales réelles	62 %	65 %	71 %	2,66*	-0,03	-0,09*	-0,06

^o Inclut le loyer imputé aux propriétaires de maisons.

^{oo} Le test des différences les moins significatives si l'hypothèse de l'homogénéité dans les variances peut être retenue, et le test T2 de Tamhane si cette hypothèse n'a pas pu être retenue. L'hypothèse de l'homogénéité des variances a été testée avec le test de Levene.

*p<.1 **p<.05

Source : enquêtes propres

irrationnels ? Et pourquoi est-ce un « problème » pour MSF de dépister des cas de malnutrition, dans une période où ils n'encadrent effectivement que 5 % du groupe cible potentiel (voir note 2) ?

Finalement, il y a peu d'indications d'une corrélation entre la participation au programme nutritionnel et les indices de *marginalité*. Dans le tableau 3, nous comparons le bien-être des ménages de la commune de Matete avec des enfants qui sont traités par le centre, avec la situation des ménages avec des enfants qui ne sont pas assistés par le centre (échantillon représentatif). Dans ce dernier groupe, nous pouvons distinguer les ménages dont aucun enfant âgé entre 6 et 59 mois n'était mal nourri, et les ménages dont au moins un enfant de la même catégorie d'âge était mal nourri.

À partir de la durée moyenne de séjour, nous savons que les enfants qui sont traités par le programme devraient être aussi relativement plus négligés à la maison – un problème qui serait causé par la marginalité de leur famille. Or, aucun des trois indicateurs de pauvreté/bien-être n'a été capable de détecter une différence significative entre le groupe de ménages dont un enfant était assisté par l'intervention et les autres ménages, bien que chaque indicateur permette de distinguer les ménages ayant un enfant mal nourri des autres ménages. Ces données ne confirment donc pas l'idée que la négligence est une réaction typique d'une famille marginalisée.

III. UNE DISCONTINUITÉ COGNITIVE

Norman Long définit une interface sociale comme un point d'intersection entre deux univers de vie (*lifeworlds*). De tels univers de vie peuvent d'abord être identifiés par les différentes manières dont ils perçoivent le monde et par le discours qu'ils emploient. En s'inspirant de Foucault (1972), Long propose de considérer l'analyse du discours des différents acteurs comme un point d'entrée dans leur univers de vie puisque « le discours cadre notre compréhension des expériences de vie en nous offrant des représentations de la réalité ... et en formant ou constituant ce que nous pensons être les objets, les personnes et les événements significatifs essentiels de notre monde » (2001, traduction de

l'auteur, p. 52). Si la rationalité des acteurs doit être comprise en partant de l'acteur même, il est nécessaire d'obtenir une idée du discours qu'il véhicule.

En analysant les représentations de la malnutrition employées par les habitants de Kinshasa, une première observation émerge : il n'est pas du tout évident de *détecter* le problème de la malnutrition. Tout d'abord, il est possible que la mère – ou l'adulte responsable⁴ – ne *voie* pas les symptômes de la malnutrition. L'enfant peut par exemple être considéré comme maigre simplement parce que ses parents sont également maigres.

Ensuite, il est aussi probable que les symptômes de malnutrition ne soient pas perçus comme problématiques, et qu'il n'est donc pas nécessaire de fréquenter un centre nutritionnel. Notons sur ce point que la relation entre les symptômes et le diagnostic de la malnutrition n'est pas facile à identifier. Dans la plupart des cas, la cause immédiate de malnutrition aiguë est une maladie (comme la diarrhée), ce n'est pas la malnutrition *en soi*. Le problème est compliqué par le fait que d'autres enfants auxquels on donne plus ou moins la même ration ne vont pas nécessairement développer les mêmes symptômes. D'ailleurs, la quantité consommée compte moins que la variation, et plus généralement, la qualité de l'alimentation. L'expérience de tous les jours n'est donc pas très utile pour valider la relation entre une déficience alimentaire et des symptômes de malnutrition⁵. Par conséquent, une lecture tout à fait différente des mêmes symptômes devient possible.

Finalement, une fois la malnutrition problématisée, il y reste encore tout un répertoire alternatif d'explications des symptômes. Nous pouvons nous référer ici aux causes dites traditionnelles de la malnutrition; parfois, par exemple on attribue les symptômes au fait que les enfants sont devenus victimes de la sorcellerie, du *mauvais œil* exercé par un des membres de la famille (étendue). Si une personne tombe malade sans qu'il y ait une cause raisonnable immédiate, la sorcellerie offre une possibilité d'explication presque toujours examinée : un membre de la famille étendue pourrait avoir sucé le sang de l'enfant, comme vengeance d'une injustice (imaginée ou non) subie à une autre occasion⁶. Bien entendu, la sorcellerie peut être considérée comme une des causes possibles, et il n'est pas évident que ce diagnostic soit maintenu. La malnutrition peut également être invoquée afin d'accuser un autre membre de la famille de sorcellerie. En tout état de cause, dans tous ces cas, la malnutrition a été attribuée à une transgression de certaines normes sociales⁷. Il y a également des stratégies à suivre afin de réparer la cause ultime et ainsi, faire disparaître les symptômes de la malnutrition. Une des possibilités, pour déterminer et réparer la cause, est de contacter un guérisseur, qui peut donner à l'enfant un antidote pour le protéger contre les forces malignes.

Notons ici aussi qu'il est difficile d'invalider la lecture des symptômes de la malnutrition comme effet de la sorcellerie *en principe*. D'abord, il est à souligner que la sorcellerie est généralement acceptée comme une des causes possibles du mal (de St.-Moulin 1995). Ensuite, la sorcellerie pourrait être qualifiée comme une croyance qui ne peut *pas* être validée à travers une confrontation avec le monde

4. Il est sans doute culturellement correct de supposer que la mère se sent la principale responsable dans le domaine de l'alimentation des enfants. Cet argument sera d'ailleurs développé en détail plus loin, même si par cette présentation des faits nous risquons, sans le vouloir, reproduire une situation qui semble excuser la responsabilité des hommes.

5. La relation entre ces deux facteurs pourrait être appelée, dans le vocabulaire de Boudon, une croyance de type II : elle *peut* être validée, mais on n'a pas fait cette validation dans la pratique (Boudon, 1997, p. 125).

6. Nous pouvons par exemple mentionner l'histoire, contée par un interviewé, d'un enfant qui habitait avec son père, après le divorce de ses parents. Après que la deuxième épouse de son papa l'eut accusé d'avoir été ensorcelé par sa maman afin qu'il « tue » son papa, l'enfant décidait de s'enfuir de la maison (Luzolele et De Herdt 1999, p. 59).

7. De manière similaire, chez les Bamiléké du Cameroun, un enfant présentant des signes de malnutrition (gros ventre, œdèmes) est un signe que sa mère a souillé une source d'eau à boire, et pourra être négligé parce qu'on pense que sa mère a commis une faute lourde vis-à-vis de la société (commentaire fait par C.S. Abega).

réel (Boudon 1997). On suppose que ces pratiques sont typiquement effectuées derrière le dos, ou, pour utiliser le discours kinois sur la sorcellerie, *pendant la nuit*. Finalement, des faux diagnostics ne sont pas nécessairement traités d'une fausse manière. Même l'interprétation de la maladie en termes de sorcellerie n'implique pas que l'enfant ne sera pas guéri. Beaucoup d'antidotes, donnés par des guérisseurs, ont en effet une valeur nutritionnelle élevée. Notons par exemple le concentré à base de fruits rouges, qui est sensé remplacer le sang sucé par le sorcier.

En conclusion, dans l'esprit des Kinois, il peut y avoir beaucoup de lectures alternatives des mêmes symptômes de la malnutrition, à part le diagnostic de carence d'intrants nutritifs. Cette conclusion nous permet de formuler l'hypothèse qu'il est possible que les enfants arrivent (si déjà ils y arrivent) *trop tard* au centre nutritionnel puisque ces interprétations alternatives ont, pour une raison ou une autre, la priorité, et ceci de manière systématique. Le problème n'est pas tant que des interprétations alternatives des symptômes de malnutrition sont *en principe* moins probables mais plutôt qu'on donne systématiquement la priorité à ces alternatives, par rapport à l'explication de déficience alimentaire. Comparons notre argument avec celui des algorithmes des informaticiens : le problème n'est pas tant que la liste des interprétations alternatives est trop longue, c'est plutôt que dans l'algorithme utilisé pour tester la pertinence de chacune d'elles, l'hypothèse de la déficience alimentaire est probablement mise à la dernière place, quand l'état nutritionnel de l'enfant est déjà trop fortement détérioré.

Cette hypothèse se confirme dans le fait que les parents auront souvent déjà rendu visite à un guérisseur avant de venir au centre, et plus généralement, ils auront déjà testé, selon eux, la cause profonde des symptômes de malnutrition (Monganza 1997). Ceci peut expliquer pourquoi les parents ne considèrent pas l'alimentation offerte au centre nutritionnel comme normale : les mères protestent parfois en effet que « ils doivent avoir mis des médicaments dans leur farine », puisque « pourquoi est-ce que mon enfant guérirait en mangeant votre farine tandis qu'il est devenu malade en mangeant la mienne ? »⁸. Dans ce sens, le centre nutritionnel est devenu un nouveau type de guérisseur, un « *guérisseur de dernière instance* », mais sans pour autant être capable de guérir les causes plus profondes des symptômes, c'est-à-dire de réparer le tissu social autour de l'enfant.

IV. DISCOURS ET ARÈNES SOCIALES

En traçant les sources des cognitions et du discours véhiculés par les acteurs, Long se concentre en premier lieu sur les possibilités de validation éventuelles. Cependant, il ajoute immédiatement qu'il est impossible d'analyser le discours indépendamment du contexte social – ou de l'arène sociale dans laquelle il est véhiculé. Se référant à Olivier de Sardan (1995), il définit l'arène comme « un espace social ou local où des acteurs différents se confrontent l'un à l'autre, où ils mobilisent des relations sociales, et investissent des moyens discursifs et culturels en général en fonction de buts concrets » (Long 2001, traduction de l'auteur, p. 59). En d'autres termes, l'utilisation d'un certain discours ne dépend pas seulement de la capacité des acteurs à lire la réalité, il est au moins aussi important parce qu'il permet de se positionner dans des arènes sociales concrètes. Ci-dessus, nous avons déjà vu que les représentations locales de la malnutrition pourraient survivre au test de la réalité – même si, et d'autant plus parce qu'il s'agit en partie des représentations qui sont impossibles à valider. L'étape suivante, dans notre analyse du programme d'aide alimentaire d'urgence, serait alors de chercher à

8. Personne interviewée par Marie-Pauline Monganza (communication personnelle).

valider l'hypothèse selon laquelle l'explication de la déficience alimentaire est reportée au maximum parce que dans un sens c'est la lecture *la moins intéressante* des faits, vu le contexte social dans lequel cette lecture est faite : l'arène sociale du ménage, et plus spécifiquement l'enjeu de l'alimentation des enfants du ménage. Pour obtenir une idée de ces éléments, nous avons pu consulter le travail intéressant fait par Monganza au sujet des représentations sociales de la malnutrition dans la zone urbaine de Kingabwa (Monganza 1997). Ensuite, notre équipe a pu mener des interviews auprès des chefs des ménages que nous avons identifiés comme *pauvres en revenus* sur la base des informations contenues dans les enquêtes représentatives que nous allons analyser dans le paragraphe qui suit.

En premier lieu, il faut attirer l'attention sur des expressions fréquemment utilisées comme « nous mangeons par horoscope » ou « nous mangeons par miracle ». Dans la presse, ces expressions sont parfois interprétées comme des signaux de crise et de détresse, mais on peut également les citer pour mettre l'accent sur les bases religieuses d'une bonne santé : quelqu'un est capable d'être en bonne santé et de manger suffisamment s'il est béni par le ciel. En revanche, si la survie est vue comme un miracle, l'absence de survie ou le déficit de santé ou de nourriture sont interprétés en premier lieu comme un conflit avec les dieux, et, par inférence comme une punition pour une transgression. Notons que « manger par miracle » n'implique pas que le Kinois se considère comme impuissant ou même irresponsable vis-à-vis des forces surnaturelles qui déterminent son destin. Les forces surnaturelles ne sont pas des forces arbitraires (De Villers 1992), bien qu'on leur attribue une liberté d'agir. Par conséquent, on doit lire dans cette expression la reconnaissance de l'illusion de pouvoir contrôler tout soi-même, d'être autosuffisant. Il s'en suit une incitation à prendre *plus* de responsabilités sociales, en respectant *plus* les normes.

En deuxième lieu, l'alimentation des enfants, c'est de la responsabilité de leurs mères. Écoutons une maman, interviewée par Monganza dans le quartier urbain de Kingabwa :

Moi je ne suis pas du tout contente quand je vois un enfant de l'étoile, cela m'énerve. Dans mon cœur ça ne me réjouit pas, parce que ce n'est pas bien, pas du tout. C'est la faute aux parents, surtout à la mère, car une mère doit veiller à la santé de ses enfants, si on accepte d'accoucher, on doit prendre ses responsabilités en mains. C'est ainsi que je comprends tout à fait les voisins qui empêchent leurs enfants de jouer avec les enfants de l'étoile, voire de les approcher. De toutes façons, c'est une maladie honteuse, la mère est très consciente de ce qu'elle a fait, c'est le déshonneur de toute la famille. On injurie, on critique toute la famille, on la qualifie de pauvre. Nous en avons vraiment peur, comme c'est contagieux, et nos enfants ? » (Monganza 1997, p. 80).

Notons que le nom *enfants de l'étoile* est spécifique pour Kingabwa : les premiers missionnaires avaient nommé leur centre de santé *L'Étoile*, jouant sur l'association entre ce qui saute aux yeux et un état de santé qui doit être surveillé. Par contre, les gens eux-mêmes semblent associer ce qui saute aux yeux plutôt avec un état de santé qui suggère l'irresponsabilité et la négligence (Monganza 1997, p. 79). Dans ce cas-ci, l'état nutritionnel de l'enfant stigmatise toute sa famille et particulièrement la mère. Curieusement, la maladie est même vue comme contagieuse.

En troisième lieu, différents interviewés exprimaient leur réticence à aller demander, mendier la nourriture :

Nous n'aimons pas aller demander chez des gens parce que demain on va dire « il est venu demander ici. » Si à la prochaine visite, vous, vous allez pour autre chose, on va seulement penser que vous revenez demander de l'argent ; c'est pourquoi nous ne faisons pas cela ;

Tableau 4. Caractéristiques des enfants et des ménages à Matete (Kinshasa)

	Ménages Échantillon représentatif		Ménages avec enfants traités dans le centre (3)	Analyse ANOVA	Analyse post-hoc ^{oo} : Différence moyenne entre		
	Avec enfants bien nourris (1)	Avec enfants mal nourris (2)			Valeur F	(1) et (2)	(1) et (3)
Nombre de membres/ménage ^o	10,4	14,8	14,1	6,15‡	-4,4†	-3,8‡	0,61
% de la famille élargie	34 %	35 %	33 %	0,02	-0,005	0,01	0,02
% de la génération du chef de ménage, ou plus âgé	18 %	3 %	2 %	6,54‡	0,15‡	0,16‡	0,007
% d'enfants entre 0-6 ans	22 %	20 %	28 %	2,79*	0,02	-0,06†	-0,08*
dont % enfants du chef	60 %	23 %	27 %	6,26‡	0,37*	0,34‡	-0,04
% (arrière-) petits-enfants	32 %	77 %	73 %	9,84‡	-0,45‡	-0,41‡	0,04
% autres famille élargie	8 %	0 %	0 %	1,52	0,08†	0,08†	-
% enfants dont le père est absent.	34 %	50 %	59 %	2,86*	-0,16	-0,26†	-0,09

^o Les pourcentages sont des pourcentages moyens.

^{oo} Le test des différences les moins significatives si l'hypothèse de l'homogénéité dans les variances peut être retenue, et le test T2 de Tamhane si cette hypothèse n'a pas pu être retenue. L'hypothèse de l'homogénéité des variances a été testé avec le test de Levene.

*p<.1 †p<.05 ‡p<.001

Source : enquêtes propres

exposer les problèmes de la vie quotidienne, des besoins fondamentaux, l'extérieur du toit est presque tabou ; demander de l'aide pour un besoin quotidien devient une honte et cela détruit les relations (Luzolele et De Herdt 1999, p. 58).

L'argument de l'interviewé n'est pas tellement qu'une bonne relation doit être réciproque et les dons échangés, encore moins qu'il doit y avoir un équilibre de dons et contre-dons. L'argument est plutôt qu'un don n'est plus un don quand il n'est plus fait en toute liberté, et c'est cette liberté qui est bousculée quand on supplie pour les biens quotidiens. Par conséquent, la relation de confiance est détruite puisque le caractère instrumental de la relation a été dévoilé. À partir de ce moment-là, un doute s'installe, ce qui fait que chaque essai de la ramener vers une relation intrinsèquement importante est voué à l'échec. Dans le même ordre d'idées, les Kinois décrivent le pauvre comme celui qui est « seul » dans ce monde : « Mobola [pauvre], c'est une personne qui n'a pas de parents ; celui aussi qui manque de nourriture est un pauvre parce que s'il ne mange pas c'est qu'il n'a personne pour lui donner à manger » (Luzolele et De Herdt 1999, p. 63).

Bien entendu, le tabou sur la mendicité est plutôt restreint aux biens quotidiens, notamment dans le domaine de l'alimentation; il n'est pas défendu par exemple de demander du minerval ou pour des dépenses de santé. Bien que nous n'ayons pas fouillé ce sujet plus profondément, ce tabou peut probablement être compris dans le contexte d'une société agricole et sous-peuplée. Dans un tel contexte, l'accès à l'alimentation pourrait être considéré comme fonction de l'effort fait pour travailler la terre. En revanche, la déficience alimentaire signale la paresse.

Tous ces éléments nous amènent à conclure que si une personne « ne mange pas c'est qu'elle n'a personne pour lui donner à manger », et adhérer à un programme d'aide d'urgence équivaut à admettre qu'on a manqué, non seulement matériellement mais surtout dans son rôle social de mère d'enfants. Une animatrice du centre de santé à Kisenso le disait ainsi : « Nous rencontrons beaucoup de ces cas ; certaines personnes si elles n'ont pas d'argent, même si la sœur [directrice du centre] peut

les aider avec la vente du maïs, elles n'ont pas le courage de se présenter chez la sœur pour se faire soigner ; certains enfants meurent (à cause de la honte des parents) » (De Herdt et Luzolele 1999, p. 60). Participer à un programme d'aide alimentaire est nécessairement un signe visible de pauvreté. Qui voudrait admettre publiquement et même à soi-même qu'elle n'a pas été capable de nourrir ses enfants ?

Finalement, on peut supposer que la honte disparaîtra au moment où on pourra attribuer la malnutrition de l'enfant au comportement irresponsable d'autres personnes, ou à l'enfant lui-même. Si par exemple on peut se convaincre soi-même que l'enfant a été ensorcelé, et donc déjà socialement mort, on se sentira moins coupable. Aller au centre nutritionnel avec un tel enfant pourra être interprété, dans ce cas, comme un acte humanitaire. D'autres types d'enfants mal nourris peuvent bénéficier d'un traitement similaire. Dans ce contexte, une des expressions à retenir est *mwana na mwana na tata naye* (chaque enfant a son propre père). Cette expression, peut être invoquée pour excuser le refus, du côté maternel, de prendre la responsabilité de la santé d'un enfant dont le père s'est enfui. Ailleurs, nous avons en effet pu documenter l'existence d'une relation (négative) entre l'absence du père et la malnutrition, en contrôlant d'autres facteurs comme le revenu et le sevrage (De Herdt 2000). Dans le tableau 4, nous pouvons identifier la structure familiale des différents ménages de notre enquête à Matete.

Il semble en effet qu'il y ait des différences dans la composition des ménages avec enfants bien nourris (première colonne) en comparaison avec les deux catégories de ménages avec enfants mal nourris : si, dans le premier groupe, 60 % des enfants font partie de la famille bi-parentale nucléaire qui forme le nœud de chaque ménage, ce pourcentage diminue à 25 % pour les autres catégories de ménages. La moitié des enfants mal nourris et non-assistés sont éduqués sans leur père. Ce pourcentage diminue à 34 % pour les enfants bien nourris, mais augmente à 59 % pour les enfants mal nourris et assistés.

Notons encore que dans un sens la discontinuité entre les notions d'équité des intervenants d'une part et d'équité locale des bénéficiaires de l'autre, reflète une discontinuité entre le discours globalisant et la manière dont les gens du pays s'insèrent dans la globalisation. Les donateurs du Nord semblent croire que les situations exceptionnelles comme les pillages de septembre 1991 sont une excuse pour dévier temporairement des règles normales en vue de sauver le minimum essentiel (Boltanski 1993). Vu d'en bas, cependant, il est important de signaler que les pillages de septembre 1991 n'étaient qu'une phase d'un long processus de déclin économique et social, et certainement pas la phase la plus exceptionnelle et la plus désastreuse (De Herdt 2000). Ce qui pourrait être considéré comme exceptionnel pour un observateur du Nord ne l'est donc pas nécessairement à ceux du Sud. En plus, il est également erroné de supposer que, parce que l'État aurait disparu, ou cessé d'être omniprésent, toute notion de justice ou d'équité, de droits et devoirs et de responsabilité aient disparus. Le contraire paraît plus probable : précisément parce que la légalité est devenue source d'injustice, les notions populaires d'équité sont devenues l'unique point de repère pour identifier les droits et les devoirs de chacun. Pour pouvoir faire appel aux normes qui vous garantissent vos droits, il faut d'abord gagner le respect social, ce qui implique qu'on doit assumer ses responsabilités. Le domaine de l'alimentation paraît être précisément un domaine où les mères d'enfants sont sensées être responsables et où, le cas échéant, les mères risquent de perdre leur existence sociale.

CONCLUSION

Dans ce texte, nous avons essayé d'analyser le comportement réel et les réactions des différents bénéficiaires potentiels, illégitimes et/ou effectifs d'un programme d'aide alimentaire, afin d'étudier la pertinence des problèmes de *risque moral* et de *sélection adverse* qu'on rencontre souvent dans la littérature sur les programmes ciblés vers les pauvres. Nous nous sommes inspirés fortement de la proposition de Norman Long d'analyser une intervention planifiée comme une interface sociale : la dynamique de cette intervention devrait être étudiée comme un fait émergent des interactions sociales entre différents types d'acteurs, avec des univers de vie différents.

Le vocabulaire utilisé par les experts de MSF et par le personnel des centres de santé qui identifient les bénéficiaires fait référence à un piège de pauvreté : le pauvre étant rationnel (et pourquoi ne le serait-il pas ?), il ne peut pas ne pas être sensible aux avantages matériels ce qui l'amène à se conformer aux critères de sélection et de sortie du programme d'aide nutritionnel. Mais ce faisant il est piégé dans la pauvreté. Cependant, cette lecture ne cadre pas, sinon difficilement avec les constats (1) que la plupart des « pauvres » (ici les ménages avec un enfant mal nourri) ne participent pas au programme, et (2) que ceux qui participent arrivent souvent trop tard.

Le premier constat pourrait encore être nuancé en supposant que beaucoup de bénéficiaires potentiels préfèrent éviter la honte d'être identifiés comme pauvres malgré le bénéfice matériel de participer au programme. La honte jouerait donc un rôle fonctionnel dans la procédure de ciblage, dans le sens où seuls les plus pauvres, pour qui la valeur de cette aide est relativement plus élevée, préféreraient participer au programme. Or, les résultats de notre propre enquête ne permettent pas de confirmer cette prédiction. Bien que notre enquête permette de bien distinguer les *pauvres* des *non-pauvres*, elle ne distingue pas à l'intérieur du groupe des pauvres ceux qui participent de ceux qui ne participent pas.

Nous avons argumenté, en revanche, que bien que la honte et/ou le sentiment de culpabilité jouent un rôle très important, ils influenceraient plutôt les représentations de la malnutrition que directement le comportement des personnes. La rationalité des gens ne peut être comprise qu'à partir de leurs représentations, mais les représentations elles-mêmes ne sont pas du tout fixes, la réalité contient suffisamment d'ambiguïtés pour permettre des lectures différentes. Plus particulièrement, nous avons argumenté que les Kinois semblent croire d'abord à des diagnostics moins culpabilisants. Ce qui explique pourquoi ils arrivent souvent tardivement au centre de santé. Tardivement dans le sens que l'enfant arrive déjà dans un état très avancé de malnutrition, et dans le sens que les responsables de cet enfant ont mentalement déjà perdu l'enfant.

Sous-jacentes à notre explication sont les conceptions d'équité locale. Au sein du ménage et dans les quartiers de Kinshasa, un enfant mal nourri signale une mère irresponsable et paresseuse. La distribution d'une ration sèche à ces mères n'a donc aucun sens dans une telle conception. En plus, le personnel local du programme est plutôt intéressé à l'efficacité locale, ce qui les rend très sensibles aux « profiteurs. » Il va de soi que la répréhension morale des *mères négligentes* par le personnel local induit encore une plus grande culpabilisation des bénéficiaires et confirme ce stigmate d'irresponsabilité et de paresse. Dans ce sens, le piège de la pauvreté semble être produit par le programme même plutôt que par le comportement des bénéficiaires potentiels.

Notons que notre analyse diverge ici de l'analyse de Foudriat, Donovan et Rivera (2000). Ces auteurs partent, eux aussi, du postulat que « les acteurs doivent être considérés comme dotés de liberté, même limitée, c'est-à-dire qu'ils ne disposent pas des mêmes ressources ni des mêmes capacités stratégiques et qu'ils n'ont pas les mêmes identités culturelles » (2000, p. 497). Cependant,

l'implication de ce postulat serait, selon eux qu'il suffit de commencer le « changement » du côté des représentations des gens :

La transformation des représentations constitue une condition afin de surmonter la reproduction des cercles vicieux et de s'engager dans un changement durable. Les actions participatives cherchent à reconnaître cette dimension sociocognitive par la définition d'activités (dans le sein des groupes de confrontation) de production de connaissances communes sur la réalité (Foudriat, Donovan et Rivera 2000, p. 519).

Le problème pratique de l'approche participative *dans notre cas* est certainement le temps : des programmes d'aide d'urgence ne permettent évidemment pas de longues périodes de confrontation et de discussion entre les différentes parties, parce que l'objectif de ces programmes est précisément d'agir le plus vite possible en situation de catastrophe. Mais le problème le plus fondamental avec de telles approches est de supposer qu'il est possible de transformer les représentations de façon à faire émerger une représentation partagée de la situation. Comme nous avons essayé de le souligner, les représentations ne peuvent pas être considérées comme neutres vis-à-vis des positions stratégiques que les acteurs occupent (De Herdt 2003). La lecture des signes de malnutrition à travers le discours sur la sorcellerie ou bien en termes de carences alimentaires a des implications évidentes sur l'équilibre de forces au sein du ménage. Aussi les groupes de confrontation, où se produiront les connaissances communes, ne peuvent pas être considérés comme des lieux libres de pouvoir. Lavigne Delville et Mathieu soulignent, à juste titre, que « croire qu'un diagnostic participatif, aussi bien mené soit-il, puisse à lui seul aboutir à des glissements de pouvoir et au renforcement de certains groupes d'acteurs, relève d'une vision un peu idéalisée du pouvoir, réduit à la simple capacité à faire entendre sa voix » (2000, p. 525). La supposition que tout acteur doit être considéré comme doté de liberté est, à notre avis, une incitation à penser la dynamique d'un projet en premier lieu comme un ensemble de jeux de pouvoir. Dans ces jeux, il importe moins de faire émerger une vision collective du changement que d'étendre les espaces de négociation et de liberté de ceux qui n'y occupent qu'une place marginale. Sachant que le programme d'aide nutritionnelle que nous venons d'étudier a d'un côté sauvé des vies, mais aussi marginalisé bien d'autres, il n'est pas facile de faire un énoncé définitif sur l'effet global de ce programme.

RÉFÉRENCES

- Bastiaensen, J., De Herdt, T., et Vaessen, J. (2002) « Poverty, Institutions and Interventions; A Framework for an Institutional Analysis of Poverty and Local Anti-Poverty Interventions », Antwerp, *IDPM-UA Discussion Paper* 2002, 6-?.
- Bierschenk, T., Olivier de Sardan, J.-P. (1997) « ECRIS: Rapid Collective Inquiry for the Identification of Conflicts and Strategic Groups », *Human Organization* vol.56, n° 2, p. 238-244.
- Boltanski, L. (1993) *La souffrance à distance; morale humanitaire, médias et politique*, Paris, Métailié.
- Boudon, R. (1997) « The Cognitivist Model: A Generalized "Rational-Choice Model" », *Rationality and Society* vol. 8, n° 2, p. 123-150.
- Conning J., et M. Kevane (2002) « Community-Based Targeting Mechanisms for Social Safety Nets: A Critical Review », *World Development* vol. 30, n° 3, p. 375-394.
- Deguerry, M. (1995) *Rapport de mission (mars)*, Bruxelles, MSF.
- De Herdt, T. (2003) « Cooperation and Fairness: The Flood-Dresher Experiment Revisited », *Review of Social Economy* LXI, 2 (June).
- (2000) « Surviving the Transition: Economic Regress and Institutional Change in Congo-Zaire », thèse de doctorat non publiée, Université d'Antwerp (Belgique).

- De Herdt, T., et Marysse, S. (1997) « Against all Odds: Coping with Regress in Kinshasa, Zaire », *European Journal of Development Studies* vol. 9, n° 1, p. 209-230.
- De St-Moulin, J. (1995) « La perception du mal à Kinshasa et dans quelques localités du Zaïre », *Revue africaine de théologie* vol. 19, n° 37, p. 53-92.
- De Villers, G. (1992) « Zaïre 1990-1991: faits et dits de la société d'après le regard de la presse », *Cahiers du CEDAF* 12.
- Elster, J. (1992) *Local Justice: How Institutions Allocate Scarce Goods and Necessary Burdens*, New York, Cambridge U.P.
- Elwert, G., Bierschenk, T. (1988) « Development Aid as an Intervention in Dynamic Systems », *Sociologia Ruralis* vol. XXVIII, n° 2/3, p. 99-113.
- Eygenraam, V. (19??) *Programme nutritionnel MSF-Kinshasa: rapport mensuel mois d'avril 1995*, Kinshasa, MSF, p. 4.
- Foucault, M. (1972) *Archaeology of knowledge*, Londres, Tavistock.
- Foudriat, M., Donovan, P. et Rivera, M.-T. (2000) « Les méthodologies participatives et la question du changement dans les contextes d'action : réflexion théorique et méthodologique à partir d'une comparaison d'expériences en Équateur, au Chili et en France », *Revue canadienne d'études du développement* vol. XXI, p. 495-521.
- Greenstein, R. (1991) « Universal and Targeted Approaches to Relieving Poverty: An Alternative View » dans C. Jencks et P.E. Petersen (dir.) *The Urban Underclass*, Washington, Brookings Institution, p. 437-459.
- Grosh, M. (1994) *Administering Targeted Social Programs in Latin America: From Platitudes to Practice*, Washington, Banque mondiale.
- Kumar, G., Stewart, F. (1992) « Tackling Malnutrition: What Can Targeted Nutritional Interventions Achieve? » dans B. Harriss, S. Guhan, et R.H. Cassen (dir.) *Poverty in India, Research and Policy*, Bombay, Oxford University Press, p. 259-281.
- Lavigne Delville, Ph., et M. Mathieu (2000) « Donner corps aux ambitions : le diagnostic participatif comme enjeu de pouvoir et comme processus social » dans Ph. Lavigne Delville, N.-E. Sellammna, et M. Mathieu (dir.) *Les enquêtes participatives en débat; ambition, pratiques, enjeux*, Paris, GRET-KARTHALA-ICRA, p. 497-536.
- Long, N. (2001) *Development Sociology; Actor Perspectives*, Londres, Routledge.
- Luzolele, L., et De Herdt, T. (1999) *La pauvreté urbaine en Afrique subsaharienne; le cas de Kinshasa* Kinshasa, CEPAS.
- Monganza, M.-P. (1997) *Analyse des représentations sociales de la malnutrition dans la population de Kingabwa comme préalable essentiel pour une intervention nutritionnelle efficace*, Louvain-en-Woluwe, UCL.
- Mosley, W.H., et L.C. Chen (1984) « An Analytical Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries » dans Mosley et Chen (dir.) *Child Survival: Strategies for Research*, Supplement to *Population and Development Review*, vol. 10, p. 25-45.
- Mosse, D. (2001) « 'People's Knowledge', Participation and Patronage: Operations and Representations in Rural Development », dans B. Cooke, U. Kothari (dir.) *Participation: The New Tyranny?*, Londres, Zed Books, p. 16-35.
- MSF-Belgium, (1995) « Thrimonthly Report of the Project of Nutritional Assistance to Malnourished Children in Kinshasa-Zaire; May-June-July 1995 » Bruxelles, MSF.
- Ngondo, P., de St.-Moulin, L. et Tambashe, B. (1993) *Perspectives démographiques du Zaïre 1984-1999*. Kinshasa, CEPAS.
- Olivier de Sardan, J.-P. (1995) *Anthropologie et développement : essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Karthala.
- Sen, A.K. (1997) « The Political Economy of Targeting » dans D. Van De Walle, K. Nead (dir.) *Public Spending and the Poor: Theory and Evidence*, Washington, IBRD, p. 11-25.
- Vanderhaegen, W. (1998) *Growing Importance of Emergency Aid: Healthy or Not ?* Anvers, UFSIA-TEW.
- Van De Walle, D., et Nead, K. (dir.) (1997) *Public Spending and the Poor: Theory and Evidence* Washington, IBRD.

Vanrie, C. (1994) *Programme nutritionnel MSF/Kinshasa*. Rapport octobre/décembre Kinshasa (ébauche).

Vautier, F. (1995) *Rapport de mission* vol. 3-4, n° 95, Bruxelles, MSF.

Young, E.M. (1997) *World Hunger*, Londres/New York, Routledge.