

Sous la direction de
Alice Desclaux et Bernard Taverner
Médecins et anthropologues

(2000)

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest

De l'anthropologie à la santé publique

CHAPITRE 1 À 19 INCLUS.

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi
Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca
Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de: "Les classiques des sciences sociales"
Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi
Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi
Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf., .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.

Jean-Marie Tremblay, sociologue
Fondateur et Président-directeur général,
LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Sous la direction de Alice Desclaux et Bernard Taverne

ALLAITEMENT ET VIH EN AFRIQUE DE L'OUEST. De l'anthropologie à la santé publique.

CHAPITRES 1 À 19 INCLUS.

Paris : Les Éditions Karthala, 2000, 556 pp. Collection Médecines du monde.

[Autorisation formelle accordée Alice Desclaux le 19 décembre 2008, Bernard Taverne le 19 janvier 2009 et la maison d'édition KARTHALA de Paris, le 20 décembre 2008, de diffuser ce livre dans Les Classiques des sciences sociales.]



Courriels : Alice Desclaux : desclaux@msh.univ-aix.fr
Bernard Taverne : Bernard.Taverne@ird.karthala@orange.fr

URL: <http://www.karthala.com/index.php>

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 12 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

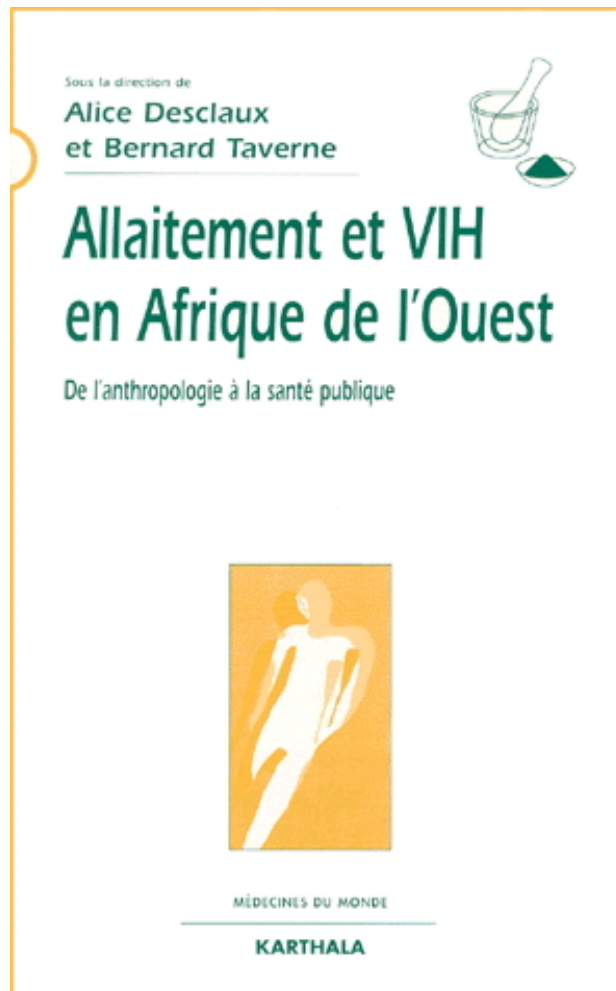
Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

Édition numérique réalisée le 23 mars 2009 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.



Sous la direction de
Alice Desclaux et Bernard Taverne
Médecins et anthropologues

**Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.**



Paris : Les Éditions Karthala, 2000, 556 pp. Collection Médecines du monde.



Nous voulons remercier la direction de la maison d'éditions parisienne, **KARTHALA**, de nous avoir donné son autorisation, conjointement avec celle des auteurs, Alice Desclaux et Bernard Taverne, de diffuser le texte intégral de ce livre, *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*, dans Les Classiques des sciences sociales.

Merci de votre confiance en nous et longue vie aux Éditions Karthala.



Courriels

Alice Desclaux : desclaux@mmsch.univ-aix.fr

Bernard Taverne : Bernard.Taverne@ird.fr

Éditions Karthala karthala@orange.fr

URL : <http://www.karthala.com/index.php>

Merci,

Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Fondateur et PDG, [Les Classiques des sciences sociales](#).

30 janvier 2009.

Table des matières

[Quatrième de couverture](#)

[Remerciements](#)

[Présentation des auteurs](#)

[Préface](#). Michel Kazatchkine

[Chapitre I.](#) Introduction. A. Desclaux

[Chapitre II.](#) Épidémiologie, questions de santé publique et dernières recommandations. P. Van de Perre

Première partie

Ethnographie de l'allaitement au Burkina Faso

[Chapitre III.](#) L'allaitement dans le cycle de vie de la femme en pays mossi. B. Taverne

[Chapitre IV.](#) Allaitement et parenté en pays bobo madare. C. Alfieri

[Chapitre V.](#) Ethnophysiologie, règles et précautions chez les Bobo Madare et les Mossi. C. Alfieri, B. Taverne

[Chapitre VI.](#) Ethnophysiologie des difficultés et complications de l'allaitement maternel chez les Bobo Madare et les Mossi. C. Alfieri, B. Taverne

[Chapitre VII.](#) La voie du lait. Le sens des pratiques autour de l'allaitement chez les Peul du Séno. M. Querre

Deuxième partie

L'allaitement pathologique et le traitement de l'allaitement dans le système de santé

[Chapitre VIII.](#) Perceptions de la transmission des maladies par l'allaitement maternel au Burkina Faso. C. Alfieri, B. Taverne

[Chapitre IX.](#) Les détenteurs du savoir et les alternatives à l'allaitement en milieu rural mossi. B. Taverne

[Chapitre X.](#) Lorsque la mère disparaît. Famille élargie, institutions et laits de substitution. A. Desclaux

[Chapitre XI.](#) Le traitement de l'allaitement dans le système de soin. A. Desclaux

Troisième partie

L'allaitement dans le contexte du VIH

[Chapitre XII.](#) Représentation et pratiques de l'allaitement à Kigali, Rwanda. M. Caraël, P. Msellati

[Chapitre XIII.](#) Prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Expérience d'un essai clinique. P. Msellati, N. Meda, R. Ramon *et al.*

[Chapitre XIV.](#) Pratiques et perceptions des femmes séropositives à Abidjan et à Bobo-Dioulasso. D. Coulibaly-Traoré, A. Desclaux, O. Ky-Zerbo

[Chapitre XV.](#) Procréation et allaitement: quels choix pour une femme séropositive à Abidjan ? A. Desgrées *du Loû*

Quatrième partie

La prévention de la transmission du VIH par l'allaitement

[Chapitre XVI.](#) Penser le risque de transmission : transmission de la mère à l'enfant et allaitement. L. Vidai

[Chapitre XVII.](#) Conditions et enjeux de la prise en compte de la transmission du VIH par l'allaitement. A. Desclaux

[Chapitre XVIII.](#) Enjeux concernant l'information donnée aux femmes dans le Kwazulu-Natal, Afrique du Sud. G. Seidel

[Chapitre XIX.](#) Perspectives de prévention en Afrique de l'Ouest. A. Desclaux, B. Taverne

[Postface.](#) F Loux



Alice Desclaux, médecin et anthropologue



Bernard Taverne est anthropologue, chargé de recherche à l'UMR 145 « VIH/sida et maladies associées », dans laquelle il assure la coordination de l'équipe des chercheurs en sciences sociales.

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

QUATRIÈME DE COUVERTURE

[Retour à la table des matières](#)

L'allaitement est responsable de plus du tiers des cas de transmission du VIH de la mère à l'enfant en Afrique. Il est la cause de l'atteinte de plusieurs millions d'enfants depuis le début de l'épidémie. Définir des stratégies de prévention dans un environnement sanitaire où l'usage des substituts du lait maternel est hors de portée de la population, ou comporte des risques nutritionnels et infectieux non négligeables, constitue un problème de santé publique écrasant.

Pour mieux connaître les facteurs sociaux qui favorisent ou limitent cette transmission, ainsi que les conditions culturelles de sa prévention, il est indispensable de savoir ce que sont les pratiques d'allaitement, dans des conditions « normales » ou dans un contexte de maladie ou de décès de la mère. Quel est le sens accordé à l'allaitement, et quels sont les « acteurs » -soignants, thérapeutes traditionnels, aïeules, conjoints, services sanitaires et sociaux - qui entourent la mère dans ses choix d'alimentation de l'enfant ? Quelles sont les contraintes sociales qui pèsent sur les femmes dans le contexte de l'épidémie du sida ?

Le présent ouvrage explore ces questions principalement au Burkina Faso, à travers une analyse ethnologique approfondie des pratiques d'allaitement. Il vise à développer une prévention sensible à la culture et aux contextes sociaux ouest-africains.

Alice Desclaux et Bernard Taverne sont médecins et anthropologues. Ils travaillent sur les aspects sociaux et culturels du sida en Afrique.

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

REMERCIEMENTS

[Retour à la table des matières](#)

Cet ouvrage est issu des résultats d'un programme de recherche intitulé « Perceptions, pratiques et acteurs de l'allaitement dans le contexte du VIH en Afrique de l'Ouest ». Ce programme, coordonné par Alice Desclaux, a été réalisé dans le cadre du Laboratoire Sociétés, Santé, Développement, de l'Université Victor-Segalen, Bordeaux II, dirigé par Claude Raynaud; Charles Cheung en a assuré la gestion administrative. Ce travail, ainsi que l'édition de cet ouvrage, a été financé par l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida (Action Coordonnée ANRS/Ministère des Affaires Étrangères). Un financement complémentaire a été accordé par l'Institut de Recherche pour le Développement, dans le cadre de son Programme Sida. Le Centre Muraz (Organisation Centrale de Coopération contre les Grandes Endémies, Bobo-Dioulasso), l'IRD (Centres de Ouagadougou, de Bobo-Dioulasso et d'Abidjan Petit-Bassam) se sont associés à ce programme. Une partie des enquêtes a été réalisée en collaboration avec le Projet DITRAME, dans le cadre des sites d'Abidjan et Bobo-Dioulasso de l'AC 12 ANRS/Ministère des Affaires Étrangères, sous la responsabilité scientifique de l'INSERM U 330. Le Comité National de Lutte contre le Sida du Burkina Faso et le Programme National de Lutte contre le Sida/MST/Tuberculose de Côte d'Ivoire nous ont autorisé la réalisation de ces travaux de recherche. Nous tenons à remercier ici ces institutions et leurs responsables. Nos remerciements vont également aux

nombreuses personnes qui ont participé à ces enquêtes, acceptant d'y consacrer du temps et de nous livrer des informations souvent sensibles.

Cet ouvrage a été réalisé avec le concours d'AMADES (Anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé)

sc LEHA, 38, avenue de l'Europe, 13090 Aix-en-Provence

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

PRÉSENTATION DES AUTEURS

[Retour à la table des matières](#)

- Chiara Alfieri, Ethnologue, Université de Gènes, Italie
- Michel Caraël, Sociologue, ONUSIDA, Genève, Suisse
- Djénéba Coulibaly-Traoré, Sociologue, IRD, Abidjan, Côte-d'Ivoire
- Alice Desclaux, Médecin anthropologue, Maître de conférences, Laboratoire d'Écologie Humaine et d'Anthropologie, Université d'Aix-Marseille, France
- Annabel Desgrées du Loû, Démographe, IRD, Abidjan, Côte-d'Ivoire
- Odette Ky-Zerbo, Chercheur en santé publique, Centre MURAZ/ OCCGE, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso
- Nicolas Meda, Médecin épidémiologiste, Centre MURAZ/ OCCGE, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso
- Philippe Msellati, Médecin épidémiologiste, IRD, Abidjan, Côte-d'Ivoire
- Madina Querre, Ethnologue, Laboratoire Sociétés, Santé, Développement, Université Bordeaux II Victor Segalen, France
- Rosa Ramon, Médecin épidémiologiste, Projet DITRAME (Essai ANRS 049), Abidjan, Côte-d'Ivoire
- Gill Seidel, Sociologue, Laboratoire Sociétés, Santé, Développement, Université Bordeaux II Victor Segalen, France
- Issiaka Sombié, Médecin épidémiologiste, Projet DITRAME (Essai ANRS 049), Bobo-Dioulasso, Burkina Faso
- Bernard Taverne, Médecin anthropologue, Chargé de recherches, IRD, Ouagadougou, Burkina Faso
- Philippe Van de Perre, Médecin biologiste, Centre MURAZ/ OCCGE, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso
- Laurent Vidal, Anthropologue, IRD, Abidjan, Côte-d'Ivoire

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

PRÉFACE

Par Michel Kazatchkine

[Retour à la table des matières](#)

Les estimations de l'OMS et de l'ONUSIDA font état à la fin de 1999 de 4,5 millions d'enfants infectés par le VIH vivant en Afrique sud-saharienne, pour quelques dizaines de milliers dans les pays industrialisés. Or on sait que l'infection de l'enfant par une mère séropositive peut être prévenue dans plus de 40% des cas par la prise d'AZT par la mère pendant les dernières semaines de la grossesse ou l'administration de névirapine à la mère au moment de l'accouchement et l'administration à l'enfant de ces médicaments dans les jours qui suivent la naissance; deux interventions dont le coût limité renforce la faisabilité dans les pays en développement. Des programmes de dépistage et de prévention de la transmission verticale se mettent maintenant activement en place dans plusieurs pays africains. Aussi devient-il urgent de définir et de mettre en oeuvre des mesures de prévention de la transmission par l'allaitement.

Il persiste encore dans ce domaine de nombreuses inconnues sur les périodes, au cours de l'allaitement, qui exposent le plus au risque de transmission par le lait, les processus de sélection des virus présents dans le lait maternel et susceptibles d'être transmis, le rôle et les limites de l'immunité muqueuse de la glande mammaire et du fœtus. De nombreuses difficultés ne relèvent pas, néanmoins, de considérations scientifiques et techniques, surtout si l'on considère l'allaitement artificiel comme l'une des mesures préventives qui pourraient être mises en

oeuvre. Les difficultés tiennent dès lors à une réalité complexe dans laquelle entrent en jeu des facteurs économiques, sociologiques et culturels. Elles tiennent au fait que le lait maternel et le virus VIH sont, dans toutes les cultures, porteurs d'une lourde charge symbolique. Le lait, investi des notions de richesse, de pureté, de longévité et d'amour maternel, croise une épidémie porteuse de représentations et de réalité mortifères. Ces difficultés tiennent encore à l'inégalité qui existe entre le Nord et le Sud, entre groupes sociaux riches et pauvres des mêmes pays, concernant la capacité des femmes à mettre en oeuvre des mesures préventives.

Cet ouvrage est issu d'un programme de recherche en sciences sociales et santé publique financé par l'ANRS qui avait pour ambition d'appréhender la réalité de l'allaitement en Afrique de l'Ouest dans sa complexité. Ces résultats sont inédits, car c'est la première étude en sciences sociales qui aborde la question de l'allaitement dans le contexte du VIH de manière "compréhensive". La démarche repose sur une articulation entre anthropologie et santé publique, entre une approche fondamentale et une approche appliquée ayant pour propos d'améliorer les interventions sanitaires. Le programme de recherche a rassemblé des chercheurs du Nord et du Sud, issus des sciences médicales (biologie, épidémiologie, santé publique) et des sciences sociales (anthropologie, sociologie, démographie). Dépassant les clivages disciplinaires, la diversité des regards a permis de multiplier les points de vue, produisant une connaissance plus complète, plus étendue, et des analyses plus justes que n'aurait pu le faire une enquête univoque.

Cet ouvrage montre, notamment, qu'une grande partie de l'allaitement est gérée loin des services de santé. Les femmes acquièrent auprès de leurs mères et grand-mères le savoir nécessaire ; elles ont essentiellement recours à des thérapeutes traditionnels pour traiter leurs pathologies ; elles reçoivent peu d'aide des services lorsqu'elles ne peuvent plus nourrir leur enfant. Il montre également que les obstacles culturels à la prévention se situent bien souvent dans le système biomédical. Dans ces deux domaines, les sciences sociales complètent l'approche biomédicale ; elles lèvent également le voile sur des zones d'ombre de la santé publique, limitée par ses paradigmes. Les propositions présentées en fin d'ouvrage devaient être largement utilisées, interprétées, adaptées aux situations locales, pour permettre le plus rapidement possible d'améliorer l'accès des femmes africaines à la prévention de la transmission du VIH.

Je souhaite à cet ouvrage remarquable, coordonné par Alice Desclaux et Bernard Taverne, la diffusion et l'attention qu'il mérite. La mise en place des programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant doit nous permettre de voir, dans les prochaines années, une diminution nette du nombre d'enfants nouvellement infectés chaque année. Avec un accès facilité aux traitements, enjeu géopolitique majeur pour la communauté internationale, l'insoutenable inégalité entre les pays du Nord et du Sud devrait s'atténuer tant dans le cas des enfants que dans celui des mères et des adultes infectés.

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

Chapitre I

INTRODUCTION

Par Alice Desclaux

[Retour à la table des matières](#)

La notion d'une transmission du VIH par l'allaitement a été évoquée pour la première fois il y a quinze ans. Depuis, on estime qu'entre un et deux tiers des cas de transmission mère-enfant en Afrique sub-saharienne sont liés à l'allaitement. En 2000, c'est plus d'un million d'enfants qui auraient été contaminés par cette voie depuis le début de l'épidémie. Or, si les autres modes de transmission du VIH tels que la voie sanguine ou la voie sexuelle ont rapidement fait l'objet de nombreuses études concernant les connaissances, attitudes, pratiques, et de recherches en sciences sociales qui précisent la "construction sociale du risque", il n'en est pas de même pour l'allaitement. Le silence autour de la transmission du VIH par cette voie semble avoir tenu lieu de politique de santé en Afrique jusqu'en 1996 ; ce silence recouvrait également le monde de la recherche en sciences sociales. Lorsque nous avons commencé cette étude, il restait donc à explorer l'ensemble des dimensions sociales et culturelles de la transmission du VIH par l'allaitement en Afrique de l'Ouest. Le souci d'apporter une information utile, non seulement à la connaissance mais aussi à la prévention, nous a conduits à définir notre façon d'aborder ces questions à partir de l'approche qu'en développe la santé publique. Or, pour la santé publique, la transmission du VIH par l'allaitement est un problème particulièrement complexe.

Un problème de santé publique particulièrement complexe

La complexité du problème que pose la transmission du VIH par l'allaitement en Afrique est multidimensionnelle. Elle tient à la définition du risque sanitaire, à l'existence et à la faisabilité de mesures susceptibles de réduire ce risque dans le contexte social, et à la définition des populations auxquelles doit s'adresser la prévention. Or, aucun de ces aspects ne fait l'objet d'un consensus absolu parmi les professionnels de santé publique.

De la définition du risque à celle de la prévention

La prévention de la transmission du VIH par l'allaitement est particulièrement complexe car aucune solution "simple" n'est à même d'abolir ce risque sanitaire. Certes, il en est de même chaque fois que le risque est inhérent à des comportements et des pratiques ancrés dans un système social et dans une culture, ce qui est le cas des autres modalités de transmission du VIH ; mais dans le cas de l'allaitement, il n'existe pas de technique ou de produit qui, tel le préservatif, réduirait le risque au point qu'on puisse le considérer comme négligeable. Parmi les mesures préventives qui ont été proposées, certaines, telles que l'éviction du colostrum ou la réduction de la durée de l'allaitement, réduisent le risque de transmission du VIH sans l'annuler. D'autres, telles que l'alimentation du nourrisson par les substituts du lait maternel ou par les laits animaux, ne font que changer la nature du risque : les mesures de remplacement comportent des risques infectieux et nutritionnels indépendants du VIH, sur lesquels les comportements, même "éclairés", ont peu de prise, car ces risques dépendent en premier lieu de l'environnement. De tels risques pourraient être supérieurs aux risques liés au VIH en termes de morbidité et de mortalité.

Pour la santé publique, la complexité de la prévention tient également à l'arithmétique des risques. Le risque de transmission par l'allaitement que l'on cherche à supprimer n'est pas absolu : les épidémiologistes considèrent que ce

risque est de l'ordre de 14% lorsque la femme a été contaminée avant ou pendant la grossesse (le risque lié à l'allaitement vient alors s'ajouter au risque de transmission pendant la grossesse et l'accouchement), et de 22% lorsqu'elle est contaminée pendant l'allaitement¹. Ceci signifie que sur dix enfants allaités par leurs mères séropositives, six à huit ne seront pas infectés. Prévenir la transmission en choisissant les alternatives à l'allaitement ne permettra de protéger qu'un à deux enfants sur dix, et supprimera les bénéfices immunologiques et nutritionnels du lait maternel pour l'ensemble de ces enfants. Cependant la gravité de la menace que représente la maladie d'un enfant rend le risque inacceptable, alors même que sa valeur statistique serait peu élevée.

D'autre part, les stratégies préventives concernant les trois modalités de transmission de la mère à l'enfant (materno-foetale, intrapartum et par l'allaitement) ne peuvent être conçues de manière indépendante. Des raisons techniques et des motifs éthiques conduisent à l'obligation de proposer simultanément des mesures préventives pour ces trois modes de transmission, qui nécessitent les mêmes pré-requis sanitaires que sont le dépistage en consultation prénatale, la prévention des infections dans les services de santé, la prise en charge et le suivi de la femme enceinte, de la mère et de l'enfant. Doit-on mettre en place l'une de ces stratégies préventives lorsque les "pré-requis" ne sont pas établis ou lorsque les bénéfices biologiques de l'intervention ne sont pas assurés parce que l'ensemble des stratégies ne peut être garanti ? Les réponses des responsables sanitaires sont diverses.

Ainsi, même en se limitant à une approche technique faisant abstraction de l'accessibilité et l'acceptabilité des mesures préventives pour chaque mère, *a fortiori* du social et de la culture locale, définir une stratégie préventive met en jeu la perception des risques, leur appréciation relative par les spécialistes, et l'organisation du système de soin ; ces aspects sont tous modelés par la culture du système biomédical. Si tous les professionnels de santé s'accordent à penser que la transmission sexuelle du VIH est réduite par l'usage généralisé du préservatif, et sa transmission sanguine par la mise en place de la sécurité transfusionnelle, la complexité de la transmission par l'allaitement est telle que les mesures techniques proposées sont encore discutées.

¹ Cf. chapitre II.

Sud, Afrique ?
De la catégorisation des populations concernées

À l'inverse des sciences biomédicales qui traitent de l'unité du biologique, la santé publique doit adapter ses projets aux réalités sociales des populations auxquelles elle s'adresse. Simultanément, elle se reconnaît quelques principes et valeurs fondamentales telles que l'équité, ou, *a minima*, la volonté de ne pas accentuer les inégalités sociales face à la maladie. Or, la réalité sociale de la transmission du VIH par l'allaitement, comme plus largement de la transmission mère-enfant du VIH, est celle d'une inégalité extrême opposant un "sida du Nord" et un "sida du Sud", selon les termes popularisés par les scientifiques et les militants de la lutte contre le sida au cours de la Conférence internationale de Vancouver, en 1996. Au Nord, les femmes séropositives bénéficient d'un traitement antirétroviral prophylactique pendant la grossesse, d'un accouchement médicalisé et de l'accès aux substituts du lait maternel pour nourrir leur enfant ; au Sud, ces mesures ne sont qu'exceptionnellement accessibles. La transmission du VIH par l'allaitement ne constitue pas un problème de santé publique dans les pays développés, et l'on doit vraisemblablement en partie à cette situation le retard pris par la recherche scientifique internationale dans le domaine. Rattraper ce retard est – ou devrait être – une priorité pour les scientifiques.

À cette distinction vis-à-vis du Nord, s'ajoute une hétérogénéité des situations dans les pays du Sud. En Afrique, les contextes sociaux et environnementaux sont très variés des villages de brousse aux centres des métropoles urbaines, notamment lorsqu'il s'agit d'équipement sanitaire, de distribution de l'eau potable et d'accès à une énergie bon marché nécessaire pour faire bouillir de l'eau ; il en est de même pour les capacités financières des familles. Des mesures de simple distribution des substituts du lait maternel utilisés au Nord ne suffiraient pas à réduire les inégalités ; bien au contraire, les plus pauvres risqueraient de voir augmenter une morbidité que les plus riches verraient décroître. À moins de "remettre à niveau" l'accès à l'eau potable, la distribution de l'énergie, les inégalités de revenus... La santé publique rencontre là un autre de ses dilemmes, celui de la définition des limites de son intervention : jusqu'où peut-elle traiter des problèmes environnementaux contrôlés par d'autres institutions, et restaurer

ronnementaux contrôlés par d'autres institutions, et restaurer l'équité dans des sociétés inéquitables ?

Un autre aspect de la complexité de la prévention est la définition des "catégories" de population auxquelles s'adressent les stratégies. Les discours définissent le plus souvent les populations à l'échelle d'un continent : "l'Afrique", qu'ils tendent à montrer la profondeur du fossé qui existe entre pays du Nord et du Sud afin de justifier des précautions ou des réticences face à la mise en place d'alternatives à l'allaitement, ou, au contraire, qu'ils cherchent à mobiliser les efforts vers les pays du Sud et à montrer que les femmes africaines peuvent appliquer les mesures préventives. Cette conception globalisante et réductrice, qui ne tient pas compte de la variété des situations sociales et environnementales, est inadaptée lorsqu'il s'agit de définir des stratégies opérationnelles. Dans la réalité, les projets et programmes qui ont été mis en place ont concerné des femmes vivant en zone urbaine – ne serait-ce que du fait de la localisation des services de santé qui les recrutent. Comment définir une catégorisation pertinente qui permette de prendre en compte la variété des situations et des contextes dans la mise en place des stratégies, sans pour autant renforcer, en lui accordant une reconnaissance, un particularisme porteur d'inégalités ? Si, dans ce domaine, une meilleure connaissance des situations locales – à laquelle cette ouvrage espère contribuer – permettra d'affiner l'approche, cette question n'en reste pas moins l'un des problèmes majeurs que la transmission du VIH par l'allaitement pose à la santé publique, qui définit ses programmes plus aisément lorsqu'ils concernent des catégories de population homogènes.

Une demande de recommandations préventives récente mais urgente

La définition d'une prévention de la transmission par l'allaitement est d'autant plus perçue comme nécessaire que des mesures de réduction de la transmission pendant la grossesse et l'accouchement sont progressivement établies en Afrique. Le problème de la transmission par l'allaitement se pose avec une nouvelle acuité depuis que des recherches menées en Thaïlande, en Côte-d'Ivoire et au Burkina Faso, puis au Kenya, en Afrique du Sud et en Ouganda, ont montré qu'il était

possible de réduire la transmission materno-foetale par l'usage d'antirétroviraux (AZT, névirapine) en protocoles courts et adaptés aux pays du Sud. Le coût peu élevé des traitements de prévention de la transmission mère-enfant en a fait l'un des premiers programmes adoptés par les gouvernements et les fondations et organismes internationaux soucieux de mettre les antirétroviraux à la disposition des populations africaines. Si ces programmes imposent la mise en place du dépistage en consultation prénatale, ils imposent également qu'une stratégie soit définie dans chaque pays en matière d'alimentation du nourrisson. Cette actualité rend nécessaire la production rapide de connaissances concernant les pratiques existantes et les mesures acceptables dans ce domaine. De plus, l'augmentation de la séroprévalence chez les femmes enceintes, observée dans de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest, accroît le besoin – voire la demande – pour la définition de stratégies ; actuellement, environ deux millions de femmes séropositives débuteraient une grossesse chaque année en Afrique (Dabis *et al.* 2000). Si certains pré-requis tels que la mise en place du dépistage volontaire et la définition de stratégies de prise en charge font encore défaut dans de très nombreux pays, ce retard n'est pas dû au manque de connaissances scientifiques ou à une incertitude dans la définition des stratégies, mais plutôt à un manque de volonté politique ou de capacités financières. Projet consensuel sur le plan politique, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH est susceptible de permettre de rattraper le retard par la mise en place de programmes intégrés² ; leur mise en oeuvre rend la définition de stratégies préventives de la transmission du VIH par l'allaitement d'autant plus urgente.

De la santé publique aux sciences sociales

Habituellement, la santé publique sollicite les sciences sociales pour qu'elles fournissent des éléments de compréhension de ce qui, dans une organisation sociale et une culture, favorise ou s'oppose aux "comportements à risque", crée des "situations à risque", accroît ou réduit la vulnérabilité des individus, au plan

² Début 2000, c'est le cas pour le programme de prévention mère-enfant en cours de définition par le Comité National de Lutte contre le Sida du Sénégal avec le soutien du Fonds de Solidarité Thérapeutique International.

des représentations, pratiques et contextes sociaux. Dans le cas de la transmission par l'allaitement, se focaliser sur les représentations et les pratiques concernant le risque VIH ne suffit pas, pour plusieurs raisons. L'allaitement ne peut être réduit à sa dimension pathogène potentielle, pas plus qu'à sa dimension biologique : l'allaitement est un processus mettant en jeu de nombreuses étapes ; il est inséré dans la relation entre la mère et l'enfant qui, comme toute relation sociale, est soumise à des normes culturelles ; il existe des règles qui définissent dans chaque culture ce qu'est un "bon" allaitement ; partout, il existe des manières de concevoir l'allaitement pathologique et des savoirs sur les "conduites à tenir", dont les détenteurs contrôlent la mise en pratique.

De manière similaire à ce qu'il s'est passé pour la recherche sur la transmission sexuelle du VIH il y a quelques années, la menace que représente le sida conduit, pour l'allaitement, à rassembler les données existantes, à reconsidérer les connaissances concernant les aspects sociaux et culturels, et à explorer des domaines qui n'avaient jusqu'alors fait l'objet que de peu d'études. Une approche "compréhensive" de la culture locale de l'allaitement, c'est-à-dire à la fois globale, multifocale, abordant autant de dimensions que possible, est une étape préalable nécessaire pour considérer la transmission du VIH. L'étude de la gestion de l'allaitement dans le monde biomédical est également nécessaire pour comprendre comment la santé publique définit le risque et la prévention, et quel rôle jouent les professionnels de santé parmi les "acteurs" de l'allaitement. L'approche ethnographique devra donc considérer l'organisation sociale et la culture du monde médical au même titre que celles dans lesquelles vivent les femmes et leurs enfants. Cette analyse approfondie est indispensable pour comprendre les différentes logiques sociales et culturelles qui s'affronteront – ou se combineront – lorsque la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement sera mise en oeuvre.

Petite anthropologie de l'allaitement contemporain en Afrique

L'allaitement a fait l'objet d'approches des sciences sociales assez diversifiées. Avant de présenter le point de vue qui sera le nôtre, ce chapitre propose un rapide panorama de ces approches, et de la place qu'y a occupé la question de l'allaitement en Afrique, augmenté de la présentation des concepts des sciences sociales concernant le VIH et sa prévention pertinents pour l'analyse dans le contexte de la pandémie actuelle.

Un thème d'anthropologie bioculturelle

L'allaitement maternel est un comportement fondamental, que nous partageons avec les autres mammifères. Ses caractéristiques sont le résultat d'une longue adaptation, dont les signes se dévoilent progressivement au fur et à mesure des découvertes de la biologie et de l'anthropologie biologique, qui mettent en évidence les qualités nutritionnelles et immunologiques du lait humain³. Des travaux ont décrit "l'empreinte des hominidés" dans les analogies et les différences entre espèces concernant la composition du lait, la physiologie de la lactation et les comportements en matière d'allaitement. Ainsi, l'allaitement a occupé une place privilégiée dans cette approche de l'anthropologie qui consiste, à l'interface entre biologie et société, à préciser ce qui fait l'unité de l'Homme plutôt que détailler la diversité des cultures. Ces travaux montrent également que l'adaptation biologique a permis de maintenir la qualité du lait quel que soit l'environnement, y compris dans des conditions extrêmes de température, de dépense énergétique ou de malnutrition chez la mère. Ils conduisent à se poser ainsi la question actuelle : l'adaptation culturelle permettra-t-elle de protéger l'enfant contre le risque infectieux ?

³ Pour une synthèse récente dans ce domaine, cf. Stuart-Macadam *et al.* 1995.

L'allaitement obéit-il à une "loi naturelle" ou à une "construction sociale" ? s'interroge V. Maher (1992). Ces deux termes ne devraient pas être opposés : l'allaitement est à la fois un acte "naturel" à expression biologique, physiologique et comportementale, soumis aux règles de l'espèce, et une "construction culturelle", chaque société ayant le pouvoir, en modulant les règles, d'inscrire sa marque tant dans la composition du lait que dans la physiologie de la mère. Mettre en avant la dimension naturelle de l'allaitement ou sa construction sociale n'est alors qu'une question de point de vue. L'allaitement a d'ailleurs constitué un thème privilégié de la dialectique entre nature et culture, autour de la notion d'instinct : lorsque la philosophe E. Badinter discute l'existence d'un "instinct maternel" (1998), elle fonde son analyse sur l'étude des pratiques d'allaitement qu'elle considère également comme un indicateur de l'amour maternel. Affirmer le caractère strictement naturel de l'allaitement maternel, et affirmer qu'allaiter est de ce fait porteur d'une valeur primordiale, c'est exprimer une représentation culturelle, qui s'insère dans des perceptions de la Nature et du rôle que l'Homme y joue ; cela peut aussi correspondre à un discours sur la société participant d'une idéologie naturaliste. Retenons comme "loi naturelle" la transmission du VIH par l'allaitement, et examinons les multiples aspects de la "construction sociale" dont cet acte fait l'objet. L'analyse des idéologies sous-jacentes aux discours sur l'allaitement dépasse la portée de ce travail ; elle sera néanmoins abordée lorsque nécessaire dans l'analyse des représentations et des discours.

Un thème ethnologique particulièrement riche

L'allaitement est soumis à des normes et des valeurs, fait l'objet de représentations et de pratiques, est associé à des mythes et des rites, fonde des relations sociales et des institutions ; tous ces aspects diffèrent selon les cultures. Les ethnologues se sont intéressés à l'allaitement au même titre qu'à d'autres aspects de la vie humaine tels que l'alimentation ou la reproduction. Ainsi, l'allaitement fait partie des thèmes que M. Mauss évoque dans son *Manuel d'ethnographie* en 1935, au titre des techniques du corps. Mais les travaux d'ethnologie ont surtout privilégié les aspects symboliques de l'allaitement.

En effet, l'allaitement est porteur d'une charge symbolique importante dans la plupart des cultures, pour de multiples raisons. Le lait est le seul aliment produit par le corps humain. Il est aussi une substance qui sera intégrée dans les représentations du corps, dans le prolongement de la construction de la personne commencée au cours de la grossesse, véhiculant des éléments identitaires (Bonte 1994). Certes, l'allaitement symbolise la relation consubstantielle entre la mère et l'enfant ; mais cette relation est inscrite dans un ensemble de rapports avec les vivants organisés par la parenté, et dans un ensemble de rapports avec l'étranger, avec les morts et avec le surnaturel (Bonnet 1988). Être allaité par la même femme établit entre deux enfants une "parenté de lait" ; en symétrique, une femme ne peut allaiter n'importe quel enfant : certains choix sont préférentiels, d'autres sont interdits ; les choix sont effectués selon les règles de l'organisation sociale. Simultanément, l'identité du groupe se pérennise par les choix d'allaitement qui maintiennent la distinction entre humains et non-humains, entre parents ou alliés et étrangers, entre "nous" et "les autres".

De plus, au sein du groupe, cette organisation dicte l'importance des lignages en dosant les parts respectives de l'héritage matrilinéaire et du patrilinéaire. Si le lait est souvent considéré comme un produit issu du sang maternel, il peut aussi être perçu comme un dérivé du sperme, d'essence paternelle. Dans de nombreuses cultures, comme chez les Wolof⁴ (Vernier 1994), on pense que l'allaitement donne à l'enfant certains traits de la personnalité de la mère ; il l'inscrit aussi dans le matrilignage. En pays lobi, cette nourriture "corporelle et féminine" ne peut suffire à alimenter l'enfant sans qu'un "médicament amer de la bouche", préparation à base de racines du type d'arbre caractéristique du patriclan initiatique du père, lui soit donné simultanément pour équilibrer le poids des deux lignages (Cros 1991). Les perceptions de la construction sociale de la personne sont étroitement liées aux représentations du corps "biologique" et des composantes du lait.

En Afrique comme ailleurs, le lait maternel est chargé de multiples significations, et considéré comme le symbole de la mère nourricière. Le lait relève de l'archétype maternel associant à l'humidité, une fécondité primordiale, dont F. Héritier a analysé les résonances et oppositions symboliques chez les Samo du Burkina Faso (1984) ; cet auteur a également montré que ces thèmes

⁴ Par convention, les noms d'ethnies sont utilisés sous leur forme invariable.

constituaient des invariants de la pensée symbolique, dont les traces peuvent être repérées dans bien d'autres cultures africaines et extra-africaines, comme dans l'Europe du XVI^e siècle (Camporesi 1994). Ces représentations sont constamment ravivées par les religions chrétiennes, notamment par le catholicisme qui accorde une place centrale à la "mère nourricière" sous les traits de la Vierge Marie, et par l'Islam ; ces religions ajoutent une dimension supplémentaire à l'allaitement en considérant que le lait, don biblique, est un symbole de pureté (Meslin 1994). Cette dimension est étroitement associée à la notion de maternité, le lait n'apparaissant pas comme un produit manipulable de manière autonome, mais plutôt comme un substrat, chargé de valeurs essentielles.

La notion de maternité telle qu'elle s'exprime en Afrique est complexe. D'une part, la mère semble toujours présente et disponible au petit enfant, qui passe l'essentiel de son temps sur son dos. Pour Deluz et Valantin, " l'idée d'une entité maternelle toute-puissante n'est pas si loin, dont nous parlent la statuaire, la voix des masques, les rites d'initiation, les récits des contes populaires, des épopées. C'est le langage aussi de tous les jours des Africains et de leurs métaphores les plus proches " (1987 : 54-55). Le maternage est considéré comme un véritable travail ⁵ dont dépendra l'épanouissement physique et psychologique de l'enfant, puis de l'adulte qu'il deviendra (Erny 1987 ; Ly 1993). Mais simultanément, le statut social des femmes est fragile, y compris leur statut de mères, dans les nombreuses sociétés où la femme quitte son foyer pour produire et élever des enfants dans un groupe familial auquel elle n'appartient pas ; tout écart peut être sanctionné par un rejet ou par sa mise en cause d'une femme lorsqu'une infortune touche l'un de ses enfants ou l'enfant d'une co-épouse (Lallemand 1988). Dans l'environnement symbolique de l'allaitement, l'image de la maternité s'oppose, dans les sociétés occidentales, à celle de la féminité, manifestée par l'érotisation de la poitrine (Kaufman 1995 ; Dettwyler 1995). En Afrique, cette opposition n'a pas encore été détaillée par les ethnologues et semble peu présente dans la problématique de l'allaitement ; là où elle apparaît, elle atteste d'une acculturation.

⁵ L'expression "travail de la mère" qualifiant l'élevage des enfants existe dans de nombreuses langues africaines.

Études transculturelles de la petite enfance

Si le thème de l'allaitement est particulièrement riche par sa charge symbolique, les modalités de l'allaitement, sa pratique et ses savoirs populaires ont été peu décrits dans les études monographiques en Afrique de l'Ouest, comme si, fait "naturel", l'allaitement "allait de soi" d'un point de vue matériel, n'ayant d'intérêt ethnographique que par le sens qu'il véhicule ⁶. C'est à partir des années 1970 qu'un courant francophone de l'ethnologie s'est attaché à l'étude de la fécondité et de la reproduction, de la naissance et des pratiques de maternage. Jusqu'alors, l'approche qui avait régi l'étude des pratiques de maternage était celle du mouvement "Culture et personnalité" auquel adhérait notamment M. Mead, qui considérait ces pratiques sous l'angle éducatif, comme des instruments d'inculturation de l'enfant. Le nouveau courant anthropologique aborde la petite enfance différemment, en la situant au croisement entre l'anthropologie du corps et l'anthropologie de la famille. Les travaux menés par D. Bonnet (1988), rassemblés par S. Lallemand et O. Journet (1991), examinés par P. Erny (1988) ⁷, et dans le monde anglophone, les synthèses établies par S. Steinberg (1996) et J. Riordan (1993), s'attachent à décrire avec précision tant les représentations de la conception, de la naissance et du développement de l'enfant, que les pratiques de maternage, incluant l'allaitement ⁸. Dans toutes les cultures, il existe pour la période de la petite enfance une profusion de rituels, de précautions et de prescriptions, destinés à conjurer une fragilité du nourrisson dont attestent les taux de mortalité infantile.

Concernant l'allaitement, la question traitée en premier lieu reste celle du sevrage, transition marquant le début de l'autonomie et l'entrée dans une enfance faite de progression dans des classes d'âge ; période-clé du développement tant sur le plan staturo-pondéral que sur le plan psychologique ; souvent analysée

⁶ À propos de l'allaitement, Mauss n'évoque que la description du sevrage (1985 : 377).

⁷ Dans un travail journalistique, L. Bartoli recense les pratiques d'allaitement dans diverses cultures (1998).

⁸ Cette approche est à la base de nombreux travaux réalisés par le Groupe De Recherche Petite enfance du CNRS.

comme un rite de passage. Le sevrage est aussi un thème qui introduit des préoccupations de santé publique dans cette approche anthropologique de la petite enfance, car il peut conduire l'enfant vers la malnutrition ; il est alors examiné comme un possible facteur déclenchant, voire comme la cause du marasme et du kwashiorkor (Geber 1997 ; Bonnet 1996). Dans ces travaux, les aspects sociaux et les représentations qui suscitent un sevrage précoce ou brutal sont considérés comme des facteurs de risque. Les psychologues interculturels élargiront la portée de cette analyse en montrant les relations entre les modalités de l'allaitement et du sevrage et les interactions mère-enfant, ainsi que leur impact sur le développement psychique de l'enfant (Stork 1999 ; Ortigues 1996 ; Rabain 1979).

D'autres aspects de l'allaitement ont été examinés plus particulièrement sous l'angle des sciences sociales, tels que les perceptions et pratiques concernant le colostrum, les pratiques galactogènes et les prescriptions alimentaires pendant l'allaitement, les relations entre allaitement et "interdit" sexuel du post-partum (Ravololomanga 1985 ; Oni 1987 ; Bledsoe *et al.* 1988 ; Odebiyi 1989 ; Masse-Raimbault 1992 ; Gunnlaugsson *et al.* 1993 ; Mabilia 1996a et 1996b).

Analyses d'une rupture au temps de la mondialisation

Dans les années 1960, le développement du commerce des "laits maternisés" à l'échelle de la planète a bouleversé les pratiques d'alimentation des nourrissons. En quelques dizaines d'années, la majorité des femmes ont adopté "l'alimentation artificielle" précoce dans les pays développés, mais aussi, progressivement, dans les pays intermédiaires et dans certaines catégories de population des pays dits "en développement". Évolution des normes culturelles, contraintes imposées par le travail des femmes, perception d'une "incapacité à allaiter" par un nombre croissant de mères, stratégies commerciales des firmes utilisant les services de santé pour établir leur influence sur les femmes et sur les professionnels : ces différents facteurs se sont combinés dans des proportions variables selon les contextes.

Dès lors, l'allaitement devenait un "problème de santé publique", et de nombreux travaux quantitatifs ont été réalisés pour mesurer l'ampleur du déclin de l'allaitement maternel, combinant l'étude de la prévalence des diverses formes

d'alimentation de l'enfant, l'étude de l'âge du sevrage et l'exploration de ses modalités, souvent par des méthodes de type CACP⁹. Les sciences sociales ont recherché dans cet "abandon de l'allaitement maternel" des analogies avec le mouvement qui, en Europe et notamment en France, au XVII^e et XVIII^e siècles, avait conduit les femmes à mettre massivement leurs nouveaux-nés en nourrice (Fildes 1986 ; Morel 1999). Déjà, à cette époque, les normes culturelles se combinaient avec les représentations des humeurs selon lesquelles la reprise des relations sexuelles rendait le lait toxique, et les femmes de la bourgeoisie et de la noblesse abandonnaient leur rôle nourricier pour ne pas déroger aux rôles d'amantes et d'épouses. Pour les femmes des classes populaires urbaines, c'est l'impossibilité de s'occuper de leur nourrisson pendant leurs longues journées de travail, en ces débuts de l'ère industrielle, qui les conduisait à donner à d'autres la charge du maternage. L'organisation sociale et les représentations culturelles s'articulaient pour modifier les perceptions de ce qu'est "une bonne mère", qui, alors, n'était pas tenue d'allaiter son nourrisson. Cet usage évitant l'allaitement résultait-il d'un choix individuel, d'une contrainte sociale, ou de normes culturelles pour les femmes du XVIII^e siècle ? Pour ces femmes, ces trois dimensions étaient étroitement intriquées, la majorité d'entre elles n'ayant aucune latitude face aux contraintes, notamment celles résultant des conditions de travail. Leur histoire conduit à ajuster l'approche théorique de travaux sur ce thème, en ne négligeant aucune de ces dimensions et en évitant résolument les interprétations univoques.

Concernant le courant contemporain en faveur de "l'allaitement artificiel", les travaux d'anthropologues ont souvent pris le parti de l'anthropologie critique, en analysant au plan macrosocial les stratégies instaurées par les multinationales agro-alimentaires auprès des femmes, les relations entre pouvoirs politiques et pouvoirs économiques autour de la commercialisation des substituts, et les valeurs sur lesquelles se fondent ces stratégies : image de la modernité, valorisation de la consommation ; au plan microsocial, ils ont analysé les représentations et attitudes de professionnels de santé (Palmer 1988 ; van Esterick 1995). La quasi-totalité de ces travaux décrivent les pratiques d'allaitement à partir de l'opposition conflictuelle entre allaitement maternel et "allaitement artificiel", et mettent en

⁹ Enquêtes quantitatives portant sur les Connaissances, Attitudes, Croyances, Pratiques.

relief l'expansion de "l'alimentation artificielle" en Afrique. Ces analyses, souvent teintées de militantisme en faveur de la défense de l'allaitement maternel, ont donné une vision homogène de l'attitude des femmes africaines face à cette pratique, les montrant impuissantes face aux multinationales ou décrivant des femmes, à la fois victimes et coupables, qui se tournent vers le "lait artificiel" parce qu'elles sont aveuglées par les mirages de la modernisation. Cette polarisation de la recherche a laissé tout un pan des perceptions et des pratiques inexploré ; ainsi, les représentations des différentes catégories de "lairs artificiels" n'ont pas fait l'objet d'études publiées en Afrique de l'Ouest francophone. Les chercheurs qui ont mené des investigations approfondies dans des contextes sociaux précisément définis sont peu nombreux. Parmi ceux-ci, Dettwyler (1995) montre que dans une ville malienne, le coût des substituts du lait maternel, l'importance des croyances relatives aux qualités du lait maternel, et le rôle de l'allaitement dans l'instauration de la relation de filiation, se combinent pour rendre l'allaitement artificiel inacceptable. Cette situation paraît très différente de celles qui ont été observées dans des contextes urbains en Asie ou en Amérique latine où l'acculturation semble inévitable (Cunningham *et al.* 1991). Peu de travaux se sont, depuis, libérés du "paradigme contemporain de l'allaitement en Afrique", qui décrit généralement une culture populaire de l'allaitement maternel magnifiée mais en voie d'extinction du fait des stratégies des multinationales, menacée dans ses fondements mais cependant dangereuse à ses marges, notamment lors du sevrage. Il reste à préciser si l'allaitement, et, plus largement, les pratiques de maternage, sont plus, ou moins, vulnérables au changement social que d'autres pratiques qui relèvent de la sphère familiale.

Anthropologie d'un objet de la médecine

À partir des années 1980, un mouvement tendant à limiter l'impact de la généralisation des substituts du lait maternel s'est développé dans le monde médical avec la mise en place, au terme de débats conflictuels, de modalités juridiques de contrôle de la commercialisation des substituts du lait maternel ¹⁰,

¹⁰ Code de commercialisation des substituts du lait maternel (OMS 1981), Déclaration d'Innocenti (OMS 1991).

puis de mesures dans les services de santé et de programmes d'éducation sanitaire et de soutien en faveur de l'allaitement maternel destinés aux mères ¹¹ (Jelliffe *et al.* 1988). L'allaitement devenait pleinement un objet de la médecine. Certes, jusqu'alors, l'allaitement, situé dans les pays développés entre puériculture et pédiatrie, avait fait l'objet de recommandations médicales (Delaisi de Parseval *et al.* 1998) ; mais en Afrique, ces recommandations ne concernaient que les cas exceptionnels où l'enfant se développe mal, ou les cas de troubles de la lactation et de pathologies mammaires. Avec le mouvement de promotion de l'allaitement maternel, c'est l'allaitement normal qui a fait l'objet d'une médicalisation. En symétrique aux études sur les pratiques populaires, des études sur les programmes sanitaires et leur impact ont été réalisées. La plupart de ces études sont focalisées et relèvent de la santé publique plutôt que des sciences sociales dans la mesure où elles en adoptent les paradigmes et ont essentiellement pour objectif de renforcer ou de mesurer l'efficacité des programmes de promotion de l'allaitement maternel qu'elles ne discutent pas, sans articuler leur approche avec les recherches en socio-anthropologie sur les services de soin et les personnels qui les mettent en oeuvre (Wilmoth *et al.* 1995). Quelques travaux, réalisés essentiellement sur d'autres continents, ont mis en regard la culture des populations et la culture des professionnels de santé de terrain, "décideurs" et responsables de programmes (Winikoff *et al.* 1989 ; Behague 1993 ; Davies-Adetugbo 1997). Ces travaux ouvrent la voie pour une anthropologie médicale de l'allaitement en Afrique.

Anthropologie de la contagion et du risque

Les aspects sociaux de la transmission du VIH par l'allaitement en Afrique sont abordés dans les publications de santé publique sur le sujet, mais n'ont pas encore fait l'objet de publications sous l'angle des sciences sociales. L'allaitement et le VIH sont tous deux porteurs d'une lourde charge symbolique. Considérer la transmission du VIH par l'allaitement exige que l'on s'intéresse aux représentations locales de l'étiologie et de la contagion, de même qu'aux perceptions du risque. Il existe une riche littérature concernant les perceptions de l'étiologie de la maladie dans les sociétés sans écriture en général, dans les

¹¹ Initiative Hôpitaux Amis des Bébé.

cultures africaines en particulier (*L'Ethnographie* 1985). Dans un premier temps, c'est surtout les étiologies faisant intervenir le surnaturel qui ont retenu l'attention des ethnologues. L'analyse systématique des représentations de la transmission de la maladie, distinguant contamination et contagion dans les sociétés ouest-africaines, s'est ensuite développée, mais n'a qu'exceptionnellement accordé un rôle au lait en tant que vecteur ou agent pathogène (Dupire 1985 ; Fainzang 1986 ; Caprara 2000). L'anthropologie du sida a suscité de nouveaux développements des études sur la contagion, et mobilisé de nouveaux courants de pensée autour du risque, en cours d'application en Afrique (Becker *et al.* 1999). Cette approche conduit à décrire la gestion d'un risque sanitaire en considérant que le risque fait l'objet de représentations sociales qui lui assurent une tolérance plus ou moins importante, dans une population donnée, par rapport au sens accordé à la pathologie en cause ; qu'il est aussi "géré" dans des relations interpersonnelles qui exigent des négociations ; qu'il est confronté à d'autres types de risques, chaque individu ne situant pas systématiquement le risque sanitaire comme prioritaire vis-à-vis d'autres risques, notamment d'exclusion sociale. Lorsqu'elle s'accompagne d'une réflexion critique sur l'usage de la notion de risque en médecine ¹², cette anthropologie du risque permet d'éclairer ce qui est classiquement décrit, dans l'approche de la santé publique, comme un "fossé" entre les connaissances et les actions des individus face à la transmission du VIH.

Présentation de la démarche

Une recherche multifocale autour du Burkina Faso

La complexité de l'approche des aspects sociaux et culturels de l'allaitement en Afrique tient d'abord à la variété des pratiques et des contextes sanitaires et sociaux, y compris dans une même aire culturelle. Les "sociétés sans écriture" sont aujourd'hui soumises aux effets de la mondialisation ; cette influence prend parfois la forme de télescopages entre logiques, parfois celle de superpositions. Cette complexité tient aussi au fait que l'allaitement est polysémique et appartient

¹² P. Farmer a développé une approche de ce type à propos des études sur l'épidémiologie du sida en Haïti (1996).

aux multiples domaines du corps et de l'ethnophysiologie, de la parenté, du maternage, de la santé et de la maladie, de l'économie et de la culture, du profane et du médical... Dans l'impossibilité de multiplier les études approfondies dans de nombreux contextes sociaux, nous avons choisi de centrer notre recherche sur le Burkina Faso, auprès de populations rurales et de services de soin : c'est une approche "compréhensive" qui a été menée auprès d'eux.

Les résultats de cette recherche ne traitent pas, cependant, que des populations "du bout du goudron", tant les usages et les façons de penser en brousse fondent le substrat culturel des villes d'Afrique de l'Ouest. Les services de soin concernés par ce travail sont ceux que le ministère de la santé considère comme "les plus performants"; en menant l'étude auprès de services et de professionnels qui ne sont pas soumis, dans leurs pratiques quotidiennes, aux difficultés matérielles et au manque de moyens que peuvent éprouver certains dispensaires de brousse, nous espérons pouvoir accéder aux aspects non techniques de la pratique de soin. Des études plus focalisées adoptant des démarches qui relèvent de la sociologie et de la santé publique ont été conduites sur des thèmes définis, en rapport avec la prévention de la transmission du VIH, au Burkina Faso et en Côte-d'Ivoire ; des travaux concernant le Rwanda et l'Afrique du Sud ont été rassemblés.

Notre recherche ne vise pas la représentativité concernant l'ethnologie de l'allaitement en Afrique de l'Ouest. L'étude de cas approfondie doit être considérée comme illustrative des aspects sociaux et culturels concernant l'allaitement dans cette aire culturelle. L'ensemble des enquêtes concernant l'allaitement dans le contexte du VIH tente d'apporter des éléments de compréhension directement pertinents pour la mise en oeuvre de la prévention. La variété des questions abordées et la diversité des points de vue des auteurs, parfois antagonistes, devraient permettre d'éviter les simplifications réductrices, car chaque étude appréhende des morceaux de réel de nature différente, et leur ensemble recoupe les différents niveaux d'analyse.

De la recherche à "l'application"

Divers travaux et programmes de recherche montrent que les acquis de l'anthropologie appliquée conduisent à une grande prudence méthodologique dans

la généralisation et l'interprétation prospective des données sociales et culturelles en matière de santé (AMADES 1992 ; Baré 1995 ; Massé 1995). Aussi, le chapitre de "perspectives" ne fournit qu'exceptionnellement des recommandations directives et très détaillées. Ce chapitre, d'une présentation légèrement différente de celle des autres chapitres, propose des résultats focalisés, des illustrations, des lignes directrices, des tableaux qui sont destinés à servir de support à une réflexion. Il fournit des éléments qui permettront de discuter les recommandations internationales en fonction des situations locales. Il se termine par une liste de mesures constituant des orientations stratégiques destinées à aider les acteurs de santé publique dans leur travail de définition des programmes préventifs. Ce chapitre ne saurait cependant résumer l'apport des sciences sociales à la santé publique concernant la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement ; c'est en parcourant l'ensemble de l'ouvrage que les professionnels de santé pourront appréhender les multiples dimensions de l'allaitement qu'il est important de connaître pour que les actions de santé en la matière aient un sens pour la population.

Terminologie de l'allaitement

La démarche scientifique exige que les termes employés pour désigner les multiples formes de l'alimentation du nourrisson soient précisément définis. La communication internationale rend le choix des termes complexes lorsque les traductions ne correspondent pas exactement au contenu sémantique initial. De plus, le contexte international d'utilisation des "aliments pour nourrissons" a conduit les organismes internationaux à mener le combat contre les stratégies commerciales des multinationales jusque dans le lexique, réfutant les termes de "lait maternisé" et "lait artificiel" qui pourraient véhiculer la notion d'homologie entre le lait humain et des produits industriels. Dans ce rapport, nous adopterons les définitions qu'utilisent l'OMS et l'UNICEF (voir encadré). Ce lexique doit être complété par le terme "substitut du lait maternel", qui désigne les laits maternisés.

Expressions applicables à l'alimentation infantile

Allaitement exclusif : signifie que l'on ne donne aucun autre aliment, ni boisson, y compris de l'eau, au nourrisson (à l'exception de médicaments et de gouttes de vitamines ou de sels minéraux ; le lait maternel exprimé est également autorisé)

Allaitement principal : signifie que l'on donne également de petites quantités d'eau ou de boissons à base d'eau comme les infusions

Allaitement total : signifie que l'on allaite l'enfant exclusivement ou principalement au sein

Allaitement au biberon : signifie que l'on nourrit l'enfant au biberon, quel que soit son contenu, y compris du lait maternel exprimé

Alimentation artificielle : signifie que l'on nourrit l'enfant avec du substitut du lait maternel, sans l'allaiter du tout

Allaitement partiel : signifie que l'on nourrait l'enfant tantôt au sein, tantôt avec des substituts du lait maternel, que ce soit du lait artificiel ou des bouillies, ou d'autres aliments.

Source : le Conseil en allaitement : cours de formation (Guide OMS/UNICEF)

Cependant, compte tenu de la lourdeur des expressions, nous nous autoriserons parfois quelques raccourcis qui seront présentés entre guillemets. D'autre part, ce lexique est insuffisant et peu maniable compte tenu des usages locaux. Ainsi, lorsque du lait de vache en poudre (écrémé ou non) est utilisé pour alimenter un nourrisson, le terme "substitut du lait maternel" semble peu indiqué eu égard à la nature du produit, bien qu'il soit adéquat si l'on ne prend en compte que son usage. Ces nuances seront donc explicitées lorsque nécessaire.

Contributions ¹³

Cet ouvrage est structuré en quatre parties.

Il est inauguré par une introduction de Philippe Van de Perre qui fait le point sur les connaissances épidémiologiques et leur évolution au cours de la dernière décennie, et sur les nombreuses questions de santé publique que soulève la transmission du VIH par l'allaitement. Dans ce domaine, bien des aspects concernant la biologie et l'épidémiologie restent en effet à préciser. Les organismes internationaux, qui avaient été mis en cause pour leur retard à prendre en compte la transmission mère-enfant du VIH par l'allaitement dans les pays du Sud, ont proposé en 1998 une palette de mesures préventives, avant de disposer de tous les éléments scientifiques pour juger de leur tolérance et de leur efficacité. Dans l'histoire du rapport entre connaissance et action en santé publique, il s'agit là d'une situation inédite, qui nous donne l'occasion d'examiner l'acceptabilité sociale et le sens que leur accordent les systèmes de représentations locaux avant que les mesures proposées n'aient été totalement validées sur le plan médical. Philippe Van de Perre retrace l'évolution des stratégies et situe les multiples questions de santé publique relatives à l'infection par le VIH qu'il est nécessaire de prendre en compte, souvent en amont de la prévention de la transmission par l'allaitement.

I. Ethnographie de l'allaitement au Burkina Faso

La première partie de cet ouvrage est centrée sur le Burkina Faso, plus précisément sur des populations Mossi, Bobo Madare et Peul, vivant en zone rurale. La démarche est celle d'une ethnographie "classique", qui exige une

¹³ Selon les usages dans les publications des sciences sociales, les noms des auteurs apparaissent par ordre alphabétique sans préjuger de l'importance de la contribution de chacun à la rédaction du chapitre ; le chapitre XIII, écrit par des épidémiologistes, déroge à cette règle et suit les usages en vigueur dans les sciences médicales, qui présentent les auteurs par ordre d'importance dans la participation à la rédaction.

description minutieuse des savoirs et des pratiques, au plus près du quotidien. C'est à ce prix que les savoirs peuvent être situés dans un système de connaissance et de sens plus vaste, et qu'il est possible de décrypter les logiques matérielles et les logiques sociales qui sous-tendent les usages. Le propos initial était de préciser l'actualité de l'alimentation des nourrissons en zone rurale, c'est-à-dire dans l'environnement et le contexte social que connaissent la majorité des burkinabè (et des populations d'Afrique de l'Ouest) ¹⁴. Il s'agissait d'examiner notamment en quoi les pratiques et les savoirs ont pu être modifiés par quinze ans de soins de santé primaire et par l'influence des usages urbains qui pourraient être étendus jusqu'aux villages par les migrations des jeunes adultes. Toutes les dimensions de l'allaitement ont été explorées, en s'affranchissant des limites des études classiques dans ce domaine pour aborder des aspects qui ne relèvent pas strictement de la nutrition ou du maternage. L'étude a été menée de manière aussi complète que possible dans la population mossi ; la même étude a ensuite été réalisée auprès d'une population bobo madare, puis d'une population peul, vivant dans des conditions similaires à quelques centaines de kilomètres de distance. Le propos n'était pas celui d'une approche culturaliste qui enfermerait les populations dans leurs spécificités "ethniques", ni celui d'une uniformisation rapportant au contexte rural "traditionnel" tout élément inhabituel dans le monde urbain ; il était d'examiner ce que ces populations ont en commun et de porter plus précisément l'attention sur des aspects plus manifestes dans l'une ou l'autre culture.

Dans le chapitre "L'allaitement dans le cycle de vie de la femme en pays mossi", Bernard Taverne fait une description détaillée des pratiques d'allaitement maternel, de la naissance au sevrage. L'allaitement y apparaît comme le prolongement du processus reproductif ; les débuts de l'allaitement font partie de la gestion de la naissance. Mais en amont, la préparation de l'allaitement commence dès la grossesse, et la préparation des femmes à leur rôle de mère nourricière débute dès leur enfance, pour se poursuivre en aval tout au long de leur vie génésique. Cette préparation repose sur de nombreuses prescriptions, en

¹⁴ En 1997, la population du Burkina Faso est rurale à 83 %, celle de la Côte-d'Ivoire à 55 %. Les autres pays d'Afrique de l'Ouest se situent entre ces deux extrêmes (source : Division de la population de l'Organisation des Nations Unies, 1999. *La situation des enfants dans le monde 1999*. New York, UNICEF : 120).

rapport avec les représentations de la procréation et de la lactation. Un moment essentiel de cette préparation est celui de l'écrasement des seins (*runгри*), pratiqué au cours de la première grossesse. C'est autour de cette pratique, douloureuse pour la femme, aux conséquences morphologiques perçues et attestées, qu'apparaît une rupture, voire un affrontement, entre usages "traditionnels" et choix des femmes d'aujourd'hui. Déjà, dans cette description d'un allaitement "normal", les protagonistes de l'allaitement sont en scène : femmes et mères, grand-mères, conjoints ; déjà des conceptions s'affrontent et des discours sociaux apparaissent sur ce que c'est que "bien allaiter", sur les précautions indispensables, et sur ce que c'est qu'être "une bonne mère" qui sait prendre soin de son enfant. Les discours biologiques et les discours sociaux sont d'emblée intriqués. Des observations présentées dès ce premier chapitre sont analysées une à une de manière détaillée dans les chapitres suivants.

Le chapitre "Allaitement et parenté en pays bobo madare", de Chiara Alfieri, examine les relations entre l'allaitement et l'insertion des femmes dans le système social. Cette question apparaît essentielle à plusieurs niveaux : l'organisation du système de parenté détermine lesquelles, parmi les femmes du matri ou du patrilineage, ont une autorité particulière en matière de maternage concernant l'enfant qu'elles peuvent allaiter en cas d'absence provisoire ou définitive de la mère ; le caractère nucléaire ou élargi de la famille détermine l'importance accordée aux conseils, aux injonctions et aux critiques des "vieilles" ; l'autonomie plus ou moins grande des femmes leur permet ou les empêche de "choisir" de suivre les prescriptions normatives ; de leur statut social, dépend leur capacité à mobiliser une aide en matière d'allaitement. Alors que les ethnologues ont souvent étudié la relation de parenté – alliance et "fraternité de lait" – qu'introduit entre deux enfants le fait d'avoir été allaités par la même femme, ce chapitre s'intéresse au rapport inverse entre allaitement et système de parenté, en examinant ce que l'organisation particulière du système de parenté bobo madare, qui est un système de double descendance, implique pour l'enfant. Il précise d'une part le type de soutien qu'une femme peut recevoir de son foyer et de son lignage, d'autre part les contraintes inhérentes à cette inscription sociale, dans un contexte contemporain d'affaiblissement du système lignager.

Chiara Alfieri et Bernard Taverne analysent ensuite ensemble les représentations concernant la production du lait maternel, dans un chapitre consacré à l'ethnophysiologie de la lactation, aux règles et aux précautions autour

l'ethnophysiologie de la lactation, aux règles et aux précautions autour de l'allaitement maternel chez les Bobo Madare et les Mossi. La lactation est un processus qui transforme le sang, mais peut conduire dans certains cas à la production de "mauvais lait" – du colostrum, *a priori* nocif et jeté, aux laits altérés de diverses manières. À la sémiologie du lait qui est décrite de manières sensiblement différentes en pays mossi et en pays bobo, répondent des règles qui relèvent de notions populaires "d'hygiène et de prévention", s'appliquant à la femme ou concernant les modalités d'allaitement. Cette "ethnoprévention" se fonde en grande partie sur la consommation par la mère d'aliments qui présentent des caractères organoleptiques analogues au lait maternel. Elle se fonde aussi sur un évitement de l'excès (notamment de la chaleur), des humeurs telles que le sperme, ou des produits tels que la bière ; cet évitement fait référence à des oppositions symboliques dont les ethnologues ont montré qu'elles structurent les systèmes de pensée dans de nombreuses populations d'Afrique de l'Ouest.

Le chapitre sur l'"Ethnophysiologie des difficultés et des complications de l'allaitement maternel", des mêmes auteurs, détaille les entités nosologiques populaires et leur traitement. Des ethnologues se sont demandé récemment si l'hypogalactie ou l'agalactie qui motivent un grand nombre d'interruptions de l'allaitement maternel dans les pays développés pouvaient être considérées comme des "syndromes culturellement déterminés", spécifiques aux cultures occidentales urbaines. Ce chapitre montre que les déficits de sécrétion lactée existent dans la culture populaire locale ouest-africaine ; ils font l'objet d'interprétations mettant en jeu des étiologies naturalistes basées sur la physiopathologie, et des étiologies personnalistes faisant intervenir les ancêtres ou des puissances surnaturelles. Les pathologies du sein sont à la base d'une riche sémiologie et de pratiques diversifiées dans les deux sites d'enquête. Il est d'autant plus important de connaître ces traitements pratiqués essentiellement dans le secteur traditionnel que les mastites et abcès du sein, qui ont été identifiés comme facteurs de risque de transmission du VIH, semblent faire l'objet d'une prise en charge tardive dans le secteur biomédical.

C'est au vu de la référence fréquemment faite aux Peul à propos des alternatives à l'allaitement maternel, que Madina Querre a été sollicitée pour étudier les perceptions et pratiques des femmes peul du Séno, au Nord du Burkina Faso, qu'elle présente dans un chapitre intitulé : "Le sens des pratiques autour de

l'allaitement chez les Peul du Séno". Son travail a considéré le lait sous ses formes humaine et animales. Les Peul accordent une valeur centrale au lait animal qui est pour eux non seulement un aliment, mais aussi une richesse, grâce à la production du lait par les troupeaux encadrés par les hommes, à sa transformation et à sa vente assurées par les femmes. Dans cette "civilisation du lait", c'est le lait humain qui peut être dangereux en transmettant des pouvoirs maléfiques, alors que le lait de chèvre peut avoir des fonctions thérapeutiques. Le lait de vache, et plus encore le lait de chèvre, sont des aliments du sevrage utilisés pour les enfants bien portants. C'est peut-être le lait animal qui sauve des enfants de la malnutrition en période de soudure, dans une population délaissée par les actions de développement. L'on est proche, chez les Peul et chez ceux qui travaillent auprès d'eux, d'une représentation d'une "alliance" entre les Peul et "leurs animaux" autour des usages sociaux et symboliques du lait, d'autant plus vigoureuse que l'alliance avec les autres populations (notamment les Mossi, groupe ethnique majoritaire au Burkina Faso) et les relations avec l'administration contemporaine et le pouvoir politique leur sont défavorables.

II. L'allaitement pathologique et le traitement de l'allaitement dans le système de santé

La seconde partie vise à décrire des éléments du "système médical" concernant l'allaitement au Burkina Faso. Ce terme est compris au sens anthropologique, comme l'ensemble des "acteurs" de l'allaitement appartenant à la fois au secteur populaire, au secteur traditionnel et au secteur biomédical, l'ensemble des pratiques autour de l'allaitement pathologique, et des discours sur l'allaitement et son traitement. Il apparaît que dans le domaine de l'allaitement normal et pathologique, secteur populaire et secteur traditionnel ne sont pas différenciés : l'on ne distingue pas des "spécialistes traditionnels" possédant un savoir spécifique face à une population dont les connaissances profanes seraient distinctes ; la population et ses thérapeutes se réfèrent aux mêmes notions. Le "système médical" apparaît donc comme bipolaire, partagé entre l'ensemble des représentations et pratiques de la population d'une part, et le secteur biomédical de l'autre. Pour cette analyse, nous avons abordé les perceptions et les pratiques avec la même approche auprès de la population et dans les services de soin,

de la population et dans les services de soin, considérant que la culture des services de soin devait être examinée avec le même “regard éloigné” que la culture populaire.

Le chapitre sur “Perceptions de la transmission des maladies par l’allaitement maternel au Burkina Faso” rassemble des observations de Chiara Alfieri et Bernard Taverne se rapportant aux populations mossi et bobo madare. Issu du corps de la mère et soumis aux changements que subit celui-ci, le lait est susceptible de véhiculer des maladies, au même titre que des éléments nutritifs et des éléments constitutifs de la personne ou des traits relatifs au caractère. Ces représentations s’inscrivent dans des perceptions d’une part des fluides corporels, d’autre part des mécanismes de la transmission, de la contagion et de la contamination. Les représentations populaires considèrent que le lait maternel peut transmettre à l’enfant toute maladie de sa mère, voire de ses deux parents. Cette perception n’est pas contredite par la notion médicale de transmission du VIH de la mère à l’enfant par l’allaitement. Mais pour la population, la transmission des maladies de la mère par le lait ne justifie pas l’interruption de l’allaitement. De plus, selon les perceptions populaires, la chaîne épidémiologique ne s’arrête pas là : le nourrisson est perçu comme également susceptible de contaminer celle qui l’allait, ce qui suscite une méfiance vis-à-vis de l’enfant ; cette notion est renforcée par la représentation préexistante de “l’enfant mortifère”, qui attribue la responsabilité du décès de sa mère au nourrisson survivant. Alors que des recommandations médicales invitent à suspendre l’allaitement chez des mères en phase de sida et proposent (entre autres mesures) l’allaitement par une nourrice, des logiques différentes dans le secteur biomédical et dans le secteur populaire induisent des attitudes opposées à partir de représentations compatibles de la transmission mère-enfant du VIH/sida.

À qui une femme peut-elle s’adresser lorsqu’elle rencontre des difficultés pour allaiter son enfant ? Quelles alternatives peut-elle envisager lorsqu’elle est dans l’incapacité de le nourrir ? Comment est alimenté un enfant orphelin ? Le chapitre de Bernard Taverne intitulé “Les détenteurs du savoir et les alternatives à l’allaitement en milieu rural mossi” montre que le savoir est réparti entre de nombreuses personnes situées à différents niveaux de proximité vis-à-vis de la mère (dans l’unité d’habitation et l’entourage, dans le quartier, dans le village et les villages voisins, dans les services de santé), qui peuvent être consultées successivement. À l’exception des agents des dispensaires (centres de santé et de protection sociale et centres médicaux), tous partagent les mêmes représentations

tion sociale et centres médicaux), tous partagent les mêmes représentations sur ce qu'est et doit être un allaitement. Aussi, bien peu de crédit est accordé aux recommandations des agents de santé, qui n'influent pratiquement pas sur les conduites, notamment en cas d'hypogalactie ou d'agalactie. En cas d'incapacité de la mère à allaiter, le premier recours dans l'urgence consiste à rechercher une nourrice, les deux autres solutions étant la relactation des femmes âgées et l'usage des laits en poudre, trop chers pour la majorité des familles. C'est donc essentiellement dans le secteur populaire, hors des services de soin biomédicaux, qu'une solution est recherchée. "Problème culturel" lié à l'emprise des représentations traditionnelles dans des villages ruraux éloignés de la "modernité", ou problème de santé publique lié à la défaillance des services de soin, qui n'apportent pas de solution accessible dans ce domaine ? Les observations présentées ici attestent de l'interdépendance de ces deux niveaux de causalité.

La situation concernant l'alimentation des nourrissons est-elle différente en ville, là où de nombreuses institutions sanitaires et sociales sont accessibles, et où des centres de récupération et d'éducation nutritionnelle sont chargés de prévenir la malnutrition infantile ? Les mesures adoptées en zone rurale y ont-elles une place ? À quel moment et dans quelles conditions les institutions apportent-elles un appui ou prennent-elles le relais de la famille élargie ? Qui, dans la famille, sera chargé préférentiellement d'un enfant orphelin ? L'enquête dont les résultats sont rapportés dans le chapitre "Lorsque la mère disparaît. Famille élargie, institutions et laits de substitution", d'Alice Desclaux, a été réalisée auprès de tuteurs d'enfants orphelins pour préciser quelles sont les solutions existantes et les conditions d'accès à ces solutions. Les histoires de cas ont également attiré notre attention sur les itinéraires que suivent les enfants avant qu'un mode d'alimentation durable ne leur soit proposé. Les résultats montrent l'absence d'organisation de la prise en charge des orphelins par les services sanitaires et sociaux, qui renvoient aux familles la responsabilité de cette prise en charge, ne leur apportant une aide matérielle qu'au cas par cas. Cette absence de ressource soumet les tuteurs à de longues démarches de recherche d'une aide ; des alternatives à l'allaitement sont tentées une à une, des "arrangements" alimentaires sont mis en place dans la famille élargie, souvent à l'initiative du père. L'étude montre toutes les limites des "solutions de remplacement" en zone urbaine et confirme que, comme en zone rurale, l'alimentation des nourrissons

rurale, l'alimentation des nourrissons orphelins est un domaine délaissé par le système de soins public.

Le chapitre portant sur "Le traitement de l'allaitement dans le système de soin", du même auteur, présente la place accordée à l'allaitement dans les services de santé, ainsi que les spécialistes médicaux de l'allaitement, leurs rôles et pratiques, et les concepts qui sous-tendent leurs actions. Le traitement social d'un acte considéré ailleurs comme "naturel" met l'accent sur la promotion de l'allaitement normal, qui fonde toute une organisation institutionnelle. Alors que les services biomédicaux ont habituellement pour propos de soigner la maladie, il semble que le lait "ne puisse être mauvais" dans leur culture ; les données concernant la transmission du VIH par l'allaitement sont encore méconnues, voire inconnues des agents des services de Santé Maternelle et Infantile. Les mêmes messages de valorisation sans limite de l'allaitement maternel sont répétés en dépit de la réalité épidémiologique, alors que, faute de moyens, bien peu de femmes ouest-africaines utilisent les substituts du lait maternel. Des propos excessifs stigmatisent les femmes qui ne peuvent pas allaiter, renforçant la norme sociale, ce qui limite l'acceptabilité de mesures préventives de la transmission du VIH, déjà peu accessibles. Le traitement de l'allaitement dans le système de soin paraît ainsi davantage déterminé par l'organisation institutionnelle d'une politique en matière d'allaitement, par les logiques des "acteurs" en Afrique et à New York, Genève et Washington, par l'absence d'adaptation des messages internationaux aux réalités africaines et par les racines culturelles d'une "idéologie" de valorisation de l'allaitement maternel, que par des préoccupations préventives.

III. L'allaitement dans le contexte du VIH

Une troisième partie de cet ouvrage présente les résultats d'une étude de faisabilité réalisée en vue d'un essai clinique en 1992 à Kigali, et l'expérience des soignants et des femmes qui ont participé à un essai clinique de prévention médicamenteuse de la transmission mère-enfant, mené à Abidjan et Bobo-Dioulasso de 1995 à 1999 : l'essai DITRAME. Les femmes qui ont participé à cet essai se savaient infectées par le VIH ; elles ont été informées de leur statut sérologique et suivies dans le cadre d'un essai, bénéficiant de conditions de suivi médical optimales ; elles ont eu accès à un soutien psychosocial ; elles ont pu, si

males ; elles ont eu accès à un soutien psychosocial ; elles ont pu, si elles le souhaitent, participer aux activités d'une association de soutien aux PVVIH. Un suivi de ce type a un caractère exceptionnel dans les services de soin ouest-africains "ordinaires", où le dépistage assorti de conseil n'est pas encore accessible en consultation prénatale. Les caractéristiques sociales de cette population sont particulières du fait des sites concernés et des critères de recrutement de l'essai : ces femmes vivent dans ou près des centres urbains, sont âgées de dix-huit ans et plus, et parlent au moins une langue véhiculaire du pays. Leur environnement matériel est très différent de celui dans lequel ont été réalisées les enquêtes présentées dans la première partie ; l'eau potable est accessible, ce qui permet d'envisager l'usage des substituts du lait maternel. Le contexte social et culturel est marqué par un meilleur accès à l'éducation et à l'information, par l'existence de possibilités économiques qui permettent à certaines d'entre elles d'avoir une marge de relative autonomie financière, et par une plus grande médicalisation de la grossesse et de l'accouchement ¹⁵. Ces conditions particulières de femmes vivant en zone urbaine et ayant accès à des services de santé efficaces constituent *a priori* le contexte le plus favorable pour la prévention dans la situation actuelle de l'Afrique de l'Ouest. Les observations présentées dans cette partie du rapport ne peuvent être extrapolées à l'ensemble des femmes africaines, comme en atteste la description de l'allaitement dans un contexte rural, figurant dans la première partie.

Dans le chapitre "Représentation et pratiques de l'allaitement à Kigali, Rwanda", Michel Caraël et Philippe Msellati présentent les résultats d'une enquête de faisabilité pour un essai clinique impliquant l'adoption de l'allaitement artificiel par des femmes séropositives. La revue de la littérature concernant le Rwanda, et l'enquête exploratoire réalisée en 1992, concluaient à une faisabilité de l'essai pour des femmes suivies à Kigali. Il semblait toléré qu'une femme malade n'allait pas son enfant ; l'organisation sociale accordant une autonomie à chaque couple, les réactions critiques de l'entourage vis-à-vis de l'allaitement artificiel semblaient pouvoir être évitées, du moins pour les familles aisées et les femmes salariées. Le génocide de 1994 a interrompu toute recherche au Rwanda.

¹⁵ Les accouchements assistés par du personnel soignant qualifié ne représentent que 42 % de la totalité des accouchements au Burkina Faso, 45 % en Côte-d'Ivoire (source : OMS et UNICEF, UNICEF 1999 : 128).

Parmi les nombreux résultats préliminaires dégagés par cette étude, certains montrent des différences dans les représentations, d'autres mettent en lumière des analogies avec l'Afrique de l'Ouest. Cette étude est un travail pionnier dans l'histoire de la lutte contre la transmission du VIH par l'allaitement. En 1992, la "communauté scientifique" n'était pas encore prête à concevoir ce problème dans des termes concrets. En Afrique, seules les équipes de Van de Perre au Rwanda, Nduati au Kenya, avaient conduit la réflexion jusqu'au stade de la planification d'un essai "allaitement maternel vs. alimentation aux substituts". L'essai rwandais, dont le recrutement devait débiter en avril 1994, n'a pu être réalisé ; il a fallu attendre mars 2000 pour que les résultats de l'essai kenyan soient publiés ¹⁶.

Dans un chapitre intitulé "Prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Expérience d'un essai clinique", Philippe Msellati, Nicolas Meda et leurs collaborateurs, décrivent la stratégie adoptée en matière d'alimentation du nourrisson dans le cadre de l'essai DITRAME (essai ANRS 049). Cet essai ayant pour objectif d'examiner l'accessibilité, la tolérance et l'efficacité d'un régime court d'AZT en prise orale dans un contexte où l'allaitement maternel est la norme, les stratégies concernant l'alimentation du nourrisson ont été différentes à Bobo-Dioulasso et à Abidjan, car "alignées" sur les recommandations nationales. Les données quantitatives montrent que les conseils préventifs n'ont pas été suivis de la même manière dans les deux sites. Une grande part de cette différence tient au contexte social et culturel exploré dans le chapitre suivant. Bien que les données disponibles n'aient pas permis de préciser dans quelle mesure ces disparités ont résulté des modalités d'information des femmes, l'expérience de cet essai a montré l'importance du "conseil" en matière d'allaitement, réalisé par l'équipe soignante.

Le chapitre suivant, "Pratiques et perceptions des femmes séropositives à Abidjan et Bobo-Dioulasso", de Djénéba Coulibaly-Traoré, Alice Desclaux et Odette Ky-Zerbo, analyse de manière approfondie les facteurs qui ont pesé dans le choix de l'un ou l'autre mode d'alimentation du nourrisson pour soixante femmes qui ont participé à cet essai. Parmi les obstacles, l'avis du conjoint, les aspects économiques et la "pression sociale" en faveur de l'allaitement maternel semblent dominants. La majorité des femmes ont appris que l'allaitement pouvait

¹⁶ Cf. chapitre II.

transmettre le VIH, même si l'information à ce sujet est parfois contredite par des messages délivrés dans le système de soin, et s'oppose à des perceptions *a priori* péjoratives à propos des substituts du lait maternel. Les femmes doivent donc mettre en oeuvre diverses stratégies, seules ou avec l'appui de l'équipe médicale, pour contourner les difficultés. Ce n'est pas toujours possible, comme en atteste la typologie des choix d'alimentation du nourrisson : une fois écartée la question économique, la complexité de la prévention tient en grande partie au fait que les obstacles relèvent non pas des connaissances ou des attitudes des mères, mais de leur entourage. La logique préventive s'oppose à la logique culturelle qui définit "ce qu'est être une bonne mère", que les femmes, souvent seules face à leur séropositivité, ne sont pas en situation de remettre en question. Les résultats montrent le poids du contexte social et économique, sous-jacent aux différences observées entre Bt enceintes, pour protéger la santé de l'enfant allaité et de l'enfant attendu. De plus, une femme infectée par le VIH ne reçoit pas que des conseils préventifs concernant l'alimentation de son enfant. Il lui est aussi recommandé d'éviter de nouvelles grossesses et de protéger ses relations sexuelles. Ces différents types de conseils peuvent-ils être suivis à Abidjan ? Sont-ils antinomiques ? L'abandon de l'allaitement maternel favorise-t-il la survenue d'une nouvelle grossesse dans un contexte où les méthodes contraceptives modernes sont peu utilisées ? Dans un chapitre intitulé "Procréation et allaitement : quels choix pour une femme séropositive à Abidjan ?", Annabel Desgrées du Loû analyse le désir d'enfant et les choix des femmes en matière de planification des grossesses, ainsi que les relations entre ces choix et les pratiques d'alimentation du nourrisson. Elle examine les pratiques des couples en matière de protection des relations sexuelles et celles des services de santé concernant la contraception du post-partum. La procréation ne paraît pas directement tributaire des décisions en matière d'alimentation du nourrisson ; c'est plutôt un parallèle qu'il faut établir entre allaitement et reproduction, pour lesquels les "choix" des femmes sont soumis à

des limites similaires : attitude du conjoint, rôle social des femmes qui valorise la mère, volonté de ne pas être stigmatisée. Ce chapitre montre l'intrication des dimensions affectives, familiales et sociales, et la difficulté des prises de décision.

IV. La prévention de la transmission du VIH par l'allaitement

Une quatrième partie de cet ouvrage traite des tentatives actuelles de prévention de la transmission du VIH par l'allaitement, et propose des perspectives.

Dans un chapitre intitulé "Penser le risque de transmission : transmission de la mère à l'enfant et allaitement", Laurent Vidal s'interroge sur les caractéristiques de ces modes de transmission susceptibles d'en façonner les représentations. La façon dont les personnes auprès desquelles il a enquêté à Abidjan mettent en relation le lait et le sang, la grossesse et l'allaitement, la transmission de la mère à l'enfant pendant et après la naissance, laisse peu de place à la perception qu'il existe une possibilité que le virus ne soit pas transmis pendant l'allaitement. Dès lors, ces représentations de la transmission, bâties sur des bribes d'information spécialisée et sur une ethnophysiologie populaire, surestiment le risque ; c'est également le cas pour bien d'autres modes de transmission mis en avant par le discours populaire et que les messages de santé publique ne cherchent pas à réajuster, tels que les coupures par des coiffeurs. En termes de santé publique cependant, la question la plus délicate n'est pas tant le fait que les femmes surestiment le risque de transmission par l'allaitement lorsqu'elles peuvent l'éviter (notamment par l'accès aux substituts du lait maternel délivrés par des programmes de prévention), que la nature du message à délivrer aux femmes qui ne peuvent pas adopter les alternatives à l'allaitement au sein : faut-il leur dire qu'il existe davantage de chances que leur enfant ne soit pas infecté par l'allaitement que de risque qu'il le soit ? En amont, restent les interrogations suivantes : que faut-il dire aux femmes séronégatives pour éviter la stigmatisation de celles qui n'allaitent pas ? Doit-on définir deux sortes de messages qui différeront selon le statut sérologique des femmes, ou faut-il, en jouant de la nuance et du degré de précision, adapter un message unique à chaque cas ?

En comparant la situation du Burkina Faso et celle de la Côte-d'Ivoire, le chapitre sur les "Conditions et enjeux de la prise en compte de la transmission du VIH par l'allaitement", d'Alice Desclaux, analyse les éléments qui ont permis qu'une stratégie de santé publique soit définie en Côte-d'Ivoire, alors que cela n'a pas (encore) été le cas au Burkina. Ces deux pays ont partagé le retard majeur en matière d'information des professionnels de santé sur la transmission du VIH par l'allaitement, une organisation des services sanitaires écartelée entre programmes verticaux, un déficit de l'information destinée à la population, et des perceptions péjoratives vis-à-vis des femmes séropositives dans les services de soin non spécialisés dans le domaine du sida. Dans ces deux pays, les attitudes des professionnels des services de santé s'échelonnent d'une tolérance provisoire du risque au maintien du statu quo ; l'existence d'espaces d'échanges apparaît alors essentielle pour créer une "dynamique préventive", comme cela a été le cas en Côte-d'Ivoire. Mais cette dynamique ne semble pas suffisante sans une expérience concrète qui amène des personnes atteintes à revendiquer publiquement "le droit d'être optimistes". Certes, la mise en place à Abidjan, à partir de 1999, de deux programmes d'intervention disposant de moyens suffisants, a vaincu bien des résistances et "forcé" l'adaptation de professionnels dubitatifs. Mais sur le plan des représentations de la "maladie" et des personnes atteintes, c'est sans doute la naissance d'enfants de parents vivant avec le VIH et l'annonce de leur séronégativité qui ont permis une "prise de conscience" du sens de la prévention, ouvrant la voie à sa mise en oeuvre.

Gill Seidel propose de reconsidérer les enjeux concernant l'information donnée aux femmes à partir des représentations dominantes qu'elle analyse dans le Kwazulu-Natal, en Afrique du Sud. Là, les femmes ont accès au dépistage prénatal si elles le souhaitent. Mais l'information préventive ne leur est pas délivrée pour autant. Il semble que la promotion de l'allaitement maternel ait acquis une dimension idéologique particulière dans ce pays, car elle fait partie d'un discours qui met en avant les droits des plus pauvres face aux multinationales en accord avec celui de l'ANC au pouvoir, et elle s'inscrit dans des représentations de la maternité présentes dans le discours politique "communautariste" contemporain. Les propos tenus par les infirmières sont d'autre part traversés par une méfiance extrême envers ce qui vient d'ailleurs – comme les données scientifiques montrant la transmission du VIH par l'allaitement. Dans leur discours, subsistent des représentations racistes, héritées

sentations racistes, héritées de l'apartheid, qui sont appliquées aux femmes noires venant en consultation prénatale, *a priori* critiquées pour les "comportements" de "leur peuple". Entre mépris des femmes et idéalisation de l'allaitement, bien peu d'espace est laissé à la transmission d'une information juste, et à ce qui devrait être un "conseil". De plus, ces propos d'infirmières montrent que l'ignorance du statut sérologique des femmes, qui vise à les protéger contre la stigmatisation de la part du personnel soignant, empêche les infirmières de délivrer des informations précises ; la "confidentialité" devient également une forme d'alibi à l'esquive de la question de la transmission du VIH par l'allaitement.

En guise d'ouverture vers l'application, le dernier chapitre tente de porter un regard "sensible à la culture et à l'organisation sociale locales" sur les possibilités et les limites de la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement dans un contexte urbain d'Afrique de l'Ouest. Pour ce faire, la réflexion se base sur le cadre logique et les options alimentaires proposés par l'ONUSIDA, ainsi que sur le guide concernant le conseil en allaitement proposé par l'IBFAN. L'analyse repose sur les perceptions des options alimentaires par les professionnels de santé burkinabè et les femmes rencontrées à Abidjan et Bobo-Dioulasso, sur les débats suscités par le guide, et sur les résultats des enquêtes qui ont été menées dans le cadre de ce programme de recherche et sont présentées dans les autres chapitres de cet ouvrage. Les recommandations internationales ont défini "ce qu'il faut faire" ; les données issues de notre recherche apportent des indications sur "comment le faire", établissent ou inversent certains ordres de priorité, situent dans une perspective sanitaire plus vaste des mesures initialement définies comme spécifiques à la prévention du VIH/sida, mettent en lumière des aspects apparemment secondaires de l'intervention sanitaire qui peuvent être porteurs de sens pour les agents de santé ou les mères. La perspective adoptée ici est celle de l'amélioration de l'efficience, l'efficacité, l'accessibilité et l'acceptabilité de la prévention, dans la culture matérielle et conceptuelle et les situations sociales africaines.

Références bibliographiques

AMADES

1992 *Où en est l'anthropologie médicale appliquée ?* Toulouse.

Badinter E.

1998 [1980] *L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel (XVII^e-XX^e siècles)*. Paris, Le Livre de Poche. 1^{re} édition Flammarion.

Barré J.F. (éd.)

1995 *Les applications de l'anthropologie. Un essai de réflexion collective depuis la France*. Paris, Karthala.

Bartoli L.

1998 *Venir au monde. Les rites de l'enfantement sur les cinq continents*. Paris, Plon.

Becker C., J.P. Dozon, C. Obbo et M. Touré (éds.)

1999 *Vivre et penser le sida en Afrique*. Paris, Karthala, Codesria, IRD.

Behague D.

1993 Growth monitoring and the promotion of breast feeding. *Social Science and Medicine* 37 (12) : 1565-1578.

Bledsoe C.H., D.C. Ewbank et U.C. Isurgo-Abanihe

1988 The effect of child fostering on feeding practices and access to health services in rural Sierra Leone. *Social Science and Medicine* 27 (6) : 627-636.

Bonnet D. (éd.)

1996 La malnutrition infantile en Afrique. *Sciences Sociales et Santé* 14 (1), numéro spécial.

Bonnet D.

- 1988 *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso*. Paris, Ed. de l'ORSTOM, Coll. Mémoires n° 110.

Bonte P.

- 1994 "Le sein, l'alliance, l'inceste". In : *Mémoires lactées*, Autrement (143) : 143-156.

Camporesi P.

- 1994 "La voie lactée". In : *Manger magique*, Autrement (149) : 72-83.

Caprara A.

- 2000 *Théories de la contagion chez les Alladian*. Paris, Karthala.

Cros M.

- 1991 "Les nourritures d'identité ou comment devenir Lobi". In : S. Lallemand, O. Journet, E. Ewombé-Moundo *et al.*, *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar* : 103-118. Paris, L'Harmattan.

Cunningham A.S., D.B. Jelliffe et E.F.P. Jelliffe

- 1991 Breast-feeding and health in the 1980s : a global epidemiologic review. *The Journal of Pediatrics* 119 (5) : 659-666.

Dabis F. et N. Méda

- 2000 Situation épidémiologique dans les pays du Sud. Une ampleur inégalée, des conséquences dévastatrices. *Transcriptase Sud* 2 : 46-48.

Davies-Adetugbo A.A.

- 1997 Sociocultural factors and the promotion of exclusive breastfeeding in rural Yoruba communities of Osun state, Nigeria. *Social Science and Medicine* 45 (1) : 113-125.

Delaisi de Parseval G. et S. Lallemand

- 1998 [1980] *L'art d'accomoder les bébés. Cent ans de recettes françaises de puériculture*. Paris, Odile Jacob.

Deluz A. et S. Valantin

- 1987 "African queens". In : *La mère. Au commencement...*, Autrement (90) : 54-58.

Dettwyler K.A.

- 1988 More than nutrition : Breastfeeding in urban Mali. *Medical Anthropology Quarterly* 2 (2) : 172-183.
- 1995 "Beauty and the breast : The cultural context of breastfeeding in the United States". In : P. Stuart-Macadam et K.A. Dettwyler (éds.), *Breastfeeding. Biocultural perspectives* : 101-126. New York, Aldyne de Gruyter.

Dupire M.

- 1985 Contagion, contamination, atavisme : trois concepts sereer ndut (Sénégal). *L'Ethnographie* 81 (96-97) : 123-139.

Erny P.

- 1987 *L'enfant et son milieu en Afrique noire*. Paris, L'Harmattan.
- 1988 *Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique Noire*. Paris, L'Harmattan.

Fainzang S.

- 1986 *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*. Paris, L'Harmattan.

Farmer P.

- 1996 *Sida en Haïti : la victime accusée*. Paris, Karthala.

Fildes V.A.

- 1986 *Breasts, bottles and babies : a history of infant feeding*. Edinburgh, Edinburgh University Press.
- 1995 "The culture and biology of breastfeeding : An historical review of western Europe". In : P. Stuart-Macadam et K.A. Dettwyler (éds.),

Breastfeeding. Biocultural perspectives : 101-126. New York, Aldyne de Gruyter.

Geber M.

1987 *L'enfant africain dans un monde en changement*. Paris, Presses Universitaires de France.

Héritier F.

1984 “Stérilité, aridité, sécheresse : quelques invariants de la pensée symbolique”. In : M. Augé et C. Herzlich (éds.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* : 123-154. Paris, Éditions des Archives Contemporaines.

Héritier-Augé F.

1987 La mauvaise odeur l'a saisi. *Le genre humain* 15 : 7-18.

Jelliffe D.B. et E.F.P. Jelliffe (éds).

1988 *Programmes to promote breastfeeding*. Oxford, Oxford University Press.

Kaufman J.C.

1995 *Corps de femmes, regards d'hommes. Sociologie des seins nus*. Paris, Nathan.

L'Ethnographie

1985 *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture*. Numéro spécial 81 (96-97) : 1895-2 et 3.

Lallemand S.

1988 *La mangeuse d'âmes. Sorcellerie et famille en Afrique*. Paris, L'Harmattan.

Lallemand S. et O. Journet (éds.)

1991 *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar*. Paris, L'Harmattan.

Ly O.D.

- 1993 "Le bébé africain : du dos de la mère aux bras des substituts". In : H. Stork (éd.) *Les rituels du coucher de l'enfant. Variations culturelles* : 21-41. Paris, ESF Editeur.

Mabilia M.

- 1996a Beliefs and practices in infant feeding among the Wagogo of Chigongwe (Dodoma rural district), Tanzania. I. Breastfeeding. *Ecology of Food and Nutrition* 35 : 195-207.
- 1996b Beliefs and practices in infant feeding among the Wagogo of Chigongwe (Dodoma rural district), Tanzania. II. Weaning. *Ecology of Food and Nutrition* 35 : 209-217.

Maher V.

- 1992 *The anthropology of breast-feeding. Natural law or social construction.* Oxford, Berg.

Massé R.

- 1995 *Culture et santé publique.* Montréal, Gaëtan Morin.

Masse-Raimbault A.M. (éd.).

- 1992 Du lait maternel... au plat familial. *L'enfant en milieu tropical* n° 202-203.

Mauss M.

- 1985 [1950] *Sociologie et anthropologie.* Paris, Quadrige / Presses Universitaires de France.

Meslin M.

- 1994 "Un don biblique". In : *Mémoires lactées, Autrement* (143) : 101-115.

Morel M.F.

- 1997 "Enfances d'hier, approche historique". In : M. Guidetti, S. Lallemand, M.F. Morel, *Enfances d'hier, d'ailleurs et d'aujourd'hui, approche comparative* : 58-112. Paris, Armand Colin.

Odebiyi A.I.

- 1989 Food taboos in maternal and child health : the views of traditional healers in Ile-Ife, Nigeria. *Social Science and Medicine* 28 (9) : 985-996.

OMS

- 1981 *Code International de commercialisation des substituts du lait*. Genève, 38p.
- 1991 *Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel*. Genève, 3 p.

Oni G.A.

- 1987 Breastfeeding : its relationship with postpartum amenorrhea and postpartum sexual abstinence in a Nigerian community. *Social Science and Medicine* 24 (3) : 255-262.

Ortigue M.C. et E. Ortigue

- 1984 [1966] *Oedipe africain*. Paris, Plon.

Palmer G.

- 1988 *The politics of breastfeeding*. London, Pandora Press.

Rabain J.

- 1994 [1979] *L'enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge chez les Wolof du Sénégal*. Paris, Payot.

Ravololomanga B.

- 1985 Pratiques sociales liée à l'allaitement maternel chez les Tanala d'Ifanadiana. *Bulletin d'Ethnomédecine* 33 : 55-66.

Riordan J.

- 1993 " The cultural context of breastfeeding ". In : J. Riordan et K. Auerbach (éds.), *Breastfeeding and human lactation* : 27-48. Boston, Jones and Bartlett.

Steinberg S.

1996 Childbearing research : a transcultural review. *Social Science and Medicine* 43 (12) : 1765-1784.

Stork H.E.

1999 *Introduction à la psychologie anthropologique*. Paris, Armand Colin.

Stuart-Macadam P. et K.A. Dettwyler

1995 *Breastfeeding. Biocultural perspectives*. New York, Aldyne de Gruyter.

Van Esterik P.

1995 "The politics of breastfeeding : an advocacy perspective". In : P. Stuart-Macadam et K.A. Dettwyler (éds.), *Breastfeeding. Biocultural perspectives* : 145-166. New York, Aldyne de Gruyter.

Vernier B.

1994 Ressemblances familiales et systèmes de parenté. Des villageois grecs aux étudiants lyonnais. *Ethnologie française* 24 (1) : 36-44.

Volant E., J. Lévy et D. Jeffry (éds.)

1996 *Les risques et la mort*. Montréal, Éditions du Méridien.

Wilmoth T.A., Elder J.P.

1995 An assessment of research on breastfeeding promotion strategies in developing countries. *Social Science and Medicine* 41 (4) : 579-594.

Winikoff B., Laukaran V.H.

1989 Breastfeeding and bottlefeeding controversies in the developing world : evidence from a study in four countries. *Social Science and Medicine* 29 (7) : 859-868.

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

Chapitre II

Épidémiologie, questions de santé publique et dernières recommandations

Philippe Van de Perre

[Retour à la table des matières](#)

Il est aujourd'hui universellement admis que la transmission de la mère à l'enfant du virus de l'immunodéficience humaine de type 1 (VIH-1), l'agent étiologique du syndrome d'immunodéficience acquise (sida) peut survenir *in utero*, pendant le travail et l'accouchement et dans la période postnatale par l'allaitement maternel.

Bien que le VIH-1 appartienne à la même famille de virus que le virus de l'arthrite-encéphalite caprine (Adams *et al.* 1983) et le virus de l'immunodéficience féline (VIF) (Sellon *et al.* 1994), des virus notoirement transmissibles aux animaux par le lait maternel, la reconnaissance de la transmission du VIH-1 par l'allaitement maternel a longtemps été considérée avec scepticisme (Jelliffe *et al.* 1992). Pourtant, dès la fin des années 1980, plusieurs descriptions de cas, évoquant de manière convaincante une transmission par l'allaitement maternel, avaient été rapportées (Lepage *et al.* 1987 ; Colebunders *et al.* 1988 ; Hira *et al.* 1990 ; Ziegler *et al.* 1992).

Même en utilisant une méthodologie standardisée de calcul du taux de transmission du VIH-1 de la mère à l'enfant, il existe une très large variation de ces taux, allant de 13 à 48 %, selon les sites d'étude (The Working Group on Mother-to-Child Transmission of HIV 1995). Les raisons invoquées pour

to-Child Transmission of HIV 1995). Les raisons invoquées pour expliquer ces différences de risque de transmission sont nombreuses (Ryder *et al.* 1994) et impliquent la variation de fréquence des déterminants connus tels que l'immunodéficience maternelle, la chorioamniotite, un accouchement par voie basse, une instrumentation pendant le travail et l'accouchement, une rupture prématurée des membranes, la prématurité et, peut-être, une déficience maternelle en vitamine A, la réponse immune de la mère au virus et les caractéristiques virales (Anonyme 1992 ; Mofenson *et al.* 1994 ; Semba *et al.* 1994). Cependant, lorsque l'on compare ces taux, un contraste existe entre les taux très élevés (supérieurs à 25 %) observés dans les pays en développement où l'allaitement maternel est la norme, et les taux plus bas (inférieurs à 15 %) calculés dans les pays industrialisés où la majorité des femmes infectées par le VIH pratiquent "l'allaitement artificiel". Il était dès lors tentant d'attribuer à l'allaitement un rôle majeur dans la transmission du VIH-1 de la mère à l'enfant.

Quel est le risque transmission du VIH-1 par l'allaitement maternel ?

Le VIH de type 2 est beaucoup plus rarement transmis de la mère à l'enfant que le VIH-1 (Adjorlolo-Johnson *et al.* 1994) et aucune étude sur sa transmission par l'allaitement maternel n'a été publiée à ce jour.

La transmission du VIH-1 par l'allaitement maternel est manifestement facilitée si la mère acquiert l'infection alors qu'elle allaite son enfant. Cette transmission a été mise en évidence pour la première fois dans une étude de cohorte menée à Kigali (Rwanda) de 1988 à 1991 (Van de Perre *et al.* 1991). Sur 9 femmes ayant manifesté une séroconversion pour le VIH-1 plus de trois mois après leur accouchement, 4 avaient transmis le virus à leur enfant dans le même trimestre. D'autres études de cohorte ont depuis confirmé cette observation (Palasanthiran *et al.* 1993) et une méta-analyse portant sur cinq études prospectives a estimé le risque de transmission par l'allaitement maternel à 26 % (Intervalle de Confiance (IC) à 95 % : 13-39 %) en cas d'infection primaire chez la mère (Dunn *et al.* 1992 ; Van de Perre *et al.* 1995). La charge virale circulante dans les six semaines suivant l'infection est 10 à 200 fois supérieure à celle mesurée quand l'infection est passée à la chronicité (Clarck *et al.* 1991). Ceci

est passée à la chronicité (Clarck *et al.* 1991). Ceci explique très certainement le risque de transmission très élevé associé à l'infection primaire chez la mère.

La transmission du VIH-1 par l'allaitement maternel peut toutefois survenir hors du contexte de l'infection primaire chez la mère. Cette transmission à partir de mères en phase chronique d'infection a été beaucoup plus complexe à démontrer, principalement à cause des difficultés méthodologiques à objectiver une infection chez le nouveau-né et le très jeune enfant. En réalisant une analyse combinée de 5 études d'observation et d'une étude cas-contrôle, le risque additionnel de transmission du VIH-1 attribuable à l'allaitement maternel a été estimé à 14 % (IC 95 % : 7-22 %) (Dunn *et al.* 1992). Une estimation très proche a été obtenue en considérant le moment d'acquisition d'un test de diagnostic positif [Polymerase Chain Reaction (PCR) ou culture virale] chez des enfants allaités par des mères infectées par le VIH-1 (Simonon *et al.* 1994 ; Ekpini *et al.* 1997). Une étude, dont les résultats ont été rendus publics il y a peu, a consisté à étudier le risque de transmission du VIH-1 ainsi que la morbidité et la mortalité chez la mère et l'enfant, dans deux groupes de femmes infectées randomisées selon le mode d'allaitement (allaitement au sein versus "allaitement artificiel"), à Nairobi au Kenya (Nduati 1999). Le risque additionnel de transmission conféré par l'allaitement maternel était estimé à 16 %, et 75 % de la transmission postnatale semble être survenu avant l'âge de 6 mois. La compliance observée était de 96 % dans le groupe de mères allouées au bras "allaitement maternel" pour 70 % seulement dans le groupe de mères allouées au bras "allaitement artificiel". En utilisant une analyse en "intention de traiter", les auteurs estiment que la pratique de "l'allaitement artificiel" permet une réduction de la transmission du VIH-1 de la mère à l'enfant de l'ordre de 44 % (Nduati 2000).

L'ensemble de ces études permet d'estimer de un à deux tiers la contribution de l'allaitement maternel dans la transmission globale du VIH-1 de la mère à l'enfant.

Si l'on considère des modèles animaux de transmission de rétrovirus par le lait et la forte concentration cellulaire du colostrum et du lait de transition, il est biologiquement plausible que le risque de transmission soit plus important en début de lactation que dans les stades ultérieurs. Ceci est cependant très difficile à démontrer et la chronologie exacte de la transmission du VIH-1 par l'allaitement maternel n'est pas encore connue avec précision. Il est cependant clair que la

transmission du VIH-1 peut survenir à tous les stades de la lactation. Par exemple, elle a été décrite chez des enfants ayant développé une séroconversion pour le VIH-1 après avoir perdu leurs anticorps d'origine maternelle pendant une période prolongée (Datta *et al.* 1992 ; Datta *et al.* 1994 ; Lepage *et al.* 1993 ; Bulterys *et al.* 1995). Une analyse combinée de plusieurs études a récemment estimé le risque de transmission postnatale tardive (dans ce cas, après 2 mois de vie) à 3,2 pour 100 enfants/année d'allaitement (Leroy *et al.* 1998). Des études récentes, basées sur une meilleure appréhension de l'acquisition de l'infection dans les premiers jours et semaines de vie, suggèrent cependant que la transmission précoce par l'allaitement pourrait être très importante. Par exemple, une étude réalisée par Paolo Miotti et ses collaborateurs au Malawi a estimé à 1 % le risque mensuel de transmission postnatale du VIH-1 pendant les six premiers mois de vie, pour un risque inférieur ou égal à 0,5 % aux stades plus tardifs de la lactation (Miotti *et al.* 1999).

Il est cependant très vraisemblable que des pratiques d'allaitement différentes soient associées à des risques variables de transmission. A. Coutoudis et ses collaborateurs ont ainsi mesuré un taux de transmission du VIH-1 de la mère à l'enfant inférieur chez des enfants allaités exclusivement au sein (14,6 %) comparés aux enfants sous allaitement mixte (24,1 %) (Coutoudis *et al.* 1999). Cette différence est biologiquement plausible puisque l'allaitement exclusif au sein semble apporter une protection maximale des muqueuses de l'enfant par les anticorps maternels contenus dans le lait ("immunological painting" des anglophones), protection érodée par l'introduction d'un aliment autre que le lait maternel. Il est cependant difficile d'expliquer une observation paradoxale faite dans cette étude, d'un taux de transmission inférieur chez les enfants allaités exclusivement au sein (14,6 %) par rapport aux enfants n'ayant jamais été exposés au VIH-1 par l'allaitement maternel puisque allaités d'emblée artificiellement (18,8 %) (Coutoudis *et al.* 1999).

Quels sont les déterminants de la transmission du VIH-1 par l'allaitement maternel ?

Dès 1985, le VIH avait été isolé dans le lait maternel de mères infectées (Thiry *et al.* 1985). Depuis lors, plusieurs études ont confirmé que le virus peut être présent dans le lait maternel sous forme associée aux cellules ou sous forme libre. Le VIH-1 peut, en effet, se présenter dans le lait maternel sous trois formes distinctes :

- des particules libres ou virions qui peuvent être identifiées et quantifiées par une PCR ARN ou une mesure d'ADN branché,
- des cellules infectées par le virus mais non productives qui peuvent être détectées par la PCR ADN,
- des cellules infectées productives qui requièrent une PCR ARN après lyse de l'ADN pour être identifiées.

À ma connaissance, seuls les deux premiers compartiments ont, à ce jour, été étudiés. Dans une étude réalisée à Kigali (Rwanda), de l'ADN proviral, indicateur de virus associé aux cellules du lait, a été identifié par amplification génétique (PCR) dans 60 des 129 (47 %) échantillons de lait maternel prélevés au quinzième jour *post partum*. Cette fréquence de détection a diminué à 20 sur 96 (21 %) échantillons prélevés à 6 mois (Van de Perre *et al.* 1993). Il faut noter que dans cette étude, la détection d'ADN proviral du VIH-1 dans le lait était significativement associée à la transmission du virus de la mère à l'enfant. R. Nduati et ses collègues ont montré que la proportion de cellules infectées par le VIH par rapport au contenu cellulaire total du lait maternel semble sensiblement constante, voire même en augmentation au cours de la lactation (Nduati *et al.* 1995). Elle a estimé que l'ingestion de 100 ml de colostrum ou de 800 ml de lait maternel plus tardif expose l'enfant d'une mère infectée par le VIH-1 à environ 25 000 cellules infectées. Dans des modèles bien connus de transmission de rétrovirus animaux par le lait, comme dans le modèle du virus de la leucémie bovine (BLV), l'ingestion d'à peine 2 000 cellules infectées par le BLV suffit pour contaminer les veaux (Maas-Inderwiesen *et al.* 1978). Dans l'étude précédemment citée, réalisée à Nairobi (Kenya), la présence de cellules infectées par le VIH-1 dans le lait était associée, selon une loi dose/réponse, à une déficience

selon une loi dose/réponse, à une déficience maternelle en vitamine A (Nduati *et al.* 1995). Cette observation peut être rapprochée de celle faite au cours d'une étude au Malawi qui associait le risque de transmission du VIH-1 de la mère à l'enfant à cette même déficience maternelle en vitamine A (Semba *et al.* 1994). Les effets bien connus de la vitamine A sur la réponse immunitaire et la protection de l'intégrité des surfaces muqueuses pourraient expliquer cette association.

Une étude réalisée à Nairobi a identifié une charge virale libre détectable dans environ la moitié des échantillons de lait maternel de mères infectées par le VIH-1, par une technique de PCR quantitative ARN (Lewis *et al.* 1998). Les charges virales mesurées étaient cependant nettement inférieures aux charges plasmatiques. Cette charge virale libre était plus élevée dans les prélèvements tardifs que dans le lait de transition.

Il y a plusieurs années, nous avons décrit un cas surprenant de transmission postnatale par l'allaitement maternel chez un enfant rwandais, associé à la survenue d'un abcès mammaire chez sa mère (Van de Perre *et al.* 1992). R. Semba et ses collègues ont récemment étudié l'impact des mastites sur la transmission du VIH-1 par l'allaitement maternel (Semba *et al.* 1999). Dans cette étude réalisée au Malawi, environ 16 % des femmes allaitantes infectées par le VIH-1 avaient une concentration élevée de sodium dans le lait maternel, ce qui suggère une mastite clinique ou subclinique. Une charge virale libre VIH-1 était détectable chez 75 % de ces femmes porteuses de mastite pour seulement 33 % chez les femmes non porteuses de mastite. De plus, une charge virale détectable était associée à la transmission du virus de la mère à l'enfant. La mastite pourrait, dès lors, représenter un facteur de risque majeur pour la transmission du VIH-1 par l'allaitement maternel, facteur de risque sur lequel il pourrait être possible d'agir.

Bien que les mécanismes par lesquels la majorité des enfants exposés au VIH-1 par l'allaitement maternel ne sont pas infectés demeurent mystérieux, quelques facteurs associés à une certaine protection ont été identifiés dans le lait maternel de femmes infectées par le VIH-1. Des substances anti-infectieuses présentes physiologiquement dans le lait maternel, telles que la lactoferrine, le secretory leucocyte protease inhibitor (SLPI), ainsi que d'autres molécules encore mal caractérisées, ont été montrés efficaces *in vitro* pour inhiber le VIH (Isaacs *et al.* 1990 ; Newburg *et al.* 1992 ; Harmsen *et al.* 1995 ; Swart *et al.* 1996 ; Wahl *et al.* 1997). Par exemple, le SLPI est présent à une concentration potentiellement active (plus de 100ng/ml) dans le colostrum et le lait de transition mais décroît

de 100ng/ml) dans le colostrum et le lait de transition mais décroît rapidement ensuite (Janoff *et al.* 1997). Des anticorps dirigés contre le VIH-1 sont détectés dans le lait maternel chez la majorité des mères porteuses du virus (Van de Perre *et al.* 1988 ; Bélec *et al.* 1990 ; Van de Perre *et al.* 1993 ; Duprat *et al.* 1994). Dans l'étude de cohorte réalisée à Kigali et mentionnée plus haut (Van de Perre *et al.* 1993), la réponse humorale spécifique au VIH-1 a été recherchée dans le lait maternel de 208 femmes infectées. De manière assez inattendue, la réponse IgA n'était pas prédominante. Quand elle était présente, elle était cependant statistiquement associée à une absence de transmission de la mère à l'enfant. Par contre, une réponse de type IgM était fréquemment détectée et sa persistance pendant 18 mois associée à un risque plus faible de transmission. Cette étude suggère que, à l'instar de ce qui est observé dans le modèle expérimental du VIF, la transmission du VIH-1 par le lait maternel est la résultante de la présence du virus et de la réaction immunitaire locale.

Chez le nourrisson, la porte d'entrée du virus ingéré via le lait maternel reste hypothétique mais pourrait impliquer le tissu lymphoépithélial des amygdales et du tissu adénoïde (Frankel *et al.* 1996 ; Frankel *et al.* 1997), les cellules M des plaques de Peyer de l'épithélium digestif (Amerongen *et al.* 1991) ainsi que les simples entérocytes, cellules de recouvrement des muqueuses digestives (Bomsel 1997). Ces dernières ont en effet été montrées compétentes pour transporter le VIH *in vitro* vers les cellules lymphoïdes de la sous-muqueuse (Bomsel 1997), un mécanisme, appelé transcytose, qui peut être lui aussi bloqué par la réponse immunitaire locale (Hocini *et al.* 1997 ; Bomsel 1998). Très récemment, la simple inoculation atraumatique d'amygdales de singes (macaques) par le virus de l'immunodéficience simienne (SIV), a été suivie d'une infection patente des cellules CD4+ situées à proximité des cellules épithéliales de type cellules M, suggérant que les cellules épithéliales des amygdales peuvent servir de porte d'entrée à certains rétrovirus via un mécanisme impliquant la transcytose (Stahl-Hennig *et al.* 1999).

À la différence de l'infection par le cytomégalovirus où la majorité des infections transmises par l'allaitement maternel sont asymptomatiques (Dworsky *et al.* 1983), l'infection par le VIH-1 acquise par l'enfant est inexorablement fatale, bien qu'il ne puisse pas être exclu que l'allaitement au sein, et surtout l'allaitement exclusif, puisse ralentir l'expression clinique de l'infection chez

exclusif, puisse ralentir l'expression clinique de l'infection chez l'enfant (Tozzi *et al.* 1990 ; Bobat *et al.* 1997).

Quels sont les risques sanitaires liés à "l'allaitement artificiel" ?

Des trois moments où la transmission de la mère à l'enfant du VIH-1 peut se produire, *in utero*, *intra partum* ou postnatal, c'est, en première analyse, ce dernier qui semble le plus susceptible d'être contrôlé par une intervention de santé publique. En effet, éviter l'exposition de l'enfant par l'allaitement maternel en pratiquant d'emblée un "allaitement artificiel" pourrait paraître un moyen simple de prévenir la transmission postnatale. Cependant, cette simplicité n'est qu'apparente, et à cause des nombreux bénéfices de l'allaitement maternel dont les enfants seraient ainsi privés, cette stratégie n'est certainement pas applicable de manière universelle. Les bénéfices de l'allaitement maternel pour la santé de l'enfant sont multiples. Il constitue l'apport nutritionnel le moins coûteux et le plus adapté à chaque stade de son évolution et apporte une protection immunologique efficace contre les agents responsables des maladies diarrhéiques, des infections respiratoires ainsi que de certaines autres infections. Surtout, dans les pays où les services de planning familial sont peu développés, l'allaitement joue aussi un rôle important dans l'espacement des naissances.

En terme de morbidité, il est actuellement évident que l'enfant allaité au sein est efficacement protégé contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires. Avant l'âge de six mois, ce bénéfice est plus marqué chez les enfants allaités exclusivement au sein que chez les enfants sous allaitement mixte ou, *a fortiori*, "allaités" artificiellement. Mais l'allaitement maternel confère aussi une protection relative contre d'autres infections telles que les otites moyennes, les bactériémies et les méningites, ainsi que, apparemment, contre les phénomènes allergiques et certains cancers de l'enfance. Cependant, il est extrêmement difficile de quantifier ce bénéfice en terme de morbidité infantile. Des données collectées dans plusieurs études réalisées dans divers endroits du monde, à des moments très différents, et analysées conjointement, suggèrent cependant un impact beaucoup plus grand de l'allaitement maternel sur la morbidité par maladie diarrhéique chez les enfants de moins de six mois, avec des

les enfants de moins de six mois, avec des risques relatifs variant de 2 à 3 (Feachem *et al.* 1984).

Il est tout aussi difficile de quantifier le risque de mortalité associé à "l'allaitement artificiel". La mortalité attribuable à "l'allaitement artificiel" dans les pays industrialisés est assez limitée, bien que non négligeable, de l'ordre de 5 pour 1000. Par contre ce risque est dramatique dans les pays en développement, puisque des études comparant des enfants allaités au sein à des enfants "allaités artificiellement" ont démontré des différences de risque de l'ordre de 10 pour 100 et des risques relatifs pour la mortalité variant de 2 à 5 (Cunningham *et al.* 1991). Comme cela a été bien démontré au Brésil, la part la plus importante de la mortalité attribuable à "l'allaitement artificiel" est due aux maladies diarrhéiques et aux infections respiratoires (Victora *et al.* 1987). Si l'on compare allaitement exclusif au sein, allaitement mixte et "allaitement artificiel", les risques relatifs pour les décès dus aux maladies diarrhéiques et aux infections respiratoires sont extrêmement élevés chez les enfants complètement sevrés – 14,2 et 3,6 respectivement – et chez les enfants partiellement sevrés – 4,2 et 1,6 respectivement (Victora *et al.* 1987).

Il est donc incontestable que l'allaitement maternel confère aux enfants une protection contre la morbidité et la mortalité dues aux maladies diarrhéiques et aux infections respiratoires. Il faut cependant être conscient du fait que les données disponibles sur la quantification de ces bénéfices sont très loin d'être idéales. La plupart d'entre elles ont été obtenues à partir d'études très anciennes remontant parfois au début du XX^e siècle. À cause des difficultés à concevoir et mettre en œuvre des essais randomisés sur les pratiques d'allaitement, virtuellement toutes les études existantes sont de nature observationnelle et rétrospective. De plus, dans ces études rétrospectives, peu d'efforts ont été faits pour évaluer les facteurs de confusion éventuels (Habitch *et al.* 1986). Il reste donc possible qu'une part des différences de morbidité et de mortalité observées dans les différents groupes d'enfants relèvent d'associations statistiques plutôt que de réels liens de causalité (Lutter *et al.* 1992).

Quelles sont les options pour éviter la transmission du VIH par l'allaitement maternel ?

Plusieurs interventions sont potentiellement envisageables afin de réduire ou de prévenir la transmission du VIH-1 par l'allaitement maternel. Certaines ont déjà été évaluées, mais la plupart doivent encore être validées (cf. encadré).

Les substituts du lait maternel ou "laits maternisés" (tasse et cuiller)

L'usage d'un substitut du lait maternel (lait en poudre, "lait maternisé" commercial ou lait animal modifié) est, pour une femme infectée par le VIH, le seul moyen de soustraire radicalement son enfant à l'exposition au VIH-1 par l'allaitement maternel.

Interventions potentielles visant à réduire/prévenir le risque de transmission du VIH par l'allaitement maternel

- Les substituts du lait maternel ou lait maternisé (tasse et cuiller)
- Le lait modifié à base de laits d'animaux (lait de vache, de chèvre ou de chamelle dilué dans de l'eau bouillie et sucrée)
- Le lait maternel exprimé et pasteurisé
- L'allaitement par une nourrice
- Les banques de lait (lactarium)
- L'arrêt précoce de l'allaitement maternel (entre trois et six mois)
- Le traitement antirétroviral de la mère et/ou de l'enfant pendant toute la période de l'allaitement au sein
- La prophylaxie des mastites
- Le rejet du colostrum

L'excès de morbidité et de mortalité observé chez les enfants "allaités artificiellement", reflète à la fois la privation de la protection immunitaire que confère l'allaitement maternel vis-à-vis des infections, et l'exposition du jeune enfant à des germes contaminant les préparations de substituts du lait maternel, principalement quand "l'allaitement artificiel" est réalisé dans des conditions d'hygiène médiocres (accès à une eau de médiocre qualité microbiologique, absence de décontamination des ustensiles, etc.). Aucun substitut du lait maternel disponible dans le commerce n'a une composition équivalente à celle du lait maternel (concernant la concentration en micronutriments, certains métaux, les acides aminés essentiels, les immunoglobulines, etc.) ce qui nécessite idéalement au moins un complément en micronutriments chez l'enfant allaité artificiellement. Un "allaitement artificiel" de qualité requiert certaines règles qui ne sont pas toujours d'application aisée : l'usage de la tasse et de la cuiller de préférence au biberon et à la tétine, la préparation du liquide dans les proportions adéquates (une concentration en lait sous- ou sur-dosée peut avoir de graves conséquences), les conditions de conservation du lait en poudre et du lait reconstitué, etc. Ceci nécessite donc une formation et des conseils théoriques et pratiques. Moyennant ces quelques prérequis, il semble cependant que dans deux études réalisées au Kenya et en Afrique du Sud, l'adoption de "l'allaitement artificiel" par des mères infectées par le VIH-1 n'a pas entraîné un excès significatif de morbidité et de mortalité chez leurs enfants, tout en réduisant de manière considérable le risque de transmission du VIH (Gray *et al.* 1996 ; Nduati 1999).

Les aspects économiques sont loin d'être négligeables et dans plusieurs régions d'Afrique, l'achat dans le commerce de lait en poudre maternisé pour un mois "d'allaitement artificiel" représente plus que le salaire moyen mensuel ! Il est clair que, sans l'accès à du lait maternisé sous forme générique et subventionnée, l'accès aux substituts de lait maternel restera très limité. Le marché des substituts du lait maternel est potentiellement énorme ; les pressions commerciales des fabricants sur les usagers restent une préoccupation constante des agences des Nations Unies qui ont proposé aux États l'adoption d'un "code de conduite" des firmes productrices de lait en poudre.

Enfin, une des contraintes majeures que rencontrent les femmes infectées par le VIH-1 dans les pays en développement qui choisissent "l'allaitement artificiel" est le risque de stigmatisation. Il est en effet à craindre que dans un contexte où

l'allaitement maternel est la norme et est socialement valorisé, pratiquer "l'allaitement artificiel" équivaut à reconnaître sa séropositivité. Seuls un dialogue et une acceptation de cette réalité au sein du couple, de la famille et de l'entourage, peut éviter ce risque de stigmatisation, de rejet, voire de violence à l'encontre des femmes (Temmerman M *et al.* 1995). Un guide rédigé par les agences des Nations Unies à l'intention des agents de santé et des superviseurs apporte toutes les informations techniques nécessaires pour un allaitement maternel ou une alimentation artificielle pratiqués dans des conditions optimales (UNAIDS/UNICEF/WHO 1998).

Le lait modifié à base de lait animal (lait de vache, de chèvre ou de chamelle dilué dans de l'eau bouillie et sucrée)

L'avantage majeur du lait animal modifié est son faible coût et, peut-être, sa meilleure acceptation sociale. Des expériences très intéressantes sont en cours, entre autre en Ouganda, où des associations prêtent pendant la durée de l'allaitement une vache ou une chèvre qui sont restituées ensuite pour servir à d'autres. Le lait animal a une composition cependant très différente du lait humain. Il nécessite d'être dilué dans de l'eau bouillie et sucrée, et requiert souvent une supplémentation de l'enfant en micronutriments. De plus, cette option entraîne un risque de développer ultérieurement chez le nourrisson une allergie alimentaire au lait animal et à d'autres aliments.

Le lait maternel exprimé et pasteurisé

La pasteurisation du lait à 62,5°C pendant 30 minutes (Mortimer *et al.* 1988 ; Orloff *et al.* 1993) ou à 57°C pendant 33 minutes (Eglin *et al.* 1987) a permis expérimentalement d'éliminer l'infectiosité d'échantillons de lait humain contenant des particules de VIH-1. La concentration de particules virales libres et de cellules infectées est ainsi réduite de 5 à 6 log (Orloff *et al.* 1993). Il a donc été proposé, comme une alternative possible à l'allaitement au sein, l'extraction manuelle du lait, son chauffage et son administration au nourrisson à l'aide d'une tasse et d'une cuiller. Le lait chauffé conserve des qualités nutritionnelles

d'une cuiller. Le lait chauffé conserve des qualités nutritionnelles satisfaisantes, mais perd certaines de ses propriétés anti-infectieuses, ces facteurs étant thermolabiles.

De plus, ce procédé est difficile à mettre en œuvre pratiquement et nécessite que la mère soit particulièrement motivée pour entretenir sa sécrétion lactée, prenne le temps de préparer le lait dans des conditions hygiéniques acceptables et bénéficie d'un soutien important de son entourage et des agents de santé.

L'allaitement par une nourrice

Outre le problème de l'acceptation sociale d'une telle mesure et des risques de stigmatisation qu'elle peut entraîner dans certains contextes, cette option nécessite l'offre d'un dépistage volontaire du VIH, assorti de conseil, en l'absence de toute contrainte, aux candidates nourrices, afin d'éviter la transmission à l'enfant (Colebunders *et al.* 1988).

Les banques de lait (lactarium)

Les banques de lait posent des problèmes très similaires au recours aux nourrices (dépistage et conseil pour les donneurs, risque de stigmatisation, etc.). La pasteurisation doit être systématique. L'organisation de tels services n'est pas aisée et s'assimile en complexité à des services intégrés de banque de sang. À ma connaissance, aucune expérience à grande échelle d'organisation de lactarium n'a été rapportée en Afrique.

L'arrêt précoce de l'allaitement maternel (entre trois et six mois)

Même en dehors du contexte de l'infection à VIH, il n'existe pas encore actuellement de consensus quant à la durée optimale de l'allaitement exclusif au sein (4 à 6 mois ?) (Lutter *et al.* 1992). Un arrêt précoce et complet de l'allaitement maternel réduit évidemment le risque de transmission du VIH en réduisant la durée d'exposition de l'enfant au VIH présent dans le lait maternel. Bien que la transmission postnatale tardive soit probablement moins importante que la transmission précoce (Simonon *et al.* 1994 ; Ekpini *et al.* 1997 ; Leroy *et al.* 1998 ; Miotti *et al.* 1999), cette option pourrait être choisie par des mères qui

1999), cette option pourrait être choisie par des mères qui considèrent qu'elles ne rassemblent pas les conditions adéquates pour pratiquer d'emblée un "allaitement artificiel". Cependant le choix du moment optimal pour cesser l'allaitement maternel demeure très difficile puisqu'il doit tenir compte à la fois du risque de transmission précoce et de la durée minimale nécessaire d'allaitement maternel pour obtenir la meilleure protection possible (Habitch *et al.* 1986), deux paramètres insuffisamment connus (Van de Perre *et al.* 1997). Un modèle mathématique a estimé ce moment optimal d'interruption de l'allaitement à 4 mois (Nagelkerke *et al.* 1995). Cependant, ce modèle considère de manière incorrecte et trop simpliste que la transmission du VIH est constante pendant toute la durée de l'allaitement. L'arrêt précoce de l'allaitement pourrait concilier la réduction du risque d'infection et la pratique d'un allaitement maternel initial dans les meilleures conditions, c'est-à-dire un allaitement exclusif au sein pendant 4 à 6 mois [dont on suppose qu'il est moins risqué en terme de transmission du VIH que l'allaitement mixte (Coutsoudis *et al.* 1999)], suivi d'une alimentation de substitution constituée non pas de lait en poudre mais d'aliments de sevrage préparés localement, en y ajoutant des compléments nutritionnels et administrés à la cuiller. Il pourrait être aussi plus acceptable socialement en diminuant le risque de stigmatisation pour la mère.

Il a été démontré récemment qu'un traitement court par la zidovudine, administré chez la mère pendant le dernier mois de grossesse et pendant le travail et l'accouchement, diminue le risque de transmission mère-enfant du VIH-1 de la mère à l'enfant de l'ordre de 40 % à six mois de vie chez l'enfant, en dépit de la pratique de l'allaitement maternel par la majorité des mères (Dabis *et al.* 1999 ; Wiktor *et al.* 1999). Des résultats très proches en terme d'efficacité ont été obtenus par des traitements courts associant la zidovudine à la lamivudine (3TC) (Saba 1999) ainsi que par un traitement à dose unique de la mère et du nouveau-né par la névirapine (Guay *et al.* 1999) (voir encadré). Ceci suggère que, bien qu'il soit vraisemblable que les mécanismes de transmission du VIH de la mère à l'enfant soient similaires à chaque moment potentiel de la transmission (Van de Perre 1999), l'allaitement maternel pratiqué pendant six mois ou moins n'annihile pas le bénéfice du traitement maternel par des antirétroviraux. Chez des mères infectées par le VIH-1 et qui bénéficient d'un traitement préventif par des antirétroviraux, un arrêt précoce de l'allaitement maternel peut être proposé à

arrêt précoce de l'allaitement maternel peut être proposé à celles qui ne sont pas en mesure de pratiquer d'emblée "l'allaitement artificiel".

Le traitement antirétroviral de la mère et/ou de l'enfant pendant toute la période de l'allaitement au sein

Cette intervention se heurte à plusieurs obstacles dont la presque totale ignorance actuelle de la pharmacocinétique des antirétroviraux dans le lait maternel – le traitement *per os* chez la mère va-t-il réellement réduire la charge virale dans le lait et le risque de transmission par l'allaitement ? –, les effets redoutés d'un traitement maternel par monothérapie antirétrovirale sur l'émergence de résistances – ce qui pourrait compromettre un traitement maternel ultérieur –, et notre méconnaissance des aspects de faisabilité, d'acceptabilité et de coût d'une telle intervention. Elle ne semble donc pas réaliste dans l'état actuel des connaissances.

Par contre, un traitement postnatal de l'enfant sous la forme d'une prophylaxie post-exposition pour réduire le risque de transmission *intra-partum* à partir de virus ingéré par l'enfant lors du passage de la filière génitale, et peut-être d'une partie de la transmission postnatale précoce à partir du colostrum et du lait de transition, pourrait être évalué. Un tel schéma de traitement a été suggéré efficace chez des enfants non allaités (Wade *et al.* 1998).

La prophylaxie des mastites

L'association entre la survenue d'une mastite et un risque accru de transmission du VIH-1 chez les enfants allaités (Semba *et al.* 1999) suggère qu'une prophylaxie des mastites par un antibiotique actif contre le staphylocoque doré (le germe le plus souvent en cause dans les mastites) pourrait réduire la transmission, par un moyen simple, acceptable et peu coûteux. À ma connaissance aucune étude n'est en cours dans ce domaine.

Le rejet du colostrum

Si les stades très précoces de la lactation étaient associés à un risque élevé de transmission, l'expression manuelle et le rejet du colostrum pourraient constituer une alternative socialement acceptable pour réduire la transmission. Le rejet du colostrum est pratiqué traditionnellement dans certaines régions d'Afrique (Gunnlaugsson *et al.* 1993), sans que l'objectif visé par cette pratique soit lié à la prévention de l'infection à VIH.

Quelles sont les recommandations internationales ?

Les solutions proposées face à un problème de santé publique nouveau ne peuvent jamais que refléter les connaissances (ou les méconnaissances) du moment et les perceptions qu'en ont les agents de santé et la communauté (Nicoll *et al.* 1995). Il est du devoir des agents de santé d'apporter aux femmes, aux couples et aux familles, les informations nécessaires concernant la transmission du VIH de la mère à l'enfant et les avantages et inconvénients de chaque modalité d'alimentation du nourrisson afin qu'un choix "éclairé" et cohérent soit adopté par ceux-ci.

Plusieurs modèles mathématiques ont été proposés afin de guider les décisions concernant le mode d'alimentation du nourrisson dans le contexte de l'infection à VIH (Hu *et al.* 1992 ; Kuhn *et al.* 1997). Ceux-ci ont certainement eu un impact important sur les recommandations formulées par les agences des Nations Unies (voir encadré) (UNAIDS/ UNICEF/WHO 1998 ; World Health Organization. Special Programme on AIDS 1987 ; World Health Organization. Global Programme on AIDS 1992). Un des modèles les plus complets à ce jour a été créé par D. Hu et ses collègues, qui prend en compte la prévalence de l'infection à VIH-1 chez les femmes enceintes, le risque estimé de transmission du VIH-1 par l'allaitement maternel et l'estimation du risque de mortalité dû à "l'allaitement artificiel" dans un environnement donné (Hu *et al.* 1992).

Évolution des recommandations des Agences des Nations Unies concernant l'alimentation des nourrissons et des enfants dans le contexte de l'infection à VIH

Juin 1987, OMS/GPA : Déclaration d'une Consultation sur l'Allaitement Maternel/Lait Maternel et l'Infection par le Virus de l'Immunodéficience Acquisie (VIH)

Contexte : publication de J. Ziegler (*Lancet* 1987).

Préambule :

- TME du VIH = 25 à 50 %.
- Il existe une "possibilité" de transmission par allaitement maternel (un cas décrit + transmission post-infection primaire).
- Le risque est probablement très faible et certainement inférieur au risque de transmission *in utero* et au moment de l'accouchement.
- Bénéfices indubitables de l'allaitement maternel.

Recommandations :

1 L'allaitement maternel doit continuer d'être promu, supporté et protégé aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement.

2 Si pour une quelconque raison la mère n'est pas en mesure d'allaiter : pasteurisation du lait, dépistage des donneurs (lactarium), dépistage des nourrices.

3 Si la mère est considérée comme infectée : balance des risques ; dans beaucoup de circonstances, particulièrement là où il n'existe pas d'alternative sûre et efficace à l'allaitement maternel, celui-ci devra être continué quel que soit le statut VIH de la mère.

Mai 1992, OMS/UNICEF, Déclaration consensuelle sur la transmission du VIH et l'allaitement maternel

Contexte : publication de P. Van de Perre (*New Engl J Med* 1991) et rapports de cas.

Préambule :

- Bénéfices indubitables de l'allaitement maternel.
- TME du VIH = 33 %.
- Évidences d'une transmission par l'allaitement maternel (infection

maire chez la mère >> infection pendant la grossesse).

- "La grande majorité des enfants allaités par des mères HIV+ n'acquièrent pas l'infection par l'allaitement".

- Balance des risques.

Recommandations :

1 Dans toutes les populations, l'allaitement maternel doit continuer d'être promu, supporté et protégé.

2 Là où la malnutrition et les maladies infectieuses sont des causes importantes de mortalité infantile, allaitement maternel même en cas d'infection maternelle par le VIH. Si situation particulière permettant d'envisager "l'allaitement artificiel" et si la mère désire connaître son statut, proposer le test.

3 Là où la malnutrition et les maladies infectieuses ne sont pas des causes importantes de mortalité infantile, conseiller aux femmes infectées par le VIH de ne pas allaiter.

4 Code de commercialisation des substituts au lait maternel.

5 Conseil concernant la santé reproductive (planning familial).

6 Priorité: éviter les infections à VIH chez les femmes en âge de procréer et éviter les grossesses chez les femmes dont l'infection est connue.

Septembre 1996, ONUSIDA : VIH et alimentation de l'enfant : une déclaration provisoire

Contexte : essais cliniques en cours sur l'allaitement maternel [G. Gray en Afrique du Sud (1996) et R Nduati au Kenya (1999)].

Préambule :

- Approche fondée sur les droits de la personne.

- Prévenir l'infection à VIH chez les femmes.

- Balance des risques.

Recommandations :

1 Promouvoir l'allaitement au sein.

2 Améliorer l'accès au test VIH et au conseil.

3 Permettre un choix éclairé.

4 Éviter les pressions commerciales en faveur de "l'allaitement artificiel".

Avril 1998, OMS/UNICEF/ONUSIDA : Consultation Technique sur l'Infection à VIH et l'Alimentation de l'Enfant

Contexte : essais cliniques sur la prophylaxie de la TME du VIH.

Préambule :

- Approche fondée sur les droits de la personne.
- Prévenir l'infection à VIH chez les femmes.
- Balance des risques.
- Intégrer la lutte contre le VIH dans la pyramide des soins de santé.

Principes :

1 L'infection maternelle par le VIH doit être considérée comme justifiant une exception à la politique globale de promotion de l'allaitement maternel.

2 Toute femme enceinte a le droit de connaître son statut VIH si elle le désire il faut donc améliorer l'accès au test VIH et au conseil.

3 Il faut permettre un choix éclairé après information complète sur les risques de TME et sur les différentes options dans le domaine de l'alimentation du nourrisson (allaitement maternel, "allaitement artificiel" par lait en poudre, lait animal...).

4 Les femmes qui choisissent "l'allaitement artificiel" doivent bénéficier d'une éducation sur les bonnes pratiques de "l'allaitement artificiel" (tasse, choix de l'aliment de substitution, etc.) et avoir accès à un moyen moderne de contraception.

5 Aux femmes ayant choisi l'option de l'allaitement au "lait artificiel", le "lait artificiel" devra être fourni gratuitement par la pharmacie de la maternité et sur prescription médicale, sans qu'y soit mentionnée la moindre marque commerciale.

6 Les hôpitaux "Amis des Bébé" sont les endroits idéaux pour mener ces activités d'information et d'éducation sur les diverses options de l'alimentation des jeunes enfants.

7 Il est important de continuer la recherche sur la prévention de la TME par des alternatives à l'allaitement maternel, mais aussi par l'usage d'antirétroviraux, de micronutriments, de désinfectants vaginaux, etc. et d'insister sur les interventions qui pourraient permettre de maintenir l'allaitement maternel.

Mais les données scientifiques et les modèles mathématiques disponibles n'ont pas été les seuls à influencer les recommandations. Force est de constater que, au moins dans les premières versions, ces recommandations ont parfois été guidées par le déni, l'irrationnel et l'émotion. La démonstration d'une transmission du VIH par l'allaitement maternel a suscité, de manière compréhensible, beaucoup d'anxiété et d'interrogation. Vers la fin des années 1980, pour ceux, nombreux, qui luttèrent depuis des décennies pour la promotion de l'allaitement maternel, l'intrusion d'un défaut dans ce "liquide parfait" qu'est le lait maternel a nécessité un regard objectif et critique parfois incompatible avec la foi inébranlable et presque religieuse que "breast is the best" (le sein c'est le mieux). Argumenter sur les retombées d'une politique du pire, que personne ne défendait d'ailleurs, devint souvent systématique. Ainsi, jusqu'en 1992, l'argument le plus souvent avancé pour ne pas moduler les recommandations en usage en matière d'allaitement était que "au milieu de la confusion au sujet du risque de transmission du VIH par l'allaitement maternel, la seule chose qui est claire est que si l'allaitement maternel était abandonné aujourd'hui, les résultats seraient bien plus dévastateurs que les effets actuels du VIH" (Palmer 1992). On peut s'interroger aujourd'hui sur les conséquences que cet "attentisme sur-armé" a pu entraîner sur la santé de milliers de femmes et d'enfants dans les pays en développement.

Les temps ont changé. Les recommandations actuelles des agences des Nations Unies représentent en tout cas une avancée quasi révolutionnaire concernant la politique d'alimentation des nourrissons sur au moins deux points basés sur les principes des droits de la personne :

- Une politique générale de santé publique telle que la promotion globale de l'allaitement maternel exclusif peut s'accommoder d'exceptions. L'infection maternelle par le VIH-1 représente une exception au bénéfice indubitable de l'allaitement maternel, qui justifie une prise de décision éclairée par la mère éventuellement en opposition à la norme que représente l'allaitement maternel.

- La tâche de l'agent de santé n'est pas de dicter aux demandeurs de soins ou de conseils une attitude qu'ils ne pourront ou ne voudront éventuellement pas appliquer. Son rôle, dans sa relation avec le demandeur, sera de lui fournir l'information indispensable à un choix éclairé de l'option la plus adaptée à sa situation, à ses moyens et à ses convictions. Ce choix devra être soutenu, sans

tuation, à ses moyens et à ses convictions. Ce choix devra être soutenu, sans jugement de valeur, par une information, une formation aux “bonnes pratiques” et éventuellement une logistique appropriée, afin qu’il puisse être appliqué dans des conditions optimales. Dans le cas précis de l’alimentation du nourrisson, il est maintenant considéré que les hôpitaux ayant adhéré à l’initiative “Amis des bébés” sont les structures de soins les plus adéquates pour apporter ce soutien aux mères, y compris à celles qui ont choisi une autre option que l’allaitement exclusif au sein (UNAIDS/UNICEF/WHO 1998).

De manière plus spécifique, ces nouvelles recommandations reconnaissent, encore une fois comme un droit de la personne, l’importance de l’accès au dépistage volontaire du VIH et aux conseils pour les femmes enceintes et allaitantes. Il est en effet évident que c’est de la mise à disposition, de l’acceptabilité, et de la pérennité des services de dépistage et de conseil sur le VIH, que dépendra, en grande partie, le succès d’une politique rationnelle d’alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH et, plus généralement, de prévention de la transmission mère-enfant du virus (Cartoux *et al.* 1998).

Il n’en demeure pas moins que l’application de ces nouvelles recommandations doit encore être mise en œuvre. Cette mise en œuvre devra être accompagnée d’une évaluation de ses effets, y compris d’effets pervers redoutés tel que l’adoption d’une alternative à l’allaitement maternel par des femmes non infectées par le VIH ou au statut inconnu (“spill over effect” des anglophones).

Conclusions et perspectives

De toutes les interventions existantes ou envisagées pour réduire la transmission mère-enfant du VIH-1 dans les pays en développement, aucune ne peut faire abstraction de la transmission par l’allaitement maternel (Van de Perre *et al.* 1995 ; Van de Perre 1999). Dans la lutte contre la transmission du VIH-1 de la mère à l’enfant, les progrès récents obtenus par l’administration d’antirétroviraux en régime court aux mères infectées par le VIH-1 qui réduit la transmission de manière significative à six mois de vie (Dabis *et al.* 1999 ; Guay *et al.* 1999), même si l’allaitement maternel est pratiqué par la majorité des mères, devraient entraîner assez rapidement la mise en place de programmes pilotes

entraîner assez rapidement la mise en place de programmes pilotes d'intervention suivis d'une véritable politique de prise en charge appliquée à l'échelle de toutes les populations concernées (voir encadré). Bien que les essais cliniques aient été concluants à six mois, voire 15 mois (DITRAME Study Group 1999), il convient de rappeler que ceux-ci devront être réévalués en terme d'efficacité après que l'allaitement maternel aura été interrompu chez le dernier enfant inclus, ceci afin de vérifier que l'allaitement prolongé au sein n'élimine pas les bénéfices du traitement maternel par les antirétroviraux.

Dans ces programmes pilotes et ces interventions à large échelle, les interventions complémentaires visant à réduire l'exposition des enfants au VIH-1 par l'allaitement maternel devraient trouver toute leur place. Il en est de même pour les mères et les enfants non inclus dans ces programmes de traitement et qui pourraient bénéficier des avancées des connaissances scientifiques sur la transmission par l'allaitement maternel, et surtout de la prise en compte de ces concepts nouveaux par les décideurs des politiques de santé publique.

La recherche devrait nous permettre aussi d'en savoir plus sur l'efficacité d'interventions simples dont on peut espérer qu'elles permettent de réduire la transmission chez les mères qui choisissent ou qui n'ont pas d'autres options que l'allaitement maternel, tel que la prophylaxie des mastites ou l'utilisation d'antirétroviraux en dose unique (par exemple de névirapine).

Il ne faut pas oublier, enfin, que la priorité des priorités pour éviter la transmission du VIH-1 à l'enfant demeure la prévention de l'acquisition de l'infection à VIH par les adolescentes et les jeunes femmes et la mise à disposition des moyens nécessaires à la prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées.

Les défis sont immenses, défis des connaissances, de l'équité, et de l'humilité. Quand on sait que chaque année trois fois plus d'enfants sont infectés par le VIH-1 dans la ville de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso (400 000 habitants) que dans l'ensemble de la France, on se gardera bien de prétendre que la bataille contre l'infection à VIH-1 chez les mères et les enfants est proche d'être gagnée.

Traitements prophylactiques prouvés efficaces pour réduire la transmission du VIH-1 de la mère à l'enfant en présence de l'allaitement maternel

1 Régime AZT-RETROCI (KZT, CDC, Abidjan)

- Chez la mère : 300mg AZT en prise orale, deux fois par jour à partir de la 36^e semaine d'aménorrhée + 300 mg AZT toutes les 3 heures à partir du début du travail jusqu'à la fin de l'accouchement.

- Efficacité (versus placebo) : réduction de 38% de la transmission à 3 mois de vie.

2 Régime AZT-ANRS (ANRS 049, Abidjan et Bobo-Dioulasso)

- Chez la mère : 300mg AZT en prise orale, deux fois par jour à partir de la 36^e semaine d'aménorrhée + 600 mg AZT en prise unique au début du travail + 300mg AZT en prise orale, deux fois par jour pendant les 7 premiers jours *post partum*.

- Efficacité (versus placebo) : réduction de 38% de la transmission à 6 mois de vie.

3 Régime AZT/3TC PETRA "A" (ONUSIDA, Ouganda, Tanzanie, Afrique du Sud)

- Chez la mère : 300mg AZT en prise orale deux fois par jour et 150 mg 3TC en prise orale deux fois par jour à partir de la 36^e semaine d'aménorrhée + 300 mg AZT toutes les 3 heures et de 150 mg 3TC toutes les 12 heures à partir du début du travail jusqu'à la fin de l'accouchement + 300mg AZT et 150 mg 3TC en prise orale, deux fois par jour pendant les 7 premiers jours *post partum*.

- Chez l'enfant : 4 mg/kg AZT et 2 mg/kg 3TC en prise orale, deux fois par jour pendant les 7 premiers jours de vie.

- Efficacité (versus placebo) : réduction de 53 % de la transmission à 6 semaines de vie.

4 Régime AZT/3TC PETRA "B" (ONUSIDA, Ouganda, Tanzanie, Afrique du Sud)

- Chez la mère : 300 mg AZT toutes les 3 heures et de 150 mg 3TC toutes les 12 heures à partir du début du travail jusqu'à la fin de l'accouchement + 300mg AZT et 150 mg 3TC en prise orale, deux fois par jour pendant les 7

premiers jours *post partum*.

- Chez l'enfant : 4 mg/kg AZT et 2 mg/kg 3TC en prise orale, deux fois par jour pendant les 7 premiers jours de vie.

- Efficacité (versus placebo) : réduction de 38% de la transmission à 6 semaines de vie.

5 Régime NEVIRAPINE-HIVNET 012 (NIH, Ouganda)

- Chez la mère : dose unique de 200 mg de Névirapine en prise orale au début du travail.

- Chez l'enfant : dose unique de 2 mg/kg de Névirapine en prise orale dans les 72 premières heures de vie.

- Efficacité (versus traitement AZT *intra partum* et nouveau-né) : réduction de 48% de la transmission à 16 semaines de vie.

Références bibliographiques

Adams D.S., P. Klevjer-Anderson, J.L. Carlson *et al.*

1983 Transmission and control of caprine arthritis-encephalitis virus infection. *Am J Vet Res* 44 : 1670-1675.

Adjorlolo-Johnson G., K.M. De Cock, E. Ekpini *et al.*

1994 Prospective comparison of mother-to-child transmission of HIV-1 and HIV-2 in Abidjan, Côte d'Ivoire. *JAMA* 272 : 462-466.

Amerongen H.M., R. Weltzin, C.M. Farnet *et al.*

1991 Transepithelial transport of HIV-1 by intestinal M cells : a mechanism for transmission of AIDS. *J Acquir Immune Defic Syndr* 4 : 760-765.

Anonymous

1992 Maternal factors involved in mother-to-child transmission of HIV-1. Report of a consensus workshop, Siena, Italy, January 17-18, 1992. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1992; 5 : 1019-1029.

Bélec L., J.C. Bouquety, A.J. Georges *et al.*

1990 Antibodies to human immunodeficiency virus in the breast milk of healthy, seropositive women. *Pediatrics* 85 : 1022-6.

Bobat R., D. Moodley, A. Coutsooudis *et al.*

1997 Breastfeeding by HIV-1 infected women and outcome in their infants : a cohort study from Durban, South Africa. *AIDS* 11 : 1627-1633.

Bomsel M.

1997 Transcytosis of infectious human immunodeficiency virus across a tight human epithelial cell line barrier. *Nat Med* 3 : 42-47.

Bomsel M., M. Heyman, H. Hocini *et al.*

1998 Intracellular neutralization of HIV transcytosis across tight epithelial barriers by anti-HIV envelope protein IgA or IgM. *Immunity* 9 : 277-287.

Bulterys M., A.Chao, A. Dushimimana *et al.*

1995 HIV-1 seroconversion after 20 months of age in a cohort of breastfed children born to HIV-1-infected women in Rwanda. *AIDS* 9 : 93-94.

Cartoux M., N. Meda, P. Van de Perre *et al.*

1998 Acceptability of voluntary HIV testing by pregnant women in developing countries : an international survey. *AIDS* 12 : 2489-2493

Clarck S.J., M.S. Saag & W.D. Decker

1991 High titer of cytopathic virus in plasma of patients with symptomatic primary HIV-1 infection. *N Engl J Med* 324 : 954-960.

Colebunders R., B. Kapita, W. Nekwei *et al.*

1988 Breastfeeding and transmission of HIV. *Lancet* ii : 1487.

Coutsoudis A., K. Pillay, E. Spooner *et al.*

1999 Influence of infant feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa. *Lancet* 353-354 : 471-476.

Cunningham A.S. et D.B. Jelliffe

1991 Breast-feeding and health in the 1980s : a global epidemiologic review. *J Pediatr* 118 : 659-666.

Dabis F., P. Msellati, N. Meda *et al.*

1999 Six months efficacy, tolerance and acceptability of a short regimen of oral zidovudine in reducing vertical transmission of HIV in breast-fed children. A double blind placebo controlled multicentre trial, ANRS 049a, Côte d'Ivoire and Burkina Faso. *Lancet* 353 : 786-792.

Datta P., J.E. Embree, J.K. Kreiss *et al.*

1992 Resumption of breast-feeding in later childhood : a risk factor for mother-to-child human immunodeficiency virus type 1 transmission. *Pediatr Infect Dis* 11 : 974-976.

Datta P., J.E. Embree, J.K. Kreiss *et al.*

1994 Mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1 : report from the Nairobi study. *J Infect Dis* 170 : 1134-1140.

Del Fante P., F. Jenniskens, L. Lush *et al.*

1993 HIV, breastfeeding and under-five mortality : modelling the impact of policy decisions for or against breastfeeding. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 96 : 203-211.

DITRAME ANRS 049 Study Group

1999 15-month efficacy of maternal oral zidovudine to decrease vertical transmission of HIV-1 in breastfed African children. *Lancet* 354 : 2050-2051.

Dunn D.T., M.L. Newell, A.E. Ades *et al.*

1992 Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *Lancet* 340 : 585-588.

Duprat C., Z. Mohammed, P. Datta *et al.*

1994 Human immunodeficiency virus type 1 IgA antibody in breast milk and serum. *Pediatr Infect Dis J* 13 : 603-608.

Dworsky M, M. Yow, S. Stagno *et al.*

1983 Cytomegalovirus infection of breast milk and transmission in infancy. *Pediatrics* 72 : 295-299.

Eglin R.P., A.R. Wilkinson

1987 HIV infection and pasteurisation of breast milk. *Lancet* 1 : 1093.

Ekpini E.R., S.Z. Wiktor, G.A. Satten *et al.*

1997 Late postnatal mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte-d'Ivoire. *Lancet* 349 : 1054-1059.

Feachem R.G., M.A. Koblinsky

1984 Intervention for the control of diarrhoeal diseases among young children : promotion of breastfeeding. *Bull WHO* 62 : 271-291.

Frankel S.S., B.M. Wenig, A.P. Burke *et al.*

1996 Replication of HIV-1 in dendritic cell-derived syncytia at the mucosal surface of the adenoid. *Science* 272 : 115-117.

Frankel S.S., K. Tenner-Racz, P. Racz *et al.*

1997 Active replication of HIV-1 at the lymphoepithelial surface of the tonsil. *Am J Pathol* 151 : 89-96.

Gray G., J.A. McIntyre, S.F. Lyons

- 1996 The effect of breastfeeding on vertical transmission of HIV-1 in Soweto, South Africa. XI International Conference on AIDS. Vancouver, Abstract ThC415.

Guay L.A., P. Musoke, T. Fleming *et al.*

- 1999 Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda : HIVNET 012 randomised trial. *Lancet* 354 : 795-802.

Gunnlaugsson G. et J. Einarsdottir

- 1993 Colostrum and ideas about bad milk : a case study from Guinea-Bissau. *Soc Sci Med* 36 : 283-288.

Habitch J.P., J. Da Vanzo, W.P. Butz

- 1986 Does breastfeeding really save lives, or are potential benefits due to biases ? *Am J Epidemiol* 123 : 279-290.

Hancock J., D.S. Nalo, M. Aoko *et al.*

- 1996 The macroeconomic impact of HIV/AIDS. in : *AIDS in Kenya : Socioeconomic impact and policy implications*. Family Health International/AIDSCAP.

Harmsen M.C., P.J. Swart, M.P. de Bethune *et al.*

- 1995 Antiviral effect of plasma and milk proteins : lactoferrin shows potent activity against both human immunodeficiency virus and cytomegalovirus replication in vitro. *J Infect Dis* 172 : 380-388.

Heyman S.J.

- 1990 Modelling the impact of breastfeeding by HIV-infected women on child survival. *American Journal of Public Health* 80 : 1305-1319.

Hira S., U. Mangrola, C. Mwale *et al.*

- 1990 Apparent vertical transmission of Human Immunodeficiency Virus type 1 by breast-feeding in Zambia. *J Pediatr* 117 : 421-424.

Hocini H., L. Bélec, S. Iscaki *et al.*

- 1997 High-level ability of secretory IgA to block HIV type 1 transcytosis : contrasting secretory IgA and IgG responses to glycoprotein 160. *AIDS Res Hum Retroviruses* 13 : 1179-1185.

Hu D.J., W.L. Heyward, R.H. Byers *et al.*

- 1992 HIV infection and breast-feeding : policy implications through a decision analysis model. *AIDS* 6 : 1505-1513.

Isaacs C.E. et H. Thormar

- 1990 " Human milk lipids inactivate enveloped viruses ". In : S.A. Atkinson, L.A. Hanson, R.K. Chandra (éds.), *Breastfeeding, Nutrition, Infection and Infant Growth in Developed and Emerging Countries*. St John's, Newfoundland, Canada, ARTS Biomedical Publishers and Distributors.

Janoff E.N., K. Eidman, T.B. McNeely *et al.*

- 1997 Secretory leukocyte protease inhibitor (SLPI), an HIV-1-inhibitory protein and rates of HIV-1 transmission by mucosal fluids. Conference on HIV-1 and Mucosal Pathogenesis, NIH, Bethesda MD, USA.

Jelliffe D.B. et E.F.P. Jelliffe

- 1992 Postnatal transmission of HIV infection. *N Engl J Med* 326 : 642-643.

Kuhn L. et Z. Stein

- 1997 Infant survival, HIV infection and feeding alternatives in less developed countries. *American Journal of Public Health* 87 : 926-931.

Lepage P., P. Van de Perre, A. Simonon *et al.*

- 1993 Transient seroreversion in children born to HIV-1-infected mothers. *Pediatr Infect Dis J* 11 : 892-894.

Lepage P., P. Van de Perre, M. Caraël *et al.*

- 1987 Postnatal transmission of HIV from mother to child. *Lancet* 2 : 400.

Leroy V., M.L. Newell, F. Dabis *et al.*

1998 International multicentre pooled analysis of late postnatal mother-to-child transmission of HIV-1 infection. *Lancet* 352 : 597-600.

Lewis P., R. Nduati, J.K. Kreiss *et al.*

1998 Cell-free human immunodeficiency virus type 1 in breast milk. *J Infect Dis* 177 : 34-39.

Lutter C.H.

1992 *Recommended length of exclusive breast-feeding, age of introduction of complementary foods and the weaning dilemma.* World Health Organization. Diarrhoeal Diseases Control Programme. WHO/CDD/EDP/92.5.

Maas-Inderwiesen F., A. Albrecht, I. Bause *et al.*

1978 F.W. Schmidt 1978. Zum Einfluß der Leukosebekämpfung auf die Entwicklung der enzootischen Rinderleukose in Niedersachsen. *Deutsch Tierarztl Wochenschr* 85 : 309-312.

Miotti P.G., T.E. Taha, N.I. Kumwenda *et al.*

1999 HIV transmission through breastfeeding : a study in Malawi. *JAMA* 282 : 744-749.

Mofenson L.M

1994 Epidemiology and determinants of vertical HIV transmission. *Semin Pediatr Infect Dis* 5 : 252-265.

Mortimer P.P. et E.M. Cooke

1988 HIV infection, breastfeeding and human milk banking. *Lancet* 2 : 452-453.

Nagelkerke N.J.O., S. Moses, J.E. Embree *et al.*

1995 The duration of breastfeeding of HIV-1 infected mothers in developing countries : balancing benefits and risks. *AIDS* 8 : 176-181.

Nduati R., G. John, D. Mbori-Ngacha *et al.*

2000 Effect of Breastfeeding and Formula Feeding on Transmission of HIV-1 : A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 283 : 1167-1174.

Nduati R.W., G.C. John, B.A. Richardson *et al.*

1995 Human immunodeficiency virus type 1-infected cells in breast milk : association with immunosuppression and vitamin A deficiency. *J Infect Dis* 172 : 1461-1468.

Newburg D.S., R.P. Viscidi, A. Ruff *et al.*

1992 A human milk factor inhibits binding of human immunodeficiency virus to the CD4 receptor. *Pediatr Res* 31 : 22-28.

Nicoll A., M.L. Newell, E. Van Praag *et al.*

1995 Infant feeding policy and practice in the presence of HIV-1 infection. *AIDS* 9 : 107-119.

Orloff S.L., J.C. Wallingford, J.S. McDougal

1993 Inactivation of human immunodeficiency virus type 1 in human milk : effects of intrinsic factors in human milk and of pasteurization. *J Hum Lactation* 9 : 13-17.

Palasanthiran P., J.B. Ziegler, G.J. Stewart *et al.*

1993 Breast-feeding during primary maternal human immunodeficiency virus infection and risk of transmission from mother to infant. *J Infect Dis* 167 : 441-444.

Palmer G.

1992 Breastfeeding : the debate. *WorldAIDS* 24 : 9.

Ryder R.W. et F. Behets

1994 Reasons for the wide variation in reported rates of mother-to-child transmission of HIV-1. *AIDS* 8 : 1495-1497.

Saba J.

- 1999 Current status of PETRA study. Second Conference on Global Strategies for the Prevention of HIV Transmission from Mother to Child, Montreal, Canada. Presentation # 010.

Sellon R.K., H.L. Jordan, S. Kennedy-Stoskopf *et al.*

- 1994 Feline immunodeficiency virus can be experimentally transmitted via milk during acute maternal infection. *J Virol* 68 : 3380-3385.

Semba R.D., N. Kumwenda, D.R. Hoover *et al.*

- 1999 Human immunodeficiency virus load in breast milk, mastitis, and mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1. *J Infect Dis* 180 : 93-98.

Semba R.D., P.G. Miotti, J.D. Chiphangwi *et al.*

- 1994 Maternal vitamin A deficiency and mother-to-child transmission of HIV-1. *Lancet* 343 : 1593-1597.

Simonon A., P. Lepage, E. Karita *et al.*

- 1994 An assessment of the timing of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1 by means of polymerase chain reaction. *J Acquir Immune Def Syndr* 7 : 952-957.

Stahl-Hennig C., R.M. Steinman, K. Tenner-Racz *et al.*

- 1999 Rapid Infection of Oral Mucosal-Associated Lymphoid Tissue with Simian Immunodeficiency Virus. *Science* 285 : 1261-1265.

Swart P.J., M.E. Kuipers, C. Smit *et al.*

- 1996 Antiviral effects of milk proteins: acylation results in polyanionic compounds with potent activity against human immunodeficiency virus types 1 and 2 in vitro. *AIDS Res Hum Retroviruses* 12 : 769-75.

Temmerman M., J. Ndinya-Achola, J. Ambani *et al.*

- 1995 The right not to know HIV-test results. *Lancet* 345 : 969-970.

The Working Group on Mother-to-Child Transmission of HIV

- 1995 Rates of mother-to-child transmission of HIV in Africa, America and Europe : results from 13 perinatal studies. *J Acquir Immune Def Syndr* 8 : 506-510.

Thiry L., S. Sprecher-Goldberger, T. Jonckheer *et al.*

- 1985 Isolation of AIDS virus from cell-free breast milk of three healthy virus carriers. *Lancet* ii : 891-892.

Tozzi A.E., P. Pezzoti, D. Greco

- 1990 Does breast-feeding delay progression to AIDS in HIV-infected children ? *AIDS* 4 : 1293-1294.

UNAIDS

- 1996 HIV and Infant Feeding : an Interim Statement, Geneva, September 1996.

UNAIDS/UNICEF/WHO

- 1998 *HIV and infant feeding : guidelines for health care managers and supervisors*. Draft. WHO/FRH/NUT/ CHD/98.2.

Van de Perre P.

- 1999 Breast-feeding transmission of HIV-1 : how can it be prevented ? *J Infect Dis* 179 : S405-S407.

Van de Perre P.

- 1999 Mother-to-child transmission of HIV-1 : the "all mucosal" hypothesis as a predominant mechanism of transmission. *AIDS* 13 : 1133-1138.

Van de Perre P., A. Simonon, D.G. Hitimana *et al.*

- 1993 Infective and anti-infective properties of breast milk from HIV-1 infected women. *Lancet* 341 : 914-918.

Van de Perre P., A. Simonon, P. Msellati *et al.*

- 1991 Postnatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant. A prospective cohort study in Kigali, Rwanda. *N Engl J Med* 325 : 593-598.

Van de Perre P., D.G. Hitimana, A. Simonon *et al.*

- 1992 Postnatal transmission of HIV-1 associated with breast abscess. *Lancet* 339 : 1490-1491.

Van de Perre P., D.G. Hitimana, P. Lepage

- 1988 Human immunodeficiency virus antibodies of the IgG, IgA and IgM sub-classes in the milk of seropositive mothers. *J Pediatr* 113 : 1039-1041.

Van de Perre P., N. Meda, M. Cartoux *et al.*

- 1997 Postnatal transmission of HIV-1 and early weaning. *Lancet* 350 : 221.

Van de Perre P. et N. Meda

- 1995 Interventions to reduce mother-to-child transmission of HIV-1. *AIDS* 9 (suppl A) : S59-S66.

Van de Perre P., P. Lepage, J. Homsy *et al.*

- 1992 Mother-to-infant transmission of HIV by breast milk : presumed innocent or presumed guilty ? *Clin Infect Dis* 15 : 502-507.

Van de Perre P.

- 1995 Postnatal transmission of the human immunodeficiency virus type 1 and the breastfeeding dilemma. *Am J Obstet Gynecol* 173 : 483-487.

Victora C.G., Vaughan J.P., Lombardi C. *et al.*

- 1987 Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 2 : 319-322.

Wade N.A., G.S. Birkhead, B.L. Warren *et al.*

1998 Abbreviated regimens of zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* (19) 339 : 1409-1414.

Wahl S.M., T.B. McNeely, E.N. Janoff *et al.*

1997 Secretory leukocyte protease inhibitor (SLPI) in mucosal fluids inhibits HIV-1. *Oral Dis* 3 (Suppl. 1) : S64-S69.

WHO/UNICEF/UNAIDS

1998 *Technical Consultation on HIV and Infant Feeding*. Geneva, April 1998.

Wiktor S., E. Ekpini, J. Karon *et al.*

1999 Short-course oral zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d'Ivoire : a randomized trial. *Lancet* 353 : 781-785.

World Health Organization

1992 Global Programme on AIDS. Consensus statement from the WHO/UNICEF consultation on HIV transmission and breast-feeding. *Weekly Epid Rec* 24 : 177-179.

World Health Organization. Special Programme on AIDS

1987 *Statement from the Consultation on Breast-Feeding/ Breast Milk and Human Immunodeficiency Virus (HIV)*. Geneva 25-25 June 1987, WHO/SPA/INF/87.8.

Ziegler J., D. Cooper, R. Johnson *et al.*

1985 Sydney AID study. Postnatal transmission of AIDS-associated retrovirus from mother-to-infant. *Lancet* i : 896-898.

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

Première partie

Ethnographie de l'allaitement au Burkina Faso

[Retour à la table des matières](#)

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

Première partie. Ethnographie de l'allaitement au Burkina Faso

Chapitre III

L'allaitement dans le cycle de vie de la femme en pays Mossi

Bernard Taverne

[Retour à la table des matières](#)

Chez les Mossi (*Moore*)¹⁷ au Burkina Faso, comme dans la plupart des sociétés africaines, le geste par lequel une femme donne le sein à son enfant paraît simple tant il est d'observation banale. Que ce soit dans l'espace privé de l'habitation, le brouhaha d'un marché, une réunion " officielle " ou sur le bord d'un chemin, en tout temps et en tout lieux, lorsqu'une femme a un enfant " au bras ", il ne se passe jamais longtemps avant qu'elle ne l'allait. Le geste est évident, ordinaire.

Mais l'évidence masque un enjeu considérable : il s'agit de la vie d'un " enfant du lignage " ¹⁸ et à travers lui de la reproduction biologique et sociale du groupe dont il représente l'avenir. Au-delà de la simplicité apparente, l'allaitement maternel est un domaine complexe car il est le prolongement du processus reproductif ; il est en rapport étroit avec le système de parenté, la sexualité, les relations homme/femme, les représentations de la personne

¹⁷ L'orthographe des termes en moré (*moore*), la langue des Mossi, a été revue par M. Jules Kinda, linguiste à l'Université de Ouagadougou. Pour ce texte, en l'absence d'une police de caractères adéquate, l'orthographe a du être simplifiée.

¹⁸ Pour reprendre le titre de l'ouvrage de J. Rabain (1979).

humaine, de la vie et de la mort. Le geste est simple mais les règles qui le dirigent sont nombreuses, elles s'enracinent au plus profond des valeurs et des normes sociales.

Les Mossi

La population du Burkina Faso (anciennement Haute-Volta) compte environ 10 millions d'habitants qui se répartissent en une soixantaine de groupes ethniques. Près de 80 % de la population vit en milieu rural (INSD, 1994 : 9, 18).

Les Mossi (*Moosé*) sont les plus nombreux (48,6 % de la population en 1991 [INSD, *op. cit.*]). Leur territoire ancestral (le *Moogo*), qu'ils ont conquis du Sud au Nord vers le XV^e siècle, occupe le bassin du fleuve Nakambé (Volta-Blanche), dans la région centrale de l'actuel Burkina. Le climat y est de type soudano-sahélien, il comporte une longue saison sèche d'octobre à mai, et une courte saison des pluies de juin à septembre. Les pluies sont inconstantes et inégalement réparties (environ 700 mm/an). Les Mossi sont agriculteurs, leur principale culture est le mil. Leurs conditions de vie sont rudes ; pendant la saison sèche, les hommes partent fréquemment chercher du travail vers les grandes villes, ou vers les pays côtiers (autrefois au Ghana, maintenant en Côte-d'Ivoire).

L'organisation politique mossi est constituée par une vingtaine de royaumes sur lesquels règne l'empereur des Mossi (le *Moogo Naaba*) qui vit à Ouagadougou. Le pouvoir politique centralisé a une structure pyramidale fortement stratifiée (cf. Izard 1985). Même avec l'avènement d'un État de droit moderne, l'autorité des chefs (*naaba*), et le droit coutumier qu'ils appliquent, gardent un rôle important.

La famille mossi est organisée selon un principe patrilignager et gérontocratique. Le mariage est polygamique-polygynique (aux alentours de l'âge de 30 ans pour les hommes et de 17 ou 19 ans pour les femmes) ; la résidence est patri-virilocale. Les villages ruraux sont constitués par un habitat dispersé. Les unités domestiques sont regroupées en quartiers qui abritent les membres d'un même lignage ou segment de lignage, placés sous l'autorité de l'homme le plus âgé.

Ces règles définissent et guident la pratique de l'allaitement maternel. Elles témoignent que celui-ci est, au-delà des impératifs physiologiques, un lieu d'expression de l'ensemble des valeurs sociales en vigueur. Chez les Mossi, l'apprentissage du code culturel de l'allaitement commence très tôt dans la vie d'une femme. À chacun des différents temps qui marquent sa vie – enfance, maturité, vieillesse – correspondent diverses situations et recommandations qui font référence et s'appliquent à son pouvoir d'allaiter – avenir, présent ou passé. Aussi est-il nécessaire de considérer l'allaitement dans une perspective diachronique, en suivant le déroulement du cycle de vie des femmes. En procédant ainsi, l'on peut à la fois décrire précisément tout ce qui concerne les représentations et les pratiques autour de l'allaitement maternel, suivre le déroulement de l'allaitement de l'enfant de la naissance au sevrage, en observant les différentes règles de puériculture qui lui sont appliquées, tout en précisant la place qu'occupe cette période dans la vie de la femme.

Comment les femmes se préparent-elles à allaiter ? Comment conduisent-elle l'allaitement de leurs enfants ? Quelles recommandations et quels conseils leur sont donnés ? Quelles sont les principales règles de puériculture ? Que signifie allaiter dans la vie d'une femme mossi ? Ce chapitre passe en revue ces questions en suivant les étapes de la vie des femmes, depuis leur propre naissance jusqu'à leur vieillesse.

De l'enfance à l'annonce de la première grossesse

Enfance et adolescence

Dès la naissance, les premiers soins appliqués aux nourrissons se font par référence à leur pouvoir reproductif – et d'allaitement – à venir. Parmi les différents soins qu'une femme doit appliquer à son nouveau-né, l'un d'eux consiste à masser les seins de l'enfant, doucement et à plusieurs reprises pendant les premiers jours de vie, si c'est un garçon. Il s'agit de faire “ disparaître les seins ” du garçon. Les gynécomasties que l'on observe parfois chez des adolescents ou des hommes sont attribuées au fait que leurs mères ont omis de leur masser les seins à la naissance, ou ne l'ont pas fait suffisamment. À l'inverse,

sance, ou ne l'ont pas fait suffisamment. À l'inverse, s'il s'agit d'une fille, la mère doit prendre garde à ne pas presser inconsidérément les seins lorsqu'elle en fait la toilette.

L'enfance et l'adolescence des filles sont marquées par le respect d'une seule précaution à propos de leur future aptitude à allaiter : il s'agit d'un interdit alimentaire sur la consommation de pigeon rouge sauvage (*wam-miiga*). La consommation de cet oiseau aurait pour conséquence d'empêcher la lactation : “*Si les petites filles mangent ça, elles n'auront pas de lait quand elles accoucheront*” affirme une vieille femme. Les guérisseurs masculins ont tendance à nier les conséquences de la consommation de cet oiseau, mais cet interdit alimentaire et l'effet de sa transgression sur l'allaitement sont cités par toutes les femmes rencontrées. Parfois, elles désignent cet oiseau par l'expression métaphorique “*sale chose*” ; ce terme fait référence aux conséquences qu'entraînent sa consommation ¹⁹.

L'allaitement au sein est une situation d'une grande familiarité pour tous les enfants. Chez les petites filles, il apparaît rapidement comme une des marques de leur futur rôle de femmes et il s'exprime fréquemment dans leurs jeux : il est courant de voir des fillettes appliquer leur poupée contre leur poitrine en mimant les positions d'allaitement que prennent leurs mères.

Lorsque à l'adolescence les seins (*biisa*) d'une jeune fille commencent à se développer, ses proches parents s'amuse à remarquer, sous la forme d'une moquerie gentille, qu'ils ressemblent aux pois de terre (*suma*), et qu'elle aura bientôt l'âge de rejoindre “*ses maris*”. Entre elles, les jeunes filles comparent la taille de leur poitrine naissante et jouent parfois à mesurer leurs seins avec les fruits du *balemsaogo* ²⁰ ou du *wobenyaoodo* ²¹ qui ont la forme de longs haricots. Si une fille souhaite avoir de “*longs*” seins, elle doit casser le haricot à

¹⁹ Cet oiseau n'est consommé que par les garçons, lors des jeux de chasse auxquels ils s'adonnent tout au long de l'année. Ils attrapent des petits animaux tels hérissons, rats géants, petits oiseaux, etc. Le plus souvent, les animaux capturés sont immédiatement rôtis sur un feu d'herbe et partagés entre les participants de la chasse, sans que cela fasse partie des repas familiaux.

²⁰ *Cassia sieberiana* DC. (CESAPINIACEAE).

²¹ Éléphant-intestin, *Cissus quadrangularis* L. (AMPELIDACEAE).

la longueur souhaitée et le jeter sur le sol ; à l'inverse, celle qui souhaite une petite poitrine doit la frapper avec le haricot avant de le jeter.

Le développement des seins s'accompagne de l'émergence du sentiment de pudeur : la " honte ". Il conduit les jeunes filles à couvrir leur poitrine à l'arrivée de visiteurs dans la cour familiale, où elles circulent fréquemment torse nu. Selon plusieurs informateurs, le sentiment de pudeur associé à une poitrine nue est un phénomène récent ; il ne serait apparu en milieu rural mossi que dans les années 1970. Jusqu'à ces dernières décennies, les jeunes femmes ne couvraient leur poitrine que lors de leur début de grossesse (cf. infra). De nos jours, il est encore habituel de croiser des femmes âgées à la poitrine nue dans leur univers domestique ou lors des travaux dans les champs.

Méthode

Les informations ont été acquises lors d'une enquête spécifique de quatre semaines menée en janvier et février 1998 dans une dizaine de villages mossi de la province de l'Oubritenga. Ces villages totalisent un effectif d'environ 13 000 personnes. L'un d'eux, Sawana, dispose d'un Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), communément nommé " le dispensaire ". Ils sont situés à une vingtaine de kilomètres de la ville de Ziniaré où se trouve un Centre Médical (CM) et la Direction Régionale du Service d'Action Sociale. De là, une voie goudronnée conduit à la capitale que l'on peut rejoindre en moins d'une heure de voiture.

La méthode d'enquête a reposé sur les techniques classiques de l'ethnologie, entretiens et observations :

- des entretiens semi-structurés menés avec 37 personnes, et à peu près autant d'entretiens informels réalisés dans diverses situations de la vie quotidienne (visites de courtoisie, rencontres dans des buvettes, etc.), avec autant d'hommes que de femmes. Les personnes étaient choisies pour leurs compétences dans des domaines précis (ex. devins, guérisseurs, professionnels de santé), ou plus simplement à cause de leur statut, plus ou moins récent, de père ou de mère. La majorité des entretiens a été réalisée en moré, la langue des Mossi, à l'aide d'un interprète.

- des observations directes effectuées notamment à l'occasion d'un séjour préalable de plus de 12 mois dans l'un des villages d'enquête, dans le cadre d'une autre étude ethnographique sur la santé et l'infection par le VIH, réalisée entre 1993 et 1998.

Dans une enquête ethnographique, la validité des informations recueillies est assurée par : 1/ la qualité des relations créées avec les interlocuteurs, 2/ la connaissance précise du statut social des personnes interrogées, 3/ la vérification systématique auprès d'autres personnes des informations obtenues avec un premier interlocuteur (recoupement des informations acquises), 4/ la recherche du niveau de saturation en information sur chaque thème abordé, et enfin par 5/ le rapprochement et la comparaison entre les informations obtenues lors des entretiens et lors de l'observation directe des pratiques. Ce dernier point est essentiel : la qualité et la validité des informations ethnographiques dépendent de cette comparaison, car l'écart est souvent grand entre ce que l'on dit faire et ce que l'on fait exactement (cet écart étant en lui-même porteur d'informations).

Les jeunes hommes se plaisent à évoquer, entre eux et loin de leurs aînés, le charme des femmes dont les "*seins sont debout*". "*Ni l'eau sucrée, ni le lait caillé ne peuvent vous faire frissonner le corps comme les seins d'une demoiselle*" est-il affirmé sous forme de plaisanterie. Des avis identiques sont énoncés dans des chants qui vantent les charmes d'une partenaire : "Les seins de la sœur cadette de mon amie, les seins, Dieu les a créés" (Lallemand 1977 : 137). Les femmes aux poitrines peu développées sont l'objet de railleries : "*Une femme sans poitrine est comme le pilon du mortier*"; l'expression "*poitrine plate/poitrine sans sein*" (*yāo-wuuga*) est employée comme insulte à l'égard d'une femme que l'on souhaite atteindre à travers un signe distinctif de sa morphologie.

La première grossesse, le runгри

La première grossesse survient le plus souvent à la suite de la mise en ménage²². Dans les situations socialement les plus valorisées, elle a lieu après le mariage qui est réalisé dans la 17^e ou 19^e année de la femme.

Suivant la règle de résidence patri-virilocale, la jeune femme vient s'installer dans "la cour de son mari", c'est-à-dire dans l'unité domestique qui comprend généralement, outre son mari, le père de celui-ci – que l'on nomme le *zak-soba* (chef de l'habitation) – avec ses épouses et leurs enfants, et éventuellement les frères de son mari, eux aussi avec leurs épouses et leurs enfants. Une unité domestique compte fréquemment une quinzaine de personnes.

Autrefois, dans les premières semaines qui suivaient son arrivée chez son mari, la jeune femme passait ses nuits dans l'habitation de la première épouse du chef de famille (*pug-kiema*). Cette pratique avait entre autres buts celui de s'assurer que la jeune femme n'était pas enceinte à défaut d'être vierge. Cette certitude était acquise lorsque la jeune femme avait ses règles ; à leurs décours elle était autorisée à habiter sa propre case, où son époux venait alors la rejoindre durant la nuit.

De nos jours, l'obligation de passer ses premières nuits dans la case de la première épouse du chef de l'habitation prend souvent la forme d'une marque de politesse de la jeune femme à l'égard de la "vieille" de la cour. En acceptant cette contrainte pendant quelques jours, elle reconnaît ainsi l'autorité de cette femme âgée, sans pour autant que cela se traduise par une réelle mise en observation d'une éventuelle grossesse.

²² Tout au moins la première grossesse ne conduisant pas à une interruption de grossesse. En effet, bien qu'aucune statistique ne puisse révéler l'ampleur du phénomène, il apparaît que le nombre d'interruptions volontaires de grossesse avant le mariage est élevé, même en milieu rural.

L'union matrimoniale

Au Burkina Faso, en 1999, les pratiques matrimoniales sont régies par le *Code des personnes et de la famille* entré en application en 1990. Ce code n'accorde " aucun effet juridique (...) aux mariages coutumiers et religieux " (art. 233) et " interdit les mariages forcés, imposés par les familles " (art. 234) ; le mariage par consentement mutuel est la seule forme légale d'union matrimoniale.

Cependant, en pratique, ce code est presque totalement inconnu et inappliqué en milieu rural, où habitent 80 % de la population du pays. La grande majorité des mariages s'y réalisent encore selon les règles du droit coutumier plus ou moins modifiées en fonction des appartenances religieuses des familles ou des époux.

Selon le droit coutumier des Mossi, ce sont les doyens de lignage ou d'un segment de lignage (plus récemment les chefs de famille) qui décident des unions. Le mariage est avant tout une alliance entre deux lignages ; aussi " les relations matrimoniales relèvent de stratégies sociales et politiques à l'élaboration et à la réalisation desquelles jeunes gens et jeunes femmes ne participent pas " (Capron *et al*, 1975 :16). Les stratégies matrimoniales apparaissent de prime abord totalement contrôlées par les hommes. En fait, les femmes y participent aussi de manière très active ; elles ont dans certaines circonstances l'initiative des alliances (cf. rôle de la tante paternelle par rapport à sa nièce [*pugdba*], Bonnet 1988 : 51-56 ; Gruénais 1985).

Il existe plusieurs modalités de désignation ou de choix du conjoint (don, lévirat, consentement mutuel/rapt, etc.). Le mariage par don est la forme socialement la plus valorisée par les aînés car elle leur permet de maîtriser les unions. Il existe plusieurs modalités de don – dont une qui relève d'une forme d'échange (le *pug-siure*, cf. Gruénais 1979). Les conséquences pour les conjoints en sont comparables : les jeunes filles sont promises en mariage dès leur enfance, " données " par leur chef de lignage ou leur père, à un autre chef de lignage (ou à un chef de famille d'un autre lignage), à qui revient la décision du choix du mari. Le don d'une femme est le plus souvent décrit comme l'aboutissement (parfois seulement une étape) de relations privilégiées entretenues entre deux lignages. Ces relations peuvent avoir impliqué des individus sur plusieurs générations. De nos jours, les jeunes tentent de plus en plus souvent d'échapper au mariage par don et d'imposer leur choix personnel.

Dès la mise en ménage, le premier souci du couple, ou tout au moins celui de l'homme, est d'obtenir une grossesse le plus rapidement possible. “ *Elle a changé* ” : c'est par cet euphémisme que l'entourage de la jeune femme va exprimer le constat de sa grossesse. Une fois la grossesse reconnue et annoncée à l'ensemble des membres de l'habitation ²³, le premier conseil qui est donné à la jeune femme est “ de faire le *runгри* ”, c'est-à-dire “ d'attacher les seins ” : “ *Dès que tu es enceinte les vieilles te font le runгри, tu vas attacher pour que les seins descendent* ” dit une jeune femme. La femme doit nouer solidement un pagne sur sa poitrine et la maintenir écrasée tout au long de la grossesse afin d'étirer les seins vers le bas. Le but est “ *d'arranger les seins pour que l'enfant puisse téter* ”. Il faut “ *casser les biis-kida* ” (les morceaux de sein ; *kida* : morceaux, boules, caillots ou grumeaux), afin que “ *les seins tombent comme des “sacs” (kodro)* ” ; “ *en attachant, les morceaux du sein s'écrasent de jour en jour et la chair (nemse) à l'intérieur laisse l'espace au lait, pour qu'il puisse se rassembler* ”.

Les différentes explications avancées pour justifier cette pratique relèvent toutes de représentations qui concernent à la fois la production du lait et les postures d'allaitement. D'une part, le *runгри* favoriserait la production du lait en permettant sa circulation adéquate qui serait gênée par les “ morceaux de sein ” qui le cloisonneraient et constitueraient des obstacles à un écoulement aisé. D'autre part, le *runгри* permet de donner une nouvelle morphologie au sein qui est jugée nécessaire à l'allaitement : les seins d'une femme allaitante doivent être tombants et “ longs ”, “ *pour que l'enfant puisse être nourri même lorsqu'il est couché sur les jambes de sa mère [lorsqu'elle est assise]* ”.

Lorsque le *runгри* n'est pas réalisé, “ *les seins restent hauts, comme ceux d'une fille, et pour donner le lait à l'enfant il va falloir lui soulever la tête* ”. Cet inconvénient est décrit comme une situation un peu ridicule, voire cocasse. Mais

²³ L'annonce de la grossesse se faisait traditionnellement selon une procédure codifiée : ce n'était pas à la jeune femme d'annoncer son état, mais aux femmes plus âgées de l'habitation qui lui faisaient “savoir” qu'elle était enceinte (Lallemand, 1977 : 227 et suiv.). Actuellement, l'annonce de la grossesse est toujours entourée du même sentiment de honte et de mystère.

la conséquence majeure de la non observance du *runгри* serait le risque de développer des abcès lors de l'allaitement. En effet, “ *si on attache mal et qu'il y a un morceau qui reste [non écrasé], il va faire une boule et il va falloir qu'on incise (wedge) le sein* ”, prévient une guérisseuse. La menace pour la femme est donc de devoir subir “ l'incision ” de ses abcès. Ce geste consiste en une entaille du sein pour vider l'abcès suivie d'un méchage avec des fibres de coton. Il est effectué sans antalgique ni anesthésie ; il est décrit comme étant violemment douloureux, aussi est-il particulièrement redouté par toutes les femmes.

La pratique du *runгри* est toujours énoncée par rapport à la menace de l'incision : “ *Si on ne fait pas le runгри il faudra faire le wedbo (incision)* ” ont répété toutes les femmes rencontrées. Une vieille femme guérisseuse appuie son propos à travers son propre exemple : “ *J'avais suivi mon mari en Côte-d'Ivoire et là-bas ça ne se faisait pas... par la suite, on a dû inciser 4 fois !* ”. Cette menace est l'ultime justification avancée par rapport à la nécessité de faire le *runгри*. Toutes les femmes rencontrées (femmes âgées, guérisseuse, jeunes mères) affirment que le conseil qu'elles donnent à une femme qui débute sa première grossesse est “ *d'attacher ses seins* ”. Mais nombreuses sont aussi celles reconnaissant que “ *de nos jours ce n'est plus pareil, en ville on ne fait pas ça, même ici des femmes jeunes n'acceptent pas d'attacher, mais nous qui sommes à l'écart [de la ville] il faut que l'on attache comme ça* ”. Alors, celles qui l'on subit – et qui le conseillent – raillent les plus jeunes qui veulent s'y soustraire : “ *Il y a des femmes qui ont la grossesse et elles mettent des soutiens-gorge, elles ne veulent plus faire le runгри, elles font ça pour se montrer, elles font les malines* ” ; “ *Elles veulent rester comme des demoiselles pendant longtemps, et elles mettent des soutiens pour les tenir debout* ”. Mais au-delà de la raillerie sur la coquetterie des jeunes femmes, la menace des conséquences sur l'allaitement est rapidement brandie (poitrine insuffisamment développée, manque de lait et complications sous forme d'abcès).

Les femmes âgées se moquent de la vanité des jeunes à vouloir conserver une poitrine haute, et elles ont tôt fait d'exploiter les inquiétudes et les difficultés que rencontrent les jeunes femmes lors de leur première grossesse et de profiter de leur désarroi pour leur imposer leur volonté et la norme sociale. Si bien que la pratique du *runгри* est l'objet d'une sourde coercition de la part des femmes âgées envers les jeunes.

Les représentations de la procréation

Les représentations de la procréation chez les Mossi ne donnent pas lieu à une théorie totalement unifiée. En effet, deux principales voies d'interprétation coexistent : la première est d'ordre symbolique ; la deuxième, moins connue, appartient au domaine des représentations populaires de la physiologie, à l'ethnophysiologie. Ces deux registres ne s'excluent pas, ils sont clairement identifiables à travers l'ensemble des pratiques mises en œuvre autour de la procréation.

– *L'interprétation symbolique* (Bonnet 1988) : “ Pour les Mossi, la procréation est le résultat de la pénétration d'un esprit appelé *kinkirga* (pl. *kinkirsi*) dans le ventre de la femme au moment où celle-ci a un rapport sexuel avec son mari ” (id. 21). Les *kinkirsi* sont des êtres exclusivement gémeaux ; invisibles, ils habitent un monde, lui aussi invisible, situé sur l'espace laissé vacant par les hommes : “la brousse”. Ils vivent en groupe selon un modèle de société anthropomorphique, et comme les humains, ils peuvent être bons ou méchants, indulgents ou capricieux (ibid. 24). Tout individu, avant sa conception, existe déjà dans le monde invisible, où il a ses propres parents. Le processus de la conception consiste donc au passage volontaire dans notre monde d'un des deux *kinkirsi*, l'autre reste dans le monde invisible (s'ils viennent ensemble, cela donne des jumeaux, désignés précisément *kinkirsi*). Ce passage peut être favorisé par des offrandes (aliments sucrés, grains de sésame) réalisées par la femme à l'attention des *kinkirsi*. Selon ce schéma d'interprétation, le couple n'a finalement pas un rôle actif dans la conception, l'homme ouvre le passage du génie que la femme a préalablement séduit. Pour autant, ce type de représentation n'exclue pas toute fonction aux liquides sexuels dans la conception : “ le sperme est censé transmettre l'hérédité génétique du lignage de l'homme ” (ibid. 26).

– *L'interprétation ethnophysiologique* : Parallèlement, le processus de la fécondation est aussi décrit, notamment par des guérisseurs, en des termes qui relèvent de représentations populaires de la physiologie humaine. L'un d'eux précise : “ Pendant le “mélange” (coït), la “bouche du sexe” de l'homme s'ouvre, elle aspire “l'eau” (koom) produite par la femme. Dans le corps de l'homme “l'eau de la femme” se mélange avec “l'eau de l'homme”, puis l'homme “verse le mélange” [des deux eaux] dans le corps de la femme, et c'est ça qui va faire l'enfant ”. Dans le même registre interprétatif, l'eau de l'homme et celle de la femme sont décrites comme étant élaborées à partir du “sang” selon des modalités assez complexes faisant appel à divers organes

(reins, tendons, testicules, utérus, os, etc.). Ces représentations ouvrent la voie à celles sur la transmission des caractères héréditaires qui sont portés par le “sang”, et sur la transmission des maladies à l'occasion de l'acte sexuel par l'échange des liquides séminaux.

Ces deux registres interprétatifs coexistent en permanence, en particulier dans l'ensemble des pratiques destinées à favoriser la fécondation. Il peut y être fait référence alternativement et même parfois simultanément par les individus. Ainsi, dans les cas d'infécondité, un guérisseur pourra demander à la fois au couple de se placer sous la protection des divinités ancestrales, à la femme d'effectuer des offrandes aux *kinkirsi* et de prendre des remèdes pour mettre son cycle menstruel en synergie avec les phases lunaires, et enfin au mari d'absorber une préparation pour rendre le sperme plus abondant (Egrot, 1999 : 399-436).

Les femmes âgées décrivent nettement le refus du *runгри* comme une forme de contestation de l'ordre social traditionnel : “ *Les enfants de maintenant n'écouent plus, elles n'attachent plus leurs seins comme nous on le faisait dans la tradition. (...) Maintenant, il faut faire “peser”²⁴ les femmes, et même pour accoucher, il faut les amener au dispensaire !*” constate avec mépris une vieille femme guérisseuse.

Le refus du *runгри*, qui commence à émerger en milieu rural chez les jeunes femmes, marque un changement en cours concernant l'image corporelle et les attributs de la féminité. Un nouveau modèle esthétique gagne ; les jeunes femmes n'acceptent plus les transformations physiques que l'on inflige à leur corps. Mais les conséquences de ce refus dépassent amplement les seuls aspects esthétiques car en rejetant les attributs physiques – seins affaissés – qui définissent la maternité dans la société traditionnelle, les jeunes femmes contestent l'ordre social sur au moins trois niveaux :

- l'ordre gérontocratique. Elles remettent en cause la parole de leurs aînées. Le refus du *runгри* est une marque d'insubordination.

²⁴ La “pesée” fait référence aux consultations prénatales réalisées dans les centre de santé : une surveillance du poids de la femme fait partie des examens cliniques effectués.

- l'assujettissement de l'individu au groupe. Les jeunes femmes tentent de se réapproprier leur corps et d'en avoir la maîtrise. Ce faisant elles contestent les droits de la collectivité sur leur corps, en particulier les droits du lignage du mari. Il s'agit d'une forme de résistance à l'incorporation au groupe des femmes qui ont enfanté pour le lignage. Ne pas porter trop rapidement les stigmates de la maternité peut permettre à une jeune femme de trouver plus facilement un autre mari, dans une autre famille, en cas de difficultés dans son premier mariage.
- la maternité comme seule fonction sociale de la femme. Dans la société traditionnelle mossi, la maternité est la condition préalable indispensable à une ascension dans la hiérarchie sociale ; cela explique en partie la volonté d'obtenir une grossesse le plus rapidement possible après le mariage. La reconnaissance sociale à l'égard d'une femme est proportionnelle au nombre de ses enfants vivants. Et l'un des signes principaux de la maternité, lorsqu'une femme ne porte pas son enfant "au dos", est incontestablement l'aspect de sa poitrine. "*En pays mossi, un coup d'œil suffit à ranger une jeune femme dans l'une ou l'autre des deux catégories : fille ou mère*" (Lallemand 1977 : 235). Aussi, "*avoir des seins longs qui pendent jusqu'à la taille*" est la démonstration d'une maternité accomplie. La valorisation du statut social de mère s'accompagnait jusqu'à présent de l'acceptation des transformations physiques provoquées par la grossesse et surtout de celles imposées par les pratiques mises en œuvre pour en accentuer les effets. Refuser ces pratiques revient à nier la valeur symbolique de ce qu'elles sont censées

exprimer.
 Les hommes semblent ne pas prendre part directement à ce débat, laissant les femmes entre elles. Cependant, il ne fait aucun doute que les plus jeunes sont impliqués dans la décision de manière indirecte, notamment en vantant la beauté "*des femmes qui ne se laissent pas aller et qui savent rester belles comme des filles mêmes si elles ont eu un ou deux enfants*". Il arrive que dans un jeune couple, le mari conforte son épouse dans la décision de ne pas attacher ses seins et l'encourage à porter des soutiens-gorge dans le but de préserver sa poitrine, mais cela semble encore assez exceptionnel. Mais quoiqu'en pensent les hommes, leur pouvoir de décision est très limité, et ce d'autant plus qu'ils sont jeunes. La jeune épouse est sous la domination de la mère de son mari : "*Elle est quasiment "prise*

en main” par les vieilles femmes de la cour” (Bonnet 1988 : 31) qui savent d'autant mieux imposer leur décision qu'elles le font au nom de la descendance du lignage.

Hormis la pratique du *runгри*, aucun autre conseil ni pratique corporelle ne concerne l'allaitement pendant toute la durée de la grossesse jusqu'à l'accouchement.

De l'accouchement à la fin de la première semaine après la naissance

L'accouchement



La posture pour l'accouchement,
illustration d'après description, A. Mourat 1998 ©

L'accouchement au domicile

L'accouchement a lieu dans la case de la femme ou dans celle de la mère de son mari*. Dès les premières douleurs, un homme de la cour est allé prévenir l'accoucheuse du quartier qui vient au domicile. Le mari et ses "frères" (biologiques ou classificatoires) se rassemblent à l'extérieur de la cour et vont attendre jusqu'à ce que la naissance de l'enfant leur soit annoncée.

Dans la case, la parturiente est installée sur une natte**, accroupie, en appui sur ses pieds et ses genoux, le corps à la verticale, les bras élevés au-dessus de sa tête. Un plat en bois retourné est parfois employé comme siège. Une femme vient se placer debout derrière elle, lui empoigne les bras et les maintient relevés, elle la soutient en l'appuyant contre ses jambes. L'accoucheuse se place devant la femme en travail (cf. illustration).

Lorsque le travail commence, si la poche des eaux ne s'est pas rompue spontanément, l'accoucheuse la déchire : *" Je plonge ma main dedans [le vagin] pour pincer le pisim-piuugu (la poche des eaux) et l'eau va remplir la maison (...). Si c'est une femme qui accouche vite, le pisim-piuugu ne sèche pas avant qu'elle ait fini d'accoucher "* ; *" J'ai un tiim (remède magique) [confie l'accoucheuse], pour que les femmes accouchent rapidement ; lorsque l'on m'appelle, avant de partir chez la femme, je me frotte les mains avec ; quand j'arrive, si le pisim-piuugu est parti, je tape doucement sur le ventre, je frotte mes mains sur le ventre et je les pose [à plat] sur le sol, et l'accouchement vient vite, (...). Les grandes accoucheuses comme nous, nous avons des choses pour que l'enfant descende vite "*.

Le nouveau-né est déposé sur des linges devant la femme. Le cordon ombilical n'est coupé qu'après l'expulsion du placenta, à moins que celle-ci ne tarde trop. De même que pour la naissance de l'enfant, toutes les accoucheuses prétendent avoir diverses préparations pour faciliter la délivrance. Le cordon ombilical est coupé à l'aide d'une lame de rasoir fournie par le père, en s'appuyant sur un morceau de bois de karité. Tous les liquides émis au moment de l'accouchement sont épongés avec de la cendre. Celle-ci est ajoutée au placenta qui est recueilli dans un fragment de poterie. L'ensemble est enterré, selon un rituel spécifique, à l'intérieur de la cour, dans l'espace qui sert de douche. Une grosse pierre marque l'emplacement ; la femme viendra s'y asseoir dessus pour être douchée.

Diverses pressions sociales s'exercent alors sur la femme en travail parce qu'elle est dans une situation vulnérable. La moindre de ces pressions est celle qui consiste à juger la force de son caractère à travers son comportement : *" Elle doit se taire, elle fait aye-aye mais elle ne crie pas, personne ne doit*

l'entendre ; celles qui sont "peureuses" crient, les "courageuses" on ne les entend pas " affirme une vieille femme. Le moment de l'accouchement est parfois l'objet de contraintes plus dures : pendant sa grossesse, une femme peut avoir été menacée de ne parvenir à accoucher le jour où le travail débutera qu'à la condition qu'elle ait préalablement confessé une information qu'elle cache, devant les femmes qui l'assistent, sous peine d'en mourir. Cette situation se retrouve en particulier lorsque la paternité d'une grossesse est contestée et que la femme cache le nom du père biologique. En contrepartie, le pardon serait systématiquement accordé à toute révélation faite le jour de l'accouchement.

* Voir aussi Bonnet 1988 : 41 et suiv. ; Lallemand 1977 : 233 et suiv.

** " *Avant, c'était à terre, mais maintenant on dit qu'il y a des maladies dans la terre, alors on met une natte* " précise une accoucheuse.

Dans la région d'enquête, une estimation réalisée sur une durée d'une année ²⁵, en comparant le nombre annuel d'accouchements qui ont lieu au dispensaire (n=54) et le nombre de naissances déclarées à l'État Civil (n=193), permet d'évaluer entre 70 et 80 % la proportion des accouchements réalisés à domicile, et sans aide médicale. Les accouchements surviennent sous la surveillance des quelques vieilles femmes du quartier qui ont acquis la réputation d'être des " accoucheuses ".

Les soins du nouveau-né

Les soins du nouveau-né débutent par une toilette, immédiatement réalisée après la section du cordon ombilical. Il est lavé à l'eau tiède et au " savon à lessive " ²⁶ ; puis il lui est administré le premier lavement (*leedo*) et la première ingurgiation (*yunugri*), réalisés à " l'eau simple " le plus souvent. Le lavement va entraîner une expulsion de méconium (*toenega*). Ces deux gestes, toujours associés, ont pour rôle de " nettoyer " le corps de l'enfant, et de lui " ouvrir,

²⁵ Du 1/07/93 au 30/06/94.

²⁶ Savon fabriqué par les femmes ou savon blanc dit " de Marseille ".

déboucher” l'appareil digestif. La femme termine les soins en soufflant dans les narines et les oreilles de l'enfant pour en chasser les liquides qui les obstrueraient. Quelques gouttes d'une macération de *wegd-peelga*²⁷ sont versées dans la bouche afin de parfaire son ouverture et “nettoyer les saletés de la gorge”, et dans les yeux “pour les ouvrir et les rendre clairs parce que les bébés naissent avec les yeux sales”. Ensuite, quelques fils de coton noir sont noués autour de la taille de l'enfant²⁸, puis il est habillé et couché sur des tissus, en attendant le retour de sa mère qui a été emmenée à l'extérieur pour être douchée. Ce n'est qu'après qu'il pourra être mis au sein.

Lavements et ingurgitations

Ces deux gestes sont toujours réalisés de la même manière. Ils précèdent la toilette et les soins de l'ombilic :

- le lavement se fait à la bouche : la femme prend dans sa bouche un peu de liquide et l'injecte à travers le sphincter anal en appliquant ses lèvres sur l'anus de l'enfant. Les femmes disent qu'elles vont donner un “coup de bouche” à l'enfant. En ville, la poire à lavement en caoutchouc remplace l'insufflation à la bouche.

- l'ingurgitation, parfois aussi nommée “gavage”, est réalisée à la main : l'enfant est placé en décubitus latéral gauche sur les jambes de la femme, la tête vers les genoux ; le bord cubital de la main gauche est appliqué autour de la bouche de l'enfant dont les narines sont obstruées par l'auriculaire, de la main droite, à l'aide d'une petitealebasse, elle verse l'eau dans le creux de la main gauche. L'enfant a ainsi la bouche sous l'eau : à la première inspiration, il absorbe un peu de liquide, et le plus souvent se met à tousser.

Lavements et ingurgitations occupent une place primordiale dans les soins de puériculture. Il leur est attribué quatre fonctions : éliminer les impuretés (*regdo*) présentes dans le ventre et contrôler les défécations, transmettre la “force/puissance” (*panga*), assurer un sommeil profond à l'enfant, et enfin, administrer certains traitements (Egrot 1999 : 381 et suiv.). Ils ont une fonction à la fois préventive et curative ; ils sont impérieusement

²⁷ *Hibiscus sabdarrifa* L. (MALVACEAE).

²⁸ Il s'agit de l'habillement minimal, qui marque l'appartenance de l'enfant au monde des humains. Ainsi, même lorsqu'il est dévêtu, il n'est plus jamais totalement nu.

requis pour assurer la santé de l'enfant (Lallemand 1977 : 237 ; Badini 1994 : 83). Ils sont effectués avec régularité matin et soir, pendant toute la durée de l'allaitement, et jusqu'à l'âge de deux ou trois ans. Dans la journée, et parfois la nuit, il arrive que deux ou trois ingurgitations soient ajoutées, notamment si le nourrisson pleure encore alors qu'il a déjà tété, car il manifesterait ainsi sa soif que le lait maternel ne saurait totalement étancher.

Durant la première semaine de vie de l'enfant, il n'est employé que de l'eau. Par la suite, il s'agit de décoctions à base de noix de karité, puis de mil rouge, puis de nombreuses autres plantes. La décoction est préparée par la mère, mais le choix des plantes lui est souvent conseillé par des femmes plus âgées, telle la mère de son mari, qui exerce ainsi un contrôle supplémentaire sur sa belle-fille. Le choix des plantes (écorces, feuilles ou racines) relève d'un savoir domestique, mais lors de maladies graves des guérisseuses spécialisées dans ce domaine sont consultées. Ces dernières justifient leur connaissance des plantes par des relations privilégiées avec les génies de la brousse (*kinkirsi*) qui leur indiquent, dans les rêves, les diagnostics et les végétaux à employer.

Les décoctions sont réalisées dans une poterie réservée exclusivement à cet usage (*yam-ruko*). Les modalités d'administration (à la main et le fait que la température de l'eau soit ajustée par l'ajout d'eau froide) entraînent une souillure microbienne constante.

Les jeunes femmes ont des difficultés à effectuer ces deux gestes qui nécessitent un savoir faire difficile à acquérir. L'ingurgitation est particulièrement impressionnante car l'enfant crie, se débat et tente d'écarter la main collée à son visage ; il finit chaque ingurgitation légèrement suffoqué, en toussant et en cherchant sa respiration. Les jeunes mères inexpérimentées pratiquent parfois le gavage en tenant l'enfant assis ; elles s'exposent ainsi à la critique des femmes plus âgées affirmant que “ *de nos jours les enfants n'ont plus la force [parce qu'] on ne fait plus le gavage comme avant* ” (Egrot, *op. cit.*).

Ces pratiques sont condamnées par les professionnels de santé. Ils affirment qu'elles sont néfastes sans pour autant fournir des arguments très convaincants. Néanmoins, quelques jeunes mères trouvent dans ces critiques les éléments leur permettant de les modifier.

La douche de la mère et l'expression des seins

La femme est lavée à l'eau chaude par celles qui l'ont aidée lors de l'accouchement ; son corps est vigoureusement frictionné, “ *on tamponne et on masse le ventre et le sexe* ” à l'aide d'un chiffon trempé dans l'eau chaude. “ *On fait des mouvements, on tire les bras, les jambes et les pieds, pour que les os reviennent en place (...). Le sang, les morceaux de sang qui restent dans le corps, vont sortir, car si tu n'as pas été bien douchée, le sang reste dans un endroit, il se dépose (tisgi : décanter) et ça rend malade* ” dit une jeune femme.

Lors de cette “ douche ” les seins vont subir une ultime préparation avant l'allaitement : ils sont massés et étirés (*sarse* : étirer en pressant), fortement pressés avec un tissu imbibé d'eau chaude afin de “ casser ” une fois de plus les “ morceaux de seins ” et d'exprimer le colostrum. Les seins sont “ écrasés ” sur la poitrine, “ travaillés ” entre les mains. “ *On appuie fort pour que le sein devienne mou et que l'enfant puisse l'attraper* ”. L'opération est douloureuse : “ *Ça fait très mal, il y a des femmes qui te tiennent pour que tu ne bouges pas (...) tu ne dois pas attraper les mains de celle qui te fait ça, sinon ton sein va enfler (mode)* ”. Dans le même temps, ces manipulations ont pour but d'évacuer le colostrum qui est considéré être un “ mauvais lait ”, un “ lait de grossesse ” qu'il ne faut pas donner à l'enfant ²⁹ ; il se mélange avec l'eau de la douche et s'écoule sur le sol sans plus de précaution rituelle. Après quoi, l'aréole et le mamelon sont massés à l'aide de beurre de karité (*kaam*) afin de les assouplir.

À la suite de la douche, il est donné à la femme du *zom-koom* (farine de mil délayée dans de l'eau). Cette boisson est décrite comme étant indispensable à la stimulation de la lactation : il s'agit de la prescription minimale. L'idéal est de lui

²⁹ Plusieurs femmes rappellent “que dans le temps” la technique pour écraser les seins était beaucoup plus radicale : “ *Si lors de la douche, on constatait que les seins étaient encore droits, on prenait deux barres de fer (guls-kana : tiges de métal employées pour égrainer le coton), on mettait une barre dessous le sein, une dessus, et on tirait avec force vers l'avant en serrant les barres, la femme pleurait* ”, “ *On tire et le sang sort, le sang descend avec le lait* ”. Des femmes âgées de 60 à 70 ans révèlent que cette pratique se faisait “ *à l'époque de nos mamans, nous en avons entendu parler, mais on ne l'a jamais fait* ”.

donner un “ bon aliment ”, tel une soupe de poule fortement pimentée : le piment aurait la propriété de faire “ *circuler le sang et le lait dans le corps, alors il vient beaucoup de lait et il coule sans manquer* ”. Mais il semble que beaucoup de femmes doivent se contenter de farine délayée dans de l'eau, le mari ne pouvant ou ne voulant offrir la poule.

La première tétée et les soins de la première semaine

La première mise au sein a lieu dans les cinq à douze heures suivant la naissance : “ *Si l'enfant est né le matin, on lui donne [le sein] le soir, si tu accouches le soir, c'est le lendemain que l'on va lui donner ; le jour de l'accouchement l'enfant ne peut pas prendre le sein dans sa bouche* ” dit une jeune femme. Durant les deux ou trois premiers jours, l'enfant “ mâche ” (*wabe*), “ mange ” (*wabre*) le sein avant que ne s'installe une lactation suffisante ; pendant ce temps, il lui est donné à boire, en plus des gavages quotidiens, un peu de décoction de *wegdre*³⁰.

Si la lactation tarde à venir, et si dans l'entourage immédiat de la jeune mère se trouve une femme allaitante, il n'est pas rare que celle-ci commence à alimenter le nouveau-né : “ *J'ai du attendre sept jours pleins avant que l'enfant ne me tète. Pendant ce temps, il a tété une sœur de son mari. Elle avait un bébé qui marchait à quatre pattes, j'ai du attendre sept jours avant d'avoir du lait, mais après le lait est venu sans manquer, jusqu'au sevrage* ” explique une jeune femme.

Pendant la première semaine, l'enfant ne doit pas sortir de la case où il est né. Ses journées sont rythmées par la succession des lavements, gavages et tétées. Deux lavements sont effectués chaque jour, un le matin au lever du soleil, un autre le soir au coucher ; ils sont suivis à chaque fois par un gavage. Deux autres gavages sont encore réalisés : en milieu de matinée et en milieu d'après midi. Pendant la journée, l'enfant est mis au sein après chaque gavage et chaque fois qu'il se réveille, s'agite ou crie. Durant la nuit, il est installé sur des tissus, sur la natte de sa mère à proximité du sein qui lui est proposé à chaque réveil.

Le septième jour marque la sortie de l'enfant. Pour les familles musulmanes, c'est aussi le jour où l'enfant est béni par l'imam et où un prénom lui est

³⁰ *Hibiscus sabdarrifa* L. (MALVACEAE)

donné ³¹. Cette période de réclusion étant achevée, la mère peut transporter son enfant “ au dos ”, “ elle peut le faire coucher à l'ombre ” et reprendre ses activités si elle travaille dans les champs.

L'allaitement au quotidien jusqu'au sevrage

Les postures d'allaitement

Tant que le nourrisson n'est pas capable de soulever sa tête, il est recommandé à la mère de se tenir assise pour l'allaiter. L'enfant est installé sur les jambes de sa mère, sa tête est soutenue devant le sein. Cette position doit permettre d'éviter que le lait ne coule dans le nez ou les oreilles de l'enfant, ce qui est censé se produire si la femme allaite en étant allongée.

Dès lors que l'enfant gagne en motricité, le respect de cette recommandation s'estompe. Il n'existe pas de posture d'allaitement interdite, ni de modalité particulière d'allaitement selon le sexe de l'enfant, mise à part l'attention que doit porter la mère à ce que du lait ne touche pas le sexe de son enfant mâle ³².

La nuit, la femme peut allaiter en étant allongée, l'enfant étendu face à elle, “ *il peut même téter sans que la mère ne se réveille* ” dit l'une d'elle. Dans la journée la posture est souvent liée à l'activité de la mère au moment où l'enfant demande à téter. Il arrive souvent qu'une femme allaite son enfant tout en marchant et en portant une lourde charge sur la tête ; elle fait alors glisser l'enfant du dos sur sa hanche : il peut ainsi attraper le sein.

³¹ Lors du *zu-lukri* : cette cérémonie, au cours de laquelle un prénom est donné, est marquée par le rasage de la tête de l'enfant.

³² Cf. chapitre V.

Le nombre journalier des tétées

La première tétée matinale a lieu vers 6 h ou 6 h 30, après le lavement et le gavage du matin. Dans la suite de la journée, le sein est proposé à l'enfant à la moindre de ses manifestations. Les cris et les pleurs d'un nourrisson ne sont absolument pas tolérés par les adultes. L'une des raisons évoquées serait que les cris peuvent attirer l'attention des génies (*kinkirsi*) sur l'enfant, et que ceux-ci, une fois dérangés, peuvent le rappeler dans leur monde (donc le faire mourir) s'ils soupçonnent que l'enfant est maltraité. Une mère doit tout faire pour éviter les cris de son enfant. La réponse immédiate à des cris consiste à lui donner le sein, quelle que soit la cause des cris et même s'ils n'expriment pas la faim de l'enfant.

Au-delà de la seule fonction nourricière, l'allaitement devient rapidement l'occasion d'un jeu permanent entre l'enfant et — les seins de — sa mère. Les tétées ne s'arrêtent que selon le bon vouloir de l'enfant, le plus souvent par son endormissement s'il est encore petit, ou lorsqu'il s'en va jouer plus loin s'il marche. Les seins maternels sont des objets de jeux autorisés et permanents pour le jeune enfant. Calé sur les jambes de sa mère, l'enfant passe de longs moments à sucer, pétrir, frapper le sein, tandis qu'elle travaille, se repose, ou parle avec d'autres personnes... Lorsqu'il commence à maîtriser la marche, les seins maternels représentent le point de départ et de retour de toutes les explorations de l'espace environnant. Plus tard encore, il est fréquent de voir un enfant de plus de deux ans abandonner ses jeux, traverser en courant la distance qui le sépare de sa mère pour plonger les mains sous sa chemise, et en sortir un sein qu'il se fourre dans la bouche. Il est exceptionnel qu'une femme refuse et diffère une demande de tétée.

Bonnet *et al.* (1991) ont pu montrer que jusqu'à 18 mois, la moyenne du nombre de tétées est voisine de 10 pendant la journée ; elle atteint même 13 tétées par journée pour les enfants de 12 à 14 mois ³³. Tant que l'enfant n'est pas sevré, il dort la nuit avec sa mère et le plus souvent à son contact. Il tète alors aussi souvent qu'il le désire, sans même qu'elle ne se réveille.

³³ Ces observations ont été faites entre le lever et le coucher du soleil, soit sur une durée de 13 h, et ne prennent pas en compte l'allaitement nocturne.

Ce nombre élevé de tétées journalières est rendu possible parce que le couple mère-enfant n'est presque jamais séparé. Selon Bonnet *et al.* (ibid.) l'enfant de six mois est en compagnie de sa mère durant 9 heures et 30 minutes sur une journée de 13 h. Il passe donc 73 % de la période de jour avec sa mère. L'enfant, attaché dans le dos, accompagne sa mère dans presque toutes ses activités et tous ses déplacements. La pratique de l'allaitement n'est entourée d'aucune pudeur ; il n'existe pas de situation qui interdise l'allaitement, qui conduise à le différer, ou qui amène la femme à s'isoler pour allaiter son enfant.

L'allaitement par une femme autre que la mère

En milieu rural, il est rare qu'une femme laisse plusieurs heures son enfant à son domicile, à la garde d'une autre femme. Dans ce cas, l'enfant est confié à une jeune fille, une vieille femme ou une coépouse. Si l'absence de la mère dure trop et si l'enfant se met à crier, il arrive que la vieille femme donne son sein tari à l'enfant, pour lui faire " mâcher " le mamelon. Si deux coépouses ont chacune un nourrisson et si elles s'entendent bien, il arrive aussi que celle qui garde l'enfant l'allaité également. Cette pratique était courante jusqu'à une époque récente, mais il semble que certaines jeunes femmes refusent de plus en plus d'allaiter l'enfant d'une coépouse ou de laisser leur enfant téter une autre femme sous prétexte que cela pourrait favoriser " la transmission de maladies " (cf. chapitre VIII).

La diversification alimentaire

La diversification de l'alimentation du nourrisson est progressive ; elle débute à un âge variable selon les mères. Dès lors que l'enfant ne s'endort plus immédiatement après la tétée, sa mère le garde avec elle, sur ses genoux, lorsqu'elle prend son repas en compagnie des autres femmes de la cour. Les jeunes enfants peuvent donc voir, et rapidement participer au déroulement du repas des femmes : " *Lorsque les gens mangent, il regarde attentivement, puis il se met à pleurer, alors tu lui mets de la nourriture dans la bouche* " dit l'une d'elle. Le plus souvent, la femme trempe un doigt dans la sauce qui accompagne le plat de pâte de mil (*sagbo*) et le fait sucer à l'enfant ; ses mimiques sont

bo) et le fait sucer à l'enfant ; ses mimiques sont observées et commentées avec amusement par les femmes présentes. Certaines mères affirment que dès six mois, elles donnent à manger à l'enfant des bouchées prélevées dans le plat familial (*sagbo* et sauce), mais il ne s'agit alors que de quelques petites bouchées qui ne peuvent être considérées comme un repas. Le plus souvent, les femmes disent commencer à donner des bouillies de petit mil vers l'âge de huit ou neuf mois ³⁴.

Une enquête nutritionnelle menée en 1995 dans la région rapporte que “ jusqu'à 18 mois, 95 % des enfants sont allaités. Cette prévalence chute ensuite assez rapidement, cependant, à 3 ans, 9,5 % des enfants sont encore allaités. Le taux de poursuite de l'allaitement maternel à un an est de 96 %, il est de 78 % à deux ans ³⁵. (...) À l'âge de 6 mois, un tiers des enfants sont à la bouillie et plus des deux tiers au plat familial (...), à un an, 90 % des enfants reçoivent le plat familial ” (Ouedraogo *et al.* 1996 : 55).

Selon Bonnet *et al.* (ibid.) le processus de la diversification alimentaire se réalise ainsi : “ À partir de 12 mois, l'enfant mange de 4 à 6 fois par jour dont 3 repas substantiels. On lui met la nourriture soit dans la bouche, soit dans la main. Après 18 mois, la prise de nourriture s'observe au rythme de 4 à 10 fois par jour. À partir de 24 mois, la nourriture peut lui être servie dans un petit plat individuel, l'enfant mangeant alors tout seul. Dans tous les cas, que ce soit avec sa mère ou avec ses frères et sœurs, on encourage l'enfant à manger, souvent en partageant le repas avec lui et en lui réservant sa part. Il s'agit là de portions prélevées sur le plat collectif, et non pas d'une préparation spécifique (sauf la pâte de mil délayée dans de l'eau). Le grignotage peut concerner des grains de maïs ou d'arachide, une poignée de farine, une boule de pâte de mil, des noix de karité, etc. ”.

³⁴ D. Bonnet note un passage à un allaitement mixte (lait maternel + bouillie de petit mil) à 8,4 mois en moyenne (1988 : 39).

³⁵ Taux de poursuite de l'allaitement maternel à 1 an : proportion d'enfants âgés de 12 à 15 mois qui sont allaités au sein ; taux de poursuite de l'allaitement maternel à 2 ans : proportion d'enfants âgés de 20 à 23 mois qui sont allaités au sein.

Le sevrage

L'allaitement maternel est poursuivi tardivement. Selon les femmes âgées, l'enfant doit être sevré lorsqu'il atteint l'âge de trois ou quatre ans. Les jeunes femmes affirment que de nos jours c'est vers deux ans ou deux ans et demi que le sevrage est effectué. En 1988, Bonnet observait une durée moyenne d'allaitement de 29,6 mois (1988 : 39). *“ Lorsque l'enfant a plus de trois ans, on peut lui enlever le sein sans que cela ne lui fasse rien, mais si il veut continuer de téter au delà de cet âge son intelligence va “verser”, il n'aura pas de tête, il sera comme une bête ; par exemple cette fille qui a presque trois ans, dans quatre ou cinq mois je vais l'enlever du sein sinon elle sera bête ”* déclare une femme à propos de sa fillette.

Le plus souvent, la date ou le moment du sevrage d'un enfant sont définis par rapport à la survenue d'une nouvelle grossesse : *“ Tant qu'il n'a pas un frère on ne le sèvre pas ”*. En effet, à la suite de l'accouchement et pendant la plus grande partie de l'allaitement, la femme est soumise à un interdit sexuel strict. L'allaitement est jugé incompatible avec une activité sexuelle car le sperme aurait la propriété d'altérer le lait maternel, et le lait ainsi dénaturé pourrait perturber la santé de l'enfant allaité et le rendre malade. Cet interdit est largement respecté car un contrôle social fort s'applique sur le couple afin d'éviter une nouvelle grossesse qui serait jugée trop précoce.

Le sevrage n'est l'objet d'aucune prescription rituelle ; il serait pratiqué de la même manière pour les garçons et les filles, après une durée totale d'allaitement identique ³⁶. *“ Lorsque l'enfant est grand, la maman va dire que les dents*

³⁶ Cette information mériterait d'être confirmée par des enquêtes quantitatives appréciant la durée de l'allaitement en fonction du sexe de l'enfant, car il est bien connu que dans de nombreuses sociétés les modalités et durées d'allaitement varient en fonction du sexe de l'enfant, le plus souvent au détriment des filles. A. Tursz et M. Crost rapportent des informations convergentes au Togo et au Congo montrant “ chez les filles : un passage à l'alimentation diversifiée plus tardif (au delà de 6 mois), un maintien prolongé (à 12 mois et plus) de l'allaitement maternel exclusif, et, au Congo, une introduction trop précoce des farines ” (1999 : 2S153). L'affirmation selon

commencent à lui faire mal, elle va retirer l'enfant loin de ses seins” ; quand la femme a pris la décision d'arrêter d'allaiter son enfant, le sevrage est immédiat. Selon l'attitude de l'enfant les mères ont recours à diverses pratiques pour le dissuader de téter : “ *Certains enfants pleurent le premier jour chaque fois qu'ils veulent venir prendre les seins et qu'on les repousse, et le lendemain c'est terminé, ils ne demandent plus ; certaines femmes font couler de leur lait sur un beignet, si l'enfant le mange, il trouve que le beignet est meilleur que le lait et il ne veut plus de lait*”. Des femmes usent de méthodes plus radicales : “ *Si il veut continuer de téter, tu peux mettre du piment sur le sein, ou écraser de la Nivaquine* ³⁷, *quand il va vouloir téter, il va avoir le piment, il va vite laisser*” ; d'autres ont des techniques un peu plus complexes : “ *Les enfants n'ont plus peur du piment, moi, je vais au marché chercher du ligdi kole (ligdi : argent, kole : prononciation phonétique de colle ; il s'agit de ruban adhésif transparent avec lequel on peut réparer les billets de banque), je colle ça sur le bout des seins, quand il attrape et qu'il trouve cela, il laisse, il ne veut plus téter, pendant deux jours, si il trouve ça il ne veut plus téter, et on peut l'enlever*” ³⁸. Une fois que le sevrage est obtenu, il est irréversible.

Le sevrage marque l'acceptation sociale de la reprise des relations sexuelles du couple. Pour les maris, le sevrage est envisagé dans une logique de maximalisation de la fécondité de leurs épouses. L'abstinence sexuelle de l'allaitement détermine en partie les intervalles intergénésiques, ainsi que le décrit un homme de 30 ans : “ *Une fois que l'enfant ne tète plus tu peux te mettre dans l'idée de chercher un autre bébé ; pour ma part, c'est lorsque mon enfant a l'âge de trois ans ou trois ans et demi, qu'il cesse de téter, que je commence à chercher sa mère, et neuf mois après, il a alors un peu plus de quatre ans, sa maman va donner un autre [enfant]*”. Les notions d'espacement des naissances sont encore étrangères à la plupart des chefs de famille. Le lien établi entre sevrage et reprise de la sexualité est à ce point important que toute femme qui voudrait sevrer trop

laquelle les pratiques d'allaitement sont identiques pour les garçons et les filles est donc à prendre avec réserve.

³⁷ La chloroquine (Nivaquine®) a un goût très amer.

³⁸ Des techniques de sevrage similaires sont observables dans la plupart des groupes ethniques du Burkina Faso.

précocement son enfant peut se voir accusée de vouloir en fait reprendre une activité sexuelle ³⁹.

Au-delà du sevrage du dernier enfant

Une femme mossi vit dès sa puberté un cycle de reproduction non interrompu qui ne s'achève qu'avec la ménopause (Bonnet 1988 : 41). En 1993, le nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans est de 7,4 enfants par femme, pour l'ensemble du Burkina (Sinaré 1994 : 31). Même lorsque son aptitude à procréer s'est éteinte, la femme âgée garde encore de nombreuses prérogatives à propos de l'allaitement. La " vieille " qui a eu une descendance nombreuse occupe un rang social élevé ; forte de son expérience qui représente un argument d'autorité incontesté, elle distribue conseils et remèdes, elle rappelle les normes et les codes de bonne conduite à propos de l'allaitement à toutes les jeunes femmes de son entourage.

Par ailleurs, les " vieilles " sont particulièrement sollicitées lorsqu'à la suite d'un décès maternel il faut prendre en charge le maternage de l'enfant orphelin ⁴⁰. En effet, même si le père a d'autres épouses, c'est le plus souvent la grand-mère paternelle qui s'occupe de l'orphelin. Si l'enfant était encore allaité lors du décès de la mère, il arrive couramment que des femmes de 50 ou 55 ans aient recours à différentes médications pour stimuler leur lactation et allaiter elle-même le nourrisson. Cet allaitement peut être poursuivi plusieurs mois jusqu'à ce que l'enfant ait l'âge jugé habituel pour être sevré.

Enfin, plus tard encore, lorsque le grand âge a fait disparaître toute possibilité d'allaiter, c'est dans le registre symbolique qu'il est fait référence à ce pouvoir passé. Et l'on peut voir de jeunes hommes mimer le geste de porter rapidement à leur bouche l'un des seins d'une " vieille " qu'ils viennent saluer. Le simulacre se termine dans un éclat de rire général, c'est un geste de respect, de reconnaissance

³⁹ Au Burkina Faso, la durée médiane de l'intervalle intergénéral est de 34,7 mois. Cet intervalle varie peu selon les caractéristiques socio-économiques ou le lieu de résidence (Sinaré 1994 : 34).

⁴⁰ Cf. chapitre IX.

et d'affection, le rappel d'une relation de parenté, un témoignage du temps passé où, en leur qualité de petits-fils ou de neveux, ils ont bénéficié des bons soins de cette femme (qui ne les a pas nécessairement allaités).

Conclusion

Cette incursion ethnographique rapide montre, qu'en dépit des apparences, allaiter n'est pas un geste simple, même s'il est "naturel". L'extrême importance accordée à cette aptitude physiologique féminine se manifeste à travers les nombreuses règles et les recommandations qui sont appliquées aux femmes, dès leur plus jeune âge.

Les diverses règles et pratiques décrites ne sont pas toutes exécutées de manière systématique et rigoureuse par chaque femme. Elles sont latentes et en quelque sorte "prêtes à l'emploi". Elles constituent le cadre normatif auquel il est fait référence notamment en cas d'anomalie et de complication de l'allaitement. Il est cependant manifeste que certaines de ces règles n'entretiennent que très peu de rapport direct avec la physiologie de la lactation, telle que nous la connaissons aujourd'hui. Aussi témoignent-elles surtout d'une forme d'appropriation sociale de l'allaitement. Celle-ci passe par un contrôle social précis qui s'applique aux femmes (à travers leur corps et leurs activités), mais aussi aux hommes (dans leurs relations avec leurs épouses, et plus largement dans les relations avec les autres membres du lignage, et la société toute entière).

Bien qu'il soit considéré indispensable (comment pourrait-il en être autrement ?) l'allaitement n'est pas jugé suffisant pour permettre le développement harmonieux d'un enfant solide, selon les normes et valeurs mossi. Le lait maternel serait incapable de satisfaire à lui seul les besoins de l'enfant : diverses décoctions doivent compléter l'apport de lait, administrées plusieurs fois par jour sous la forme d'ingurgitations, et associées aux lavements. Allaitement maternel, lavements et ingurgitations sont les trois piliers de la puériculture mossi. Aucun des trois ne semble devoir être remis en cause dans un proche avenir, même en milieu urbain. Les seules modifications observées se situent dans le registre des méthodes : les jeunes mères éprouvent des difficultés à la réalisation de l'ingurgitation, et il est possible que la technique ancestrale cède un jour la

et il est possible que la technique ancestrale cède un jour la place aux tasses et aux cuillères. Il en est de même pour les lavements effectués à l'aide de poires en caoutchouc. Mais la durée de l'allaitement et l'usage d'aliments de substitution apparaissent stables.

Les enjeux des transformations sociales contemporaines pour les femmes et les hommes semblent plus se situer sur le versant des contraintes sociales qui leur sont imposées (refus de l'écrasement des seins lors de la première grossesse, raccourcissement du délai de l'abstinence sexuelle, etc.) que sur celui des pratiques d'allaitement elles-mêmes.

Références bibliographiques

Badini A.

1994 *Naître et grandir chez les Moosé traditionnels*. Paris, Ouagadougou, Sépia/A.D.D.B.

Bonnet D.

1988 *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso*. Paris, Ed. de l'ORSTOM, Coll. Mémoires, n° 110.

Bonnet D., P. Duboz, J. Vaugelade *et al.*

1991 *Comportements maternels et malnutrition de l'enfant au Burkina Faso*. Union pour l'Étude de la Population Africaine (UEPA), Conférence " Femmes, famille et population ", Ouagadougou 1991.

Egrot M.

1999 *La maladie et ses accords. Le sexe social, mode de déclinaison et espace de résonance de la maladie chez les Moose du Burkina Faso*. Thèse de Doctorat en Anthropologie, Université d'Aix-Marseille III.

Gruenais M.-E.

- 1979 L'échange différé des femmes chez les Mossi. *L'Ethnographie* (1) : 41-59.
- 1985 " Aînés, aînées ; cadets, cadettes. Les relations aînés/cadets chez les Mossi du centre ". In : M. Abélès et C. Collard (éds.), *Age, pouvoir et société en Afrique Noire* : 220-245. Paris, Karthala.

INSD

- 1994 *Analyse des résultats de l'Enquête Démographique 1991*. Ouagadougou, Institut National de la Statistique et de la Démographie. 4 Volumes, 73 p., 171 p., 62 p., 45 p.

Lallemand S.

- 1977 *Une famille mossi*. Recherches Voltaïques 17, Paris, Ouagadougou, CNRS.

Ouedraogo L., S.R. Kambire, G. Parent *et al.*

- 1996 *Étude de l'impact du barrage de Ziga sur l'état de santé des populations*. Rapport, Ministère des l'Environnement et de l'Eau, 82 p. + annexes.

Rabain J.

- 1979 *L'enfant du lignage, du sevrage à la classe d'âge*. Paris, Payot.

Sinare T.

- 1994 " Fécondité ". In : D.L. Konaté, T. Sinaré, M. Séroussi. *Enquête Démographique et de Santé 1993* : 25-41. Ouagadougou, Institut National de la Statistique et de la Démographie.

Tursz A. et M. Cost

- 1999 Etude épidémiologique du recours aux soins selon le sexe chez les enfants de moins de 5 ans en pays en développement. *Rev. Epidém. et Santé Publique* (47) : 2S133-2S156.

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

Première partie. Ethnographie de l'allaitement au Burkina Faso

Chapitre IV

Allaitement et parenté en pays bobo madare

Chiara Alfieri

[Retour à la table des matières](#)

“*Chez nous le lait c'est important : c'est la parenté*”. Ce propos d'une femme bobo madare témoigne que le lait n'apporte pas à l'enfant que des éléments biologiques. Dans toutes les sociétés, tout acte d'alimentation et de puériculture inscrit l'enfant dans un groupe social.

Certes, ces actes sont modelés par des aspects techniques et des aspects symboliques propres à chaque aire culturelle ; pour l'Afrique ces aspects ont été décrits par Erny (1988), Lallemand (1991 ; 1999) et Bonnet (1998). Au-delà de ce “fonds commun”, les usages suivent les lignes de la parenté et de l'organisation sociale à trois niveaux :

- il s'agit de savoirs profanes concernant les techniques de puériculture et les pratiques qui entourent l'allaitement, qui sont transmis, selon l'organisation sociale, de mères en filles ou de mères en belles-filles ;
- les rôles concernant le soin à l'enfant sont diversement répartis entre les personnes du matri- ou du patriclan ;

- en cas d'absence ou d'indisponibilité de la mère biologique, c'est dans la parenté et selon ses règles d'organisation propres qu'une nourrice sera recherchée.

Examiner quelles sont les normes en matière de transmission du savoir, de répartition des rôles et des tâches de puériculture, et de choix d'une mère nourricière, en population bobo madare, pourra mettre en évidence les liens étroits entre système de parenté et pratiques de soin du jeune enfant. On précisera aussi l'importance de l'allaitement comme marqueur identitaire relativement aux autres aspects du soin à l'enfant.

Les Bobo Madare

Les Bobo Madare, appelés Bobo-fing dans la littérature ethnographique, sont une population d'agriculteurs d'environ 350 000 personnes qui habitent 170 villages de la région sud-ouest du Burkina Faso. Une minorité est fixée aussi au Sud du Mali. Leurs cultures de base sont le mil et le sorgho. Bobo Madare est le nom par lequel les habitants de la partie méridionale du pays bobo s'autodéfinissent et c'est donc celui que nous adopterons de façon systématique en le préférant à celui de Bobo-fing qui leur fut attribué par les Dioula, lors de la colonisation française.

L'identité socioculturelle de ce groupe s'est en partie conservée malgré la domination coloniale qui a entraîné la création de structures administratives et d'État, l'affirmation des religions islamique et catholique, et l'émigration vers d'autres pays de la sous-région très intégrés dans le marché économique mondial.

L'organisation sociale repose sur le village qui représente l'unité de base économique, sociale et religieuse bobo. Bien que des liens de parenté unissent ensemble plusieurs agglomérations, chaque communauté villageoise est totalement autonome par rapport à une autre. À l'intérieur du village on reconnaît trois responsables et un conseil de sages : le *sogovo* (*sogo* : brousse ; *vo* : aîné, chef) est le chef de terre, qui reçoit la chefferie par ligne utérine, et qui appartient au lignage qui s'est établi le premier sur le territoire. Le *dovo* organise le culte autour de la divinité *Do* qui est aussi appelée Fangaman (chef, roi). Chaque village possède un culte particulier du *Do*, dont l'initiation est obligatoire. Le *yelevo* est le responsable de l'éducation des jeunes et s'occupe de l'organisation des classes d'âge et des initiations. La fonction du chef du village, *kirevo* (*kiri* : village), est plus récente : elle a été introduite à

coloniale. On accède à ces charges par ancienneté.

Dans la région méridionale, qui se démarque des autres par une langue et des habitudes culturelles très différentes, il y a trois zones qui présentent entre elles des différences nuancées du point de vue socioculturel et linguistique (Le Moal 1980). Il s'agit de la zone linguistique *sya bere*, qui inclut la ville de Bobo-Dioulasso et les villages dans les alentours immédiats, de la zone *voré* à l'Ouest de Bobo et de la zone *benge* située à l'Est de Bobo.

La ville de Bobo-Dioulasso est constituée d'anciens quartiers bobo, dont certains sont encore implantés au sein de la ville (Tounouma, Sya, Bindougoussou) et d'autres quartiers qui ont été inclus assez récemment dans l'agglomération (Dogona, Kwa, Sakabi). En 1990, les Bobo Madare représentaient environ 11 % de la population de Bobo-Dioulasso (Dubois 1990), qui comprend 350 000 habitants.

Méthode

Les données ont été recueillies lors d'une enquête spécifique de huit semaines menée entre mai et juin 1998, janvier et mai 1999, à Bobo-Dioulasso et dans des villages Bobo Madare des environs.

La méthode d'enquête a reposé sur les techniques classiques de l'ethnologie :

- des entretiens semi-structurés ont été conduits avec 37 personnes, et des entretiens informels ont concerné 32 personnes, essentiellement des femmes.

- 7 entretiens de groupe ont été réalisés. Les personnes étaient choisies parce qu'elles étaient mères de famille et dans la plupart des cas avaient déjà allaité un enfant, ou pour leurs compétences dans des domaines précis (vieilles femmes, guérisseurs, professionnels de santé). Les entretiens ont été réalisés en langues bobo et dioula, à l'aide d'un interprète, ou en français. Les entretiens individuels et les entretiens non formels se sont révélés les moyens d'enquête plus efficaces, ainsi que les conversations occasionnelles avec des personnes déjà rencontrées lors de recherches précédentes.

- des observations directes ont été effectuées notamment à l'occasion d'un séjour préalable de plus de 12 mois dans la région d'enquête, dans le cadre d'autres études ethnographiques sur les rites funéraires bobo, sur les notions populaires concernant l'épilepsie et sur des entités nosologiques traditionnelles, réalisées entre 1993 et 1998.

Pratiques d'allaitement et de puériculture chez les Bobo Madare

Les femmes qui peuvent allaiter

Après l'accouchement et avant que la sécrétion de lait soit établie, ou en cas de retard ou de déficit de sécrétion, c'est habituellement une grande ou une petite sœur de la femme qui donne le sein au nouveau-né. Le plus souvent, en cas de difficulté, la famille maternelle représente la première ressource à laquelle on fait appel avant de commencer à chercher ailleurs. Selon la norme sociale dominante, la grande sœur ou la petite sœur de la femme considèrent le nouveau-né comme s'il s'agissait du sien.

Autrefois, si la mère décédait, le bébé était confié à sa famille maternelle pour y être allaité, et c'est seulement après le sevrage que le père pouvait s'en occuper. La famille du père avait pour mission de participer à l'élevage de l'enfant en envoyant régulièrement du mil, du savon et d'autres biens en nature, à l'attention de la femme qui allaitait l'enfant. Cela se pratique encore de nos jours, mais en ville, c'est le plus souvent de l'argent qui est donné à la femme nourricière.

Les femmes affirment qu'il était autrefois difficile de refuser d'allaiter un bébé : les "vieilles"⁴¹ du matrilignage imposaient l'enfant à une femme déjà allaitante. Aujourd'hui encore, chaque matrilignage conserve ses propres règles qui peuvent être toutefois tempérées et rediscutées en fonction de la situation. Chez certains, il est exclu de donner un orphelin en allaitement chez une parente paternelle : *"L'enfant doit rester dans sa famille, nous on ne veut pas qu'il parte, ce n'est pas normal, s'il va prendre le lait ailleurs il n'est pas considéré comme de la famille. Qu'est-ce qu'il peut faire pour nous ? Il ne nous reconnaîtra même pas ! L'enfant qui a pris le lait d'une femme en dehors de sa famille, il peut dire que c'est cette femme qui l'a allaité, qui l'a nourri, et il sera contre sa*

⁴¹ Terme respectueux qui désigne, en Afrique francophone, les femmes âgées, mères et grand-mères ; elles ont une compétence reconnue concernant le maternage des enfants.

[propre] famille. Le lait chez nous c'est important, c'est la parenté, "moi j'ai tété et je t'ai laissé le sein", donc le sein ça va faire le lien et la force de la famille maternelle". On demande plutôt à la grand-mère maternelle de nourrir l'enfant, quitte à suivre un traitement pour provoquer une sécrétion de lait ⁴² ; ce choix est d'autant plus facile qu'elle est supposée ne plus avoir d'activité sexuelle ⁴³.

Dans d'autres lignages, confier l'enfant à une parente paternelle est toléré. Si une femme de la famille maternelle ou paternelle de l'enfant accepte de s'occuper d'un orphelin, ou d'un enfant dont la mère n'a pas de lait, cette femme est nommée "la petite mère de l'enfant" (*do ya woro* : litt. la femme qui l'a nourri ; *do ya* : la femme ; *woro* : nourrir). Cette expression signifie que c'est elle qui a allaité l'enfant, sans en être la mère biologique. Les enfants confiés en allaitement en dehors de la famille maternelle sont considérés un peu différents de leurs frères ou sœurs. Une distinction assez nette est faite entre un nourrisson qui a perdu sa mère à la naissance et un autre qui l'a perdue après avoir été transitoirement allaité par elle. Dans le premier cas, il ne sera pas difficile de lui trouver une nourrice, tandis qu'un enfant qui a déjà goûté le lait de sa mère ne voudra pas accepter un autre sein. Dans le lexique bobo, plusieurs termes qualifient l'enfant en fonction du type d'allaitement qu'il a reçu : un enfant qui n'a pas été nourri au sein par sa mère est nommé *gberegbere woro non* (litt. l'enfant qui a perdu sa mère, dont la mère est atteinte d'une maladie grave ; *gberegbere* : accident, malheur ; *woro* : nourriture) ; l'enfant qui n'a pas été nourri aussi longtemps que les autres enfants est qualifié de *nyan were zore non* (litt. enfant nourri par une bouillie jeune ; *nyan were* : bouillie claire ; *zore* : diluée, jeune, n'ayant pas atteint la consistance du tô, qui est la bouillie de céréales constituant la nourriture de base en pays bobo madare).

⁴² Le lait de la grand-mère est souvent complété par des laits en poudre ou par du lait concentré dilué dans de l'eau. Les femmes savent que la valeur nutritionnelle de ce lait est faible et que seul il ne suffit pas à l'enfant. Elles disent que les enfants nourris au sein par la grand-mère sont plus malades que les autres et qu'ils sont souvent hospitalisés.

⁴³ Les relations sexuelles de la femme en période d'allaitement sont considérées dangereuses pour l'enfant allaité (cf. chapitre V).

Les pratiques de puériculture

Les pratiques destinées à protéger ou à soigner l'enfant obéissent également aux règles de la parenté.

Après la première semaine de vie, et pendant un an, l'enfant fait l'objet de toute une série de pratiques de puériculture traditionnelle, visant à le renforcer et à le protéger. Ces pratiques, "bains" de décoctions de plantes, ou encore poudres protectrices, reposent pour une part essentielle sur les "savoirs des grand-mères" – paternelle et maternelle – du bébé. Pour une autre part, elles font intervenir des savoirs puisés plus sporadiquement dans le réseau de voisinage, au gré des opportunités qui se présentent. C'est donc une transmission du savoir qui suit deux voies principales, l'une relativement réglée entre personnes liées par des liens de parenté, l'autre plus occasionnelle entre personnes placées en situation de voisinage. La première voie est la plus complexe, il s'y combine en réalité deux transmissions : l'une en ligne matrilineaire ; l'autre, au sein du patrilignage, de belle-mère à bru. Ceci donne lieu à une transmission patrilinéaire en ligne féminine, dans le sens de la ligne des épouses.

En ville, on rencontre rarement une jeune mère qui connaît les plantes qu'il faut administrer à son enfant à un moment bien précis de sa croissance, alors qu'à la campagne, les jeunes adolescentes sont formées très tôt par leur mère à la "phytothérapie infantile". Les femmes âgées déplorent la façon dont sont suivis les enfants des jeunes mères qui, en ville, ne connaissent et souvent ne veulent pas appliquer les pratiques et les enseignements de leur mère ou grand-mères, ou qui n'ont pas leur famille auprès d'elles. Ces reproches portent moins sur la crainte de voir s'interrompre la transmission des savoirs relatifs à la petite enfance, que sur celle de la perte des connaissances, des règles propres aux différentes familles. Le premier cas reste en effet assez rare, dans la mesure où, si elles ne font pas la démarche de s'adresser aux vieilles de leur famille, du moins lorsqu'elles résident ailleurs, les jeunes mères sont suivies par celles qui habitent dans leur concession. Il est vrai toutefois que, dans d'autres cas, elles vont au marché pour consulter les herboristes spécialisées dans le traitement des enfants afin d'obtenir des conseils concernant aussi bien les traitements traditionnels de puériculture, comme ceux

qui sont mentionnés ci-dessus, que ce qu'il faut faire en cas de maladie de l'enfant.

En raison de la fragilité des nouveaux-nés, on ne choisit pour les bains des premiers mois que les feuilles les plus petites et les plus tendres de la plante, afin que le traitement ne soit pas trop agressif. Au cours des premiers mois de vie, tous les bébés sont soumis à certains traitements "standard" qui visent dans un premier temps à faire grossir l'enfant (*koro be sida* : litt. le médicament du ventre ; *koro* : ventre ; *sida* : médicament). On donne un bain d'eau chaude trois fois par jour et la décoction dans laquelle l'enfant est plongé est aussi ingérée. Les femmes affirment que le traitement pénètre à travers la peau ; les pores s'ouvriraient sous l'effet de la température de l'eau et le traitement renforcerait ainsi tout le corps. Quand l'enfant manifeste son refus, on le force à boire ces décoctions. Après les trois premiers mois environ, on passe à un autre ensemble de feuilles qui visent à rendre le corps de l'enfant solide (*kon sigue be sida* : litt. le médicament qui renforce le corps ; *kon* : corps ; *sigue* : renforcer). Ce deuxième traitement est pratiqué jusqu'à ce que l'enfant apprenne à marcher⁴⁴. Des lavements sont régulièrement effectués pour purger l'enfant, surtout si l'on soupçonne qu'il est malade ou si l'examen des selles révèle qu'elles sont malodorantes, blanches ou décomposées. Si les selles de l'enfant ne sont pas bonnes, c'est-à-dire de couleur jaune, on incrimine immédiatement le lait maternel et on traite l'enfant et la mère avec les mêmes produits.

Parmi ces traitements celui du *yalo* mérite d'être détaillé. Ce médicament est d'usage courant chez les Bobo, bien que d'origine dioula⁴⁵. Il constitue l'un des premiers traitements préventifs auxquels le nouveau-né est soumis ; pour cette raison, en ville, il est appelé le "vaccin africain".

Ce médicament occupe une place centrale dans les questions d'allaitement. À la naissance de son premier enfant, une femme reçoit de sa belle-mère, ou de sa

⁴⁴ C. Haxaire décrit un traitement similaire chez les Gouro de Côte-d'Ivoire (Haxaire 1993).

⁴⁵ Les Dioula constituent un groupe ethnique islamisé, locuteur d'une langue dérivée du bambara, originaire du Mandé. Ils sont présents dans le Sud du Burkina Faso et le Nord de la Côte-d'Ivoire. Leurs activités de commerce, favorisant leur mobilité, leur ont donné un rôle important dans la diffusion de traits culturels.

mère, la poudre ou l'eau du *yalo*. Pour chaque enfant elle devra acheter une nouvelle dose de la même préparation, car l'utilisation des restes du médicament de l'enfant précédent déclencherait la maladie chez le nouveau-né.

Il existe deux versions de ce produit : sous forme d'eau, contenant un verset du Coran, et sous forme de poudre. On lave le nouveau-né deux fois par jour pendant trois ou quatre jours, selon le sexe, en versant la solution liquide ou la poudre dans l'eau du bain. Une petite partie de ce liquide doit être également bue. La poudre peut aussi être introduite sous la peau du visage, après avoir pratiqué de légères incisions.

Le Yalo

Le *yalo* est à la fois le nom d'un médicament et celui d'une maladie infantile à étiologie animale qui se présente sous forme de convulsions fébriles, considérées par les guérisseurs bobo comme un signe qui peut être annonciateur de crises épileptiques. *Yalo*, en bobo, signifie "oiseau". Les gens affirment que la maladie du *yalo* est apportée par le vent et qu'elle est particulièrement répandue en février, mars et avril. Elle est aussi appelée la "maladie de l'oiseau", définition que l'on retrouve auprès d'autres populations voisines : Mossi, Winye et population multiethnique de Bobo-Dioulasso (Bonnet 1999 : 305-320 ; Jacob 1987 : 60-86 ; Roger-Petitjean 1992 : 87-148). Ces populations considèrent que la contagion est due au passage d'un oiseau au-dessus du ventre de la mère pendant la grossesse ou à sa rencontre avec un oiseau dans la savane. Dans ce cas, le corps de la mère fonctionnerait comme vecteur de la transmission du *yalo*. On considère, toutefois, que le *yalo* peut être transmis aussi par d'autres moyens tels que les linges où l'enfant malade a été enveloppé, ou l'eau avec laquelle il a été lavé.

Trois types différents de *yalo* sont décrits qui pourraient attaquer l'enfant et le rendre malade :

- Le *yalo sa*, ou grand *yalo*, décrit comme un oiseau de grand taille qui ne volerait que la nuit. Il provoquerait la forme la plus grave et la plus dangereuse de convulsion chez l'enfant.

- Le *yalo zene* (*zene* : pigeon), "le petit *yalo*", qui se réfère à un oiseau de la taille d'un pigeon et dont le plumage ressemble à celui de la pintade. Celui-ci déclencherait une forme légère de *yalo*, facilement curable.

- On parle enfin, mais rarement et sans beaucoup de spécifications et d'inquiétude, de *yalo* "simple".

Deux nourrissons auxquels on a administré un type différent de *yalo* ne peuvent pas être allaités par la même femme : son sein, imprégné par l'un des médicaments, transmettrait la maladie du *yalo* à l'autre enfant, par contact. Pour conjurer cette éventualité, en particulier dans le cas où le nouveau-né est mis en nourrice chez une autre femme que la mère, on veille à "relaver" l'enfant avec le *yalo* utilisé par la femme. Ce n'est qu'à l'intérieur d'un même matrilignage que l'enfant pourra être allaité par une autre femme sans que l'on s'inquiète de savoir à quel *yalo* elle appartient.

L'allaitement dans la parenté

La terminologie

En langue bobo, pour désigner une sœur ou un frère aîné, on peut dire "ma grande sœur" ou "mon grand frère"; on dit aussi "celle (ou celui) qui m'a laissé le sein" ou "C'est elle (lui) qui a tété le sein et me l'a jeté/cédé". Pour désigner une sœur ou un frère cadet, on dit "celle (ou celui) à qui j'ai cédé le sein" ou "J'ai tété le bout du sein et le lui ai jeté". Le benjamin d'une fratrie est aussi appelé "le dernier du sein".

Deux enfants, pour indiquer qu'ils sont utérins (nés de la même mère), peuvent dire : "Nous sommes du même sein". Les termes "sein" et "lait" sont employés dans le même sens que "ventre" (lieu de la conception/utérus), pour signifier le lien de parenté biologique entre une mère et ses enfants. Ce lien de parenté est également désigné par l'expression : "Nous sommes de la même corde, du même cordon".

Le lait et le sein matérialisent le lien inaliénable entre deux utérins. Frères et sœurs "de lait" sont tenus d'être patients les uns envers les autres, de s'entraider. Ce lien est mis en avant lorsqu'un sentiment de fierté existe entre eux : "Nous sommes du même sein" peuvent-ils affirmer. Au contraire, si des tensions apparaissent entre eux, celui qui se plaint peut dire : "Comment peux-tu me faire cela alors que nous avons tété le même sein?".

Le sein est emblématique de la relation privilégiée entre la mère et l'enfant. Une mère mécontente d'un acte ou d'un comportement de son enfant lui dira : " Au moins, que tu n'aies pas tété le bout de mon sein ! ". Par cette expression, la mère manifeste le regret d'avoir allaité cet enfant ; cela représente pour lui une sorte de malédiction. Elle peut aussi faire le geste de se mordre le sein : cela représente la coupure définitive et claire de la relation entre la mère et son fils. La "nourriture maternelle" que la mère peut donner à son enfant est ainsi confisquée et, de la même façon qu'un nourrisson qui ne reçoit pas le lait maternel est en danger de mort, cet enfant sera toujours marqué, même adulte, par ce manque originel. Selon les Bobo, ce geste l'empêchera de réussir sa vie.

Pour comprendre la portée de la terminologie de l'allaitement, il est nécessaire de préciser l'organisation de la parenté en vigueur chez les Bobo Madare.

La parenté de lait

La parenté de lait existe chez les Bobo, mais elle semble ne pas être très marquée. Deux enfants qui ne sont pas frères ou soeurs et qui ont été allaités par la même femme ne peuvent pas se marier, parce qu'il deviennent frères ou soeurs de lait, mais cela n'a pas d'autres incidences, dans le sens que ni la mère nourricière, ni son mari (les "parents de lait") n'ont d'engagement vis-à-vis de l'enfant du point de vue de sa subsistance ou de l'héritage. L'interdiction de mariage ne concerne pas d'autres parents que les frères ou soeurs de lait, et non leurs germains. Les personnes déclarent avec un air plutôt amusé qu'une seule tétée serait suffisante à établir cette parenté, mais qu'en réalité on ne fait pas trop attention à ça s'il s'agit de ne donner le sein que momentanément. La situation est donc très différente de celle décrite par F. Héritier dans le monde arabe, où ce type de lien joue un rôle fondamental du point de vue des alliances et des interdits, et est inscrit dans un corpus juridique très détaillé (Héritier 1994a,b). Dans le cas où un orphelin de mère et de père a été recueilli et allaité dans une famille, il pourra être adopté et résider dans la famille qui l'a nourri. Ce type d'adoption ne change en rien l'origine de l'enfant, ni ses liens avec les groupes dont il provient, ni ses droits de succession sur l'exploitation des terres de ses agnatiques, ni même l'héritage qu'il peut recevoir du côté de l'oncle maternel. Cependant, à l'âge adulte, il pourra recevoir, de la part de sa famille adoptive avec

te, il pourra recevoir, de la part de sa famille adoptive avec laquelle il travaille sur les champs communautaires, une petite parcelle de terrain qu'il exploitera de manière autonome.

Le système de parenté bobo

La population Bobo Madare vit dans des villages organisés en unités de production qui constituent en même temps des unités domestiques fondées sur des groupes agnatiques. La base d'une unité domestique est constituée par un homme, ses épouses et leurs enfants. La résidence est de type patrivirilocal. Quand les garçons se marient, ils amènent leurs épouses dans l'unité domestique, alors que les filles s'installent chez leur mari. Une unité domestique peut aussi abriter d'autres parents, comme des filles qui reviennent après un divorce, ou également des soeurs du chef du ménage ou des parents maternels. Parfois des étrangers sont intégrés dans ce groupe, comme c'était le cas autrefois pour les esclaves, mais cela est aujourd'hui assez rare.

Le système de filiation bobo est bilinéaire, même si actuellement l'on observe un glissement vers la patrilinearité. Les mariages préférentiels se font à l'intérieur du matrilineage (surtout pour le premier mariage) ; ils sont assez fréquents en milieu rural. Pour exprimer les notions de parenté, la langue bobo emploie une terminologie assez précise :

Lamogoya, terme d'origine bambara, désigne le matriclan. Il peut être également utilisé, dans la langue courante, pour désigner des individus qui sont apparentés, sans plus de précision sur la nature du lien. Ce mot est également employé, de nos jours et en milieu urbain, pour évoquer toute situation de regroupement basé sur l'amitié et la confiance, qui ne suppose pas forcément des liens de parenté.

Tonoma (litt. enfants du même père ; *ton* : père ; *noma* : enfants) traduit le patrilineage. Ce mot désigne l'aspect visible de la parenté bobo. Au sens large du terme, le *tonoma* constitue l'unité familiale où les personnes vivent, leur lieu géographique d'appartenance, et également le lieu où l'on est initié. Le terme *kon kuma* (les gens de la maison), désigne les gens qui habitent dans une même maison, qui partagent le travail sur les terres communautaires et les bénéfices qui

son, qui partagent le travail sur les terres communautaires et les bénéficiaires qui en dérivent mais qui peuvent, bien sûr, faire partie d'un autre *tonoma*, comme c'est le cas, par exemple, des épouses. Les maisons ainsi que tous les biens immobiliers sont hérités, de droit, par les fils. On reçoit aussi, par ligne agnatique, les droits d'exploitation de la terre, les hymnes de la généalogie (*sini*), les interdits alimentaires (*tana*),² et la connaissance des cultes protecteurs individuels et collectifs, ainsi que leur fonctionnement.

Le *tonoma* situe l'individu dans un espace social et collectif juridiquement reconnu, tant par le groupe de résidence que par celui plus vaste du village. Le rite d'attribution du premier nom à l'enfant⁴⁶ a également pour but de le "socialiser" (Le Moal 1986) dans la sphère de l'agnation. La *konsa* (maison paternelle)⁴⁷ représente l'endroit matériel où l'on "fixe", à travers les rituels appropriés, toute identité fondée sur l'agnation et tout acte d'intégration sociale, de la naissance jusqu'à la mort de la personne ; traditionnellement, et encore dans les villages, le corps des défunts est enterré sous le seuil de la maison paternelle (*konsa*). Le bébé y est amené lors de sa première sortie, quelques jours après la naissance (le troisième jour pour un garçon et le quatrième pour une fille), après le rasage du crâne⁴⁸. Le doyen du patrilignage⁴⁹, qui assiste la mère, le père et les membres

⁴⁶ Le premier nom est donné à l'enfant par son propre père ; il peut s'agir d'un nom lié aux circonstances dans lesquelles l'enfant est né (journée de la semaine, lieu de l'accouchement, "fétiche" auquel la mère est confiée, etc.). Ensuite seulement il pourra, éventuellement, recevoir un nom chrétien ou musulman (Dupire 1982).

⁴⁷ La *konsa* a un caractère sacré, car il s'agit de la première maison bâtie par le chef de lignage au moment de son installation dans le village. Elle conserve les autels de famille, propriété collective de tout le groupe, mais elle peut être en même temps utilisée comme endroit où l'on peut conserver des objets ou des outils d'usage pratique courant.

⁴⁸ La première chevelure de tout enfant est cachée dans la *konsa*. " L'idée, enfin, est générale que certains éléments fondamentaux de la personne humaine se condensent pour partie dans les cheveux et qu'ils peuvent être maîtrisés et dangereusement manipulés dès lors qu'on en détient quelques fragments. Des actes de sorcellerie peuvent être réalisés à travers la manipulation des cheveux. " (Le Moal 1996 : 76).

⁴⁹ Dans les villages *syabere* qui se trouvent aux alentours immédiats de la ville de Bobo, ou dans les quartiers-villages de la ville même, c'est la plus vieille femme *tonoma* de la cour qui accomplit ce rite, et marque le front de la mère et de l'enfant au beurre de karité devant la *konsa*.

à la famille paternelle et maternelle⁵⁰ de l'enfant, se rend à l'autel du patrilignage, il adresse une série de bénédictions à la famille de l'enfant en lui souhaitant une bonne santé, et prie que Dieu fasse “ *que le lait maternel soit abondant et bon dans sa bouche* ”. Ensuite, il asperge l'autel et l'enfant avec de l'eau qu'il tient dans une louche. C'est à partir de ce moment-là que l'enfant acquiert sa place dans le patrilignage.

Sienuma (litt. enfants de la même mère ; *sié* : mère ; *noma* : enfants) désigne les liens matrilineaires. “ *Le sienuma se prolonge à travers la femme qui agrandit le groupe maternel [dans le sens de matrilignage] et qui éparpille la parenté* ”, affirme un vieux bobo. Les Bobo madare pensent que le *sienuma* constitue leur vraie parenté.

Un récit recueilli dans la zone *Vore* fait remonter l'origine du matriclan bobo à un conflit lié à l'allaitement. L'histoire se réfère à un épisode qui voit un nourrisson orphelin confié à la coépouse de son père afin qu'elle l'allaitte ; par “jalousie” envers sa coépouse défunte, la femme aurait fait semblant d'allaiter l'enfant en lui donnant le sein mais en mettant son doigt sur le bout du mamelon. La visite soudaine d'une tante paternelle de l'enfant aurait démasqué l'attitude de la coépouse et créé, en même temps, la nécessité d'instituer un “endroit sûr” où pouvoir mettre un orphelin en nourrice. C'est à partir de cet épisode que la parenté maternelle aurait pris une grande ampleur tant sur le plan pratique, que sur celui juridique à travers le passage de l'héritage de l'oncle maternel à son neveu, et également au plan rituel dans la gestion de certaines phases des cérémonies funéraires.

Les *sienuma* sont donc des personnes liées entre elles par le même lait maternel et qui partagent un même espace dans lequel l'ascendance et la descendance électives suivent une lignée qui conduit à l'idée de mère, au sens de sang/sein/ lait. En pays bobo méridional la descendance matrilineaire est très marquée ; cela est bien visible à travers les témoignages d'attachement que les gens expriment à propos de la nature de leurs liens, en particulier celui à la mère, vécu très intensément. Les gens disent aussi que : “ *le sienuma c'est le sang des arrières, arrières grand-mères, nées du même père et de la même mère, qui continue. C'est le sang des femmes, parce que ce sont elles qui continuent et font*

⁵⁰ Les parents matrilineaires de l'enfant sont tenus, pour cette occasion, de faire des cadeaux en nature au père du bébé.

grandir le sienuma ; l'homme y est seulement pour aider la femme ". Cet avis est largement partagé ⁵¹.

Fonctionnement et actualité du matrignage

Les matrignages coupent à travers les groupes agnatiques et les unités domestiques virilocales et rendent intenses les communications entre des personnes qui vivent même très loin les unes des autres. Le *sienuma* est caractérisé par une forte cohésion de groupe et il fournit également un point d'appui et une aide à chacun de ses membres, à travers un système de cotisations. Les anciens du *sienuma* déterminent les choix matrimoniaux et, par tradition, les biens meubles sont transmis en héritage de l'oncle maternel à ses neveux ; cette pratique s'affaiblit actuellement, surtout un milieu urbain. De plus, le *sienuma* régit une phase des célébrations funéraires, et à travers le *kuku* (panier trésor matrilineaire), il entretient les relations avec les ancêtres matrilineaires, les plus importants et les plus craints chez les Bobo Madare.

Selon les témoignages recueillis par M. Saul : " Jusqu'à une époque récente, les matrignages possédaient de façon collective des chèvres et des troupeaux de bétail, et par le passé, même des esclaves " (Saul 1992 : 348) ⁵². Les anciens patri- et matrilineaires avaient le pouvoir de décider l'utilisation de ces biens et le déplacement des biens d'un groupe de parenté à un autre. Le surplus produit dans l'unité de production pouvait être transformé par un ancien de la lignée utérine tenant également un rôle important dans l'unité de production, en bien matrilineaire. De plus, le profit du travail des femmes produit en dehors de l'unité domestique passait directement au matriclan. Certains segments utérins possédaient des richesses considérables en biens privés autant que collectifs, de même que de la monnaie sous forme de cauris. Le *kuku* était alimenté par ces richesses.

⁵¹ On retrouve cette notion de partage du même sang entre descendants d'une même ancêtre femme dans l'ethnie voisine Goin (Dacher 1992).

⁵² Les enfants des esclaves étaient intégrés du côté du *sienuma* du père, tout en gardant eux aussi le statut de captifs, tout comme leurs mères qui, de par leur statut, n'avaient pas de famille. Il semble que les *sienuma* les plus étendus étaient ceux qui, autrefois, possédaient beaucoup d'esclaves (Saul communication personnelle).

Le kuku

Le Panier Trésor Matrilinéaire (*kuku*), objet économique et cultuel d'une grande puissance, représente le "lieu physique itinérant" du culte voué aux ancêtres matrilinéaires. Les membres de la famille utérine, peuvent se reconnaître comme appartenant au même *sienuma* à travers leur *kuku*. Le *kuku* constitue donc l'identité de la parenté matrilinéaire. Du point de vue matériel, le *kuku* est une corbeille qui contient des tissus sacrés, des habit de deuils utilisés pendant les funérailles, des bijoux en cauris et peut aussi contenir des anciens trophées de guerre. Il s'agit d'un objet collectif, les individus n'y ont pas accès. Il n'a pas de valeur économique, au sens d'une commercialisation des biens qu'il contient. Toutefois "l'effort économique" fourni par les personnes du même matrilignage pour garantir la conservation correcte de ces objets est très important. Les objets représentent une sorte de lien perpétuel des vivants avec les ancêtres qui sont vénérés à travers l'usage rituel et la conservation de ces objets qui les représentent. Sa présence est une condition indispensable pour la célébration des funérailles.

C'est uniquement les femmes qui s'occupent du *kuku* et de tout ce qui concerne son entretien ; à elles seules il est permis de le toucher et de le transporter. Les femmes affirment que le panier a été conçu par l'ancêtre fondatrice de la "race" bobo, comme patrimoine commun de chaque matriclan. Elle aurait fixé elle-même les règles concernant sa composition, sa conservation et les modalités qui doivent être suivies au cours des "sorties" publiques du panier.

L'une des prérogatives principales du matriclan était et reste encore aujourd'hui, mais d'une manière plus souple, d'agencer les mariages au sein du groupe utérin. Les jeunes filles étaient la plupart du temps attribuées à un ancien *sienuma* : l'oncle maternel de la jeune fille la donnait en mariage à l'un de ses fils, son cousin germain. Ce système matrimonial a subi d'importantes modifications qui ont affaibli le rôle du matriclan ⁵³. Aujourd'hui, le mariage traditionnel entre

⁵³ À partir des années 1930, la condamnation des "mariages forcés" par les missionnaires catholiques a joué un rôle majeur dans l'affaiblissement des pratiques matrimoniales coutumières.

cousins germains, en ville, est devenu une option personnelle. Les jeunes générations qui vivent dans les régions métropolitaines, ou dans les zones limitrophes, perçoivent cependant encore l'importance de trouver un conjoint dans leur parenté matrilineaire, indépendamment de leur choix personnel. “ *On a toujours intérêt à prendre une femme dans son propre sienuma, quand les critères de goût sont satisfaits. Cela facilite bien des choses, puisque la lignée maternelle peut soutenir les deux mariés. De plus la jeune fille n'est pas une étrangère, puisque c'est votre cousine* ” déclare un employé de Bobo-Dioulasso.

En milieu rural, beaucoup de femmes, en accord avec leur frère ou leur mari, essaient d'influencer leurs filles dans le choix d'un conjoint, afin que celui-ci appartienne au même *sienuma* que le leur et qu'il fasse partie d'un segment résidant dans le même village. Les “vieilles” affirment que le fait d'avoir des *sienuma* près de soi constitue une aide et un support pour la femme, notamment en cas de conflits avec son époux ou avec sa belle-famille. De plus, le fait d'avoir sa mère ou une tante maternelle à ses côtés peut simplifier certaines tâches liées au maternage ou aux difficultés qui peuvent surgir lors de l'accouchement ou au cours de l'allaitement. En effet, l'endogamie du matriclan bobo a souvent comme conséquence la cohabitation de différentes générations de parentes utérines dans une unité résidentielle.

Même si les nombreuses fonctions exercées par le matriclan ont perdu beaucoup de leur force originale, celui-ci maintient encore, surtout en milieu rural, la cohésion de l'identité du lignage, grâce à sa capacité à s'intégrer dans les formes de l'économie contemporaine. Les matrilignages de la ville s'inspirent d'anciennes formes d'agrégation de type économique et associationniste, particulièrement développées en Afrique, comme les tontines et les associations de solidarité, qui ont toutes deux comme but l'épargne, mais qui représentent également pour leurs affiliés un lieu de solidarité et d'assistance réciproque. À travers un système de collectes, les parents *sienuma* mettent ensemble des sommes considérables qui, au lieu d'être restituées périodiquement comme dans les tontines, sont conservées et utilisées selon les exigences prévues et imprévues qui peuvent naître.

Autonomie de la femme bobo vis-à-vis du matrilignage et choix d'allaitement

Dans la société bobo la femme jouit d'un prestige et d'une liberté qui, chez d'autres peuples à descendance unilinéaire patrilinéaire comme celle des Mossi, semblent plus limités. Cire Ba, dans un document rédigé autour des années 1950, décrivait ainsi sa position au sein de la famille bobo : “ Son avis est toujours suivi, on la consulte pour l'introduction de certains fétiches dans la famille. Son avis est nécessaire pour défricher un nouveau champ. Elle est obéie par les enfants, qui n'hésitent pas à la suivre en cas de divorce. Souvent le père est obligé à passer par sa femme afin d'avoir le consentement de ses enfants ” (Cire Ba 1954 : 5). Le pouvoir de la femme bobo est un pouvoir diffus et apparemment peu visible car l'organisation sociale et la plupart des institutions sont centrées sur le modèle masculin/patriarcal.

La femme peut posséder des biens et même disposer de revenus autonomes obtenus par la vente de produits agricoles ou de produits alimentaires travaillés. Dans les villages de la savane, les revenus autonomes des femmes peuvent être obtenus par la culture de petits lots de terrain situés à côté de leur maison ou de champs qui leur ont été prêtés par le chef de famille, et de la récolte des noix de l'arbre du *karité*⁵⁴ et du *nééré*⁵⁵ : les premières sont transformées en beurre, les deuxièmes en sauce d'assaisonnement (*soumbala*). Les femmes cultivent et commercialisent depuis longtemps l'arachide, le sésame, les haricots et les petits pois, auxquels sont venus s'ajouter, dans les villages qui pratiquent le maraîchage, les oignons, les tomates et les salades. La vente des feuilles pour les sauces et celle des fruits constituent également une source de revenus. Une partie de ces produits est utilisée en famille et le surplus est commercialisé.

Les sommes obtenues par ces ventes permettent aux femmes de réinvestir dans l'achat de semences, afin d'augmenter la production et d'acheter des tissus et des ustensiles de cuisine (Saul 1989). En ville, les possibilités ouvertes aux

⁵⁴ *Butyrospermum parkii* (G. don) Kotschy (SAPOTACEAE).

⁵⁵ *Parkia biglobosa* (Jacq.) Benth (MIMOSACEAE).

femmes bobo d'obtenir un revenu semblent encore incertaines et limitées. Les femmes zara⁵⁶ dominant le commerce de gros et de détail, et se transmettent l'apprentissage de cette activité ainsi que les lieux de vente de mère en fille (Bosch 1985 ; Roth 1996). Ce n'est qu'assez récemment que les femmes bobo ont commencé à exercer des "petits commerces" en dehors de ceux qu'elles pratiquaient collectivement avec les femmes de leur matrilignage. Leur insertion dans le marché recoupe souvent le modèle du travail par segments utérins, qui est encore en vigueur dans les villages ; leur marge d'autonomie personnelle y est plus importante qu'autrefois. La femme bobo qui pratique le commerce peut en général revendre les produits agricoles qu'elle a achetés dans son village d'origine ; il s'agit souvent d'un commerce de détail, de vente de bois. Elle peut aussi préparer des aliments cuisinés pour les hommes célibataires, laver le linge, préparer les layettes pour les nouveau-nés et organiser dans sa concession des ventes régulières de bière de mil, qu'elle confectionne elle-même. Les femmes peuvent ainsi réunir des petites sommes d'argent dont elles disposent à leur guise pour acquérir des biens pour elles-mêmes et leurs enfants. Mais ces dernières années, en ville en particulier, leurs revenus ont été souvent utilisés pour nourrir la famille, surtout si le mari était absent. Il est clair qu'en l'état actuel, ces fonds ne peuvent pas être dépensés pour acheter des substituts du lait maternel, lorsque nécessaire. Une petite partie des revenus est destinée à alimenter la caisse commune du matriclan et le *kuku*, mais depuis la dévaluation du 1994, les anciennes responsables des *kuku* se plaignent du fait que les gens manquent souvent d'argent pour la cotisation⁵⁷. Parfois la "caisse" du *sienuma* est

⁵⁶ Les Zara, ou Bobo-Dioula, rassemblent les Dioula et les Bobo Madare qui se sont convertis à l'Islam et sont devenus commerçants, à la suite des Dioula. Ces derniers sont qualifiés de *mimasale* ("ceux qu'on lave pour les convertir") ; ils se sont convertis pour des raisons de prestige ou de mariage. Ces conversions étaient le plus souvent purement formelles, car dans la vie quotidienne ces Zara maintenaient leurs pratiques animistes. Les relations entre Bobo et Zara sont étroites : ils partagent un territoire commun et échangent les produits de l'activité commerciale zara (sel, kola, tabac, tissus) avec les produits de l'agriculture, de l'élevage et de l'artisanat bobo.

⁵⁷ Une étude menée au Congo (Martin-Prével 2000) a montré que la dévaluation du Franc CFA a été suivie d'une dégradation de l'état nutritionnel des nourrissons et de leurs mères. L'achat d'aliments importés, tels que les farines, a été considérablement réduit, ainsi que la variété et la qualité des

approvisionnée par quelque fonctionnaire ou retraité, qui accroît sa popularité parmi les siens en passant par les structures corporatives utérines ⁵⁸.

Les richesses acquises par un matrilignage, ou par des segments de celui-ci, étaient autrefois utilisées pour aider les jeunes mères et leurs enfants, et le sont encore dans une mesure moindre. Autrefois ce n'est pas le mari qui se chargeait de payer leurs frais de santé, mais cela revenait aux parents *sienuma*, qui, à l'époque où la femme n'utilisait pas encore des pagnes pour se vêtir mais des feuilles, lui fournissaient le *kabi*, une sorte de panier en peau, où la mère portait son enfant ⁵⁹.

Les parents *sienuma* sont très concernés par la fertilité de "leurs" femmes. Voir son *sienuma* grandir et une source de grande joie.

En ce qui concerne le paiement des soins on peut, encore aujourd'hui, avoir recours à ses parents *sienuma* en cas de maladie. Mais cela est assez variable. Tout au cours de l'enquête il n'est jamais apparu que le *sienuma* payait le lait de substitution. Mais un de ses membres peut y contribuer, dans des circonstances bien spécifiques. D'autre part, la "caisse" des segments matrilineaires établis en ville peut aider ses membres en cas de maladie ou d'hospitalisation. Mais si on soupçonne le sida, l'on a déjà observé que les vieilles femmes refusaient de délivrer l'argent à la personne ou aux membres de sa famille. Ainsi, l'entraide, qui est un des traits typiques du *sienuma* bobo, semble rester toujours en filigrane dans l'existence des individus, malgré les difficultés actuelles. Cependant cette fonction de soutien vis-à-vis des femmes semble limitée sur le plan matériel.

bouillies enrichies locales, ce qui a provoqué un allongement de la durée de l'allaitement maternel.

⁵⁸ De nouveaux acteurs sociaux issus de la colonisation et des structures étatiques, tels que les anciens combattants ou les fonctionnaires, peuvent aujourd'hui disposer de sommes d'argent considérables relativement au contexte économique. De ce fait, ils peuvent être des "référents" qui dispensent de l'aide et reçoivent en échange des alliances de la part des *sienuma* en difficulté, qui s'appuyaient autrefois sur les hiérarchies corporatives utérines. Ce glissement partiel de certaines fonctions vers d'autres acteurs sociaux semble reproduire les formes de la solidarité matrilineaire, notamment en matière d'aide à la santé, sous d'autres configurations.

⁵⁹ Aujourd'hui, le panier est devenu un objet rituel qu'on peut observer dans les *kuku*.

Conclusion

Chez les Bobo Madare, un discours identitaire marqué associe l'allaitement au matrilignage. La valeur identitaire du lait – maternel, et par extension matrilineaire – est forte et constamment réaffirmée, dans un système où la plupart des pratiques de puériculture et d'allaitement⁶⁰ circulent parmi les ensembles des savoirs agnatiques et utérins. Ces savoirs et ces pratiques sont en rapport avec un concept de “santé populaire ou traditionnelle” qui entretient peu de liens avec la notion occidentale de santé. Ici, la santé du nourrisson est entourée de pratiques et attitudes qui visent à le doter de tout l'équipement biologique et social nécessaire pour faire de lui un membre de son groupe pleinement intégré. Si ces conditions ne peuvent pas être réunies, les gens pensent que l'enfant pourra être en danger, et représenter un danger pour les autres, d'où parfois leur désintérêt à propos de son destin. C'est dans ce sens que les personnes d'un même *sienuma* se considèrent comme appartenant à une même chaîne de sang et de lait. Les Bobo disent que c'est le même lait qui les a tous nourris, donc le même sang qui circule. Le fait de sortir partiellement de cette chaîne fragilise l'individu non seulement sur le plan de sa légitimation identitaire au sein de son groupe, mais aussi sur le plan physique. En ville, ce propos est moins affirmé qu'à la campagne, mais il reste présent dans l'attitude et le discours populaires.

Cependant, l'observation de la mise en pratique de ce discours atteste du fait que la force des normes peut être variable d'une famille à une autre et selon des conjonctures différentes. Leur application pourrait également varier en fonction des circonstances, des transgressions étant tolérées dans des situations exceptionnelles : toutes les familles ne laissent pas mourir un nouveau-né que sa mère n'aurait pu nourrir. En cas d'impossibilité pour la mère d'allaiter, les femmes et les hommes cherchent dans la parenté proche du nourrisson une femme qui puisse lui fournir un lait le plus possible “identique” à celui qu'il aurait tété chez sa mère. La demande de provoquer une relactation chez la grand-mère

⁶⁰ Cf. la pratique du *yalo*.

maternelle répond au désir de confier l'enfant à une femme qui puisse lui garantir un ancrage identitaire reconnu, mais aussi à l'échec essuyé dans la recherche d'une nourrice dans l'entourage. Les gens décrivent très souvent les substituts du lait maternel comme étant très insuffisants du point de vue nutritionnel ; le fait qu'il s'agisse de laits animaux renforce l'idée de défaillance de la construction psycho-physique de l'enfant nourri par ces "laits". Cependant, en ville, cette représentation, bien que très présente, est tempérée par le fait que les grandes commerçantes et les femmes fonctionnaires, vers la fin du congé de maternité, introduisent souvent les substituts du lait maternel dans le régime du nourrisson. Il est donc possible que des "bricolages" soient opérés, surtout si les conditions d'achat de ces laits peuvent être supportées ; cela permet d'assurer à la fois la survie de l'enfant et le respect des perceptions de l'identité dans ses ancres lignager et ethnique. Ces pratiques pourraient combiner une alimentation de remplacement (à base de substituts du lait ou de bouillies de sevrage) pour la dimension biologique, et une alimentation "nourricière" (par une grand-mère) pour les dimensions identitaires et relationnelles de l'allaitement.

Références bibliographiques

Bonnet D.

1988 *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso*. Paris, Editions de l'ORSTOM, Coll. Mémoires n°110.

1999 "Les différents registres interprétatifs de la maladie de l'oiseau". In : Y. Jaffré et J.P. Olivier de Sardan (éds.), *La Construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest* : 305-320. Paris, Presses Universitaires de France.

Bosch E.

1985 *Les femmes du marché de Bobo. Vie et travail des commerçantes dans la ville de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso*. Série Femmes et Développement, Leiden, Centre de Recherche et Documentation Femmes et Développement, Université d'État de Leiden, Institut d'Anthropologie Culturelle.

Cire Ba

- 1954 Les Bobo. La famille. Les coutumes. *Education africaine, Bulletin de l'enseignement de l'Afrique Occidentale française* 42 (23) nouvelle série : 61-75.

Dacher M.

- 1992 *Prix des épouses, valeur des soeurs. Suivi de : Les représentations de la maladie. Deux études sur la société Goin (Burkina Faso)*. Paris, L'Harmattan.

Dubois M.C.

- 1990 *Étude des facteurs de risque de malnutrition en milieu urbain*. Bobo Dioulasso, Ministère de la santé et des affaires sociales, Direction provinciale de la santé du Houët. Cyclostilé.

Erny P.

- 1988 *Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique noire*. Paris, L'Harmattan.

Haxaire C.

- 1993 "Les soins aux nouveaux-nés chez les Gouro de Côte-d'Ivoire". In : *Maladies, médecine et société. Actes du Vè. colloque d'histoire au présent*, Paris, L'Harmattan.

Héritier-Augé F.

- 1994a *Les deux soeurs et leur mère. Anthropologie de l'inceste*. Paris, Odile Jacob.
- 1994b "Identité de substance et parenté de lait dans le monde arabe". In : P. Bonte (éd.), *Épouser au plus proche. Inceste, prohibition et stratégies matrimoniales autour de la Méditerranée* : 149-164. Paris, EHESS.

Jacob J.P.

- 1987 Interprétation de la maladie chez les Winye, Burkina Faso. *Genève-Afrique* 25 (1) : 59-88.

Lallemand S.

- 1981 Pratiques de maternage chez les Kotokoli du Togo et les Mossi de Haute-Volta. *Journal des Africanistes* 51 (1-2) : 44-70.

Lallemand S.

- 1999 De l'infusion du nourrisson à l'identité familiale en passant par le culte des ancêtres. *Sciences sociales et santé* 17 (3) : 29-36.

Le Moal G.

- 1980 *Nature et fonction des masques bobo*. Paris, ORSTOM.
- 1986 Naissances et rites d'identification : les objets *sabî na frè*. *Archiv für Völkerkunde* 40 : 75-92.

Martin-Prével Y., F. Delpeuch, P. Traissac *et al.*

- 2000 Deterioration in the nutritional status of young children and their mothers in Brazzaville, Congo, following the 1994 devaluation of the CFA franc. *Bulletin of the World Health Organization* 78 (1) : 108-118.

Roger-Petitjean M.

- 1992 *Maladies d'enfants dans la région de Sikasso (Mali). Evolution des représentations des mères au contact des services de santé : à propos de quatre pathologies*. Mémoire pour l'obtention du Diplôme de Recherche, Genève, IUED.

Roth C.

- 1996 *La séparation des sexes chez les Zara au Burkina Faso*. Paris, L'Harmattan.

Saul M.

- 1989 Corporate Authority Exchange and Personal Opposition in Bobo marriages. *Am. Ethnol.* 16 : 58-76.
- 1992 Matrilineal Inheritance and Post Colonial Property in Southern Bobo Country. *Man* 2 : 341-362.

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

Première partie. Ethnographie de l'allaitement au Burkina Faso

Chapitre V

Ethnophysiologie, règles et précautions chez les Bobo Madare et les Mossi

Par Chiara Alfieri, Bernard Taverne

[Retour à la table des matières](#)

L'allaitement maternel est l'objet de savoirs populaires riches et élaborés. Ces savoirs constituent une réelle ethnophysiologie sur le sujet en définissant, d'un point de vue à la fois théorique et empirique, le normal et l'anormal, et différentes mesures préventives et curatives. Leur description permet de comprendre la rationalité des pratiques mises en oeuvre. Cela permet aussi d'apprécier la profondeur de l'ancrage culturel et social dans lequel ils s'enracinent, bien au-delà de la nutrition du jeune enfant.

Seule une approche ethnographique précise permet de rendre compte de la densité de ces savoirs et de leur enchâssement dans un système interprétatif plus large qui rend compte *in fine* de la vie humaine et de l'ordre social dans son ensemble. Afin de restituer la cohérence et la complexité de ces savoirs il est nécessaire de porter une attention soutenue à ce qui pourrait sembler n'être que des détails ethnographiques.

C'est dans un souci constant de précision que ce chapitre a été rédigé. Il rapporte et associe des informations issues des sociétés bobo madare et mossi du Burkina Faso. Le parti a été pris de se consacrer de manière exclusive à ces deux

groupes pour tenter de fournir une vision la plus complète possible sur les savoirs concernant l'allaitement, et par un effet de miroir de souligner les similitudes et les dissemblances entre ces deux sociétés. Le jeu des comparaisons avec ce qui est observable dans d'autres sociétés, en Afrique et ailleurs, serait infini. L'objectif de ce texte n'étant pas de dégager une théorie anthropologique générale sur l'allaitement, nous avons volontairement restreint ce travail de comparaison.

Après quelques précisions linguistiques, ce chapitre détaille le contenu des savoirs populaires sur la sécrétion lactée, sur les différentes qualités du lait maternel, et sur les principales règles et précautions qui entourent l'allaitement et doivent garantir sa bonne réalisation.

Désignation du lait

Les Bobo Madare

Le lait en bobo se dit *nyingi* ; ce terme désigne également le sein humain et les mamelles animales. Lorsqu'il désigne le lait, différents qualificatifs sont attribués à ce terme pour en préciser la provenance, la nature ou les propriétés. Ainsi, le lait maternel est nommé *nyingi zo* (ou *jo* ; *zo* ou *jo* : eau), ce qui signifie, littéralement, "eau du sein" ; les laits animaux sont désignés à partir d'un nom composé avec le nom de l'animal : *nyingi nyanga* (lait de vache), *nyingi sege* (lait de chèvre), *nyingi zara* (lait de lionne). Selon le même procédé, les laits en poudre ou en boîte sont désignés par l'expression *nasare nyingi* qui signifie littéralement "lait des Blancs" ; il s'agit bien évidemment de laits censés être fabriqués par les "Blancs". Un lait maternel de bonne qualité est nommé *nyingi dia* ; *dia* signifie "bon, excellent".

Les Mossi

En moré le lait est nommé *biisim*. Il s'agit là encore d'un terme générique qui désigne tous les types de lait, d'origines animale, humaine ou végétale (les latex). Des spécifications peuvent accompagner ce terme pour en préciser l'origine exacte : le lait de vache est nommé *naf-biisim* (de *naafo* : bœuf) ou plus souvent

te : le lait de vache est nommé *naf-biisim* (de *naafo* : bœuf) ou plus souvent *silmi-biisim*, ce que l'on peut traduire par "lait des Peuls" (*silmisi* : les Peuls), du nom de l'ethnie des pasteurs qui s'occupent du bétail et commercialisent le lait ; le lait de chèvre est nommé *bug-biisim* (*bug, buga* : chèvre). De même, une construction à partir du nom de l'animal est utilisée pour désigner le lait de brebis ou d'ânesse, mais ces termes ne sont pas d'un usage habituel.

De la même manière que chez les Bobo, le lait en boîte est nommé *nasaar-biisim*, ce qui signifie le "lait des Blancs" (de *nasaara* : les Blancs). Les laits concentrés sucrés sont appelés le plus souvent par le nom de marque de commercialisation de l'un d'entre eux : *bonnet rouge* (Bonnet Rouge®).

Lorsque l'on nomme précisément le lait de femme, l'expression *yao-biisim* est employée, *yao* est la racine du terme *yaoogo* qui signifie poitrine. Les seins sont nommés *biisa* (sing. *biisri*), on retrouve la racine *biis-* ; le même terme désigne aussi les mamelles animales.

Ethnophysiologie de la sécrétion lactée

Chez les Bobo Madare comme chez les Mossi, il n'existe pas une élaboration théorique très précise sur le mécanisme de la formation du lait. Cependant, plusieurs interprétations sont très proches les unes des autres ; elles accordent un rôle essentiel au sang.

“ Le lait, c'est du sang ”

Dans les représentations populaires mossi de la physiologie, le sang occupe un rôle central. Il est le liquide corporel primordial à l'origine de toutes les autres humeurs corporelles : lait, larme, morve, salive, urine et liquides sexuels. Une relation directe est établie entre le sang et le lait maternel qui est exprimée sans ambiguïté à travers l'affirmation : “ *Le lait c'est du sang* ”. Une relation similaire est énoncée par les Bobo : le lait est le produit d'une transformation du sang (*tò*) qui survient après l'accouchement.

La reconnaissance d'un lien entre l'alimentation et le lait via le sang va être à l'origine de diverses recommandations alimentaires visant à obtenir un lait de

bonne qualité et en quantité suffisante. En effet, une “bonne nourriture” est censée donner un “bon sang” et par conséquent un “bon lait”.

Une jeune femme mossi précise : *“ Tout ce que l'on mange, ça devient du sang avant de devenir du lait ; si on n'a pas de sang, on n'a pas de lait ”*. *“ Si tu as des “vitamines” dans ton sang, c'est ça que l'enfant trouve dans le lait ”* déclare une jeune femme bobo, dont les propos traduisent l'incorporation d'éléments du vocabulaire biomédical.

La nature chaude ou froide des aliments absorbés influence également la sécrétion lactée : chez les Bobo, immédiatement après l'accouchement, on donne de l'eau chaude à la mère qui ne doit absolument pas boire ou manger des aliments froids : *“ À l'accouchement, [si] tu te laves avec de l'eau chaude et tu manges la bouillie, c'est ça qui tire le lait sur les seins. On ne donne pas de l'eau fraîche à la femme. Les aliments froids donnent des maux de ventre. L'eau chaude amène le lait sur la poitrine ”*, explique une jeune paysanne. En milieu urbain bobo, comme en zone rurale, où les vieilles surveillent la femme de près, l'interdiction de boire de l'eau fraîche est très forte après l'accouchement. Les femmes en ville reconnaissent les pouvoirs de l'eau chaude pour favoriser une sécrétion abondante de lait, mais elles trouvent parfois que cette pratique est trop contraignante, surtout après un accouchement difficile.

Chez les Mossi, il est admis que la qualité du sang oscille entre deux états différents : il peut être “frais” (*zi-masga*) ou “chaud” (*zi-tulga*). Cette qualité du sang évolue au cours de la vie : les individus jeunes sont réputés avoir un sang chaud, et en vieillissant, le sang tendrait à devenir frais. Mais à âge égal, deux individus peuvent avoir un sang de qualités différentes. L'influence de cette qualité du sang retentit sur l'aptitude de la personne à résister aux maladies : les personnes au sang chaud seraient plus facilement “contaminées” que celles au sang froid. Aux différents états du sang correspondent aussi différentes aptitudes galactogènes. Une femme ayant un sang frais aurait peu de lait, à l'inverse une femme au sang chaud en aurait beaucoup.

Les Bobo Madare considèrent aussi que la qualité du lait dépend également des caractéristiques physiologiques de chaque femme, et en particulier de la morphologie des seins. Le lait produit par des petits seins serait meilleur que celui des gros seins : *“ Les femmes qui ont des gros seins, il n'y a pas de “vitamines” [sic], les petits seins, il y a des “vitamines” ”*. Le lait sécrété par les “petits

les petits seins, il y a des "vitamines" ". Le lait sécrété par les " petits seins " est considéré plus nourrissant pour l'enfant.

Le post-partum chez les Bobo Madare

Cette période est marquée par la "construction" d'un environnement chaud autour de la femme et du bébé, tant au niveau de la température que de l'alimentation et des bains. Autrefois, et encore aujourd'hui dans certaines régions rurales, la femme qui vient d'accoucher réside pendant quelques jours, avec son bébé, dans une pièce au fond de la maison. On y allume un feu pendant trois ou quatre jours, selon le sexe du bébé, ceci même en saison sèche.

La chaleur est jugée nécessaire à la formation du lait, elle interviendrait de plusieurs manières. La transpiration qui dérive de la proximité du feu aiderait la femme et l'enfant à se libérer des "saletés" accumulées pendant la grossesse. L'alimentation, très pimentée, les boissons chaudes et les bains quotidiens accroissent une chaleur interne qui favorise l'élimination du corps de la femme des caillots de sang qui n'ont pas été expulsés à l'accouchement, et qui pourraient nuire à sa santé et donc à la sécrétion normale de lait. La chaleur est censée "faire circuler le sang plus vite". Mais ceci n'est pas dénué de risque : dans ce processus, du sang stagnant considéré sale peut être mis en circulation, ce qui pourrait compromettre une correcte transformation du sang en lait.

On observe de sensibles changements dans ces pratiques : en ville les jeunes femmes refusent souvent de boire exclusivement de l'eau très chaude après l'accouchement. Mais le message sur les bienfaits de l'eau chaude pendant le post-partum est toujours très suivi par les jeunes femmes, qui ont soin d'en apporter dans des bouteilles thermos, en se rendant dans les structures sanitaires pour accoucher.

Enfin, des explications, qui se réfèrent à des représentations populaires de l'anatomie en vigueur dans les populations bobo et mossi, précisent que " *le lait arrive aux seins à travers des "tuyaux" "*, comme l'affirme un guérisseur bobo. La production du lait est aussi mise en relation avec les muscles des épaules de la femme. Ainsi, toute plaie infectée sur les épaules et les bras conduirait à la dégradation de la qualité du lait car le lait suivrait un trajet allant des épaules vers l'extrémité du sein.

Les différentes qualités du lait maternel

Durant toute la période d'allaitement, une attention constante est portée à la quantité et à la qualité du lait maternel. Tant chez les Mossi que chez les Bobo, il est admis que la qualité du lait est instable, et qu'elle peut varier selon diverses circonstances. Ainsi, à partir de différents modes d'observation, diverses formes de laits altérés sont identifiées, à côté d'un "bon lait".

Le bon lait : " bon et lourd "

Selon les Bobo Madare, le "bon lait" est blanc, dense et pâteux ; il est parfois comparé à du " lait pur concentré ". Ce lait " lourd " arrive après le colostrum, donc quelques jours après l'accouchement. En dehors de toute altération, ses caractéristiques resteraient inchangées pendant plusieurs mois (cinq ou six mois). Il s'agirait d'un lait très nourrissant.

Les Mossi décrivent le bon lait comme étant frais (*masga* : frais ; *biis-masga*), vrai (*menga* : vrai/authentique/ lui-même ; *biis-menga*), ou bon (*noogo* : bon, en faisant référence à ses propriétés physiques ; *biis-noogo*), ou encore beau/bon (*songo* ; *biis-songo*) ; ce dernier terme est habituellement appliqué à définir une qualité morale.

Un bon lait assure un allaitement facile et sans complication. La bonne croissance du nouveau-né se traduit par une pigmentation noire de ses lèvres dans sa première semaine de vie, et par une prise de poids régulière.

Les laits altérés : " mauvais et léger "

Les femmes bobo et mossi reconnaissent plusieurs formes d'altération du lait maternel. Celui-ci peut varier en qualité, il peut être "mauvais" ou le devenir. Il est alors désigné par les expressions génériques *nyingi yaga* en bobo (*nyingi* : lait/sein ; *yaga* : mauvais), et *biis-yooko* (*biis* : lait ; *yooko* : mauvais) en moré ; ces termes s'appliquent à diverses variétés de laits altérés. En effet, différentes dénaturations peuvent survenir ; elles correspondent soit à un processus physiologique normal comme pour le colostrum, soit à des anomalies considérées comme des maladies ou comme la conséquence du non respect d'un ensemble de prescriptions qui ont justement pour objectif de garantir une lactation de bonne qualité.

La mauvaise qualité d'un lait est suspectée lorsque l'enfant vomit, ne grossit pas et selon l'aspect de ses selles. “ *C'est à partir des selles de l'enfant que l'on connaît la qualité du lait* ”, affirme une guérisseuse mossi ; la consistance, la couleur et l'odeur des selles orientent le diagnostic. Les selles de l'enfant allaité avec un bon lait sont décrites comme étant jaunes “ *comme de la sauce de graines de coton* ” et d'une odeur “ *vinaigrée* ” selon les Mossi. Une femme bobo précise : “ *Quand l'enfant tète, tu sens si tu as du bon lait ou pas, parce que pendant qu'il tète, tu dois attraper l'autre sein pour que [le lait] ne coule pas et tu vois sur ton bras quel est le type de lait. Si tu penses qu'il n'est pas bon, tu pincas le sein, tu mets le lait dans la main et tu regardes si c'est lourd ou léger* ”. Les femmes bobo affirment aussi que la qualité du lait peut s'observer sur les lèvres de l'enfant : si ces dernières brillent après la tétée, cela indique que le lait est “ *dilué ou léger* ”.

a) *Le colostrum*

Bobo Madare et Mossi s'accordent à considérer le colostrum comme un lait de mauvaise qualité. Il est nommé *naseta* en moré, *nyingi yaga* (“lait sale”) en bobo : “ *Il est jaune comme le fruit du néré* ⁶¹ ”, disent des femmes mossi ; d'autres le décrivent de couleur presque verte, voire noire. Ce “ *premier lait* ” est considéré comme un “ *lait de la grossesse* ” ou un “ *lait de jeunesse de la fille* ”. Les Mossi le qualifient de *regdo* (sale) ; ce terme s'applique à toute chose jugée souillée. Ce premier lait rejoint ainsi la catégorie des humeurs corporelles “sales” telles les menstrues, le sperme, le pus, les leucorrhées ou les cheveux (Bonnet 1988 : 32). Les Bobo Madare affirment aussi que ce lait contient diverses impuretés (sueur, saletés, etc.). Ce lait est jugé nocif pour l'enfant. Il est manuellement exprimé et jeté : “ *Ça sort comme du pus, ce lait n'est pas bon* ” dit une femme mossi. “ *Nous on pense que c'est du lait sale, donc on le jette* ”, précise encore une femme bobo.

En milieu rural mossi, les avis ne sont pas unanimes sur les conséquences de sa consommation : certaines personnes affirment qu'il va rendre l'enfant malade et provoquer des diarrhées, d'autres considèrent que sa consommation est sans conséquence pour l'enfant, “ *mais il vaut mieux ne pas le donner* ”. Ainsi, de même qu'en milieu rural bobo, le colostrum est jeté.

En milieu urbain bobo, la plupart des femmes accouchent à la maternité. Les enfants sont mis au sein dans la demi-heure suivant la naissance, conformément

⁶¹ *Parkia biglobosa* (Jacq.) Benth. (MIMOSACEAE).

aux recommandations internationales appliquées de manière autoritaire par les sages-femmes qui vantent aux mères les bienfaits du colostrum. La “sensibilisation” des femmes par les professionnels de santé a atténué la perception négative du colostrum. Les femmes qui sont les plus directement en contact avec les centres de santé ont tendance à le considérer comme un élément non plus totalement négatif, mais plutôt neutre, qui peut même avoir des effets bénéfiques : “ *Le colostrum, c'est bien. Ça donne la diarrhée et ça fait sortir toutes les saletés qu'il y a dans le corps de l'enfant et qui viennent du corps de sa maman* ” explique une femme bobo, mère de cinq enfants. Ces propos témoignent d'un “bricolage” nouveau, au sens anthropologique du terme : un élément culturel se modifie sous une pression extérieure sans perdre totalement son sens. De mauvais “en soi”, le colostrum devient un purgatif, et la diarrhée qu'il provoque a changé de statut.

Mais le plus souvent, les professionnels de santé se plaignent de ne pouvoir convaincre les femmes des bienfaits de ce premier lait, et pour tenter de les décider à le donner au nouveau-né, ils affirment que ce lait contient des “vitamines”

b) *Les autres altérations*

La qualité du lait peut être altérée à la suite de diverses situations que les femmes sont censées bien connaître et qu'elles ont donc le devoir d'éviter. Les recommandations concernant ses situations seront décrites plus loin.

Les principales altérations que définissent les Bobo, et qui ne sont pas liées au non respect des normes qui entourent l'allaitement, sont peu nombreuses et relèvent, en première instance, de l'état de santé et de nutrition de la femme. Une maladie, dans une forme grave, pourrait “couper” le lait ou le rendre “clair, léger”, réduisant ainsi sa valeur nutritionnelle. Une alimentation insuffisante et irrégulière de la mère, suite à une mauvaise saison agricole, est évoquée assez souvent comme cause d'hypogalactie. “ *Quand les champs ne donnent beaucoup, les femmes n'ont pas assez de lait pour nourrir leurs enfants, et il y en a qui [en] meurent* ”, affirme une vieille accoucheuse dans un village. Mais il y a aussi des situations où le lait se modifie sans que des causes externes interviennent. Selon les Bobo, des femmes seraient prédisposées à produire un lait de “bonne qualité” pendant longtemps, tandis que d'autres ne le seraient pas. Plusieurs femmes se plaignent d'avoir manqué de lait, ou bien d'avoir eu un lait trop “léger” pendant

toute la durée de l'allaitement ; d'autres disent avoir allaité avec un seul sein parce que l'autre ne sécrétait pas de lait.

Diverses pratiques sont effectuées afin de retrouver une sécrétion lactée satisfaisante, avec plus ou moins de succès. La méthode la plus habituelle consiste à induire une "nouvelle" sécrétion lactée. Pour le faire, les seins sont pressés avec les mains pour les vider du lait. Ce lait est recueilli dans une boîte en ayant soin qu'il n'en tombe pas à terre. Dans le même temps, la femme suit un régime alimentaire à base d'aliments considérés propices à la formation du lait. Il s'agit de mil grillé, moulu et mélangé au lait concentré non sucré, ou simplement de mil cru, de sésame, de sel avec l'ajout de lait concentré non sucré. Ce régime dure deux ou trois jours : on peut y associer des macérations de plantes ou des poudres galactogènes indigènes ou importées. Cette méthode est souvent utilisée car elle est considérée efficace.

Pour leur part, les Mossi reconnaissent diverses altérations qui surviennent sans cause apparente. " *Ça dépend seulement du sang de la mère* " est-il affirmé. Ces altérations sont au nombre de quatre :

- le *biis-siido* : lait-sucré (*biis* : lait, *siido* : miel, sucre). Comme son nom le suggère, ce lait serait trop sucré. Le diagnostic est suspecté à partir de plusieurs signes : " *Il colle au niveau de la bouche de l'enfant comme du lait en boîte, si ça tombe sur la main ça brille comme du miel (...), si il tète, la bouche brille (...). Quand il tète il ferme les poings et les pieds et il se contracte, ça veut dire que le lait est sucré et ça suce son sang et il ne peut pas grandir, ça ne descend pas au niveau de ses os, même si il y a beaucoup de lait il ne grossit pas, l'enfant se dessèche seulement* " dit une jeune femme. Le diagnostic peut être confirmé par la réalisation d'un test : " *On met un peu de lait dans la coque d'une noix de karité (zuun-waka) et on la dépose sur une braise, si le lait n'est pas bon, il va jaillir (fudgi) et verser ; s'il est bon, il bout seulement sans verser et s'en va [s'évaporer]* ". L'origine de cette anomalie est considérée sans rapport avec l'alimentation de la femme ; elle n'est pas liée à une consommation excessive d'aliment sucré.

Le traitement de cette anomalie s'effectue en une seule journée. Deux variantes ont été signalées :

- la femme allaitante doit aller cueillir des feuilles d'un arbuste sauvage nommé *kise* (ou *kisga*)⁶², qu'elle collecte dans le plat en bois employé pour les soins de l'enfant (*yam-lengre*) ; à son retour elle va faire bouillir ces feuilles dans la petite marmite réservée à la préparation des décoctions de lavement et de gavage de son enfant (*yam-ruko*) ; durant toute la journée, cette décoction et ces feuilles cuites constitueront ses repas, elle se couchera le soir sans avoir pris d'autre aliment.
- la femme allaitante doit faire tremper des morceaux de liane de *bagna* (ou *bag-yanga*)⁶³ dans de l'eau, puis y délayer de la farine de mil ; durant toute la journée elle ne consommera que cette eau puis mangera la farine trempée le soir.

• le *biis-toogo* : lait amer (*biis* : lait, *toogo* : amer). Ce type de lait est aussi nommé *biis-kuka*, par référence au caïlcédrat (*kuka*)⁶⁴, arbre dont l'amertume est réputée. Le diagnostic est évoqué à partir de l'état de santé et de la croissance du nourrisson : “ *L'enfant tête, mais il maigrit, il [l'enfant] se gâte* ”. Il est confirmé par un procédé visant à tester le lait : “ *On met du lait dans la paume de la main et on attrape une fourmi nyesga*⁶⁵, *et on la met dedans : si le lait est bon elle nage et elle sort vite, mais si elle meurt, c'est que le lait est amer* ”. Une médication serait réalisée à partir d'un fruit de baobab.

• le *biis-yuugu* : lait nauséabond (*biis* : lait, *yuugu* : odeur). Ce lait et la femme allaitante répandraient une odeur forte et désagréable : “ *Le lait sent mauvais, si on passe à côté de la femme on sent une odeur* ”. Les conséquences sur l'enfant sont des vomissements et l'absence de prise de poids. Le traitement consiste en une seule douche du corps de la femme avec le produit d'une décoction effectuée à partir de feuilles et de branches de *wisaaba*⁶⁶.

• le *biis-koaaga* : lait clair (*biis* : lait, *koaaga* : clair ; ce terme est également employé pour désigner une sauce trop liquide, sans consistance). Ce lait ne permettrait pas à l'enfant une prise de poids satisfaisante.

⁶² *Maerua crassifolia* Forssk. (CAPPARIDACEAE).

⁶³ *Piliostigma thonningii* (Schum.) Milne-Redhead (CAESALPINIACEAE).

⁶⁴ *Khaya senegalensis* (Desr.) A.Juss. (MELIACEAE).

⁶⁵ *Pachychondyla* sp. (Ponerinae, FORMICIDAE).

⁶⁶ *Waltheria indica* L. (STERCULIACEAE).

Ces différentes perturbations de la qualité du lait ne touchent pas toutes les femmes allaitantes. Certaines femmes n'en sont jamais atteintes, d'autres ont eu ces problèmes avec un enfant mais pas avec les suivants. L'atteinte est présentée comme étant totalement aléatoire, imprévisible et ne pouvant être évitée par une pratique préventive. En revanche, elle ne surviendrait qu'une seule fois lors de l'allaitement d'un enfant et les traitements employés seraient toujours efficaces.

Les principales règles qui entourent l'allaitement maternel

En pays bobo et en pays mossi, la pratique de l'allaitement maternel est régie par diverses règles qui font référence à des notions populaires d'“hygiène” et de “prévention”. Leur justification est de garantir un allaitement de bonne qualité pour l'enfant et une fécondité optimale pour la mère, selon les normes en vigueur dans chaque groupe ethnique. Le fait de ne pas tenir compte de ces multiples règles nuirait à la qualité et à la quantité du lait sécrété et aurait une incidence sur la santé de l'enfant et également sur celle de sa mère. Il existe deux types de règles : les premières s'appliquent à la femme, les secondes aux modalités de l'allaitement.

Les règles qui s'appliquent à la femme allaitante

Les trois principaux domaines concernés sont l'alimentation, les activités, et la sexualité de la femme allaitante.

L'alimentation de la femme allaitante

La relation directe décrite entre l'alimentation et le lait, tant par les Bobo Madare que par les Mossi, explique l'importance de l'attention portée à l'alimentation des femmes allaitantes.

Chez les Bobo Madare, le régime alimentaire post-puerpéral idéal est décrit comme devant être “riche”, c'est-à-dire abondant et varié, à la différence du plat de mil quotidien (*yogo*) accompagné par des sauces de feuilles. Des aliments tels

que le soumbala (*toro*), la pâte et l'huile d'arachide, la viande de boeuf, de mouton, de poulet, et le poisson séché devraient être fréquemment intégrés dans les sauces, surtout pendant les premiers temps de l'allaitement. Il est attribué à ces aliments un rôle essentiel dans la formation d'un lait à haute valeur nutritive. Les premiers jours après l'accouchement, la femme s'alimente surtout avec de la bouillie de petit mil grillé et écrasé : “ *Ça fait enfler les seins et ça donne du bon lait* ” affirme une guérisseuse bobo, et au petit mil (*yogo*)⁶⁷ on accompagne la sauce de *katoro*, qui est composée de soumbala (*toro*) pilé, avec beaucoup de piment et de feuilles de *ka*⁶⁸. Cette préparation très pimentée est considérée essentielle pour l'induction de la sécrétion lactée. En général, le *yogo* complété par du poisson ou de la viande est la nourriture de base que la femme devrait consommer pendant les premiers mois d'allaitement, au moins deux fois par jour. Mais en pratique ce régime ne dure que quelques semaines, parfois quelques jours seulement car la plupart des familles ne peuvent acheter les ingrédients nécessaires. Beaucoup de femmes se plaignent de ne pas avoir une alimentation adéquate : “ *Il y a des femmes qui ont beaucoup de lait mais il n'est pas bon, ça dépend de ce qu'elles mangent. Il y en a qui ont à manger et d'autres qui ne mangent qu'une fois par jour alors [le lait] n'est que de l'eau* ” commente un groupe de femmes bobo.

Les aliments qui peuvent ressembler au lait du point de vue du goût, de la consistance et de l'apparence (comme le maïs ou le mil) sont consommés dans le but d'avoir une abondante production de lait. Pour préserver leur lait ou pour l'améliorer, les femmes qui allaitent consomment des beignets (*logofogo*) qui sont vendus en ville à 25 ou 50 CFA l'unité et dont les ingrédients sont le mil, la pâte d'arachide, le sel, le sucre et le piment. De même, le petit mil (*dugo*) surtout et le sésame (*kasoba*) mélangés à l'eau, ainsi que le manioc (*somingi*) favoriseraient la sécrétion de lait⁶⁹. L'analogie entre la couleur blanchâtre de certains aliments et celle du lait est souvent présente dans les propos des hommes et des femmes : “ *Le lait vient très bien avec une bonne nourriture. Mil blanc, arachide, manioc,*

⁶⁷ Pour la préparation du *yogo*, dans cette circonstance, on évite d'ajouter le jus de citron ou de tamarin, comme on le fait dans la préparation habituelle, car l'acidité de ces aliments nuirait au goût du lait maternel.

⁶⁸ *Xylopia aethiopica* (Dunal) A. Rich. (ANNONACEAE).

⁶⁹ Le manioc, à cause de sa couleur et de sa consistance, est aussi utilisé par les hommes dans le but d'augmenter leur production de sperme.

tout ça, c'est blanc comme le lait et ça donne le lait”, précise une femme bobo. Cette analogie des aliments blancs avec le lait est très marquée chez les Bobo Madare, dans le régime alimentaire desquels le lait n'est pas présent. En revanche, certains aliments sont fortement déconseillés pendant l'allaitement ; ainsi le miel et les mangues sont jugés trop sucrés et susceptibles d'altérer la qualité du lait. De même, des végétaux tels que les pois de terre (*tigele*), les choux, la patate (*masaku*) et le haricot indigène (*demen*)⁷⁰, donneraient des maux de ventre à la femme et à l'enfant, et pourraient aussi modifier le goût du lait. La consommation de restes des repas, généralement conservés par l'addition de potasse ou de jus de citron, est déconseillée : “ *C'est mieux de laisser la soupe vieille, ça peut rendre malade la femme et aussi gâter le lait* ” affirme une vieille mère bobo. La femme en allaitement et en grossesse est aussi tenue à respecter les interdits alimentaires de sa famille ainsi que ceux du lignage de son époux.

En pays mossi, “ *les gens d'avant disaient que si une femme accouche elle ne doit pas manger certains aliments parce que son ventre est humide (maasre). Mais maintenant on ne s'occupe plus de ça* ” prévient une jeune femme. De fait, il semble que de nos jours l'alimentation de la femme mossi en période d'allaitement n'est pas soumise à un contrôle strict et rigoureux ; elle n'est pas l'objet d'interdit alimentaire majeur, en dehors des “ *interdits de famille* ”⁷¹. De l'avis général, aucun aliment ne peut altérer irrémédiablement le lait d'une femme et tarir sa sécrétion lactée : “ *Il n'y a pas d'aliment qui puisse gâter le lait, il n'y a que la maladie qui puisse le faire* ” déclare un guérisseur mossi. Il est reconnu qu'un allaitement ne peut être conduit correctement qu'à la seule condition que la femme ait une ration alimentaire satisfaisante. Aussi, toutes les personnes rencontrées affirment que le plus important est de permettre à la femme de se nourrir suffisamment sans qu'il soit nécessaire d'effectuer un tri ou une sélection parmi les aliments : “ *Elle peut manger tout ce qu'elle veut, n'importe quoi, parce*

⁷⁰ *Vigna unguiculata* (L.) Walp. (FABACEAE).

⁷¹ Interdits alimentaires lignagers liés à un mythe fondateur qui fait intervenir le plus souvent un animal qui a rendu un service à un ancêtre fondateur (la consommation de la viande de cet animal est alors déclarée défendue) ; ou interdits alimentaires parentaux à la suite d'une prière envers un animal qui a permis l'obtention d'une requête.

que si elle ne mange pas elle n'aura pas de lait, elle peut même manger du nion” précise une vieille femme ⁷².

La nécessité affirmée d'éviter toute restriction alimentaire à la femme allaitante est justifiée par des explications qui renvoient aux mécanismes de la sécrétion lactée (transformation de l'eau et des aliments en lait), aussi “ *si la femme a faim, si elle fait une journée entière sans manger, ce jour là, l'enfant va pleurer toute la journée parce qu'il n'aura pas de lait (...) c'est pour cela que nous essayons de donner des bonnes choses [viande, poisson, riz] à manger à une femme qui vient d'accoucher, pendant une quinzaine de jours ; si les aliments sont bons, le lait est bon* ” affirme une vieille femme. Une femme âgée confirme qu'une femme allaitante “ *peut manger tout ce qu'elle veut, mais si elle manque de lait, il lui faut boire du zom-koom parce qu'il fait venir le lait* ”.

L'affirmation toujours répétée de l'importance de la ration alimentaire, par rapport à sa nature, n'est sûrement pas indépendante des situations de restriction alimentaire qui reviennent régulièrement en pays mossi ⁷³. “ *Ce qui peut faire diminuer le lait, c'est la faim. Regarde : une femme qui allaite, quand elle se réveille le matin, elle n'a pas de gros seins, mais dès qu'elle mange quelque chose, les seins gonflent... Quand les gens n'ont pas de mil à manger au moment de l'hivernage, leurs femmes manquent de lait, certains enfants arrêtent de téter alors qu'ils n'ont pas encore l'âge d'être sevrés seulement parce que leurs mères n'ont plus de lait à leur donner* ” témoigne une jeune femme. Dans les périodes de pénurie, certaines familles ne parviennent qu'avec difficulté à assurer un seul repas par jour (quand ce n'est tous les deux jours) ; tout ce qui est comestible est mangé, il n'y a pas de choix alimentaire possible.

⁷² Le *nion* est un couscous de céréales (petit mil) et de feuilles fraîches de haricot (*benga*), vendu sur les marchés. Il est considéré, en milieu rural, comme un aliment pauvre et peu digeste.

⁷³ Dans la région d'enquête (province de l'Oubritenga) 31,7 % des enfants de moins de 5 ans sont dans un état de sous-nutrition (indice Poids/Taille < 90 %), et 12,7 % ont un P/T < 80 %, ce qui traduit un état de malnutrition modérée à sévère (Ouedraogo *et al.* 1996 : 45-46) ; au total, 44,3 % des enfants de moins de 5 ans sont sous-nutris.

Le zom-koom

Le *zom-koom* (farine-eau, *zom* : farine, *koom* : eau) est une boisson de préparation simple et rapide qui consiste à délayer de la farine de petit mil dans de l'eau (environ 100 g de farine par litre d'eau). Parfois, il est ajouté quelques morceaux de sucre (15 à 20 g par litre), un peu de piment ou de gingembre, et quelques feuilles de menthe fraîche ; mais en milieu rural, le plus souvent la préparation se limite au mélange eau et farine. Lorsqu'il vient d'être agité, le liquide a un aspect laiteux et blanc qui s'éclaircit au fur et à mesure que la farine décante.

Cette boisson est très fréquemment réalisée car elle est offerte à tout étranger qui arrive, c'est " l'eau de bienvenue ". Lors des fêtes, il en est préparé de grandes quantités pour en offrir aux personnes qui ne boivent pas de bière de mil. Elle fait aussi partie d'offrandes adressées aux génies (*kinkirsi*), qui sont réputés aimer les aliments doux et sucrés.

Le *zom-koom* est unanimement décrit comme étant la principale préparation qui favorise l'allaitement. Il est donné à l'issue de l'accouchement. Il fait partie de toutes les prescriptions pour accroître la lactation chez des femmes en cours d'allaitement ou chez celles plus âgées qui veulent provoquer une nouvelle lactation pour nourrir un enfant orphelin.

Le pouvoir calorique de la farine crue de petit mil est de 265 cal/100 g* ; celui du *zom-koom* varie donc de 265 cal/L pour une préparation sans sucre, à 345 cal/L pour celle contenant 20 g de sucre/L. Le pouvoir galactogène de cette préparation est des plus réduits, il est lié à l'importance de l'apport hydrique sur une brève durée. Un à deux litres sont bus en un temps bref ; cela peut suffire à provoquer une sensation de tension mammaire chez une femme allaitante.

Les vertus attribuées au *zom-koom* relèvent en grande partie du domaine symbolique. Elles sont fondées sur l'analogie entre la couleur blanche et l'aspect opaque de la boisson, et ceux du lait maternel, et une représentation du passage direct du liquide de la bouche de la femme à ses seins. De plus, le mil est la céréale emblématique de la population mossi, parfois qualifiée de " *civilisation du mil* ". Il est crédité de toutes les vertus, dont celle essentielle de permettre la vie à travers l'alimentation quotidienne. L'importance accordée à cette céréale est comparable à celle attribuée au blé dans les sociétés européennes, et au raisin et au vin dans les pays latins (cf. le vin qui renforce le sang).

* *Table de Composition des Principaux Aliments Consommés au Burkina Faso*, Centre National de Nutrition (Burkina Faso) - ORANA (OCCGE) Sénégal, sd.

Néanmoins, il est tout de même attribué quelques inconvénients à la consommation de certains aliments, et lorsque cela est possible, il est donc conseillé de les éviter : “ *Les arachides (nanguri), la farine de petit mil et les haricots (benga), les pois (suma) ça peut donner des maux de ventre à la mère et à l'enfant aussi (...). Et puis certaines feuilles font gonfler le ventre (...), et il ne faut pas manger le nion, ni des restes de pâte de mil (sagbo)* ” dit une jeune femme. Ces aliments n'altèrent pas le lait mais transitent par lui : “ *Ils vont venir au niveau du lait, ils passent dans le lait* ”, ils peuvent ainsi atteindre l'enfant. Mais si certaines femmes considèrent qu'il faut en éviter la consommation “ *parce que cela ne plaît pas à l'enfant* ”, d'autres à l'inverse conseillent de continuer à en manger afin de “ *forcer l'enfant, pour que son ventre s'habitue* ”.

Les choix alimentaires de la mère sont aussi dictés par l'observation de l'état de santé de son enfant et en particulier l'état de ses selles. Le premier signe qui témoigne de ce “ *qu'un enfant n'aime pas ce que sa mère a mangé* ” est l'apparition de selles “ *qui font des fils comme de la morve* ” dit un guérisseur. Certains d'entre eux, et quelques vieilles femmes, affirment qu'ils peuvent savoir, selon l'aspect des selles de l'enfant, quels sont les aliments que sa mère a consommés, et conseiller l'exclusion de certains aliments “ *si ça ne convient pas à l'enfant* ”.

Il est aussi affirmé par les Mossi qu'une consommation excessive de mangues peut entraîner des diarrhées chez l'enfant, mais le fruit n'est pas pour autant défendu. La consommation de bière de mil (*ram*) est laissée à l'initiative de chaque femme : “ *Certaines ne veulent pas boire de ram parce que ça leur dessèche les seins, ça devient sec, sec (...), mais elles peuvent boire, ça dessèche mais ça revient, le lendemain elle n'a qu'à boire du zom-koom* ” révèle une accoucheuse ; elle ajoute en riant “ *ce sont des biis-more* ” (seins-musulman ; *biis* : sein, *more* : musulman) ⁷⁴. Le tabac et la cola sont des produits d'usage très fréquent en milieu rural, ils sont jugés sans effet sur la lactation, le premier “ *on ne l'avale pas, il reste au niveau des joues* ” ⁷⁵, la deuxième “ *ne va pas au niveau des seins* ” selon une vieille femme mossi.

⁷⁴ Les musulmans ne boivent pas de *ram* qui est une boisson alcoolisée.

⁷⁵ Le tabac n'est pas fumé, il est réduit en poudre et chiqué.

Les activités de la femme allaitante

La vie de la grande majorité des femmes bobo et mossi – comme pour la plupart des femmes africaines – ne subit pas des changements importants pendant la période de l'allaitement. En milieu rural, une part essentielle de l'activité des femmes consiste en travaux qui nécessitent une activité physique de force : transport quotidien d'eau, coupe et transport de bois de chauffe sur plusieurs kilomètres et plusieurs fois par semaine, fabrication quotidienne de la farine de mil sur des meules dormantes ou dans des mortiers, travaux agricoles, etc. Les femmes enceintes ou allaitantes n'en sont pas dispensées.

La femme emmène avec elle son enfant et le nourrit quand celui-ci a faim ou pleure. Dans les villages, les femmes partent travailler aux champs avec les enfants portés sur le dos ; elles les installent dans une sorte de berceau rudimentaire sous un arbre, de façon à ce que, tandis qu'elles travaillent, l'enfant puisse dormir : *“ Quand l'enfant pleure elle va lui donner le sein, le remet dans le berceau et elle reprend le travail ”* dit une femme bobo. Pendant la saison des pluies, quand la famille est installée au campement de brousse pour les cultures, si les tétées sont moins fréquentes, la mère laisse l'enfant à la maison, sous la responsabilité d'une jeune fille, qui lui amènera l'enfant plusieurs fois par jour pour l'allaiter.

De même que pour la grossesse, les femmes mossi en milieu rural jugent leurs travaux sans conséquence sur l'allaitement : *“ Le travail n'a pas d'influence sur le lait, ça ne change rien ”* dit l'une d'elles. Certaines affirment même que le travail physique favorise une bonne lactation, comme en témoigne une jeune mère : *“ Moi j'ai fait beaucoup de travaux, j'ai ramassé du sable, j'ai fait des briques, je vais chercher du bois tous les jours ; quand je reviens les seins sont bombés, il y a beaucoup de lait et l'enfant ne peut même pas finir parce que le lait s'est bien rassemblé ; les femmes qui travaillent ont plus de lait que celles qui se reposent ”*. D'autres cependant considèrent que le travail peut modifier la qualité du lait car *“ il chauffe ”*. En effet, lors d'efforts physiques importants ou *“ si la femme passe toute la journée au soleil, le goût du lait change ”*. Ce lait altéré ne plairait pas à l'enfant, *“ mais on lui donne, il va boire et ça va passer ”* affirment certaines femmes. D'autres considèrent que *“ ça peut donner des maux de ventre à l'enfant, et de la diarrhée ”*. Pour autant, cela ne justifie pas une mise au repos de la femme avant d'allaiter. Tout au plus, la femme exprime son sein à la main pour faire couler un peu de lait avant de faire téter l'enfant ⁷⁶, cela permet de *“ faire partir*

ler un peu de lait avant de faire téter l'enfant ⁷⁶, cela permet de “faire partir la vapeur/gaz (waolgo) qui se trouve dans la “bouche du sein” et qui aurait brûlé la bouche de l'enfant”, ensuite le lait est considéré bon.

Les femmes bobo semblent porter un peu plus d'attention que les mossi à la protection du sein contre la poussière, la fumée, et l'exposition prolongée à des sources de chaleur, ainsi qu'au respect d'un certain mode de nettoyage du sein avant les tétées. Ainsi, on juge qu'il est bon de plonger le sein dans unealebasse d'eau fraîche après un travail fatigant pour éliminer la sueur qui est considérée très nocive pour l'enfant : “La sueur ça fait mal, ce sont des saletés qu'il faut enlever avant de faire téter l'enfant” selon une femme bobo. De plus, toute femme qui allaite doit couvrir ses seins pendant qu'elle fait le ménage et qu'elle prépare les repas, la poussière pouvant entrer dans la “bouche du sein” (*nyingi do*) et altérer le lait. Enfin, le fait de donner le sein à l'enfant après avoir été exposée à la chaleur du feu ou à des efforts physiques comme le transport du bois sans s'être rafraîchi la poitrine peut provoquer la diarrhée chez l'enfant, le lait étant surchargé de chaleur.

En milieu urbain bobo, les femmes qui travaillent hors de la maison emmènent l'enfant avec elles, si le type de travail qu'elles effectuent le permet. Ainsi, les commerçantes s'occupent à temps plein de leur enfant, tout en continuant leurs activités de vente sur les marchés, parfois avec l'aide de leur plus jeunes filles ou de nièces. Les enfants, de toute manière, ne sont jamais laissés seuls un instant : ils circulent des bras d'une femme à ceux d'une autre, ils sont dorlotés, nourris, installés à l'ombre.

Les femmes qui travaillent comme employées dans le secteur formel – notamment dans le secteur public –, peuvent jouir d'un horaire aménagé et d'un congé de maternité, qui leur permet d'allaiter. Malgré cela, une pratique assez répandue parmi les fonctionnaires est celle d'exprimer le lait dans un bol, avant d'aller travailler, et de confier l'enfant à une parente – plus rarement à une domestique – afin que celle-ci lui donne le lait maternel avec le biberon ou à la petite cuillère. D'autres femmes adoptent un type d'allaitement mixte (lait

⁷⁶ Le lait versé sur le sol est immédiatement masqué avec de la poussière (cf. infra).

maternel partiellement remplacé par du lait maternisé) si leur travail ne leur permet pas de rentrer chez elles pendant la pause déjeuner.

Même les femmes qui préparent et vendent la bière de mil (les “dolotières”⁷⁷) emmènent leur bébé avec elles car souvent le lieu de vente de la bière ne se trouve pas dans la concession où elles vivent. Des précautions plus attentives sont mentionnées à l'intention de ces femmes car la préparation de la bière s'effectue sur de grands foyers où sont associées trois ou quatre grandes marmites dans lesquelles le liquide va bouillir plusieurs heures. Les femmes sont en contact permanent avec la chaleur et la fumée des foyers. Et, de même que la chaleur et la fumée pénètrent dans les yeux – “*celles qui préparent souvent de la bière finissent aveugles*” dit une femme – elles pénètrent aussi dans les seins : “*Le feu touche les seins et le lait se gâte*”. Les protections que constitueraient les habits et les soutiens-gorge ne seraient pas suffisantes, tant la chaleur est forte. Les conséquences de la consommation de ce lait par l'enfant sont des maux de ventre et des diarrhées. Aussi est-il recommandé aux femmes de ne pas préparer de bière “*tant que leur enfant ne tient pas assis*”. La rançon du succès économique des femmes qui produisent régulièrement de la bière serait peut-être la mauvaise santé de leurs enfants, plusieurs personnes affirment que “*les grandes dolotières, leurs enfants ne sont jamais en bonne santé...*”. Chez les Bobo Madare, la précaution de “*rafraîchir les mamelles*” avant d'allaiter et celle de les couvrir, même si elles sont suivies, ne mettent pas les dolotières à l'abri de l'opinion répandue selon laquelle il s'agirait d'un lait “chaud”, pas très bon pour l'enfant. De plus, les vieilles se plaignent du fait que les dolotières les plus jeunes ne font plus assez attention à ces règles.

Pour les femmes mossi, l'allaitement n'est pas considéré comme une charge telle qu'il puisse justifier un allègement des travaux quotidiens. Ceux-ci sont décrits dans leur ensemble sans effet majeur ; tout au plus, ils peuvent entraîner quelques petits inconvénients dont les enfants doivent s'accommoder. “*Une femme qui allaite n'a pas besoin de se reposer*” dit l'une d'elle. Cette proclamation de l'inutilité du repos peut sembler surprenante, mais il s'agit peut-être seulement d'une autre manière de dire qu'en fait : “*On n'a pas le temps de se*

⁷⁷ La bière de mil est désignée en moré par le terme *ram* et en bobo par *kpin*. Cette bière est nommée *dolo* en français, ce terme est d'origine dioula. Par néologisme, les femmes qui préparent cette bière sont nommées “dolotières”.

reposer... On veut manger, c'est pour cela qu'on travaille” comme le résume une jeune femme. Le travail est à ce point considéré vital que ce n'est pas de son influence sur l'allaitement que certaines femmes se plaignent mais, à l'inverse, de l'impossibilité de mener un travail en allaitant : “ *Quand tu as un enfant au bras qui tête, tu es obligée de t'arrêter pour l'allaiter, ton travail ne peut plus avancer correctement* ” se plaint une jeune femme. Aux impératifs économiques s'associe aussi une contrainte sociale majeure : la femme ne doit pas passer pour paresseuse (*kuiima* en moré). La valorisation de l'individu à travers son travail, et la négation de ce qui pourrait suggérer sa faiblesse, constitue un trait caractéristique de l'ethos mossi. Tout individu doit apporter des preuves répétées de la force de son engagement au service de la collectivité. L'engagement le plus manifeste se situe dans l'assiduité au travail ; la femme enceinte ou allaitante n'échappe pas à ce devoir.

La sexualité de la femme allaitante

L'interdit majeur lié à l'allaitement est celui des relations sexuelles. Cet interdit s'applique à tout rapport sexuel entre la femme et son mari – ou tout autre homme. Les représentations qui justifient cet interdit, et ses modalités d'application, sont exactement identiques chez les Bobo Madare et les Mossi, et tout à fait comparables à celles qui sont décrites dans un grand nombre de populations en Afrique et ailleurs (Héritier 1994, 1996) ⁷⁸.

⁷⁸ Concernant les autres groupes ethniques de Bobo-Dioulasso, cf. Roger-Petitjean 1999 ; Desclaux 2000.

Les inquiétudes de L., 25 ans (extrait de récit)

“ C’est ma femme, alors personne ne peut venir me faire des histoires. On n’a pas fait le “travail” [relation sexuelle] par obligation, c’était par plaisir (yamleogo), un amusement (rem-budu), et c’est arrivé jusqu’à faire cet accident [une grossesse]. Notre premier enfant avait un peu plus d’un an [13 mois exactement] quand elle a vu qu’elle était enceinte, elle m’a dit qu’il fallait trouver un médicament pour faire partir la grossesse. Alors je suis allé voir le “docteur” pour lui demander un remède. Mais il m’a dit que ce n’était pas la peine, que ce n’est pas une honte, il m’a encouragé pour que je ne cherche pas un remède pour faire partir la grossesse. J’ai consulté plusieurs guérisseurs pour leur expliquer mon problème, ils m’ont donné des remèdes (tiim) pour que l’enfant ne soit pas malade. Mais il a eu la diarrhée, pendant 7 jours, les selles étaient blanches et liquides, il chialait tout le temps, j’étais découragé, je suis parti chercher d’autres tiim et puis ça c’est terminé. Depuis, il n’a plus rien eu. Aujourd’hui, il a 18 mois, il marche, il joue, il mange même tout seul, il ne tète presque plus sauf la nuit parce qu’il dort avec sa mère, et la grossesse a déjà 5 mois. Jusqu’à présent, il va bien, mais je sais que le lait va changer parce qu’une femme qui a une grossesse de 6 mois, on sait que son lait change, alors j’ai peur parce qu’il y a des remèdes dont l’effet s’arrête à un moment. Les gens parlent de ça comme si c’était un problème grave, ils me disent que je dois continuer à chercher d’autres tiim pour ajouter. J’ai peur, c’est pour ça que je me déplace et que je cherche des tiim, parce que si une maladie attrape l’enfant et il meurt, les gens vont dire que c’est à cause de ça. C’est la bouche des gens [les médisances] que je crains ”.

En résumé, si une femme allaitante a un rapport sexuel, “ le sperme de l’homme va gâter le lait ”. Dans le corps de la femme le sperme va se mélanger au lait : “ le lait devient sale, comme de l’eau (...), il devient mauvais et l’enfant va être malade ”. Certaines femmes affirment que le lait devient gluant, un peu transparent, et qu’il a une consistance visqueuse. Cette maladie est nommée *podrem* par les Mossi, *mamanalaganduru* (*mama* : impureté/tentation ; *laganduru* : maladie) par les Bobo Madare. Elle va se traduire chez l’enfant par des diarrhées dont la couleur et la consistance permettent de suspecter la cause : “ Les selles sont blanches et collantes comme de la morve, comme un élastique, c’est comme le sperme d’un homme ” assure un guérisseur mossi. Ces selles

le sperme d'un homme” assure un guérisseur mossi. Ces selles s'accompagnent de maux de ventre, elles peuvent entraîner un amaigrissement, conduire à un affaiblissement de l'enfant qui peut se manifester par la perte d'acquisitions psychomotrices – “ *ses tendons deviennent faibles et il ne pourra plus marcher, et s'il marchait, il va s'asseoir* ” décrit un autre guérisseur mossi –, enfin cela peut conduire au décès de l'enfant.

Un seul rapport sexuel serait suffisant pour créer cette perturbation qui est considérée irréversible. La seule solution consiste à sevrer l'enfant afin de lui éviter la consommation de ce lait, ou à lui faire prendre une médication qui va lui permettre d'en supporter les effets. L'idée que les préservatifs peuvent permettre d'éviter cette pollution du lait commence à se répandre, ainsi que cela a déjà été montré pour d'autres populations de l'Afrique de l'ouest (Haxaire 1996).

La gravité du non respect de cet interdit est inversement proportionnelle à l'âge de l'enfant : plus il est jeune, plus sa vie serait mise en péril puisqu'il ne peut supporter le sevrage. Aussi il est dit que l'interdit sexuel dure aussi longtemps que la femme allaite. En milieu rural mossi, les personnes interrogées affirment qu'il faut attendre que l'enfant ait l'âge de deux ou trois ans avant de “ *recommencer à chercher un autre enfant* ”. Quelques hommes affirment même avoir attendu que le premier enfant ait quatre ans avant de reprendre des relations sexuelles avec leur épouse ⁷⁹. Chez les Bobo Madare, l'acquisition de la marche de l'enfant marquait la fin de la période d'interdit sexuel : “ *En général, on ne reprend les relations sexuelles que quand l'enfant marche. Avant, la belle-mère était toujours avec la femme. Les vieilles contrôlaient. Si elles voyaient que l'enfant marchait bien, il ne t'était plus, c'était elles qui disaient à la femme de chauffer l'eau [de la douche] et de la donner à son mari* ”, explique une femme âgée. Maintenant il est plus rare que les femmes suivent ces recommandations en ville comme en campagne.

La crainte du *podrem* ou du *mamanalaganduru* représente un contrôle social puissant sur la sexualité des couples et en particulier sur celle des femmes. La maladie de l'enfant est utilisée comme un moyen de surveillance des jeunes mères

⁷⁹ D. Bonnet a observé (dans ses enquêtes réalisées en 1978), une durée moyenne de 22,6 mois (ibid.) ; il semble que actuellement, la durée de l'interdit sexuel ne soit plus aussi longue.

à travers un procédé d'accusation et de culpabilisation des mères que l'on retrouve pour bien d'autres maladies infantiles (Desclaux 1996).

Les règles qui s'appliquent aux modalités de l'allaitement

Au-delà des grandes règles qui définissent de manière plus ou moins rigoureuse certains aspects de l'allaitement, il existe un ensemble de petites précautions qui sont suivies avec attention, aussi bien par les femmes que par les hommes. Ces précautions font référence à la nature du lait, en sa qualité d'humeur corporelle féminine, liée au sang et impliquée dans le processus reproductif. Ces mises en garde balisent le trajet normal du lait : toute déviation par rapport à ce trajet se traduit par diverses conséquences néfastes qu'il faut donc éviter.

L'ordre de la fratrie (Bobo Madare, Mossi)

Le sevrage d'un enfant mossi est définitif. Il n'est alors plus question pour lui de téter à nouveau sa mère. Cette règle est appliquée avec d'autant plus de fermeté qu'un nouvel enfant est né, car il est dit que si un aîné vient téter, "*il va prendre le lait du cadet, et celui-ci va en mourir*". Ainsi, une femme souffrant d'un engorgement mammaire ne peut faire appel à un autre de ses enfants pour vider ses seins si son nourrisson refuse de téter.

Chez les Bobo Madare, au contraire, l'ordre de la fratrie peut être renversé, notamment dans le cas d'avortement ou du décès du dernier né. Dans cette circonstance, la mère, au lieu d'inhiber la sécrétion de lait, conserve ce lait pour l'enfant qui vient d'être sevré et le remet au sein : "*C'est du bon lait puisque c'était le lait pour un bébé. Si l'enfant en question a déjà deux ans, pourquoi ne pas lui donner ce bon lait ?*" commente une villageoise, en expliquant l'intérêt pour un enfant déjà sevré, parfois précocement, de pouvoir en bénéficier. De même, en cas d'engorgement mammaire, la femme peut demander à un de ses enfants de "tirer" le lait de son sein, il faut seulement que celui-ci soit sevré depuis longtemps. Dans la pratique il est difficile qu'un enfant se prête à ce service, le lait maternel étant jugé très désagréable, du point de vue du goût et de son odeur (*nwunu yo* ; de *nwunu* : odeur ; *yo* : mauvais). C'est donc souvent la mère, la belle-mère ou une soeur de la femme malade qui s'en charge.

Le contact du lait maternel avec la bouche de la mère (Mossi)

Une femme allaitante doit éviter que son lait n'entre au contact de sa propre bouche, cela entraînerait une perturbation du lait qui conduirait son nourrisson à la mort. De même le contact, même accidentel, entre le lait de la mère et la bouche du père entraînerait le décès de l'enfant. Les craintes liées aux anomalies du trajet normal du lait peuvent être mises en relation avec les différents procédés magiques dans lesquels il faut ingérer des éléments calcinés (poils, cheveux, ongles, etc.) du corps de l'autre que l'on souhaite assujettir, selon une procédure d'anthropophagie symbolique ; la consommation de son propre lait par la mère peut être considérée comme une auto-anthropophagie mortelle que l'on retrouve dans d'autres situations : *“ Si après avoir gratté avec un canif ses ongles on respire la poudre ainsi obtenue, on se donne immédiatement la mort ”* (Delobsom 1934 : 93).

Le contact du lait maternel avec le sexe de l'enfant masculin (Bobo Madare, Mossi)

Lors de l'allaitement, il est recommandé aux femmes de prendre garde à ce que leur lait ne tombe pas ou ne touche pas le sexe de leur enfant s'il s'agit d'un garçon car *“ le lait peut tuer le sexe du garçon, et ce n'est pas de l'amusement ”* met en garde une vieille femme mossi. Aussi, il est conseillé de mettre une culotte au garçon, ou de le protéger avec un morceau de pagne lors de l'allaitement. Si du lait vient à toucher le sexe, la mère doit faire fondre un peu de sel dans sa bouche et en mouiller le sexe de son bébé ; à défaut elle peut mettre un peu de cendre sur le sexe ou encore de la poussière ramassée sur le sol. Ce traitement immédiat permet de prévenir l'impuissance future de l'enfant devenu adulte.

À l'inverse, chez les Bobo Madare, le lait qui tombe sur le sexe du bébé amènerait la personne, à l'âge adulte, à un dérèglement du comportement sexuel, sous forme d'une sexualité insatiable. Cette éventualité est décrite par les gens comme un véritable malheur, qui frapperait la personne et tout son entourage. Il convient là encore d'éviter le contact entre le sexe de l'enfant et le lait de sa mère en couvrant le sexe de l'enfant avec un pagne. Dans l'éventualité où le lait rentrerait en contact avec le sexe du bébé, il faut le laver immédiatement à l'eau fraîche.

Le contact du lait maternel avec l'oreille de l'enfant (Bobo Madare, Mossi)

La femme doit veiller à ce qu'une goutte de lait ne tombe pas dans l'oreille de l'enfant qu'elle allaite, cela le condamnerait à des sécrétions continues et inguérissables de pus qui finiraient par le rendre sourd. Les Mossi lient également l'allaitement à certaines maladies de l'oreille qui se traduisent par des écoulements purulents. Ces maladies surviendraient lorsque l'enfant très jeune tête allongé, le lait pouvant alors venir " couler dans son oreille ".

Le contact du lait maternel avec les aliments des adultes (Bobo Madare, Mossi)

La femme allaitante doit veiller à ce que du lait ne tombe pas de ses seins dans les plats qu'elle prépare ; quelques traces de lait suffiraient à rendre les aliments impropres à la consommation. Toute personne qui aurait mangé de ce plat en vomirait les aliments peu de temps après.

Le contact du lait maternel et la prière musulmane (Mossi)

Certains musulmans villageois considèrent le lait maternel comme un liquide impur dont le contact entraîne une souillure incompatible avec la prière. La nature impure du lait serait due à sa parenté avec le sang. Cette souillure est comparée à celle de l'acte sexuel : " *Si tu as touché du lait, ou si on a renversé sur toi du lait tu ne peux pas aller prier tant que tu n'es pas lavé, c'est comme une relation sexuelle, mais c'est même plus dangereux, parce que lorsque tu as fait une action (relation sexuelle), tu sais ce que tu as fait et tu vas te laver, mais si c'est du lait de femme, peut-être que tu ne le sauras pas et Dieu ne va pas accepter ta prière* " assure un homme.

Diverses autres petites précautions (Bobo Madare, Mossi)

En saison froide (de décembre à février) et en saison pluvieuse (de juillet à octobre), la femme allaitante doit veiller à ne pas doucher ses seins à l'eau fraîche, sous peine de rendre l'enfant malade si elle l'allaité immédiatement après. Une femme allaitante doit également prendre garde à ne pas laisser tomber son lait sur le sol ou dans le feu. La lactation pourrait être tarie si le lait venait à être consommé par des fourmis *salinsaase*⁸⁰, ou s'il est desséché par le soleil, ou par le feu. Le rituel de réparation bobo consiste à déposer de la cendre du foyer sur les

⁸⁰ *Pheidole* sp. (Myrmicinae, FORMICIDAE).

épaules, ou à écraser un morceau des cailloux du foyer, à mélanger cette poudre avec du beurre de karité et à masser les seins avec cette pâte. Lorsque du lait tombe par terre ou s'il est volontairement jeté, il doit être immédiatement recouvert de poussière. Chez les Bobo Madare il faut mettre de l'eau fraîche dessus, ou de la salive si l'eau n'est pas disponible. Dans le même registre, le lait qui coule dans une rivière rendrait le lait comme de l'eau, il faut alors se baigner les épaules avec l'eau pour réactiver la lactation. Dans ce cas, on estime que le lait, même s'il revient, sera d'une qualité très "légère", exactement "*comme de l'eau*". Il est dit aussi chez les Mossi qu'une femme allaitante devrait être toujours bien coiffée, car le désordre de ses cheveux pourrait entraîner une altération du lait, voire un tarissement de la sécrétion.

L'importance accordée à ces règles

L'inventaire des règles qui s'appliquent à l'allaitement maternel semble interminable, et chaque entretien sur le sujet en fait apparaître de nouvelles. Lorsqu'elles sont rassemblées, comme c'est le cas dans les lignes ci-dessus, elles paraissent régenter l'ensemble de la vie de la femme qui allaite, et s'appliquer aux domaines intimes (sexualité) autant que triviaux (coiffure).

En fait, l'importance accordée à ces règles est variable. Certaines s'appliquent à des situations hautement improbables (la femme qui laisse tomber son lait dans le repas collectif), aussi, leur respect est pratiquement spontané, et elles n'entraînent pas de réelle contrainte. D'autres ne sont appliquées que de manière transitoire ; ainsi, l'interdit sexuel, pourtant présenté comme majeur, s'estompe au fur et à mesure, et le nombre de grossesses " rapprochées " en témoigne. D'autres encore paraissent tomber en désuétude, sont circonstanciennes ou laissées à l'initiative de la femme : ainsi en est-il des recommandations sur l'alimentation ou les activités physiques.

Pourtant ces règles existent, et elles ne sont pas seulement évoquées en réponse aux questions de l'ethnologue. Leur nombre et la diversité des domaines qu'elles concernent donnent à penser qu'il est pratiquement impossible pour une femme qui allaite de les respecter toutes. Ainsi la transgression, la faute, est quasi obligatoire, et tout défaut de lactation peut être plus ou moins aisément mis en

relation avec un manquement à la règle dont la femme est la seule responsable. L'énoncé des règles qui s'appliquent à l'allaitement représente un fameux rappel de la coercition sociale à l'égard de femmes.

Dans le même temps, ces règles décrivent un cadre interprétatif étendu pour les diverses complications et difficultés qui peuvent survenir lors de l'allaitement. Elles représentent un ensemble de causes *a priori* ⁸¹ dans lequel les différents acteurs qui entourent la femme allaitante pourront venir puiser pour interpréter et expliquer un défaut de lactation.

Conclusion

Les savoirs ethnophysiologiques bobo et mossi sur l'allaitement maternel sont denses. Ils sont constitués de connaissances précises qui traduisent des observations fines et répétées du processus de lactation et d'allaitement. À côté d'un savoir empirique qui traduit clairement le décryptage des mécanismes physiologiques, on retrouve un vaste ensemble de représentations qui n'ont pas de relation directe avec la physiologie.

Le savoir populaire définit un ensemble de recommandations qui s'appliquent à l'allaitement : quelques grandes règles qui sont à respecter scrupuleusement, et une infinité de petits conseils, que chacun, homme ou femme, applique avec plus ou moins d'attention. Le nombre de ces recommandations est en lui-même significatif de l'importance accordée à l'allaitement et des précautions dont on entoure cet acte. Certaines de ces règles sont en adéquation avec les connaissances scientifiques actuelles sur l'allaitement (apport de liquide et de nourriture pour la femme), d'autres sont en totale opposition (rejet du colostrum), d'autres encore n'ont probablement aucune influence directe sur le processus physiologique alors qu'elles jouent un rôle essentiel sur le plan social.

⁸¹ Causalité *a priori* : ensemble d'énoncés sur les connexions nécessaires ou possibles entre les divers symptômes et syndromes et leurs causes, leurs agents ou leurs origines ; notion distincte de la causalité *a posteriori* qui s'élabore dans l'enchaînement historique des diverses interprétations et recours divinatoires et thérapeutiques (Zempléni 1985 : 28).

Ces représentations, et les savoirs associés, semblent particulièrement stables dans le temps. Il est frappant de constater les similitudes entre les observations contemporaines et celles consignées un demi siècle auparavant, comme c'est le cas pour les Bobo Madare (Montjoye 1953) ; les recettes et les pratiques ne semblent pas avoir été modifiées. Les similitudes de ces représentations entre les milieux rural et urbain méritent également d'être signalées. Tout au plus observe-t-on quelques érosions : un moindre respect des interdits alimentaires, un début d'acceptation concernant le don du colostrum au nouveau-né, un respect moins scrupuleux de l'interdit sexuel lors de l'allaitement... Tout cela semble encore marginal, et pour peu que l'allaitement devienne difficile, le rappel des règles est immédiat. Ces représentations constituent la base à partir de laquelle sont interprétées toutes les informations concernant la transmission du VIH par l'allaitement.

Références bibliographiques

Bonnet D.

1988 *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso*. Paris, Éd. de l'ORSTOM, coll. Mémoires, n° 110.

Delobsom D.

1934 *Les secrets des sorciers noirs*. Paris, Librairie Emile Nourry, collection Sciences et Magie n° 5.

Desclaux A.

1996 " De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant ". In : J. Benoist (éd.), *Soigner au Pluriel, Essais sur le pluralisme médical* : 251-279. Paris, Karthala.

2000 *L'épidémie invisible. Anthropologie d'un système de santé à l'épreuve du sida chez l'enfant à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso*. Lille, Presses universitaires du Septentrion.

Haxaire C.

- 1996 "Prévention du sida et levée d'interdits sexuels en pays Gouro, conséquences sociales". In : *Colloque Sciences sociales et sida en Afrique, bilan et perspectives* : 471-479. Sali Portudal, Sénégal, Codesria-CNLS-Orstom.

Héritier F.

- 1994 *Les deux soeurs et leur mère. Anthropologie de l'inceste*. Paris, O. Jacob.

- 1996 *Masculin/Féminin, la pensée de la différence*. Paris, O. Jacob.

Montjoye E. (R.P.)

- 1952 *Réponses au questionnaire sur la société bobo-fing*. Cyclostylé.

Ouedraogo L., S.R.Kambire, G. Parent, P.I. Compaore *et al.*

- 1996 *Étude de l'impact du barrage de Ziga sur l'état de santé des populations*. Rapport, Ministère des l'Environnement et de l'Eau.

Roger-Petitjean M.

- 1999 *Soins et nutrition des enfants en milieu urbain africain. Paroles de mères*. Paris, L'Harmattan.

Zempléni A.

- 1985 La "maladie" et ses "causes", introduction. *L'Ethnographie* 2 : 13-44.

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

Première partie. Ethnographie de l'allaitement au Burkina Faso

Chapitre VI

Ethnophysiologie des difficultés et complications de l'allaitement maternel chez les Bobo Madare et les Mossi

Par Chiara Alfieri, Bernard Taverner

[Retour à la table des matières](#)

Les nombreuses règles et précautions qui entourent l'allaitement maternel ne permettent pas d'échapper à diverses difficultés et complications lors de son déroulement. Ces difficultés et complications s'avèrent extrêmement fréquentes. Elles contribuent à la définition d'un ensemble d'entités nosologiques populaires. Le chapitre ci-dessous les détaille, telles qu'elles sont identifiées par les Bobo Madare et par les Mossi.

Les difficultés et complications de l'allaitement maternel peuvent être séparées en deux grandes catégories : les déficits de sécrétion lactée, et les pathologies des seins en cours d'allaitement.

Le déficit de sécrétion lactée

Les déficits de sécrétion lactée regroupent plusieurs situations : un simple retard d'apparition de la sécrétion qui peut évoluer vers une agalactie complète, et le tarissement précoce ou transitoire de la sécrétion. De plus, ces différentes anomalies peuvent s'associer avec des altérations de la qualité du lait.

En pays Bobo Madare comme en pays Mossi, le retard d'apparition de la sécrétion lactée s'observerait fréquemment chez les femmes primipares. Aussi, il est jugé non pathologique. Pendant les 24 ou 36 premières heures, l'enfant est mis au sein afin qu'il "mâche la peau du sein", même si le processus de sécrétion n'est pas encore amorcé. Pendant ce temps, le nouveau-né mossi est alimenté par de l'eau ou des décoctions données par la méthode des ingurgitations forcées⁸² ; au-delà de 36 heures, l'enfant est allaité par une autre femme. Chez les Bobo, il est habituel de faire allaiter l'enfant par une soeur de la mère dans les premières heures qui suivent la naissance, ou à défaut par la grand-mère maternelle, mais dans ce cas le but est simplement de calmer l'enfant par la simple succion en attendant la montée de lait de la mère. Si aucune femme allaitante n'est disponible, dans les villages, il est donné à l'enfant de la bière de mil non fermentée ou du vin de palme non fermenté ; en ville, la bière de mil non fermentée est souvent donnée en alternance avec de l'eau chaude légèrement sucrée.

Dans le même temps, diverses médications sont proposées à la jeune accouchée. Les préparations pour stimuler la sécrétion de lait paraissent innombrables. Toutes les vieilles femmes et tous les guérisseurs rencontrés affirment en connaître quelques-unes. Certaines de ces recettes sont issues des médecines traditionnelles, d'autres mentionnent l'usage de produits pharmaceutiques bien connus tel le Galactogil®, mais aussi des produits dont la composition n'est pas précisée telles diverses "poudres blanches" vendues sur les marchés, qui proviendraient du Ghana ou du Nigeria. Le plus souvent, il est conseillé de les boire en les diluant dans du lait concentré non sucré.

⁸² Cf. chapitre III.

L'extraordinaire diversité des recettes proposées est en elle-même indicatrice de la fréquence élevée des difficultés de mise en route de la sécrétion lactée.

*Une recette d'un guérisseur mossi
pour favoriser la sécrétion de lait*

“ Le dimanche soir, tu répands de la cendre autour de l'arbre kankanga*, le lundi soir, tu dégages une racine de l'arbre en disant : “j'ai entendu dire que tu es bon, je suis venu pour te demander du lait pour la femme...”, puis tu coupes la racine, et sous le morceau de racine qui part vers l'arbre tu mets unealebasse. Le lendemain matin tu prends du sel (yamsem) et une épice (kalgo) et tu vas voir. Si l'arbre a accepté, l'eau de l'arbre va descendre jusqu'à remplir laalebasse, le tiim (remède) est accepté parce qu'on a demandé à la plante de donner son eau. À la place de laalebasse, tu mets le sel et l'épice dans le trou et tu refermes. Là maintenant, la femme va prendre cette eau et se doucher les seins et les bras et le lait va venir. Mais si l'arbre n'a rien donné, c'est qu'il a refusé, là, la femme va souffrir, elle n'aura pas de lait, il faut nourrir l'enfant avec le lait des Blancs ”.

* *Ficus gnaphalocarpa* Steud. ex Miq. (MORACEAE).

Une recette indiquée par une jeune femme mossi

“ Il faut préparer de l'eau farineuse (zom-koom) avec de la farine de petit mil que l'on mouille avec une macération de feuilles fraîches et pillées de pusga (tamarinier*). La préparation est versée dans unealebasse neuve, recouverte d'une corbeille en paille (leb-miiga). Cettealebasse est posée sur le sol, la femme doit boire le contenu de cettealebasse en se mettant à genou par terre, sur un pilon, les bras derrière le dos, afin de boire le liquide “comme une chèvre”. Il faut commencer le matin et ne pas prendre d'autre aliment pendant tout le reste de la journée jusqu'au coucher ”.

* *Tamarindus indica* L. (CAESALPINIACEAE).

À Bobo-Dioulasso, les médecins du centre hospitalier (Centre Hospitalier National Sanou Souro) et les pharmaciens du secteur privé de la ville confirment que le nombre de consultations pour des déficits de sécrétion lactée ou pour agalactie est très peu élevé, et que la demande de produits tel le Galactogil® est très rare. Cela ne signifie pas que ces affections sont peu fréquentes mais confirme les observations montrant que les femmes s'adressent de manière préférentielle aux guérisseurs.

L'absence de sécrétion lactée est attribuée par les Mossi, en première intention, à une maladie de la mère nommée " la maladie de l'accouchée " (*pog roog baaga* ; *pog* : femme/ventre, *roog* : procréation, *baaga* : maladie). Cette maladie se manifesterait par des maux de ventre persistants après l'accouchement. Elle a pour réputation de " *prendre le lait* " ; plusieurs guérisseurs affirment pouvoir la soigner et " *si la maladie est finie, le lait commence à descendre en trois jours* " affirme l'un d'eux.

Mais au-delà du septième jour après la naissance, si l'absence de lait persiste, elle est jugée anormale. Bobo Madare et Mossi suspectent une action des ancêtres ou des génies. Il est donc demandé au père de l'enfant d'aller consulter un devin qui lui indiquera la cause de cette infortune et les moyens d'y remédier.

Les génies (*wyaga* pour les Bobo, *kinkirsi* pour les Mossi) peuvent interrompre la sécrétion de lait d'une femme pour marquer leur mécontentement envers elle ou envers le lignage familial. En "prenant" le lait d'une femme, les génies marquent avant tout leur insatisfaction dans leur relation avec la femme ; cela traduit une relation conflictuelle entre elle et eux. En effet, toute femme sait que les génies sont ombrageux et exigeants, et que le non respect du moindre de leur désir (négligence dans les offrandes de nourriture ou d'eau) peut se traduire par le rappel d'un jeune enfant dans l'autre monde.

Les Mossi considèrent que le but des génies qui bloquent la sécrétion de lait est évident : il s'agit de faire "revenir" dans leur monde (donc de tuer) celui d'entre eux qui a eu la tentation d'entrer dans le monde humain. Aussi, ils lui "volent" le lait : " *Ils étaient chez Dieu et ils étaient toujours ensemble, l'un des deux* ⁸³ *est venu sur terre pour voir la vie mais ça ne fait pas plaisir à son camarade, alors celui qui est resté lui prend le lait pour le faire revenir* " précise

⁸³ Les *kinkirsi* sont décrits comme exclusivement gémellaires (Bonnet 1988).

un devin mossi. Si le devin confirme que les difficultés d'allaitement sont dues aux génies, il va indiquer les prescriptions rituelles à effectuer afin de les apaiser. Il s'agit le plus souvent d'offrandes alimentaires destinées soit à des enfants, qui ont alors un rôle d'intermédiaire entre la femme et les génies, soit à des musulmans, dont les prières ont le pouvoir de satisfaire les génies. La sécrétion lactée est alors censée revenir, parce que “ *ce sont eux qui donnent le lait, ce n'est pas à cause des médicaments, ils rendent le lait à la mère* ” précise une vieille femme.

Le déficit de sécrétion est aussi parfois attribué aux ancêtres du lignage. L'un d'eux peut ainsi exprimer son mécontentement à l'égard de sa descendance. Le désaccord entre les ancêtres et les vivants peut tenir au non respect de certains engagements des vivants par rapport à des promesses faites aux ancêtres alors qu'ils étaient encore en vie, ou à des négligences dans les rituels qui leur sont destinés à travers les autels familiaux. Chez les Mossi, cela peut aussi survenir à travers un ancêtre revenu sous la forme d'un nouvel enfant (le *segre*)⁸⁴. Celui-ci pourrait ne pas être en accord avec les membres vivants de son lignage et chercher à les punir, à leur donner des difficultés à travers un défaut de lactation. “ *Le segre peut arrêter le lait, si c'est ça, il faut prendre une poule, de l'eau [de la bière de mil], [sacrifier et] verser en demandant à ceux qui sont derrière [c'est-à-dire aux ancêtres] pour que le bébé gagne à manger* ” explique un devin âgé. Cette situation n'existerait par chez les Bobo.

Mossi et Bobo Madare se distinguent par contre radicalement sur la question de l'impact des actes de sorcellerie sur l'allaitement. Selon les guérisseurs et devins mossi rencontrés, un défaut de lactation ne peut être directement la conséquence d'une action maléfique provoquée par une personne malintentionnée : “ *Les ennemis ne peuvent pas prendre le lait d'une femme* ”. Ils peuvent néanmoins agir indirectement en rendant la femme malade : “ *Si la femme est malade, son sang va faiblir, et elle n'aura plus de lait* ” ; cette situation est très rarement évoquée. À l'inverse, les Bobo jugent que les situations d'agalactie totale ont toujours une origine sorcellaire : “ *C'est la sorcellerie, il ne faut pas chercher ailleurs* ” est-il affirmé. L'agalactie résulterait de la volonté de nuire de la part d'une personne jalouse. Elle pourrait être l'expression de la

⁸⁴ Pour une définition précise du *segre*, voir Bonnet 1981 ; 1994.

vengeance d'un prétendant éconduit souhaitant faire disparaître les enfants de la femme en bloquant sa lactation, à défaut de la rendre stérile ou d'éliminer le mari. L'on tente, à l'aide de divers procédés divinatoires, d'identifier le responsable de ce geste afin de demander son indulgence, ou de le contrecarrer à l'aide des pouvoirs magiques de "fétiches" plus puissants. Cette deuxième éventualité est jugée plus difficile et de moins bon pronostic sur le retour de la sécrétion de lait car elle conduit à une véritable "guerre entre fétiches" qui peut nécessiter l'aide de plusieurs devins et durer longtemps. Une agalactie secondaire à un acte de sorcellerie est grave car elle met en jeu la survie de l'enfant.

Les pathologies des seins

Les pathologies des seins constituent la deuxième grande cause de complications de l'allaitement. Elles correspondent, dans la nosographie biomédicale, aux engorgements mammaires, aux ulcérations et aux infections (abcès et lymphangites). Dans les catégories nosographiques bobo et mossi, ces pathologies sont identifiées et classées parfois de manière identique ou très proche, parfois sans correspondance évidente. Pour les Mossi, l'ensemble des pathologies mammaires est constitué de trois entités : deux principales nommées *biis-guya* et *biis-moogo*, et une autre de moindre importance " la toux et le rot de l'enfant ". Les Bobo regroupent l'ensemble des pathologies des seins en rapport avec l'allaitement sous l'expression *nyngi do ba*, (*nyngi* : sein ; *ba* : mal). De manière plus précise, ils distinguent quatre affections appelées : *dindin*, *laba*, *dabulu*, et " la toux et le rot de l'enfant ". Entre les champs nosographiques mossi et bobo, seules deux entités sont décrites de manières très proches : le *biis-guya* par les Mossi et le *dindin* des Bobo ; et " la toux et le rot de l'enfant ".

Le biis-guya et le dindin

Le *biis-guya* des Mossi et le *dindin* des Bobo Madare sont comparables. Le terme moré *biis-guya* est composé de la racine *biis*, de *biisri* (sein) et du nom commun *guya*, pluriel de *guuri*, qui désigne une espèce particulière de fourmi. Cette appellation recouvre le domaine des engorgements et des abcès mammaires.

Le terme bobo *dindin* n'a pas de traduction connue, il ne désigne rien d'autre qu'une forme précise de maladie mammaire qui survient lors de l'allaitement ⁸⁵.

Le *dindin* comme le *biis-guya* correspondent à une tuméfaction inflammatoire intramammaire très douloureuse qui s'accompagne le plus souvent d'un gonflement important du sein. La peau est distendue en regard de la tuméfaction. Selon les Mossi, les pores cutanés étirés laisseraient apercevoir la tête des fourmis qui seraient à l'intérieur du sein et qui provoqueraient une sensation de prurit. Les Bobo considèrent que la tuméfaction est secondaire à une obstruction des orifices du mamelon par des "vers blanchâtres" (*menge furu* ; *menge* : ver ; *furu* : blanc) ⁸⁶ dont l'origine n'est pas précisée. Les femmes affirment qu'il s'agit de vers très petits et blancs, qui n'existeraient pas en dehors de cette maladie. Ces pathologies sont associées aux fourmis ou aux vers dans un rapport qui oscille, selon les interlocuteurs, entre causalité, analogie et métaphore.

Selon certains guérisseurs mossi, les fourmis sont la cause de cette pathologie : " *C'est parce que la femme a enjambé des guya que ça vient sur elle, lorsqu'elle enjambe, le walgo (émanation) des fourmis peut attraper la femme et quand elle aura un enfant, elles vont boucher les trous du sein* " affirme un guérisseur ; d'autres concèdent que " *ça vient dans les seins, mais on ne sait pas comment* " ; d'autres encore moins nombreux déclarent : " *Ce ne sont pas les guya eux-mêmes, c'est un yelsoalma (une part magique) qui est venu dedans, quand on incise [l'abcès] c'est du pus seulement, il n'y a pas de fourmis dedans* ".

⁸⁵ Dans leur dictionnaire bobo-français, Le Bris et Prost donnent, au terme *dindin* la signification suivante : " exprime un son creux, dans un trou, dans un puits, ou une terrasse qu'on bat, ou bien quand les patates sont mûres et qu'on tape du pied la terre des buttes " (1981 : 150). Apparemment, il n'y a donc aucune relation entre la signification de ce mot et la maladie en question.

⁸⁶ Le terme *menge* n'est pas spécifique à cette maladie, il est employé d'une manière générique pour désigner les vers de terre et les vers intestinaux, tandis qu'un autre terme : *mire* désigne plutôt les vers de case ou les larves de mouches (cf. Le Bris et Prost 1981 : 238, 240).

Les fourmis et l'allaitement maternel selon les Mossi

Trois sortes différentes de fourmis sont impliqués dans diverses situations concernant l'allaitement maternel, à propos d'une pathologie mammaire, de la qualité du lait, et du tarissement de la sécrétion.

– **Les *guya*** (sing. *guuri*), *Messor galla* (Mayr), Myrmicinae, FORMICIDAE*

Il s'agit de fourmis dont les ouvrières mesurent environ 1 cm de long. Elles créent de grandes fourmilières en plein champ, marquées par des débris de terre répandus sur une circonférence qui peut avoir un mètre de diamètre et vers laquelle convergent quelques pistes d'accès empruntées par les ouvrières. Ces pistes peuvent atteindre 1 cm de largeur, elle convergent vers quelques ouvertures de 1 à 2 cm de diamètre qui conduisent à l'intérieur de la fourmilière. Ces fourmis de grande taille ont un déplacement lent, même après avoir été dérangées.

Elles ne piquent pas, mais leur morsure peut être douloureuse. Elles ont la réputation "de ramasser le mil pour le mettre dans leur trou". Elles accumulent dans leur fourmilière de grandes quantités de graines et en particulier du mil, si bien qu'en période de disette il arriverait que des personnes ouvrent ces fourmilières pour en récupérer les réserves.

Ces fourmis occupent une place particulière dans les pratiques religieuses traditionnelles. En effet, il existe plusieurs rituels au cours desquels diverses offrandes sont déposées sur ces fourmilières (objets, tissus, coton, beignets) ; en revanche, il n'y est fait ni sacrifice animal ni dépôt de viande. Dans leur trajet souterrain, ces fourmis pourraient jouer un rôle d'intermédiaire entre les hommes et les divinités (les ancêtres ou Tenga, la terre déifiée ?) en leur apportant les offrandes exposées. Elles sont nommées "les musulmans de la cour de Dieu" (*wen nam yiri more*) ; cette expression traduit le caractère de dévotion qui leur est attribué.

La pathologie du sein *biis-guya* serait-elle nommée du nom de ces fourmis par métaphore ? Ces fourmis accumulent beaucoup de grains, elles les stockent, tout comme le sein malade gonfle, accumulant un lait dont l'enfant ne peut pas bénéficier...

– **Les *nyese*** (sing. *nyesga*), *Pachycondyla senaarensis*, Ponerinae, FORMICIDAE

Ce sont des fourmis prédatrices dont la piqûre est très douloureuse. Les ouvrières mesurent 4 à 5 mm de long, leur corps est noir, leurs déplacements sont rapides. L'entrée de la fourmilière est discrète, elle se situe souvent au-

d'une pierre, très peu de débris de terre la désignent. On en rencontre souvent à proximité des habitations humaines.

La fourmi *nyesga* est employée pour tester la qualité du lait lorsqu'il est suspecté d'être devenu amer (*biis-toogo*) : le lait maternel est jugé bon si le *nyesga* parvient à s'échapper lorsqu'il est déposé sur quelques gouttes de lait.

– Les *salinsaase* (sing. *salinsaaga*), *Pheidole* sp., Myrmicinae, FORMICIDAE

Il s'agit de petites fourmis dont les ouvrières mesurent 3 mm de long et dont les soldats ont une grosse tête carrée. Elles établissent souvent leur fourmilière à proximité des habitations humaines, sous le ciment d'un crépis ou d'une dalle. Fourmis omnivores, elles découvrent, envahissent et font rapidement disparaître tous les aliments gras ou sucrés laissés à l'abandon sur le sol. Lorsqu'elles sont dérangées leur déplacement est extrêmement rapide.

Une femme allaitante doit veiller à ne pas faire tomber de son lait sur le sol, car sa consommation par les *salinsaase* peut entraîner un tarissement de la sécrétion lactée.

* Les identifications ont été réalisées par : M. Moussa Ouedraogo, Inst. de l'Environnement et des Recherches Agricoles, Ouagadougou, et par M. Alain Lenoir, Lab. d'Éthologie et Pharmacologie du Comportement, Un. François Rabelais, Fac. des Sciences et Techniques, Tours.

Si le mécanisme exact de l'entrée des fourmis dans les seins n'est finalement pas bien explicité, une fois la pathologie déclarée, la plupart des personnes affirment que les fourmis sont effectivement présentes : “ *On voit leur tête, ça gratte, mais on ne peut pas les attraper* ” affirme une jeune femme. Le sein distendu est très douloureux, l'engorgement s'aggrave car l'enfant refuse de téter ce sein dont le lait aurait changé de goût : il serait amer/aigre (*tiisenga*). Lorsque la pathologie est installée, il est de toute façon déconseillé de faire téter l'enfant car “ *si il continue à forcer pour téter, les bêtes sortent un peu et elles attrapent sa langue* ”, dit une femme mossi, “ *ils vont ronger (wabe) le ventre de l'enfant* ” affirme une autre.

Dans le cas du *dindin*, la femme qui observe son mamelon peut y voir des “choses” blanches qui obstruent le flux de lait ; l'enfant ne parvient pas à téter. Cette maladie serait détectée par la présence de taches noires sur les seins, le dos, les épaules et parfois autour du cou ; elles indiqueraient la formation des vers parfois dès l'âge de la puberté, mais aussi pendant la grossesse ou au début de

fois dès l'âge de la puberté, mais aussi pendant la grossesse ou au début de l'allaitement. Certaines personnes affirment que la maladie est congénitale, d'autres qu'elle atteint surtout les femmes qui ont de gros seins. Dès que l'affection se manifeste, l'allaitement est interrompu. Les mères estiment que l'enfant pourrait avaler les vers en tétant et cela le mettrait en danger : ils piqueraient la langue du bébé et pourraient l'étouffer en pénétrant dans sa gorge ; ils pourraient aussi lui donner des maux de ventre et le faire mourir.

Autrefois, un traitement préventif était systématiquement effectué pour prévenir cette affection. Les récits des vieilles femmes l'attestent ; on en retrouve une mention dans un document rédigé dans les années 1950 : “ *À l'aide d'un balai, on asperge les seins de la jeune mère ceci doit enlever les impuretés qui pourraient se trouver à l'extérieur des seins. Ce remède détruit les petits vers logés dans le mamelon.* ” (Montjoye 1952 : 13). Les femmes affirment que ce traitement est très douloureux, et les vieilles racontent qu'elles cachaient l'apparition des taches noires sur leur sein à la vue de leur belle-mère et des autres vieilles du voisinage pour éviter de subir le traitement. De nos jours, la pratique préventive a disparu, le “balayage” est uniquement curatif.

Le traitement traditionnel du dindin

Tene est une femme bobo de 23 ans qui habite un village à une trentaine de kilomètres de Bobo-Dioulasso. Elle a deux enfants : un garçon de trois ans et un bébé de 20 jours. Lors de l'allaitement de son premier enfant, elle avait souffert d'un abcès du sein qui avait été traité selon les méthodes traditionnelles.

Elle explique que dès le début de sa deuxième grossesse, le même sein s'est mis à enfler. Après l'accouchement, lorsqu'elle a commencé à allaiter, ce sein produisait du lait mais il était douloureux. Des “vieilles” de sa cour l'ont examinée ; elles ont affirmé qu'il s'agissait de la “maladie des vers”, le *dindin*. Doutant de ce diagnostic, Tene ne se traite pas immédiatement. Elle pensait qu'il s'agissait en fait de la même maladie que celle dont elle avait souffert lors de l'allaitement de son premier enfant. Mais quelques temps plus tard, le sein se met à gonfler de manière importante et la sécrétion de lait devient plus difficile. Elle décide alors de se rendre chez une guérisseuse spécialisée dans le

tement du *dindin*.

Cette guérisseuse et sa famille résident dans une concession à l'écart du village. Depuis plusieurs générations, le traitement du *dindin* se transmet dans cette famille par voie matrilineaire féminine. Cette famille bobo ne traite pas d'autres pathologies, et elle tire l'essentiel de sa subsistance de l'agriculture. N'ayant pas eu de progéniture féminine directe, la précédente guérisseuse a transmis le savoir thérapeutique à son fils aîné. Lui-même ne traite pas directement les consultantes, il est assisté par son épouse. Dans la répartition des activités thérapeutiques, l'homme s'occupe de repérer et de collecter en brousse les plantes utilisées dans le traitement, de fixer le prix et de recevoir les paiements à la fin de la thérapie. Tandis que la plupart du temps c'est son épouse qui fait le traitement.

Le traitement comprend plusieurs séances de soins, chacune d'elle dure environ 30 minutes ; elles ont lieu le matin avant le lever du soleil et le soir après le coucher du soleil, pendant 4 jours, quel que soit le sexe du nourrisson. Le prix se situe entre 300 et 500 FCFA.

Les soins se déroulent dans l'habitation, au milieu de la cour. La séance commence par une palpation des deux seins, puis de la poitrine, du cou et du dos. Ensuite, il est demandé à la femme malade de s'asseoir sur un tabouret. La guérisseuse se place debout devant elle ; d'une main, elle tient le sein malade qu'elle balaye de l'autre main, avec une poignée de plantes sèches plongées dans une macération. Le sein est balayé de manière délicate, par de petits mouvements saccadés, en partant du mamelon est en remontant vers la poitrine, cela à plusieurs reprises. Elle pratique de même avec l'autre sein, avant de passer au cou, aux épaules, aux aisselles, et aux bras ; sur ces autres parties du corps, le geste est un peu plus énergique. Elle asperge et frappe aussi le dos en partant de la base du cou jusqu'au niveau des omoplates. Dans un deuxième temps la guérisseuse refait les mêmes gestes en ayant ajouté une nouvelle plante, fraîche et verte, dans la poignée de celles qu'elle emploie. Il n'a pas été possible d'identifier les plantes employées. Aucune prière, ou aspersion du médicament vers le sol, n'a lieu avant, pendant ou après le traitement. Alors que le balayage se terminait, je notais la présence d'un petit ver se déplaçant sur le sein malade. Ce ver mesurait environ 1 cm de long et 2 mm diamètre, il était de couleur beige, sans différence de couleur de la tête. Dès que j'en ai fait remarquer la présence, dans un geste rapide la guérisseuse l'a saisi et écrasé entre ses doigts, sans aucun commentaire.

La nosographie populaire du *dindin* situe les vers dans toute la partie haute du tronc, à partir de la poitrine jusqu'au cou, et c'est pour cette raison que cette zone est "balayée" par les plantes. L'efficacité du traitement serait liée, selon la guérisseuse, à l'association entre la macération de plante et le balayage du sein malade et de la partie supérieure du tronc. Le balayage doit être appliqué spécialement sur le mamelon : " *Si on ne balaye pas bien la "bouche du sein", les vers ne sortiront pas* " affirme-t-elle. L'extériorisation des vers est décrite

comme étant liée aux coups qui sont donnés sur le sein ; la macération de plantes, dans laquelle sont plongées celles qui servent à frapper, aurait pour propriété de tuer les vers, à l'intérieur du sein, sans les faire sortir. La preuve de leur présence se trouverait aussi dans la persistance de petites taches noires ou de petits trous entourés par une tâche de couleur plus foncée sur la peau des femmes qui en ont souffert.

La patiente affirme que les premières séances de soins étaient douloureuses car le sein, très gonflé, était sensible, mais rapidement, l'état s'est amélioré. Quelques jours plus tard, le sein n'est plus enflé et la sécrétion de lait est redevenue normale.

Certaines femmes mossi parviennent à stopper le *biis-guya* dès les premiers symptômes par l'application d'un emplâtre de feuilles pilées de *roaaga*⁸⁷ ou de son de mil (*fogdo*) imbibé de potasse. Si cela reste inefficace, il est fait appel à des guérisseurs. Les femmes bobo font sécher la peau des noix de kola, la pilent et ensuite frottent très vigoureusement les seins avec la poudre obtenue : “ *Les vers peuvent ne pas sortir avec ça, mais ils meurent et les seins deviennent mous* ” raconte une mère.

Le principal traitement du *biis-guya* comme du *dindin* consiste à “balayer” les seins. Les procédés sont similaires, une poignée de plantes⁸⁸ est employée comme un balai pour caresser ou fouetter le sein, après avoir été plongée dans une macération ou imprégnée d'un remède en poudre. Ce balayage permet l'extériorisation des fourmis *guya* “ *qui tombent sur le sol* ” selon les Mossi, et des “ *vers blanchâtres, accompagnés d'un liquide gluant* ” selon les Bobo.

Les interlocuteurs s'accordent tous à reconnaître que le balayage du sein permet de voir les fourmis ou les vers sans le moindre doute : “ *Elles sortent comme des petites amandes, elles sont vivantes et elles bougent dans le remède* ” dit une femme mossi. “ *Quand on fouette les seins, il y a de tous petits vers blancs qui sortent vivants avec un liquide un peu blanc* ”, témoigne une mère bobo qui en a souffert. L'extériorisation des fourmis et des vers représente la meilleure preuve de leur présence et de l'efficacité du traitement. Cependant, tous les “balayages”

⁸⁷ *Parkia biglobosa* (Jacq.) Benth. (MIMOSACEAE), appelé *nééré* en français.

⁸⁸ Parfois décrites comme épineuses.

ne permettent pas de les voir ; le traitement n'en serait pas moins efficace. Il s'agit évidemment d'un procédé d'illusionnisme réalisé par le thérapeute ; on retrouve là un grand classique des pratiques thérapeutiques extractives d'objets ou d'insectes qui sont décrites dans de nombreuses sociétés.

Si tous ces traitements échouent, la tuméfaction initiale se transforme en abcès qu'il est alors nécessaire d'inciser. L'abcès est ouvert, vidé et méché, des pansements quotidiens doivent être réalisés jusqu'à la cicatrisation complète ; la cure de l'abcès est extrêmement douloureuse. Lorsque ce geste est réalisé au dispensaire, une antibiothérapie est associée et les pansements sont réalisés avec des antiseptiques. Mais souvent ce sont des guérisseurs qui l'effectuent ; l'un d'eux précise que le coton avec lequel il mèche l'abcès est trempé dans du pétrole le premier jour, puis dans du beurre de karité mélangé avec diverses plantes en poudre les jours suivants.

Des soins rudimentaires conduisent parfois à des récives ou à des états suppuratifs chroniques qui entraînent à la longue des lésions irréversibles. Il arrive que le sein soit réduit à l'état d'un moignon déformé par plusieurs zones de cicatrisation fibreuses et rétractiles. Lorsque la cicatrisation évolue favorablement, l'enfant est remis au sein. Mais il arrive qu'il refuse de téter ce sein ; la mère va alors "obliger" l'enfant afin qu'il reprenne l'habitude de téter les deux seins.

Cette affection serait très fréquente et redoutée, son traitement pas toujours immédiatement efficace. Certaines femmes sont obligées de multiplier les recours thérapeutiques auprès de plusieurs guérisseurs pour parvenir à une guérison. Malgré cette fréquence élevée, il n'existe pas (ou plus) de traitement préventif qui puisse être appliqué aux jeunes filles ou aux femmes lors de leur grossesse ou après l'accouchement, donc avant que la maladie ne se manifeste. Tout au plus, il est possible de balayer les deux seins, même lorsqu'un seul est atteint.

Le biis-moogo (Mossi)

Ce terme est lui aussi composé de la racine *biis*, de *biisri* (sein) et du nom commun *moogo* qui signifie herbe, paille. L'affection se manifeste par de violentes douleurs, sous la forme de piqûres dans la région rétroaréolaire ; elle peut s'accompagner d'un gonflement du sein. Elle serait due à la présence d'un morceau de paille ingéré accidentellement par la femme à travers l'eau de boisson ou dans un aliment. Après avoir circulé dans le corps de la femme, ce morceau de

dans un aliment. Après avoir circulé dans le corps de la femme, ce morceau de paille suivrait le parcours de drainage du lait et viendrait se bloquer, se “caler”, en arrière du mamelon lors de la tétée. La douleur surviendrait pendant la tétée, elle serait très vive : “ *Lorsque l'enfant tète, ça fait crier, ça fait comme si tout le sein allait être arraché* ” dit l'une jeune femme qui en a souffert peu de temps avant l'entretien.

Il arrive que l'enfant refuse de téter ce sein qui se met alors à gonfler, la mère doit “obliger” son enfant à téter afin d'extraire la paille. En effet, la principale solution consiste pour la mère à endurer la douleur et à faire téter l'enfant afin “ *qu'il fasse sortir la paille* ”. “ *Au moment où la paille descend, ça fait très très mal, si tu retires l'enfant qui tète tu peux voir la paille qui sort, mais souvent tu ne la vois pas parce qu'elle passe chez lui* ” confirme une jeune femme. Cette paille ingérée par l'enfant provoquerait des maux de ventre et de la diarrhée ; ces maux seraient inévitables.

Certaines guérisseuses proposent également un balayage du sein presque identique à celui appliqué pour le *biis-guya*, afin d'extraire la paille : “ *Il faut prendre un balai et la boîte de crème du bébé (beurre de karité), tenir la boîte sous le sein et balayer le sein 4 fois [de la poitrine vers le mamelon] et ça finit vite* ”. Une expression manuelle du sein serait sans effet pour tenter de faire sortir cette paille. Si la paille tarde à être extraite, cela pourrait également entraîner la formation d'un abcès à inciser.

Cette sémiologie est proche de celle provoquée par des ulcérations du mamelon (les “crevasses”, selon la terminologie populaire française). Pourtant les femmes affirment qu'elles ne constatent aucune plaie visible, même minime, lors du *biis-moogo*.

Le laba (Bobo Madare)

Le terme *laba* signifie “plaie ou crevasse” en bobo. Cette affection, assez répandue, est décrite comme très douloureuse. Elle se traduit par des plaies sur le mamelon qui peuvent conduire à des saignements lors de chaque tétée. *Laba* atteint surtout les femmes qui allaitent leur premier bébé, celles qui n'ont pas assez de lait, et celles qui allaitent les enfants qui ont déjà quelques dents. “ *Ça peut faire ça aux femmes qui allaitent pour la première fois, ou lorsque la maman n'a pas assez de lait et que l'enfant tire avec trop de force* ” selon une vieille

pas assez de lait et que l'enfant tire avec trop de force” selon une vieille femme bobo, tandis qu'une jeune mère villageoise affirme : “ *On pense que c'est l'enfant qui fait ça, ce sont les dents. Le sein se coupe et si l'enfant tète, les dents rentrent dans la plaie. Le sang et le lait, tout est mélangé*”.

En ville, il arrive que des femmes s'adressent aux dispensaires pour cette affection, mais le plus souvent uniquement après avoir essayé plusieurs thérapeutiques traditionnelles. Pour cette affection, les recours aux services de santé, en première intention, sont exceptionnels. Les vieilles femmes ont en effet tendance à déclarer qu'il ne s'agit pas d'une réelle maladie. Elles affirment que ce n'est pas grave, et si elles en ont le pouvoir, elles interdisent aux jeunes femmes les traitements biomédicaux. “ *Ça fait très mal, dit une vieille femme, mais il faut que l'enfant continue à téter, parce que c'est comme ça que se guérit [la plaie]. Même si on met un produit sur le sein ça va vite partir. On continue à donner à téter. Même si c'est le sang de sa maman que l'enfant boit, ça ne peut pas lui faire de mal*”.

Dans les villages, on considère également que la guérison du *laba* vient en continuant à allaiter l'enfant : la salive aiderait la guérison de la plaie, et la tétée empêcherait la formation d'abcès. De plus les médicaments utilisés pour soigner les plaies sont jugés dangereux pour l'enfant car il les avalerait avec le lait. Néanmoins, quelques remèdes traditionnels sont employés si la situation ne s'améliore pas ou si elle s'aggrave. Les guérisseurs conseillent alors de ne pas donner le sein malade à l'enfant, et ils essayent de le guérir avec des plantes qu'ils appliquent sur le “bout du sein” (*nyngi lo*). Ils emploient les excroissances convexes du fût de certaines plantes (“ *les parties enflées du tronc*”), les brûlent et mélangent la cendre ainsi obtenue avec du beurre de karité qu'ils appliquent sur le sein malade.

Plusieurs femmes affirment qu'à l'occasion d'une atteinte par le *laba*, il arrive que du sang de la mère jaillisse du mamelon dans la bouche de l'enfant, et que celui-ci le déglutisse. Ce mélange du sang avec le lait est jugé sans conséquence pour l'enfant : “ *Qu'est-ce que ça peut faire de mal à l'enfant ? C'est le lait et c'est le sang de sa maman*” affirme une femme de Bobo-Dioulasso. La crainte de la transmission, par cette voie, d'une maladie entre une mère et son enfant est

totale­ment absente, alors même qu'elle est redoutée si un tel accident survenait avec une nourrice ⁸⁹.

Le dabulu (Bobo Madare)

Dans la langue française en usage à Bobo-Dioulasso, le terme *dabulu* est couramment traduit par “furoncle”. Dans leur dictionnaire, Le Bris et Prost lui accordent la signification “d'abcès” (1981 : 135). La description de cette affection évoque effectivement l'abcès mammaire.

Le rôle du père dans le traitement des maladies des seins (nyngi do ba) chez les Bobo

Lorsqu'une femme souffre d'une affection mammaire pendant l'allaitement, la séparation des époux est toujours recommandée. Elle est considérée comme faisant partie du traitement. Cette séparation dure jusqu'au total rétablissement de la femme. Elle est jugée indispensable, qu'il s'agisse d'un traitement moderne ou traditionnel. La femme malade part avec l'enfant qu'elle allaite pour rejoindre sa famille d'origine. Son mari peut lui rendre visite, mais il lui est interdit de dépasser l'enceinte de la concession et d'entrer dans la cour. “*Si ton mari te voit et te caresse les seins, la maladie s'aggrave*” met en garde une femme rurale. La séparation du couple a pour but d'éviter la proximité physique et les éventuels rapports sexuels.

Ce discours peut bien sûr paraître contradictoire ou superflu par rapport à l'interdit sexuel qui est recommandé jusqu'à la marche de l'enfant. En fait, c'est l'émergence du “désir sexuel” qui est redoutée, et les conséquences de cette “émotion” qui altérerait le sang de la femme et agirait sur la maladie des seins. Selon plusieurs interlocuteurs, la simple présence du mari pourrait créer une “excitation” retentissant sur la qualité du sang maternel. Cela entraînerait la formation de “sang chaud” chez la femme. Si un rapport sexuel se produisait, le liquide séminal masculin ajouterait un supplément de “saleté” au “sang chaud”, le rendant ainsi doublement dangereux, pour la femme et pour l'enfant. La séparation du couple est ainsi légitimée : “*Le mal peut venir du mari. On éloigne la femme parce que s'ils ont des rapports sexuels le sang [de la femme] bouillonne et devient chaud. Quand ça va dans les seins la maladie s'aggrave. Avec le mari à côté [de la femme], la maladie ne termine jamais*”.

⁸⁹ Cf. chapitre XI.

Une autre femmes déclare : “ *La femme qui a les seins enflés doit quitter la maison. Si le mari te voit, la maladie des seins ne finit plus. Ça prend du temps à guérir et ça peut entraîner la fin du lait* ”.

Dans les villages, où le traitement de ces affections est presque exclusivement traditionnel, la femme se sépare toujours de son époux. En ville, cette prescription tend à être moins respectée : l'efficacité de la prise en charge biomédicale, et la structure monogame des foyers où la présence active et constante de la femme est indispensable, interfèrent avec ces recommandations. Elles sont néanmoins systématiquement rappelées.

Certaines femmes affirment que *dabulu* apparaît lorsque l'enfant ne tète plus, soit parce que malade, il refuse le sein, soit à la suite du sevrage. Le lait se transformerait en pus, il créerait des gerçures sur la peau du sein. D'autres affirment que cela commence par une altération du lait, le goût en deviendrait désagréable pour l'enfant qui refuserait alors de téter, ce qui aggraverait l'engorgement mammaire et entraînerait la transformation du lait en pus. Dans un premier temps le sein enfle, ensuite le goût du lait devient “ aigre ” (*sini* : aigre/acide), et l'enfant cesse alors de téter. Le premier traitement consiste à forcer l'enfant à téter : “ *Il faut qu'il tète pour enlever les saletés qui sont dans le sein* ”, même si ça peut lui déclencher une diarrhée ; sinon le lait se transforme en pus et une incision sera nécessaire.

Avant qu'une collection purulente se forme, et pour la prévenir, plusieurs traitements sont proposés. L'un d'eux consiste à frotter les seins contre la paroi d'un grenier ; ainsi dans certaines habitations, les greniers sont conservés à ces seules fins thérapeutiques. Au début du gonflement du sein, certaines femmes conseillent de presser le sein, du haut vers le bas, entre les deux faisceaux de brindilles d'un balai afin de faire sortir les impuretés présentes dans le sein et de réactiver la circulation du lait. Des vieilles femmes proposent aussi des emplâtres d'argile, qui permettraient de “ *tirer le vent qui est dans le sein* ”. Enfin, une autre solution consiste à aspirer avec la bouche le mamelon afin d'en “tirer” le pus jusqu'à ce que le lait recommence à couler. C'est souvent la mère de la femme malade qui fait cela ; il est dit qu'elle seule peut supporter le goût et l'odeur très désagréables qui se dégagent du sein atteint par cette maladie.

Dans les villages, on a tendance à attendre que la collection purulente s'ouvre spontanément. On intervient ensuite en pressant la partie malade afin d'extraire le pus : *“ Il faut attendre que tout le lait se transforme en pus, il faut attendre que ça éclate la partie blanche de la peau. Dans ce cas on ne presse pas les seins ”*, explique une femme. Quelques préparations sont également appliquées autour de l'ouverture de la plaie, afin de faciliter la sortie du pus. Un guérisseur renommé, qui habite dans un village situé à 25 km de Bobo-Dioulasso, traite cette affection avec : *“ des “attouchements” de terre, ou avec de la sève de wolompo ⁹⁰. Cette sève ronge la peau et peut la faire éclater toute seule, il faut éviter de se toucher les yeux avec ça. Sinon, il faut inciser, presser pour faire sortir le pus et faire le pansement avec du coton ou des fleurs de kapok dilués dans de la pâte de mil et dans la sève du wolompo ”*. Enfin, un autre traitement consiste à mettre des médicaments en poudre avec du sel autour de la “ bouche de la plaie ” (*do da* ; *do* : bouche ; *da* : plaie) et d'attendre que le “ furoncle ” éclate. On traite ensuite la blessure avec du coton et du beurre de karité. L'incision est le plus souvent pratiquée par des hommes. Ils palpent le sein pour localiser la région à inciser : celle-ci doit être “ chaude et molle ” ⁹¹.

Certaines jeunes femmes rurales se plaignent de ne pas avoir accès aux traitements biomédicaux comme cela est possible en ville. Une femme, mère de cinq enfants précise : *“ Au village souvent il faut faire l'incision à l'indigénat ⁹², mais ce n'est pas bien, ça peut bouffer tout le sein. Il y a des femmes qui ont dû couper leur sein, et il y a des femmes qui sont décédées à cause de ça. Moi, je ne donne pas mon sein à l'indigénat ”*. Mais le plus souvent, les gens nient la gravité de ce type d'affection.

⁹⁰ *Calotropis procera* (Ait.) Ait. F. (ASCLEPIADACEAE) ; cet arbre produit un latex caustique contenant diverses substances toxiques ; anciennement employé à la fabrication de poison à flèches (Von Maydell 1990 : 192).

⁹¹ Il s'agit des critères sémiologiques biomédicaux habituels d'un abcès collecté.

⁹² En français d'Afrique, le terme “indigénat” est employé comme synonyme de “médecine traditionnelle”.

Le rot et la toux de l'enfant (Bobo Madare, Mossi)

Une affection du sein peut également survenir si le nourrisson, au cours de la tétée, éructe ou tousse en face du mamelon. Il ne semble pas qu'un nom spécifique soit attribué à cette affection, pas plus en moré qu'en bobo. Selon les Mossi, la toux ou le rot provoquerait la pénétration dans le sein, à travers le mamelon, d'un élément qui bloquerait l'écoulement de la sécrétion lactée et conduirait à une tuméfaction douloureuse de l'extrémité du sein. Les femmes bobo précisent que *“ si l'enfant tousse sur la “bouche du sein”, cela fait entrer une sorte de “vent” qui fait gonfler le sein et qui gâte le lait, il devient comme de l'eau. Quand l'enfant tousse il rejette de l'air, comme l'air de l'enfant est très chaud, les seins se chauffent. Si les seins sont couverts la toux ne fait rien ”*. Aussi, toute femme allaitante doit éloigner l'enfant de sa poitrine lorsqu'il manifeste le désir de tousser⁹³. Un petit rituel bobo d'annulation consiste à frapper immédiatement la bouche de l'enfant avec le sein.

Conclusion

La description des entités nosologiques populaires, qui définissent les déficits de sécrétion lactée et les complications de l'allaitement maternel, montre que ces affections sont l'objet d'interprétations multiples. D'une part, on retrouve un ensemble de causes faisant référence à différentes conceptions qui relèvent de l'ethnophysiologie de la lactation (rôle du sang, influence de la chaleur, rôle de certains insectes, etc.). D'autre part, certaines interprétations se réfèrent à des causes surnaturelles (sorcellerie, ancêtre, divinités). Dans les deux cas, la responsabilité de la femme est très souvent engagée, car l'on retrouve à l'origine de la perturbation de l'allaitement un manquement à des règles, une “imprudence” à laquelle la femme se serait exposée, plus ou moins consciemment. Cette responsabilité est parfois plus étendue, elle est partagée par les différents membres de la famille (du lignage). Les difficultés et complications de

⁹³ La toux (*kosgo*) est une des diverses modalités de transmission des maladies reconnue par les Mossi.

l'allaitement traduisent alors une relation non harmonieuse entre les ancêtres qui président à la destinée des membres vivants du lignage, ou entre différentes personnes (sorcellerie). Ces situations révèlent l'inscription sociale, collective, qui est aussi donnée à l'allaitement maternel.

Les entités nosologiques sont définies par la population à partir d'observations précises et répétées des affections ; elles révèlent l'existence d'un savoir populaire empirique élaboré. Cette sémiologie est interprétée de manière spécifique selon chaque groupe culturel, si bien que les classifications nosographiques ne se recouvrent pas entre deux aires culturelles, de même qu'elles ne se superposent pas avec la nosographie biomédicale. Il s'agit d'un phénomène qui a déjà été décrit plusieurs fois (Jaffré *et al.* 1999).

À l'occasion de cette étude, il est apparu que les affections liées à l'allaitement maternel sont extrêmement fréquentes. Les difficultés d'allaitement sont à ce point habituelles que, dans leurs premières manifestations, elles ne sont pas considérées comme de réelles pathologies, mais comme les incidents de parcours inévitables de tout allaitement. Elles ne sont considérées comme des maladies que lorsque l'allaitement doit être interrompu. Il est exceptionnel de rencontrer une femme qui n'aurait jamais eu ni de difficulté d'allaitement ni de pathologie mammaire, en ayant allaité plusieurs enfants. Ces anomalies, par leur fréquence, sont considérées comme des phases presque normales de l'allaitement. C'est notamment l'avis des femmes âgées qui exhortent ainsi les plus jeunes à supporter les souffrances et à ne pas s'en plaindre, et qui tentent de gérer les épisodes de difficultés en dehors de tout recours aux structures de santé. Ainsi, malgré la prévalence élevée de ces troubles, le caractère banal qui leur est accordé contribue à leur invisibilité dans les structures de soin. Il est également évident que le coût des prescriptions biomédicales limite aussi le recours des femmes aux services de santé. Le prix des ordonnances d'antibiotiques et d'anti-inflammatoires est bien souvent hors de portée pour les femmes qui doivent attendre l'aide financière de leur conjoint.

Il apparaît nécessaire de mener des études de prévalence de ces affections en population générale, sur la base de la nosographie populaire, car les mastites et les abcès du sein, qui ont été identifiés comme facteurs de risque de la transmission du VIH, semblent faire rarement l'objet d'une prise en charge dans le secteur biomédical.

Références bibliographiques

Bonnet D.

- 1981 La procréation, la femme et le génie (Les Mossi de Haute-Volta), *Cahiers de l'ORSTOM*, série sciences humaines 18 (4) spécial "Médecines et santé", 1981-1982 : 423-431.
- 1988 *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso*. Paris, Éd. de l'ORSTOM, coll. Mémoires, n° 110.
- 1994 L'éternel retour ou le destin singulier de l'enfant. *L'Homme* 34 (3) : 93-110.

Jaffré Y. et J.-P. Olivier de Sardan

- 1999 *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris, P.U.F., coll. Les Champs de la Santé.

Le Bris P. et A. Prost

- 1981 *Dictionnaire bobo-français*. Paris, Société d'Études Linguistiques et Anthropologiques de France, SELAF.

Montjoye E. (R.P.)

- 1952 *Réponses au questionnaire sur la société bobo-fing*. Cyclostylé.

Von Maydel H.-J.

- 1990 [1983] *Arbres et arbustes du Sahel : leurs caractéristiques et leurs utilisations*. Version française J.-B. Chappuis, 1^e édition Weikersheim, GTZ, Margraf.

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

Première partie. Ethnographie de l'allaitement au Burkina Faso

Chapitre VII

La voie du lait. Le sens des pratiques autour de l'allaitement chez les Peul du Séno

Par Madina Querre

[Retour à la table des matières](#)

Dans l'environnement agro-pastoral et dans la culture des Peul du Séno, le lait est une conjonction de significations et de vertus. La traduction littérale du mot *kossam* (lait), atteste de sa valeur : *kossam* signifie "ce qui est meilleur". Le lait est porteur d'identité pour les Peuls, un peuple composé originellement de pasteurs ayant d'importants et multiples usages matériels et sociaux du lait. "*Le Peul pur est un Peul qui boit du lait*". Le lait est très présent dans leurs mythes et leurs contes. Il y est présenté comme humain, animal, mais aussi lié au "divin", ainsi que l'atteste le mythe d'origine rapporté par Amadou Hampâté Bâ.

Le lait, tout comme le sein qui le transmet, appartient au vivant, sans distinction linguistique entre monde animal et humain. En effet le sein maternel, le lait et le colostrum, sont désignés par les mêmes termes chez les humains et les animaux : *enndi*, *kossam* et *kanndi*. En revanche, une distinction linguistique existe selon le sexe – la poitrine de l'homme est désignée par le terme *gaande*. Contrairement au sein, les autres parties du corps portent des noms différents : le placenta est nommé *jaado* pour l'humain et *bammbol* pour l'animal.

*Extrait de “La création du monde par Guéno,
à partir de la goutte de lait”,
mythe peul transmis par Amadou Hampâté Bâ**

“ Avant le premier jour des êtres contingents, [...] il y avait Guéno, l'Éternel, qu'aucune langue ne saurait décrire et qu'aucun œil incrusté ou non dans des orbites ne saurait discerner. Guéno demeurait seul, environné de sa propre puissance et de son savoir infini, lesquels constituaient son royaume et son habitat. Celui-ci était irréparable, et surtout inviolable. Bien qu'il fût partout, il n'était nulle part... Guéno vécut ainsi, mystérieusement, un nombre d'hivernages égal au nombre des grains de sable de toutes les dunes de la terre, ... puis il créa un bâton. Il en creusa l'intérieur et le remplit d'un liquide qu'il tira de lui-même. Après des hivernages et des hivernages, ce liquide se transforma en lait. Guéno laissa une goutte s'échapper du bâton. Il la projeta dans le vide. La goutte se mit à y tourner sur elle-même durant d'innombrables hivernages. Guéno nomma cette goutte *tobbere kosam* : goutte de lait. Il la laissa évoluer dans le vide. À force d'y tourner, la goutte grossit, gonfla, et finit par remplir tout l'espace. Elle s'endormit et le sommeil l'épaissit**. Guéno vit que *tobbere kosam* devenu *fèdan'nde*, lait coagulé, obstruait et bouchait l'espace. Alors il créa le feu, puis l'air, puis il créa trois mouvements : un mouvement montant, un mouvement descendant, et un rotatoire. Enfin, il créa *sirgal*, le fouet à lait. Il dota *sirgal* d'un long manche (appelé *tergal*, corps), et d'une tête armée de quatre branchettes, appelées “cornes”.

“ Guéno commanda au feu de chauffer *fèdan'nde*, le lait coagulé. Il commanda à l'air de devenir un immense récipient — une sorte d'immensealebasse — et de contenir *fèdan'nde*. Il commanda au mouvement rotatoire de loger dans les cornes de *sirgal*, et aux mouvements alternatifs montants et descendants d'animer le manche de *sirgal*. Guéno jeta alors *sirgal* dans *fèdan'nde*, le lait coagulé contenu dans l'air, puis il ordonna à *sirgal* de se mouvoir dans *fèdan'nde* chauffé par le feu. Montant, descendant, tournant sur lui-même, à l'aide de ses quatre cornes *sirgal* brisa *fèdan'nde*. Il le réduisit en grumeaux de lait, puis en crème épaisse. Sous le fouet de *sirgal*, *fèdan'nde* agité, laissa échapper des bulles. Vingt et un globules blancs s'élevèrent au-dessus de *fèdan'nde*. Les bulles échappées de *fèdan'nde* devinrent des étoiles et le beurre solide forma la terre. Au fond de laalebasse, il ne restait de *fèdan'nde* qu'un liquide laiteux, qui devint l'eau. L'univers était né.

“ Ainsi, lorsque la femme peul fait mouvoir le *sirgal**** dans saalebasse de lait, et que sous son action le lait se densifie, se coagule, puis se sépare et se différencie en crème, en beurre, en bulles aériennes et en petit-lait, elle participe elle aussi chaque jour, à sa façon, à la re-création du monde... ”

- * Texte inédit transmis par Amadou Hampâté Bâ et mis à notre disposition par Hélène Heckmann, exécutrice testamentaire littéraire de l'auteur et responsable de son fonds d'archives. Celle-ci nous a gracieusement autorisé à reproduire ce texte sur lequel elle conserve tous droits de propriété.
- ** On dit que le lait “ dort ” pour indiquer qu'il est coagulé.
- *** Bâton en bois que la femme roule entre ses deux paumes de mains en les maintenant bien plates. Ce mouvement est pratiqué de façon très rapide afin de faire un effet de batteur.

Ainsi, les Peul semblent accorder une place unique au lait, valorisé bien au-delà de l'alimentation des nourrissons. De plus, leurs représentations du lait animal sont connotées très favorablement, ce qui ne semble pas être le cas dans les populations Mossi et Bobo Madare qui le réservent à l'alimentation des jeunes animaux. Nous avons voulu savoir si cette valeur du lait influe sur la façon dont les Peul perçoivent la transmission de la maladie par l'allaitement, et ont recours à l'usage des laits animaux pour nourrir leurs enfants. Ce questionnement supposait que nous respections la logique culturelle des Peul du Séno, auprès desquels nous avons enquêté (voir encadré) ; pour cela, nous avons réalisé une “ethnographie du lait” qui ne distingue pas *a priori* le lait animal du lait humain.

Méthode de l'enquête

Ce travail est le résultat d'une enquête dans la région du Séno et à Ouagadougou (capitale du Burkina Faso) dans le quartier peul d'Hamdalay. Les entretiens spécifiques à ce thème ont été menés sur une période d'un mois en 1999, précédée d'enquêtes de terrain de 3 mois en 1994 et de 14 mois en 1997 sur les conditions de la venue au monde de l'enfant peul et de son intégration sociale jusqu'à l'âge adulte.

Les personnes qui ont été interrogées individuellement ou par groupes de trois à cinq personnes sont essentiellement des femmes, qui habitent à Ouagadougou, à Dori, et dans trois villages des environs de Dori. Ces personnes sont des Peul Djelgobé, des Peul Gaobé (sous-groupe des Peul, moins sédentarisé que les Peul Djelgobé), des Rimaïbé (anciens esclaves des Peul), des marabouts (hommes et femmes), et des agents de santé. Dans certains cas, les hommes se sont joints à la discussion menée de façon semi-directive.

Ces entretiens ont été menés avec l'aide d'un traducteur, qui exerce par ailleurs une activité professionnelle qui consiste à élaborer des programmes d'alphabétisation. Ses qualités professionnelles ont permis cette expérience, qui a suscité des ouvertures de discours à travers la plaisanterie, pouvant jouer sur sa présence masculine, comme sur ma présence féminine en quête d'informations. Les résultats et analyses présentés ici rapportent les représentations communes à la population d'enquête ; lorsque des avis et conceptions divergent des représentations générales, les caractéristiques de leurs auteurs sont spécifiées.

Les usages et la valeur sociale du lait animal

Pasteurs semi-nomades, les Peul vivent essentiellement d'élevage et secondairement d'agriculture. Ils élèvent le zébu dans le but essentiel de la production de lait à la base de leur nourriture. Bien que leur environnement écologique n'assure plus aux Peul du Séno la richesse d'il y a seulement quelques décennies, le pastoralisme est toujours leur activité dominante.

La gestion du troupeau

Chaque individu possède son troupeau dont la constitution commence dès la naissance. En effet, garçons et filles reçoivent une vache, qui sera élevée par le père, pour que sa progéniture revienne à l'enfant le jour de sa majorité. L'enfant apprend à reconnaître ses bêtes au sein du troupeau dès l'âge de sept ans, et peut ainsi suivre leur évolution, sans en être encore responsable. Aussi, le sort de ses animaux dépend-il de son père ou de ses frères. La quantité de bétail héritée dépendra de la fécondité de la première vache, de la survie de sa progéniture et des crises économiques vécues par la famille.

La gestion du troupeau diffère des pratiques des groupes ethniques sédentaires, qui font de l'élevage en appoint de l'agriculture. Pour les Peul, il représente un patrimoine qu'il faut augmenter et non pas vendre. Ce n'est qu'en période de nécessité qu'un animal sera vendu ; ce sont les caprins et ovins qui sont vendus d'abord, puis un bovin, seulement si nécessaire.

Cet élevage est organisé différemment selon les saisons. En saison sèche, les troupeaux sont déplacés vers des pâturages fertiles, amenant les hommes à s'absenter pendant plusieurs semaines, voire quelques mois. Pendant cette transhumance de la majorité du troupeau, quelques vaches laitières restent dans la case familiale auprès de la femme et des enfants. Pendant la saison des pluies, une attention particulière s'impose afin de protéger les champs. La journée,

Les Peul du Séno

La grande diversité des sociétés se réclamant d'une même identité peul tout en connaissant une dispersion extrême fait l'objet de débats et de controverses. Une synthèse récente des connaissances concernant notamment l'historicité, les référents culturels, l'esclavage, l'émancipation et la nouvelle mobilité des pasteurs peul, réalisée par un groupe de recherche sur les sociétés peul, fait un état des lieux de ces questions (Botte *et al.* 1999). Nos résultats concernant le Séno ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population Peul.

La région du Séno est située au Nord-Est du Burkina Faso, dans un espace sahélien. Les ressources des habitants, à majorité peul, proviennent en général de deux activités principales : l'élevage des bovins et la culture du mil (Pillet-Schwartz 1999). Le mode de vie des Peul du Séno, lié au troupeau et à la production laitière, fait écho à celui décrit par M. Dupire (1970) ou P. Riesman (1993) pour les Peul et par E.E. Evans-Pritchard (1937) pour les Nuer. L'unique différence tient à la production fromagère qui est absente dans la région du Séno mais se trouve également au Niger.

Les sécheresses respectives de 1973, 1984 et 1997, ont été particulièrement sévères et préjudiciables, créant un déséquilibre environnemental accentué par une surexploitation des sols restants par un rassemblement d'éleveurs venus du Mali et/ou du Niger. Cette période a eu pour conséquence la mort des arbres, une stérilisation de vastes espaces désormais impropres aux cultures, un renouvellement des pâturages compromis au moindre accident climatique ou de surpâturage, un assèchement des puits et des mares (Raynaud 1997).

Les femmes gourmantché (autre groupe ethnique présent au Séno) et rimaïbé (groupe socio-ethnique qui rassemble d'anciens esclaves des Peul) exploitent des lopins de terre avec principalement du gombo, de l'arachide et de l'oseille. Les femmes peul et bella ne pratiquent que la vente de lait. Cette ressource financière n'est pas disponible dans les périodes arides, les vaches ne produisant pas de lait. L'autosuffisance alimentaire des familles est donc précaire : les familles peul et bella ne sont autosuffisantes que 7,5 mois par an, alors que les familles rimaïbé et gourmantché le sont 10 mois (source UNSO, Dori, 1995).

La ville de Dori représentait au début du siècle une porte stratégique vers le Sahel pour ses échanges commerciaux intenses, grâce à son marché de céréales et de bétails. Le déclin des routes trans-sahariennes, dû aux sécheresses, a induit petit à petit l'affaiblissement de cette prestigieuse ville au marché florissant (Ouedraougo 1997). Devenue la capitale du Séno, elle est un espace administratif, qui n'offre plus de dynamique économique. Les habitants des

voisins viennent y vendre du lait et du bétail, mais les sources de revenus y sont rares, le nombre de commerçants étant réduit ; il n'y a quasiment pas de petites activités génératrices de revenus. Aucun projet social n'est conçu par le gouvernement, l'Action Sociale n'ayant pas de crédit pour élaborer des projets. Le taux brut de scolarisation en primaire est le plus bas du pays : 15,3 % en 1998-1999 (Save the Children Fund /UK 1999 : 6) pour une moyenne nationale de 37,7 % en 1995-1996 (PNUD 1998 : 104).

les animaux sont conduits au pâturage ; le soir ils sont gardés dans un enclos, tandis que certaines vaches laitières sont gardées au sein de la cour familiale afin de recevoir un complément alimentaire visant à augmenter leur production laitière. Ce sont les enfants (les garçons) qui sortent les animaux des enclos et de la cour familiale à la pointe du jour, tandis que le père vaque à ses occupations matinales. Ils les ramènent un peu plus tard pour que la mère puisse pratiquer la traite. Les bergers les emmènent ensuite dans les pâturages jusqu'au coucher du soleil ; au retour a lieu la seconde traite.

Ainsi, la gestion du troupeau dans les familles peut revenir aux hommes, initiés dès l'âge de sept ans. Ils sont responsables de son alimentation et de sa santé. En période sèche, lorsque les herbages sont insuffisants, il est nécessaire de procurer au bétail des substituts alimentaires à base de graines de coton et de fibres de mil qui sont pilées avant d'être données aux animaux ; cet acte est pratiqué par l'homme. Cependant la gestion du lait revient en totalité à la femme.

La production du lait

Les vaches laitières reçoivent une attention particulière en étant gardées dans l'enclos familial, où une alimentation complémentaire leur est offerte. Lorsqu'un veau boit encore le colostrum, la vache n'est pas traite afin de laisser ce premier lait au veau. Seule la propriétaire peut approcher l'animal. L'on rapporte l'exemple d'une femme qui s'était absentée plusieurs jours et dont la sœur venait traire la vache. Pour pouvoir approcher l'animal, il fallait qu'elle porte une tenue

appartenant à sa sœur, induisant ainsi la vache en erreur ; elle était la seule à pouvoir déjouer l'animal de la sorte, grâce à la ressemblance physique.

La traite, en elle-même, demande une certaine agilité pour ne pas effaroucher l'animal. Tout comme l'homme marque son statut par la maîtrise et la beauté de son troupeau, la femme manifeste le sien par la maîtrise de la vache laitière et du produit qu'elle en extrait. Lors de la traite, le lait est recueilli dans unealebasse par la femme qui s'est préalablement lavée et porte un pagne propre. La femme est assise à droite de la vache sur un petit siège en bois, ou accroupie, tandis que le veau est attaché du même côté, le cou contre la patte antérieure de sa mère. Les deux pattes postérieures de la vache sont attachées par une corde passée en huit. De la nourriture lui est donnée pendant la traite, mais selon sa violence, la tête de la vache peut être maintenue par un homme à l'aide d'une corde passée autour des cornes. Le veau est toujours présent à la traite et peut être admis à téter en cours d'opération, pour provoquer la descente du lait. Une fois le lait traité, il est souvent versé dans une grandealebasse, mélangeant ainsi le produit de plusieurs animaux.

La transformation et l'échange du lait

L'alimentation peul est structurée autour du lait dont la valeur est signifiée dans la terminologie peul. En effet, les termes désignant l'eau et le lait appartiennent à une classe unique, car elle n'a pas de pluriel. C'est la classe *dam*, constituée de cinq termes : *kossam*, le lait ; *ndiyam*, l'eau ; *nebbam*, le beurre, la graisse, la crème ; *yyiam*, le sang ; et *jam*, la santé, le bonheur, le salut, la paix. Cette classe distingue ainsi les substances essentielles à la vie, liquides fondamentaux pour le bien-être de l'individu, pour sa santé, *jam*.

La plus grande partie du lait est consommée immédiatement, frais ou caillé. Une petite quantité est commercialisée, l'offre restant de très loin plus faible que la demande. La qualité du lait est souvent douteuse, certaines femmes le diluant afin d'en augmenter la quantité. Il est vendu dans les marchés des villes voisines par les femmes, plus particulièrement, dans cette région, à Dori, et à Ouagadougou dans le quartier d'Hamdalay. Le reste du lait est transformé en lait caillé et en beurre.

La saison et la nature du récipient de caillage sont les deux facteurs connus par les femmes, qui agissent sur les micro-organismes responsables du phénomène. Les femmes peuvent savoir modifier la saveur du lait caillé en jouant sur un certain nombre de facteurs. Le choix du récipient, par exemple, est important, le fer émaillé augmentant le temps de caillage (qui varie entre 36 et 48 heures). Les récipients émaillés permettent plutôt de conserver le lait frais, tout comme les ustensiles en bois. Ainsi unealebasse propre est réservée spécialement pour le caillage du lait. Elle est recouverte afin d'éviter les mouches et les poussières, même si le caillage se fait mieux à l'air libre.

Une fois que le caillage est terminé, la crème est retirée à l'aide d'une louchealebasse pour être versée dans le récipient de barratage, le *djollorou*, qui est aussi une variété dealebasse. Ce récipient est traité pour qu'il ne donne pas son goût amer au lait. Il est bouché avec une rafle de maïs et le barratage commence. Le récipient est secoué de bas en haut à un rythme régulier et, de temps en temps, le récipient est débouché pour que le gaz s'échappe. Après 7 ou 8 minutes, la femme vérifie si des globules de beurre sont apparus. Le barratage est alors presque terminé et nécessite une grande attention. La femme vérifie la grosseur des globules de beurre qui doivent atteindre une taille précise pour être considérés comme prêts. Le contenu est versé dans unealebasse et le récipient baigné d'eau afin de récupérer le beurre des parois. Elle fabrique alors de petits disques de beurre. Le lait caillé est ensuite agité à l'aide d'une tige de bourouganne qu'elle roule entre ses deux mains ouvertes et plates. Ainsi, le gros caillot qui emplissait laalebasse devient un produit fluide mais épais.

La crème n'est jamais vendue, mais parfois consommée en famille ou servie à un hôte de marque lorsqu'elle n'est pas transformée en beurre. Le lait caillé est partiellement vendu, mais surtout consommé par la famille. Il entre dans la préparation du *djobbal*, qui est une pâte de petit mil cuite, épaisse ; cette pâte est délaillée dans le lait caillé avec parfois un peu de sucre. Ce plat constitue souvent le déjeuner consommé aux alentours de 13 heures.

La "valeur sociale" du lait

Chaque jour, la femme peut répéter ce geste du barratage du lait et c'est au rythme du battement du lait contre les parois de laalebasse que la journée sociale

commence. Les femmes, après avoir trait leur vache, recueilli la crème pour le barratage, visitent le voisinage pour offrir à certaines un peu de lait, ou apporter les salutations matinales. Le don de lait signifie un lien social privilégié qui est rappelé lors de ces visites matinales. Le lait symbolise le lien : boire le lait offert est un pacte d'amitié ; le refuser serait une rupture de lien.

Pour la femme le lait marque, entre autres, son rôle social : liberté de choix des liens par le don du lait ; pouvoir sur le lait, dont elle maîtrise la transformation très délicate ; liberté économique donnée par sa commercialisation dont le produit de la vente lui appartient en totalité. Avec l'argent de la vente du lait, la mère achète les parures nécessaires à la valoriser en tant que "femme" par une esthétisation de l'apparence physique. La propriété de ce lait marque son statut familial, car le lait est la base alimentaire de tout Peul. Parler d'un "Peul pur", sous-tend que c'est un Peul "qui boit du lait", ce que l'on retrouve dans les expressions "*Pullo boddejo coy*" ("Peul tout rouge"), ou "*Pullo haardo kosam*" ("Peul rassasié de lait"). Ceci amène des échanges à plaisanterie entre groupes peuls, de familles différentes, chacun se valorisant d'être le "Peul pur" et l'autre son esclave.

La femme reçoit la charge de nourrir, avec le lait, la famille entière. Le troupeau est maîtrisé par l'époux, dans le but d'obtenir le lait quotidien, et ce même lait est la propriété de la femme. La gestion de ce lait confère à la femme un "pouvoir social" indirect, illustré par le conte peul suivant :

"Une femme va voir un marabout pour lui demander de l'aide. Elle veut mieux séduire son mari. Le marabout lui répond que c'est simple et compliqué à la fois. Il faut qu'elle trouve du lait de lionne. La femme rentre chez elle et essaie tout. Chaque jour, elle met du lait, de la viande devant sa porte pour séduire la lionne. Chaque jour elle s'approche de la lionne un peu plus. Petit à petit la lionne la laisse s'approcher. Un jour, elle a pu attraper les tétines de la lionne et la traire. Elle l'apporte de suite au marabout qui lui dit : "Si tu as réussi à trouver des astuces pour dompter la lionne, tu peux utiliser les mêmes pour dompter ton mari". " (Femme marabout de Dori)

La production et la valeur sociale du lait humain

L'ethnophysio­logie de la lactation et les représentations de ce que véhicule le lait maternel pour les peul diffèrent sensiblement des représentations décrites chez les Mossi et les Bobo Madare.

Le lait et les fluides corporels

Substance issue de la fusion des "liquides" masculins et féminins lors du rapport sexuel qui a conçu l'enfant, le lait est porteur des caractéristiques du père et de la mère qu'il va continuer à transmettre au-delà de la gestation, pendant l'allaitement.

Il prolonge l'apport des substances essentielles qui ont constitué l'enfant. Un enfant allaité par une autre mère que la sienne, devrait au mieux être allaité par une femme de sa lignée maternelle, afin d'hériter des caractéristiques propres à sa famille maternelle. Dans le cas où il est allaité par une mère étrangère, il naît avec ses propres caractéristiques attribuées à la conception, mais l'allaitement contribuera à lui donner des attributs appartenant à sa nouvelle mère. *"Un enfant non-peul, allaité par une femme peul reçoit la "noblesse peul" et son comportement sera plus proche de celui d'un noble."*

La période d'allaitement, tout comme celle de grossesse, ne proscri­te pas les rapports sexuels. Le sperme est considéré comme un "aliment" qui se répand dans tout le corps, mais qui est ingéré par la femme par un autre orifice que la bouche. Le terme qui désigne le vagin, *nyaamu*, désigne en ajoutant le suffixe "de", soit *nyaamude*, manger, vaincre. Cette ingestion a lieu lors du rapport sexuel qui a conçu l'enfant et n'est plus nécessaire par la suite, sans être interdite. La fusion des substances a eu lieu, l'enfant est conçu ainsi que la substance qui l'alimentera ; le sperme n'a plus d'influence. En revanche, l'acte sexuel a une conséquence sur le sang et ainsi sur la chaleur du corps. Il active vivement le flux sanguin et augmente sa température. Le corps de la femme étant déjà en excès de

chaleur pendant la montée de lait, la chaleur supplémentaire apportée par le sang altère alors la qualité du lait. “ *Le lait de telle femme est de mauvaise qualité... C'est parce qu'elle est très amoureuse... Ça veut dire qu'elle a le sang chaud tout le temps, parce qu'elle ne se repose pas... Elle aime chaque fois faire l'amour.* ” Il est ainsi nécessaire de refroidir le sein avec de l'eau pour rétablir la température du sang et permettre à un nouveau lait de se former. Il se forme au niveau des canaux perçus comme naissant au niveau des aisselles et du cou, telle que le décrivent les femmes : “ *Les canaux qui conduisent le lait vers les seins viennent des épaules, du cou et de la poitrine. Toutes ces parties font mal et nous donnent souvent la fièvre lorsque le lait s'écoule vers le sein.* ”

Mais une fois l'enfant venu au monde, le lait *kossam* lui est tout de suite donné. Les premiers flux du lait, imprégnés de toute la valeur nutritive liée à la fusion des “liquides” de l'homme et de la femme, constituent le meilleur des laits. Le colostrum *kandi* est associé à la substance originelle. Le lait se constituera ensuite au fur et à mesure sur la base de cette fusion, mais il n'aura pas la teneur de ce lait particulier, à la consistance visqueuse et à la couleur “noirâtre”. Le colostrum est toujours défini avec des adjectifs différents quant à sa coloration “noirâtre”, “jaunâtre”, pour exprimer en fait une coloration non blanche. Le colostrum est systématiquement donné à l'enfant ; cela est justifié par analogie avec le monde animal, où le premier lait donne au veau toute sa force de développement. Au cours du premier mois, la vache n'est pas traitée, afin de laisser tout son “premier lait”, perçu comme très riche, au jeune veau. Il en est de même pour l'enfant qui doit en profiter afin de se développer au mieux. Pendant cette période, le colostrum permet d'expulser les déchets présents dans le corps de l'enfant à travers les selles. Le lait maternel qui suit est décrit comme idéalement blanc et liquide. En cas d'absence de lait maternel, c'est du lait animal qui sera donné à l'enfant ; au cours du sevrage, le lait animal est intégré petit à petit dans l'alimentation de l'enfant dès le sixième mois.

La valeur sociale du lait : l'inscription dans la parenté

Chanson peul de Weemdu (traduite par Nasourou) :
 “ Tète mon beau, les seins de ta mère pleins, qui gouttent.
 Tète le lait qu'on ne caille pas, qu'on ne vend pas.
 Tète mon beau. Celui qui tète par sa mère est impitoyable.
 Tète, car le sein *est le bien de parenté.* ”

Le terme *endam* qui signifie “parenté”, est construit sur le radical *en* de *enndu* : sein, et le suffixe *dam*, comportant la notion de “liquide laiteux”. Cette parenté de lait unit “ *ceux qui ont sucé la même mamelle, qu'ils soient ou non consanguins* ” (Beïdi 1993 : 19).

Le père transmet le nom, à la suite de l'allaitement maternel. Il peut reconnaître un enfant né pendant une longue absence, pratique fréquente chez les Peul, s'il est allaité par son épouse. L'enfant appartiendra alors au lignage paternel qui est celui du sang, donc celui de l'héritage. “ *Des enfants qui ont tété le même sein ne peuvent jamais se marier. Un lien de parenté direct est alors établi entre les deux enfants. (...)* ”. Quant à la parenté de lait par le père, elle provient du fait qu'il “ *est né d'une femme qui a un sein qu'il a tété.* [Le père n'a pas de sein dans l'apparence physique, mais il en a un en réalité]. *Dès lors chaque enfant qui naît de ce lien établit un lien de parenté de lait à partir du lait du sein de la mère de son père. C'est le lait de ce sein qui lie ces enfants de même père mais de mère différente.* ”

Un écho à cette notion peut être trouvé dans un travail de F. Héritier-Augé (1994). Cette parenté de lait, vraisemblablement préexistante à l'Islam, est reconnue par le Coran. Le lait des femmes n'a alors “ d'importance comme substance nourricière et support d'identité que parce qu'il est le vecteur de substances masculines qui ne peuvent transiter directement de l'homme à l'enfant ” (1994 : 163). La filiation par le lait est alors privilégiée au détriment de celle par le sang. La liste des interdits d'alliance et leur explication sont trop complexes pour notre propos, mais la notion fondamentale qui y donne accès est cette conception selon laquelle le lait vient de l'homme comme de la femme. F. Héritier-Augé en donne l'interprétation suivante : “ Il peut paraître surprenant

l'interprétation suivante : “ Il peut paraître surprenant que la parenté de lait prime la consanguinité dans le cas des cousins germains frères de lait (...) si, comme je le crois, il était important de diversifier des traces étrangères dans l'individu, mais fondamental pour le groupe de n'en consolider aucune, il n'était pas possible d'ériger des exceptions. C'est donc la règle commune qui a pu donner naissance aux stratégies diverses que nous avons vues s'exercer en Arabie Saoudite, puisqu'il suffisait d'instaurer une parenté de lait pour empêcher de se faire une alliance future qu'on ne souhaitait pas.” (1994 : 161). Chez les Peul, ces arguments sont sous-tendus par des représentations confirmant la place des substances masculines dans le lait. C'est par lui que sont en effet transmises les composantes de la personne de l'enfant, né de la trilogie père, mère, Dieu.

La transmission des composantes de la personne

“ Le plus souvent, il y a des traits communs qui se retrouvent entre l'enfant et la mère qui l'a allaité. Vous voyez, lorsqu'un enfant rimaïbé tète le sein d'une femme peul, cet enfant aura des traits physiques peul, et souvent même aussi l'intelligence d'un Peul. Cependant il peut lui arriver quelquefois d'extérioriser des comportements rimaïbé. ”

Si le bébé tient son caractère et ses traits physiques du lait de la mère, alors que tient-il de son père ? “ *C'est le sperme de son père. Le père participe pendant la conception de l'enfant. Lorsque les liquides se mélangent, tous les éléments qui constitueront l'enfant sont réunis pendant cette conception, même les substances du lait au sein maternel qui permettent de transmettre à son enfant les quatre éléments. À travers son sperme, le père participe à la formation des os, du cerveau, des humeurs et de tous les canaux (vaisseaux sanguins, nerfs, tendons, ligaments) de l'enfant. Tandis que la mère, elle participe à travers le lait de son sein et à travers son liquide séminal, à la formation de la beauté physique ou à la laideur, au sang et aux poils et cheveux de l'enfant. L'homme participe donc pour quatre éléments, la femme pour quatre éléments et Dieu pour quatre éléments. Ainsi Dieu donne la sensibilité, l'ouïe, le goût et la vue. ”*

Ces caractéristiques étant transmises par le lait, la mère en est la fédératrice et le réceptacle : “ *Le poulain court à la vitesse des mamelles qu'il a tétées*”. Cependant chaque enfant peut avoir son propre caractère, opposé à celui des

pendant chaque enfant peut avoir son propre caractère, opposé à celui des parents, ce dont on ne pourra incriminer la mère. En effet, si la mère transmet la force vitale, pour autant le comportement individuel de l'enfant au quotidien ne lui appartient plus par la suite. Lorsque le comportement de l'enfant est perçu comme digne de cette force vitale, la transmission maternelle est rappelée. À l'inverse, un comportement indigne est attribué à l'enfant lui-même : l'enfant est responsable de ses propres défauts tandis que la mère est dépositaire de toutes ses qualités. Les femmes rimaïbé interprètent ces différences de comportement par l'existence de cinq orifices au bout du sein, porteurs chacun de caractéristiques propres et spécifiques, le flux de chaque "trou" étant variable.

De la production du lait humain aux pratiques d'allaitement

De la préparation de l'allaitement à la première mise au sein

L'alimentation ou le comportement de la mère pendant la grossesse ne peuvent influencer sur le développement de l'embryon, puisqu'il est constitué par les "liquides" masculins et féminins. Seule la préparation des mamelons nécessite un massage de leur extrémité, pour faire apparaître l'ouverture par laquelle s'écoulera le lait. Le bout du sein est roulé entre le pouce et l'index de façon à faire surgir le petit trou par lequel s'écoule le lait. Ce geste est montré par une vieille femme consultée par la primipare, la première grossesse étant masquée autant que possible. Dans certaines régions comme celle de Djibo, ou à Hamdalay (quartier de Ouagadougou), la femme enceinte du premier enfant attache ses seins avec un pagne, sous le vêtement, afin de ne pas révéler sa grossesse par l'augmentation de la taille des seins. Cette première grossesse expose à la société l'acte sexuel accompli entre l'homme et son épouse, ce qui éveille une grande honte pour la jeune femme. Cette extrême gêne rejaillit sur la relation entre la mère et son premier enfant, lorsqu'elle feint d'être inattentive à son égard.

La préparation du corps à l'allaitement repose principalement sur l'alimentation. Sa charge revient à la femme, détentrice du monopole de la gestion

du lait. En effet, le lait est la base du régime alimentaire quotidien, construit sur les notions de fluidité et d'apports essentiels nécessaires à l'organisme. La femme enceinte a besoin d'en augmenter les quantités, notamment celles des préparations fluides (bouillies de mil : *gappal* ; boisson de petit mil : *tjobbal*) qui favorisent l'abondance de son futur lait. Seuls le sucre et le sel soulèvent des restrictions ; en effet, ces aliments créent une congestion interne qui se manifeste par une rétention des urines, et au moment de l'accouchement, par un blocage des eaux. Il est nécessaire de décongestionner le corps de la femme pour qu'elle puisse accoucher. Le *tjobbal*, boisson de petit mil, légère et très liquide, permet cette décongestion ; c'est à nouveau la notion de fluidité qui est mise en valeur. Le sel peut provoquer des irrptions cutanées chez l'enfant ; un lavement à l'eau entraînera la disparition de cette irruption.

Au-delà de l'alimentation, certains gestes accompagnent les derniers mois de la grossesse pour préparer le sein à allaiter. C'est une femme d'âge vénérable (mère, belle-mère, tante ou autre) qui conseille la femme enceinte, particulièrement lorsqu'elle est primipare. Cette personne accompagnera la prise en charge du nouveau-né et de la nouvelle mère.

“ *Personne ne sait jusqu'à ce que l'enfant crie* ” rappellent systématiquement les femmes peules. C'est dans le coin le plus isolé de la case que survient la venue au monde de l'enfant, afin de dissimuler, au regard de l'entourage, l'expression de la douleur de l'enfantement, *matabere*. En milieu urbain, les femmes accouchent dans les maternités, notamment les jeunes femmes scolarisées qui prennent part à des consultations pré et post natales. Les comportements préventifs demeurent cependant dictés par les aînées, comme par exemple le don d'eau entre les tétées, vigoureusement déconseillé par les agents de santé. Dans ce cas, le discours préventif ne trouve aucun écho logique et ne suscite aucune adhésion de la part des femmes peules.

Lorsque l'enfant est venu au monde, une tierce personne entre, s'occupe du placenta et du cordon ombilical, ainsi que de la toilette du nouveau-né et de sa mère, à l'aide d'eau et de savon. La bouche de l'enfant reçoit une attention particulière afin d'extraire les dépôts d'aspect blanchâtre qui l'obstruent et recouvrent la langue. L'extrémité du sein de la mère est roulée entre deux doigts pour qu'apparaisse la première goutte de lait, donnée au nouveau-né, qui est mis au sein. Lorsque ce lait maternel ne surgit pas immédiatement, l'enfant est nourri

d'eau préalablement bouillie, tandis que la mère boit une préparation à base de résidus d'épis de mil pilés, tamisés, puis dilués dans du lait. La montée du lait doit suivre la prise de cette boisson, même si cela dure deux ou trois jours, voire une semaine. Pendant cette période d'attente, l'enfant est quand même mis au sein de sa mère : *“ On flatte l'enfant avec le sein. En réalité il ne fait que croquer le sein ”*. Le sein appartient à l'enfant autant que le lait lui appartient.

La conduite de l'allaitement

Une fois l'enfant venu au monde et nourri de son premier lait, la mère et l'enfant partagent chaque instant de la journée et de la nuit pendant une période de 24 mois. Quel que soit le contexte, l'enfant reçoit ou prend le sein de sa mère pour téter ou tout simplement jouer, être en contact avec lui. Certaines valeurs sociales sont aussi transmises dès cette période. En effet, la jeune mère doit adopter en public un comportement spécifique à l'égard de son premier enfant. La mère est présente en tant que “donatrice” de nourriture. Elle ne doit afficher aucune marque d'affection à travers ses gestes, ses regards, ses paroles. Cet enfant est baptisé, mais la mère n'a pas le droit de prononcer son nom, tout comme celui de son conjoint, de ses parents et beaux-parents. Socialement, cet enfant est d'abord un descendant de sa famille paternelle, il en symbolise le pouvoir et l'héritage.

Cette pudeur affichée ne s'impose pas lors de l'allaitement pratiqué dans l'enceinte de la case. Les gestes corporels, les regards, les chants, les marques d'affection ont lieu dans l'enceinte de la *suudu*, la maison, l'espace de la femme, loin des regards étrangers. Aussi en milieu urbain, ces codes sociaux commencent-ils à être remis en cause par de jeunes mères qui jouent, choient, chantent, parlent avec leur enfant dans leur cour, au regard du voisinage ; ce que le voisinage ne manque pas d'assimiler à de l'effronterie.

Des conseils sont prodigués à la mère concernant son alimentation et les actes entourant l'enfant. La production de lait maternel est augmentée par la consommation de *gappal* (boule de petit mil cuit diluée dans du lait caillé), ou de bouillie de mil. Le don du lait répond à la demande de l'enfant de jour comme de nuit. *“ La mère s'assoit les pieds allongés. Elle dépose l'enfant sur ses cuisses en tenant la tête de l'enfant par le bras droit lorsqu'elle veut faire téter le sein droit et inversement s'il s'agit du sein gauche. Si c'est la nuit aussi, on se lève et on*

inversement s'il s'agit du sein gauche. Si c'est la nuit aussi, on se lève et on adopte la même position parce qu'on dit que lorsqu'on donne le sein à l'enfant en étant en position couchée, cela lui donne des maladies. Mais il y a des femmes qui, lorsqu'elles sont au lit, donnent le sein à l'enfant en position couchée. La génération actuelle est très paresseuse. ” dit une mère de trois enfants.

Lorsque les pleurs de l'enfant sont rapprochés entre deux tétées, on lui donne de l'eau à boire, à l'aide d'unealebasse tenue dans une main, tandis que l'autre récolte quelques gouttes du bout des doigts qui seront portées jusqu'à sa bouche. Plus tard, l'eau est versée dans le creux de la main en position de déversoir, tout comme pour le don de lait animal. Certaines femmes dont le lait est abondant n'ont pas besoin de donner de l'eau. Par exemple, les femmes peul gaobé en donnent le matin et le soir, puis entre les tétées, si le lait n'est pas suffisant. À cette eau peuvent être ajoutées des plantes médicinales achetées sur le marché ou conseillées par les autres femmes pour fortifier l'enfant.

L'ajout d'aliments en cours d'allaitement

L'enfant ne boit que le lait de sa mère jusque l'âge de six mois environ, puis il commence à recevoir une nourriture supplémentaire. La bouillie de petit mil représente le premier contact de l'enfant avec une alimentation autre que le lait. Tout d'abord très liquide, elle sera épaissie au cours des mois, puis complétée par une petite quantité de chaque plat consommé par la mère, puis ses frères et soeurs, tantes et cousines. Le lait animal est ainsi introduit petit à petit. Les aliments sont présentés à l'enfant au fur et à mesure du temps, jusqu'à ce qu'il accepte de les ingérer, pour enfin consommer les mêmes aliments que la mère, en supplément du lait maternel.

En milieu urbain, les mères suivent en partie les conseils alimentaires donnés par les agents de santé concernant la préparation des bouillies améliorées, qu'elles peuvent trouver par ailleurs dans le commerce.

Stratégies pour détourner l'enfant du sein

Le sevrage peut être brutal dans le cas où la mère entame une nouvelle grossesse. Mais qu'il soit progressif ou brutal, le sevrage nécessite des stratégies pour détourner l'enfant du sein qui lui a appartenu depuis son premier jour. Aucun jour spécifique n'est désigné pour le sevrage définitif : il appartient à la mère, aux

alentours du 24^e mois, de cesser de donner le sein à son enfant (Lequerec 1998). Diverses stratégies existent, souvent pratiquées alternativement.

Tout d'abord une femme marabout trempe dans de l'eau des écrits coraniques inscrits sur une ardoise. Cette eau sert en partie à laver l'enfant, et le reste lui est donné à boire. Certains marabouts urbains écrivent ces versets coraniques sur des galettes de mil ou sur un morceau de sucre, qu'ils donnent à manger à l'enfant.

Lorsque cette stratégie ne suffit pas, les femmes utilisent leurs propres moyens, en agissant sur le sein lui-même. La première stratégie consiste à dégoûter l'enfant en enduisant le sein de piment ou de bouse de vache. Une seconde vise à couper l'accès de l'enfant au sein, en portant une robe fermée de jour comme de nuit, ne laissant aucune ouverture à l'enfant pour extraire le sein du vêtement. Mais comme l'expliquait une femme marabout, "*il y a des enfants très têtus que rien ne peut empêcher de téter, comme ce petit aux gros yeux que tu vois en face... (rires).*"

La présence des membres de la famille et du voisinage est fondamentale dans cette période, car ce sont eux qui prennent l'enfant pour l'éloigner de sa mère. Épuisé par ses propres réclamations, l'enfant abandonne le sein petit à petit. La nuit, un coussin est placé entre la mère et l'enfant afin d'éviter la transmission de la chaleur qu'elle dégage lors des montées de lait. La mère doit réduire cette chaleur et la montée de lait en aspergeant son sein d'eau froide et en cessant de consommer des aliments liquides, tels que les bouillies et le *gappal*, qui étaient conseillés pendant l'allaitement.

L'enfant est sevré du lait maternel, mais a reçu dans son alimentation le lait de son cheptel qu'il boira toute sa vie.

Le recours au lait animal

Le lait animal est, tout autant que celui de la mère, une substance essentielle qui permet aux hommes de vivre, de la naissance à la mort. "*De tous les laits, le meilleur lait est celui des seins car chacun de nous a la ferme conviction que jusqu'à la fin de ses jours c'est grâce au lait du sein qu'il a pu vivre, grandir et devenir ce qu'il est. Mais après ce lait vient le lait de la vache, puis le lait de la chèvre et enfin le lait de brebis. En dernier lieu, on peut acheter du lait en poudre*

vre et enfin le lait de brebis. En dernier lieu, on peut acheter du lait en poudre ou du lait concentré à Dori, à Ouaga. ”

Les Peul et les Rimaïbé considèrent que la qualité du lait animal varie selon sa teneur en graisse. Le lait de vache est considéré comme particulièrement riche ce qui le rend difficile à digérer pour un nouveau-né. Le lait perçu comme le plus adéquat est le lait de chèvre⁹⁴. Ces différentes qualités de lait dépendraient de l'alimentation des animaux, selon une jeune mère qui exprime les mêmes notions que les autres femmes interrogées : *“ La chèvre mange presque tout : les herbes, les feuilles et les écorces des arbres. Ce sont les aliments que mange la chèvre qui font la qualité de son lait, qui est meilleur que celui des autres animaux. C'est aussi à cause de cela que le lait de chèvre contient des produits qui soignent. Tout comme l'homme, la chèvre mange presque tout. Ce qui est sûr, on a constaté qu'un bébé qui boit le lait de chèvre grossit et se maintient en bonne santé tandis qu'un autre qui boit le lait de vache ne grossit pas toujours et tombe souvent malade. ”*

Selon les femmes, le lait de vache peut être donné à l'enfant dans le cas où il y aurait une carence de lait de chèvre, mais il faut auparavant le diluer pour atteindre une concentration qui le rende facile à digérer, ce qu'il est difficile de faire avec précision.

Le recours aux laits artificiels est connu en milieu urbain comme en milieu rural, mais exploité uniquement en cas de carence de lait animal, car le lait artificiel est considéré comme issu de vaches *“qui n'ont rien vécu”*. C'est un lait perçu comme pauvre, voire synthétique. À Ouagadougou, *“ certaines femmes ont déjà utilisé des laits en poudre, celles qui ont les moyens. Mais le lait de chèvre est meilleur. C'est très différent car l'entretien même du biberon est assez difficile. S'il n'est pas bien nettoyé, un peu sale, ça peut donner la diarrhée à la fin et lorsque le lait (en poudre) n'est pas bien bouilli, ça peut donner la diarrhée.*

⁹⁴ L'analyse biologique de la composition du lait montre que le lait de vache contient davantage de protides que le lait humain, et que la composition du lait de chèvre est peu différente de celle du lait de vache. Les nutritionnistes recommandent de diluer le lait de chèvre avec de l'eau et d'y ajouter du sucre, puis de le faire bouillir avant de le donner à l'enfant, qui doit recevoir une supplémentation en micronutriments, le lait de chèvre étant déficient en acide folique (UNICEF/ UNAIDS/WHO 1998).

Par contre le lait de chèvre, à peine après avoir fini de traire on peut donner le lait encore chaud, c'est même le meilleur, si la chèvre est bien portante. Le lait de vache, pour doser l'eau qu'il faut diluer dedans, c'est très difficile, surtout le lait d'une vache dont le veau est assez âgé, le lait est assez compact. Le dosage du lait en poudre est encore plus complexe. ”

Plusieurs situations imposent le recours à des substituts pour le sevrage : lorsque la mère n'a plus de lait parce qu'elle est malade, lorsqu'elle décède, ou encore, situation la plus fréquente, lorsqu'une nouvelle grossesse survient. Dans le cas où la mère ne peut allaiter, c'est le lait de chèvre qui devient la ressource alimentaire de l'enfant. Ce lait n'est, dans la pratique, pas bouilli, bien que le discours n'évoque que du lait bouilli. Les femmes connaissent l'importance de cette pratique, mais considèrent que l'ébullition altère trop le goût du lait pour être acceptée.

L'interruption précoce de l'allaitement est fréquemment due à la survenue d'une nouvelle grossesse. Dans ce cas, le lait maternel ne représente plus la substance issue de la fusion des “liquides” parentaux qui ont constitué l'enfant et “son” lait. Il s'agit d'un nouveau type de lait, issu de la seconde fusion parentale et destiné à l'enfant en gestation. On donne alors à l'enfant du lait de chèvre comme substitut, puis la procédure de sevrage est engagée. Cette situation est plus fréquente pour le premier né que pour les autres enfants, la mère n'ayant pas acquis la maîtrise des précautions concernant la régulation de la fréquence des grossesses. Nourri au lait de chèvre, l'enfant peut alors subir la raréfaction du lait à certaines périodes. Dans ce cas, le lait de brebis ou le lait de vache dilué à l'eau sont utilisés.

Le lait animal, plus particulièrement le lait de vache, est perçu comme susceptible de provoquer des maladies telles que la tuberculose ou des vers intestinaux. Afin de lutter contre ce risque, les femmes expliquent qu'il suffit de bouillir le lait. Cependant, cette méthode n'est jamais pratiquée chez les Peul du Séno, ni en zone urbaine où l'information est transmise par les agents de santé. La connaissance du risque est reconnue, mais “ *le lait de vache bouilli n'est plus du lait. Je reconnais que je ne le fais jamais bouillir, je ne peux pas.* ” dit une femme de 34 ans résidant à Ouagadougou.

Lait humain maléfique, lait animal bénéfique

Contrairement aux notions véhiculées par les agents de santé que les femmes peul rencontrent à Ouagadougou et à Dori, les Peul considèrent que le lait humain peut aussi être maléfique. À l'inverse, le lait animal n'est pas utilisé que pour pallier à l'absence de lait humain : il peut être intrinsèquement bénéfique.

Le lait humain maléfique : sorcellerie, génies

Nourriture essentielle de l'enfant, le lait maternel peut aussi être de mauvaise qualité : “ *Les bébés de ces femmes têtent mais ne sont jamais en forme jusqu'à l'âge du sevrage. Certaines femmes sont en bonne santé mais leur lait est mauvais. C'est comme ça. Chez d'autres, la mère est malade alors son lait est de mauvaise qualité. Nous disons qu'il y a beaucoup de maladies, il y a des gens qui ont de fortes températures, d'autres ont le sang amer... Leur sang est malade, ces gens ne peuvent jamais avoir du bon lait. Il est amer aussi, très liquide. Toute personne malade a un lait malade. Si c'est le mari qui est malade, alors le lait le sera aussi car la femme le sera par l'intermédiaire du mari. Mais il peut y avoir des femmes en bonne santé aussi qui ont un mauvais lait. On voit que l'enfant ne grossit pas et au sevrage il prend des forces.* ” Le lait peut non seulement être “mauvais” : il peut aussi transmettre des forces liées à la mort.

La transmission de la sorcellerie

La sorcellerie appartient aux systèmes d'interprétation et “d'intervention” relatifs à la vulnérabilité physiologique et sociale quotidienne. Le risque est lié, d'une part à la probabilité de “l'attaque” dont il faut se protéger avec des objets de prévention, d'autre part à la transmission du “caractère de sorcier”, qui demeure irrémédiable.

L'attaque sorcellaire affecte l'individu sous forme de symptômes liés à la chaleur du corps. Cette affection est matérialisée par le piétinement du double de l'individu, *m'beelu*, par le sorcier. Celui-ci s'approprie l'âme et la jette dans un

foyer, ou au contraire dans un canaris d'eau froide, ce qui provoque, selon le cas, de fortes fièvres ou un refroidissement du corps. Cette attaque génère des symptômes visibles et permet une intervention immédiate par des spécialistes, les *sadaabe*, qui peuvent identifier le sorcier et interrompre son action. Des mesures de prévention existent pour protéger l'individu de ces attaques. Elles reposent d'une part sur le port d'objets divers, d'autre part sur l'identification des sorciers réalisée par les *sadaabe*. Une fois désignés, les sorciers peuvent être évités. Le risque est lié à toutes les formes de contact : contacts corporels, respiration, etc.

Les pouvoirs du sorcier sont transmis par le lait et donc par la mère "sorcière". Plus qu'être attaqué, c'est le fait de devenir sorcier qui est redouté, parce que l'attaque est détectable par des symptômes pathologiques, alors que le fait d'être devenu sorcier ne l'est pas. Toute personne qui a bu le lait de la sorcière acquiert les caractères des sorciers et il n'existe aucun recours. L'expression de l'angoisse face aux sorciers est systématiquement liée à cette transmission.

"À notre connaissance, il n'y a pas d'autre méthode pour transmettre la sorcellerie en ce qui concerne un homme sorcier. C'est soit par le lait du sein de la femme, soit par un aliment comme la viande, pour l'homme, c'est comme ça. Un homme sorcier peut épouser une femme qui n'est pas sorcière et leurs enfants ne seront pas sorciers. Cet homme ne fera pas un enfant sorcier, mais il arrive qu'il mange sa femme. Une femme sorcière qui allaite aura, elle, son enfant sorcier, car cet enfant tète du lait de sorcier. Cela se passe et nous avons vu le cas. Il y a des sorciers comme ça qui se camouflent pour donner à téter leur sein à des enfants d'autres personnes. Lorsque ces enfants commencent à grandir, ils s'amuse avec leurs camarades et disent qu'ils voient les intestins des autres. Alors on a la confirmation que cet enfant est devenu sorcier. Un sorcier est un assassin. C'est un grand mal que d'être un sorcier !"

Le risque est permanent pour tout un chacun de boire du lait dans lequel une sorcière aura versé quelques gouttes de son propre lait. Il est impossible de le discerner : *"On ne peut pas a priori reconnaître ce lait, mais comme ici on connaît les sorciers et les sorcières, on se méfie de tous leurs cadeaux. C'est là aussi le mal avec de telles personnes. Si tu vois des gens en bons termes entre eux, c'est que personne ne soupçonne l'autre de faire le mal. Par contre si tu vois quelqu'un dont tout le monde se méfie, c'est qu'il est mauvais et personne ne l'aime. Mais que peut-on faire ? C'est une malédiction de Dieu qu'il porte. Ah*

Mais que peut-on faire ? C'est une malédiction de Dieu qu'il porte. Ah oui ! Personne ne peut rien contre la volonté de Dieu. ”

Seule une intervention préventive sur le lait, par l'intermédiaire de remèdes, peut être efficace. Le statut de sorcier est transmis par le lait maternel, c'est donc un héritage non désiré et contraignant. Il revient à chaque individu de se protéger d'une éventuelle attaque en adoptant des mesures de prudence et une attention de tous les instants. Le terme qui désigne la prudence, *hakkila*, désigne aussi l'attention et se construit sur la même racine que l'intelligence, l'esprit, *hakillo*. À l'inverse, un terme désigne “celui qui ne se surveille pas, ne se protège pas” : *yoopitittoo*.

L'intervention des génies

Les génies sont des êtres qui cohabitent avec les autres êtres vivants et se répartissent en trois groupes : les *jianta* qui agissent sur les humeurs humaines, les *seedani* spécifiques aux animaux, et les *genaru* qui vivent uniquement en brousse et peuvent attaquer les humains.

Les *jianta* peuvent posséder une femme enceinte et échanger son enfant contre l'un des leurs, mais ils peuvent aussi jeter leur dévolu sur une mère allaitante. Le lait de “l'infortunée” est alors emporté, ce qui a pour effet de tarir le sein ou d'altérer la qualité du lait. Pour chasser le génie, il est alors nécessaire d'absorber des plantes thérapeutiques. Le lait revient alors abondamment.

La naissance d'enfants considérés comme des génies, à cause de certaines particularités physiques (handicaps divers), ou à cause du décès maternel, représente un danger permanent. C'est l'allaitement qui rend la circulation des fluides vitaux maternels vulnérables. Ces enfants ne sont pas mis au sein et le don de substituts du lait est aussi redouté. Le lien au lait en tant que substance vitale féminine prend ici tout son sens, car le don du lait, même animal, met la femme en danger. Une femme ménopausée est hors de danger, ses “liquides” liés à la conception ne pouvant plus être atteints. En revanche, lorsqu'un enfant aux caractéristiques physiques hors normes (malformations physiques, handicap mental, etc.) atteint l'âge du sevrage, il est valorisé : il devient l'enfant “porte-bonheur” auquel des animaux sont attribués pour que ceux-ci soient les plus performants et les plus “beaux”.

Le décès d'une mère lors de l'accouchement ou en période d'allaitement singularise aussi l'enfant. Certes, c'est un enfant malchanceux, mais au-delà il devient aux yeux des proches un danger potentiel doué de forces occultes et susceptible d'exercer un péril sur le groupe. Le nouveau-né dont l'arrivée correspond au traumatisme du décès maternel véhicule une puissance dangereuse, associée aux génies. Celle-ci rend vulnérable toute femme en âge de procréer qui aura la charge de le nourrir. Pour autant, il doit être confié à une nourrice, choisie dans la famille maternelle, symbole du lien affectif. En priorité, c'est la sœur de la défunte qui sera responsable de son éducation, et qu'il considérera comme sa mère. Reste que l'allaitement dépend du lien affectif qui liait la nourrice à la défunte. Si l'intensité de ce lien était très "forte", l'enfant est allaité ou nourri au lait de chèvre par sa tante, comme si c'était son propre enfant. Mais si le lien affectif avec la défunte était faible, cet enfant peut être délaissé, ce qui peut provoquer une malnutrition sévère comme cela a été observé plusieurs fois à Dori.

“ Cet enfant est un enfant à problèmes. La femme en âge de procréer aussi est une femme à problèmes, car elle a encore ses règles. Ces saletés et ce type d'enfant ne peuvent cohabiter. C'est un danger permanent. On confie cet enfant à sa grand-mère maternelle ou à défaut à sa grand-mère paternelle. Tant que la grand-mère maternelle vit, on ne confiera jamais cet enfant aux membres de sa famille paternelle. ” Les femmes ménopausées sont hors de risque, ce qui leur permet de prendre les orphelins en charge pour des motifs affectifs, et vraisemblablement en raison de l'influence de l'Islam qui ne tolère pas l'abandon des enfants. Même si elles tentent de faire revenir leur propre lait, elles ont fréquemment recours au lait animal pour les nourrir.

Lait animal bénéfique

Il est habituel d'entendre dans les familles peul l'expression suivante, qui confirme l'attachement à la possession de lait : *“ Wubbirde kosam, gooruwol njuumndi ”*, soit *“ Le ruissellement du lait ou la marre de miel ”* qui signifierait *“ Qui a du lait en abondance a tout chez lui, comme qui a le miel a toutes sortes de sucres chez lui. ”*

Toute l'alimentation peule est fondée sur le lait, source nutritionnelle considérée comme inégalable. Dans les situations où le lait maternel est tari ou de mauvaise qualité, il suffit d'avoir recours au lait animal. Pour l'adulte le meilleur lait est celui de la vache, mais pour l'enfant c'est celui de la chèvre qui est préconisé. Le "don" du lait est suffisamment apprécié pour qu'il introduise un devoir de respect envers l'animal nourricier : l'enfant nourri au lait de chèvre ne devra jamais consommer de viande de chèvre, "*parce que pour lui, la chèvre est comme sa mère*".

Le lait peut provenir de différentes sources animales et être mélangé. En effet, donner du lait animal pendant l'allaitement est convenu, mais il est aussi possible de recueillir le lait de plusieurs chèvres et même de vaches, si la quantité nécessaire pour nourrir l'enfant n'a pu être recueillie auprès d'une seule chèvre. De même, du beurre de vache ou de chamelle, dans les familles où il est consommé, peut être dilué dans le lait de chèvre préalablement bouilli afin d'enrichir ce lait. Pour les femmes rimaïbé, c'est le lait de brebis qui est meilleur et lorsque les femmes allaitantes croisent une brebis, elles lui demandent d'échanger son lait avec le sien afin d'avoir un bon lait en son sein. Ce souhait améliorerait la qualité du lait au bout de quatre jours. L'expression d'un souhait par la parole à l'égard d'un être vivant est fréquente. Les femmes peul gaobé, quant à elles, ne consomment jamais de lait de brebis qui "*n'arrive même pas à nourrir son petit par son seul lait, si bien qu'en essayant encore d'y traire quelque chose pour nous, il y a des risques que le petit meure de faim*".

Certains laits, non consommés au quotidien, peuvent avoir des vertus thérapeutiques supplémentaires. Le lait d'ânesse, par exemple, est réputé pour ses vertus de traitement de la coqueluche. Il est utilisé exclusivement en tant que produit thérapeutique.

Conclusion

L'histoire mythique et la sociogenèse des Peul, en l'occurrence ceux du Séno, érigent le lait en substance cardinale. Si son importance est mythologique, comme en atteste le récit de la "création du monde" par Guéno à partir d'une goutte de lait, elle est aussi matérielle et quotidienne, comme le montre l'attachement concret des Peul au lait et à ses diverses utilisations. L'utilisation du lait animal comme complément ou comme substitut au lait maternel est une pratique courante chez les Peul. Lorsque le lait animal doit remplacer le lait maternel, la malnutrition n'en est que rarement la conséquence. Cette alternative est la seule accessible aux femmes qui ne peuvent pas allaiter leur enfant dans la région du Séno, région délaissée, dont la population, rarement concernée par les initiatives des autorités de Ouagadougou (Querre 1999), vit dans une situation précaire.

Remerciements

Mes remerciements particuliers à Mahamoudou Diallo pour sa collaboration dans la récolte des données et à Fred Eboko dans l'analyse et la rédaction.

Références bibliographiques

Beïdi B.H.

1993 *Les Peuls du Dallol Busso. Coutumes et modes de vie.* Paris, Sépia.

Botte R., J. Boutrais et J. Schmitz

1999 *Figures Peuls.* Paris, Karthala.

Dupire M.

1970 *Organisation sociale des Peuls.* Paris, Plon.

Evans-Pritchard E.E.

1968 [1937] *Les Nuer*. Paris, Gallimard. 1^e édition Oxford, Claredon Press.

Héritier-Augé F.

1994 “ Identité de substance et parenté de lait dans le monde arabe ”. In P. Bonte (éd.) : *Épouser au plus proche. Inceste, prohibitions et stratégies matrimoniales autour de la Méditerranée* : 149-163. Paris, EHESS.

Lequerec E.

1998 Les enfants, premières victimes du Sida. *Votre Santé* (20) : 8, Ouagadougou.

Ouedraougo J.B.

1997 “ Dori – a Town in the Sahel. Social Identities and urbanity ”. In : *Rural-Urban dynamics in Francophone Africa* : 130-148. Uppsala, éd. Jonathan Baker.

Pillet-Schwartz A.M.

1999 “ Approche régionale d'un îlot de l'“archipel peul”, L'émirat du Liptako d'hier à aujourd'hui (B.F.) ”. In : R. Botte, J. Boutrais, J. Schmitz (éds.), *Figures peules* : 211-237. Paris, Karthala.

PNUD

1998 *Rapport sur le développement humain durable*. Burkina Faso.

Querre M.

1999 Déséquilibre écologique et dévalorisation identitaire. Regard sur les programmes de santé dans la région du Séno. *Face à Face. Regards sur la santé* : 37-44. Revue on line, septembre, <http://www.ssd.u-bordeaux2.fr/faf>.

Raynaut Cl. (éd.)

1997 *Sahels. Diversité et dynamiques des relations sociétés-nature*. Paris, Karthala/GRID.

Riesman P.

1974 *Société et liberté chez les Peul Djelgobé de Haute-Volta. Essai d'anthropologie introspective.* Paris, Mouton et Co/École des Hautes Études, coll. Cahiers de l'Homme nouvelle série XIV.

Save the children/UK

1999 *Données sur la problématique de l'éducation et des organisations de jeunesse dans le "Sahel burkinabé".* Dori, Burkina Faso, 65 p.

UNICEF/UNAIDS/WHO

1998 *HIV and enfant feeding. A guide for health care managers and supervisors,* 32 p.

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

Deuxième partie

L'allaitement pathologique et le traitement de l'allaitement dans le système de santé

[Retour à la table des matières](#)

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

Deuxième partie. L'allaitement pathologique
et le traitement de l'allaitement dans le système de santé.

Chapitre VIII

Perceptions de la transmission des maladies par l'allaitement maternel au Burkina Faso

Par Chiara Alfieri, Bernard Taverne

[Retour à la table des matières](#)

Le lait maternel est unanimement considéré comme le meilleur aliment du très jeune enfant. Les représentations populaires lui accordent, en plus de sa fonction nutritionnelle, le pouvoir d'apporter à l'enfant des éléments bénéfiques qui vont assurer son attachement maternel, sa force de caractère, son enracinement dans la famille, etc. Mais l'allaitement maternel comporterait aussi des aspects défavorables pour l'enfant ou sa mère : il est admis qu'il permette la transmission de maladies, voire parfois même de pouvoirs surnaturels, entre la mère et l'enfant.

L'objectif de ce chapitre est d'explorer les représentations de la transmission par l'allaitement maternel des maladies et d'autres éléments défavorables à santé de l'enfant, en dehors des affections dues à des anomalies du lait lui-même qui ont été déjà décrites⁹⁵. Il s'agit de préciser les mécanismes par lesquels une maladie ou un pouvoir néfaste peuvent être transmis, puis d'envisager les risques que cela comporte pour l'enfant et pour la femme, et les solutions proposées. Enfin le cas particulier de la transmission du VIH est abordé, en décrivant le rôle

⁹⁵ Cf. chapitre VI.

accordé à l'allaitement dans la transmission de cette maladie de la mère à l'enfant, puis en étudiant l'impact des représentations populaires actuelles de cette transmission sur la conduite de l'allaitement maternel et la prise en charge des femmes séropositives et de leurs enfants.

Le lait, le sang et les maladies

L'allaitement maternel est reconnu comme étant une circonstance possible de transmission de maladies entre les femmes et les enfants. Il se trouve impliqué à travers son produit – le lait lui-même – qui peut être le vecteur de l'agent de la maladie, mais aussi à travers son processus comprenant les gestes liés à l'allaitement, notamment par le contact intime entre l'enfant et la femme. Une maladie peut être transmise de la femme vers l'enfant, mais il est aussi souvent admis qu'une transmission puisse se faire dans le sens inverse, de l'enfant vers la femme.

Chez les Bobo et les Mossi au Burkina Faso, les représentations de la transmission des maladies par l'allaitement se fondent sur un ensemble d'arguments qui associent les maladies, le sang et le lait. En effet, lorsqu'une personne est malade, il est considéré que “ *la maladie se trouve dans son sang* ”. Cela est vrai quelles que soient les maladies, qu'il s'agisse d'affections localisées ou générales. Du fait de la relation étroite entre le sang et le lait, de la consubstantialité entre ces deux liquides corporels – “ *le lait, c'est du sang* ” est-il souvent énoncé⁹⁶ – il est admis que toute maladie qui se trouve dans le sang se trouve aussi obligatoirement dans le lait. Ainsi, “ *toutes les maladies peuvent passer dans le lait* ”, affirme un guérisseur mossi. Si une femme allaitante est malade, “ *la maladie se trouve dans le sang de la maman, et ça va se transformer en lait, ce sont les maladies qui sont chez les mamans qui vont être transmises aux enfants* ” précise un autre guérisseur.

⁹⁶ Cf. chapitre V.

Transmission, contagion, contamination

Chaque société élabore des représentations particulières concernant les modes de transmission des maladies. Ces représentations se réfèrent aux modèles explicatifs sur les origines et les causes des maladies. Elles s'appuient sur le constat empirique et banal du caractère transmissible de certaines affections, et conduisent à la définition de différents modes de transmission, variables selon les affections.

Dans la plupart des sociétés d'Afrique de l'Ouest, la maladie est conçue comme le résultat d'une agression externe. Un individu ne dit pas "je suis malade" ou "j'ai attrapé une maladie" mais "la maladie m'a pris, m'a attrapé, me possède". En moré, par exemple, il est dit : la rougeole a attrapé X. (*bi nioka X.*). La maladie est un être, elle est personnalisée. Elle peut être interne au corps et se manifester dans certaines circonstances et selon sa propre volonté ; elle peut être externe : elle attrape, prend, attaque les individus.

La notion de transmission se trouve souvent exprimée par des termes qui signifient le passage d'un état, une condition, un bord, à un autre état, condition, bord, etc. ; la maladie "enjambe" l'espace entre une personne malade et une personne saine. Par exemple, en moré le même verbe (*longda*) est employé pour signifier le passage de la maladie d'un individu à un autre – la contagion – et le fait de passer au-dessus d'un objet, d'un ruisseau.

Les voies de la transmission sont diverses et nombreuses, évidemment variables selon les maladies. Elles se transmettraient : par contact physique direct (éphémère, prolongé, intime/sexuel...) avec une personne malade, par contact indirect (regards, habits, literie, draps, objets, aliments, insectes...), par simple proximité avec un malade ou un espace sur lequel un malade a répandu des substances corporelles (urines, crachats, fécès), par le souffle, la toux, par l'allaitement, par l'intermédiaire d'animaux, etc.

Regrouper en une seule liste les différents modes de transmission qui sont décrits dans diverses sociétés aboutirait à un inventaire dans lequel, au delà d'un certain nombre de redondances, l'on trouverait une infinité de circonstances englobant presque tous les aspects de la vie quotidienne.

La diversité des interprétations concernant les modes de transmission des maladies traduit celle existant à propos des notions de propre et de sale, de pur et d'impur, de soi et d'autrui. La transmission des maladies s'inscrit dans la gestion des contacts entre les individus, dans les définitions de la souillure et dans les règles de conduite appliquées aux humeurs corporelles.

Spontanément, les guérisseurs mossi rencontrés n'établissent pas de liste de maladies qui "passeraient" plus facilement les unes que les autres dans le lait maternel. Toutes les affections peuvent être transmises, mais toutes ne passent pas, ou ne s'expriment pas chez l'enfant. En pratique, et cela sera précisé plus loin, la reconnaissance et l'affirmation qu'une maladie peut être transmise par l'allaitement maternel n'implique pas de conduite préventive particulière. Cette reconnaissance est principalement utilisée dans l'identification de la cause d'une maladie chez un enfant ; dans un processus de recherche étiologique qui a toujours lieu *a posteriori*, lorsque l'on tente d'expliquer la cause d'une affection, et non pas pour en prévenir la survenue.

Bien qu'ils partagent globalement l'avis des Mossi sur la présence des maladies dans le sang et leur passage inévitable dans le lait, les Bobo évoquent principalement deux affections, la "tuberculose" et la "folie", qui seraient facilement transmises par l'allaitement. Pour la "tuberculose" (*sun furu* : toux blanche), aucune explication précise n'est donnée à côté de la simple et constante évocation de sa transmission par le lait maternel. La notion de "folie", dans le système nosologique bobo, est restreinte aux troubles du comportement. Les manifestations peuvent varier en intensité et en fréquence ; elles associent le mutisme, la tendance à se déshabiller et à errer nu ou à fuir dans la brousse. La folie est considérée comme le résultat d'une agression externe de l'individu, de la part des humains (attaque en sorcellerie) ou de la part des génies (*wyaga*). L'accouchement, considéré comme une période de vulnérabilité, est souvent mentionné comme le moment où ces troubles peuvent se déclencher. Cela peut se traduire par un refus de s'occuper de l'enfant et une fuite du domicile. L'identification de la cause de ces troubles est réalisée par des devins qui indiquent également les traitements. La mère est censée transmettre "la folie" à son enfant pendant l'allaitement, mais la forme en serait plus légère chez ce dernier ⁹⁷. Un enfant pourrait également souffrir de troubles du comportement s'il a dans son corps le lait de sa mère lorsqu'elle décède. Il ne s'agit pas d'une transmission par l'allaitement dans le strict sens du terme. Le lait ingéré

⁹⁷ P. Coppo, dans son ouvrage concernant son expérience dans le Centre de Médecine Traditionnelle de Bandiagara au Mali, fait référence à un guérisseur bozo dont le fils souffre de la "maladie du vent", une psychose, qui, selon le père, lui aurait été transmise à travers l'allaitement par sa mère (1994 : 44).

s'altérerait dans un deuxième temps, il deviendrait pollué et toxique parce qu'il a été produit par une personne qui n'est plus vivante. Ces enfants sont nommés *lagalagato*, ce mot est emprunté à la langue dioula, il signifie " idiot, mentalement attardé ".

La valeur et l'importance que les Peuls accordent au lait ont été déjà décrites ⁹⁸. Le lait maternel est jugé irremplaçable car il contribue à inscrire l'enfant dans son appartenance lignagère maternelle et paternelle, et à lui apporter des traits maternels de sa personnalité. Dans l'héritage maternel les pouvoirs de sorcellerie se transmettraient aussi par l'allaitement. La transmission de la sorcellerie par l'allaitement maternel est décrite dans bien d'autres cultures africaines, notamment chez les Wolof du Sénégal (Rabain 1979 : 214), les Songhaï du Niger (Erny 1988 : 290) ; par contre, ce mode de transmission est jugé impossible dans d'autres cultures : c'est le cas des Bobo et des Mossi du Burkina. Si l'on ne peut considérer la sorcellerie comme une maladie, la transmission par l'allaitement maternel marque de manière exemplaire le fait que le lait maternel ne véhicule pas seulement des éléments bénéfiques pour l'enfant, et pour la société.

Maladies de la mère et poursuite de l'allaitement

Lorsqu'une femme mossi est malade, bien que la transmission de cette maladie à son enfant soit jugée inévitable, cela n'entraîne pas un arrêt de l'allaitement : " *Même si la femme est malade, l'enfant ne peut pas abandonner le lait* " déclare une femme. " *On n'arrête pas... si tu vis, l'enfant tête, quelle que soit la maladie, on ne doit pas sevrer l'enfant, est-ce qu'une mère peut dire qu'elle n'allait pas son bébé parce qu'elle est malade ?* " s'interroge une guérisseuse. Une autre femme mossi affirme encore : " *Ici, même si tu es malade et si tu es prête à mourir, tu continues à allaiter, il n'y a pas de maladie pour lesquelles on arrête d'allaiter* ". Ces propos peuvent paraître excessifs, ils traduisent pourtant bien les pratiques en vigueur. Le plus souvent, la femme n'arrête d'allaiter que lorsque la lactation se tarit à cause de l'affaiblissement qu'entraîne la maladie, ou lorsqu'elle souffre d'une pathologie mammaire bilatérale grave (abcès).

⁹⁸ Cf. chapitre VII.

Des affirmations identiques sont énoncées en pays bobo : “ *On ne peut pas priver un enfant de la nourriture que Dieu a préparée pour lui, même si la mère est malade, ou si le lait est insuffisant ou “léger”* ” est-il affirmé. Tout au plus, l'existence de troubles psychiques (*won tuma fa* : quelque chose qui soulève la tête) chez une femme allaitante peut conduire à une interruption momentanée de l'allaitement afin que l'enfant ne soit pas atteint lui aussi. Mais si la femme est soignée, les gens considèrent qu'il n'y a aucune raison pour “ lui enlever son enfant ” même si “ tout type de folie est transmissible par le lait ”.

Pourtant, il est reconnu que la poursuite de l'allaitement par une mère malade entraîne divers désagréments pour son enfant : “ *Si la maman a le corps chaud, si il tète, ça ne lui plaît pas, “l'émanation de la maladie” va déranger l'enfant, lui donner des maux de ventre* ” dit une femme mossi. “ *Si on allaite le bébé, ça peut le contaminer, il va avoir la diarrhée* ” assure une guérisseuse. L'éventualité du décès de l'enfant est également envisagée : “ *Même si la mère est malade elle va allaiter, même si cela rend l'enfant malade, ils mourront tous les deux ensemble* ” affirme une jeune femme. La seule parade consiste à donner des remèdes à l'enfant, afin qu'il puisse supporter le lait de sa mère.

Cette obstination à poursuivre l'allaitement peut surprendre alors que la “contamination” de l'enfant par sa mère est jugée certaine et inévitable. Mais c'est justement cette certitude qui justifie une telle conduite. En effet, cela tient à ce que la transmission des maladies entre une mère et son enfant est jugée le plus souvent antérieure à l'allaitement : elle aurait lieu dès la conception du fœtus, “ *lors du mélange des sang* ” des parents. Les liquides sexuels, à l'instar du lait, sont produits à partir du sang ; ils véhiculent, en plus des éléments héréditaires du lignage, les maladies des deux parents. “ *Toute maladie dont la mère est victime touche le bébé qui est dans son ventre* ” dit une jeune femme bobo, tandis qu'une autre affirme encore : “ *Lorsque la femme est malade, sa maladie passe sur l'enfant à travers le sang et à l'accouchement si le bébé n'est pas gros on dit qu'il a pris la maladie de sa maman* ”. C'est ainsi que dans le cas des troubles psychiques évoqués précédemment, il est admis que même si l'enfant ne souffre pas comme la mère il porte “ *les traces de la maladie, car c'est un problème de sang* ”, précise une vieille femme bobo. Cette affirmation situe la transmission de la maladie avant la naissance, donc avant l'allaitement. Le “sang”, auquel font référence les interlocuteurs bobo et mossi, désigne le liquide corporel qui circule dans l'organisme et qui permet l'élaboration du lait maternel, mais aussi le support de l'hérédité paternelle et maternelle. Ces deux aspects ne sont pas

port de l'hérédité paternelle et maternelle. Ces deux aspects ne sont pas dissociés, pas plus que ne le sont les notions de maladies héréditaires, congénitales, et acquises lors de l'allaitement maternel. Le sang peut donc être le vecteur d'une maladie, de par sa nature de liquide circulant, mais aussi en tant que support de l'hérédité ⁹⁹.

Aussi, bien souvent, le rôle de l'allaitement dans la transmission d'une maladie entre une mère et son enfant est jugé secondaire, puisque cette maladie serait acquise avant même la naissance. Dans ces conditions, interrompre l'allaitement ne présente aucun intérêt, ce serait une mesure sans effet. Ce point de vue explique certaines affirmations qui nient la possibilité de transmission de maladies par l'allaitement. En effet, chez les Mossi comme chez les Bobo, des personnes affirment que le lait maternel est un aliment exclusivement bénéfique, et qui ne transmet pas les éventuelles maladies dont la mère pourrait être atteinte. En fait, ce point de vue ne remet pas en question la transmission des maladies entre une mère et son enfant, mais seulement le moment de cette transmission : les gens pensent que toute transmission mère-enfant est survenue pendant la grossesse, et que l'apport du lait en tant que nutriment ne serait que bénéfique dans le cas d'un enfant considéré comme déjà porteur de maladie.

Si la mère est malade, il n'y a aucun doute sur le fait que l'enfant "reçoive" la maladie. Cela ne signifie par pour autant qu'il soit immédiatement malade ou le devienne un jour. Une maladie peut rester à l'état latent sans s'exprimer, voire ne jamais s'exprimer du tout. La manifestation d'une affection est liée à la vulnérabilité de la personne, rapportée là encore, à la nature de son "sang" : pour les Bobo, les individus qui ont un "sang léger" – les Mossi disent "un sang chaud" – sont plus souvent sujet aux maladies (Desclaux 2000 : 152).

Enfin demeure le fait que si une mère renonce à allaiter son enfant pour éviter de lui transmettre une maladie, elle risque de ne pouvoir trouver une autre femme qui accepte de l'allaiter. Ces dernières vont considérer que l'enfant est malade, puisqu'il est né d'une mère malade ; elles redouteront alors d'être "contaminées" par l'enfant.

⁹⁹ Le rôle du sang en tant que lien entre les personnes d'un même matrilignage chez les Bobo est développé au chapitre IV.

La “contamination” d’une nourrice par un enfant malade

Il est admis que lors de l’allaitement, les maladies peuvent se transmettre aussi des enfants vers les femmes. Selon les Mossi, trois mécanismes plus ou moins intriqués expliqueraient cette possibilité :

- le contact physique cutané étroit et prolongé que nécessite l’allaitement.
- le contact de la langue de l’enfant avec le sein et le dépôt de salive sur le sein. Diverses maladies, telles la rougeole (*bi*), sont décrites comme “ *venant au niveau de la langue (...) la salive peut contaminer la femme et les autres enfants qui la têtent* ”, selon un guérisseur.
- l’entrée de “ *l’eau de la bouche* ” de l’enfant dans le sein de la mère. L’allaitement n’est pas toujours pensé *comme le passage du lait, à sens unique, entre le sein maternel et la bouche du nourrisson*. “ *Lorsque l’enfant boit, la “bouche du sein” s’ouvre, le lait se mélange avec l’eau de la bouche [de l’enfant] et il avale, mais quand il avale, la moitié part et la moitié rentre [dans le sein] [...] si on donne l’enfant [malade] à une autre femme, elle aussi aura la maladie* ” met en garde un autre guérisseur.

Ces représentations de la transmission ne font pas cependant l’objet d’un consensus. Quelques personnes nient la possibilité d’une transmission d’un nourrisson vers une femme ; plus nombreuses sont celles qui la reconnaissent, mais ne sont pas d’accord sur son mécanisme exact. Ainsi, un guérisseur mossi – âgé et fort respecté – conteste ce schéma de circulation de la salive vers le sein : “ *Il n’y a rien qui puisse sortir de la bouche de l’enfant pour entrer dans le sein* ” assure-t-il, tout en reconnaissant pourtant la possibilité de transmission de maladie d’un nourrisson vers une femme, transmission qu’il attribue au seul contact physique. D’autres personnes considèrent que le contact de la salive de l’enfant avec le sein de la femme est suffisant pour transmettre une maladie à la femme, tout en affirmant que “ *l’enfant tire seulement le lait sans rien introduire dans les seins* ”. Ces craintes exprimées à propos de la transmission de maladies lors de l’allaitement s’appliquent à la possibilité qu’un enfant puisse transmettre une maladie à une femme autre que sa mère. Cette inquiétude est souvent évoquée, car il est redouté que la femme puisse à son tour transmettre la maladie à ses propres

est redouté que la femme puisse à son tour transmettre la maladie à ses propres enfants.

Ces craintes conduisent les jeunes femmes à refuser d'allaiter d'autres enfants que les leurs, et à prendre garde à ce que leur nourrisson ne tète aucune autre femme. Ces refus vont à l'encontre des pratiques d'échange de nourrisson qui s'observaient de manière habituelle dans la plupart des ethnies au Burkina Faso jusqu'à ces dernières années. Moyennant le respect de certaines règles, variables selon les ethnies, il était courant qu'un enfant puisse être allaité de manière épisodique par une ou plusieurs autres femmes que sa mère lorsque celle-ci était indisponible.

Chez les Bobo, par exemple, deux femmes pouvaient allaiter le même enfant si elles faisaient partie de la même famille maternelle ¹⁰⁰. Ainsi, une femme bobo explique : *“ Avant, si j'entrais dans une cour et s'il y avait un enfant qui pleurait, si j'avais pitié de lui je pouvais lui donner le sein ”*. Chez les Samo, il était habituel qu'après l'accouchement, avant que la sécrétion lactée ne soit bien établie, ce soit une soeur de l'accouchée qui allaite le nouveau-né pendant les premiers jours, dans les régions bobo, *“ on ne fait plus téter ailleurs [c'est-à-dire par une autre femme] ; en ville il y a une très, très forte sensibilisation, les infirmières ont dit que ce n'est pas bon de donner le sein à un enfant qui n'est pas le sien, avec la maladie on ne sait plus qui peut être contaminé ”* affirme une ménagère de 35 ans. Dans les propos de cette femme *“ la maladie ”* désigne le sida. En milieu rural Mossi, en 1999, les femmes ne désignent pas une maladie de manière précise. Elles contestent ces pratiques en fondant leur décision sur des arguments médicaux : *“ Avant et maintenant, ce n'est plus la même chose. Je ne veux pas que mon enfant tète une autre femme, parce que les maladies ne se ressemblent pas. Lorsqu'un enfant naît, il y a beaucoup de maladies avec lui, certaines femmes ont aussi leur maladie, les laits ne sont pas les mêmes, si on échange les bébés, on ne sait plus quelle maladie il va avoir, ça va devenir grave. C'est pour cela que les femmes de notre génération on n'est plus d'accord ”* dit l'une d'elles, âgée d'une trentaine d'année. Elles font référence à une sorte d'incompatibilité entre l'enfant et le lait lorsqu'il provient d'une autre femme : *“ On dit que les bébés ont des maladies à eux, si il tète il attrape le sein, si l'autre enfant vient téter ça va le contaminer par le sein, l'enfant peut prendre la maladie ”*

¹⁰⁰ Mais aussi si elles appartenaient au même *yalo*, cf. chapitre IV.

de l'autre” affirme une femme. Une autre précise encore : “ *Certains enfants naissent avec des maladies alors que certains n'en ont pas. Si une femme a un enfant qui est malade et si elle donne du lait à un enfant qui n'est pas malade, ça peut le contaminer. Ça dépend des mamans, certaines femmes ont leur maladies, elles ont leur lait avec leur maladie et leur enfant, si elle donne son lait à un autre enfant, ça va donner la maladie à l'autre enfant* ”.

La volonté d'éviter la transmission des maladies est aussi décrite comme devant générer une sorte de code de bonne conduite entre femmes : “ *Si ton enfant est malade, il ne faut pas que tu le laisses téter ta coépouse, et tu ne dois pas faire téter un enfant de ta coépouse si tu sais que la maladie est sur ta poitrine, parce que ça va rendre tous les enfants malades* ” assure une jeune femme. Ces appréhensions et ce code de conduite influencent évidemment la prise en charge des nourrissons orphelins ou de ceux que leurs mères ne peuvent pas allaiter.

Si, en pays bobo, le lien entre le fait de ne plus accepter de faire allaiter un autre enfant que le sien et le sida apparaît clairement dans les entretiens, il n'en va pas de même chez les Mossi de la région de l'Oubritenga. Là, l'origine de ces représentations est difficile à retrouver. Elles sont évidemment récentes car elles s'opposent radicalement aux pratiques anciennes. Mais bien que ces représentations soient proches du contenu de certains messages actuels d'information sanitaire sur le sida, il semble qu'elles aient émergé bien avant eux. Ainsi, dans leur enquête réalisée en 1989, Bonnet *et al.* (1991) notent déjà la crainte de la transmission de maladie par le lait d'une nourrice ; or il est certain qu'à cette époque les risques de transmission du VIH par l'allaitement n'avaient pas encore fait l'objet d'information sanitaire publique. Peut-être faut-il entendre dans cette crainte l'expression de conseils donnés dans les dispensaires, dans les décennies précédentes, à propos de maladies comme la tuberculose ou la lèpre. Mais à ce jour, aucune information ne vient confirmer cette hypothèse.

L'allaitement maternel et la transmission de la mère à l'enfant du VIH

En pays Mossi, les représentations populaires contemporaines des “modes de transmission du sida” sont toutes étroitement liées au sang. Ceci fait en partie écho aux messages d'information sanitaire qui mettent en avant le rôle du sang dans la transmission de la maladie. Ces messages ont été d'autant plus facilement retenus qu'ils entrent en résonance avec des conceptions populaires antérieures sur la physiologie et le rôle du sang dans l'organisme. Les deux conséquences principales du rôle accordé au sang sont les suivantes :

- tout contact direct avec le sang d'une personne suspectée “d'avoir le sida”, ou tout contact indirect – par un objet souillé (tranchant ou non) ou par l'intermédiaire d'un insecte (mouche) – est affirmé contaminant. Aussi aux modes de transmission décrits dans les messages d'information sanitaire sont ajoutées la plupart des circonstances à l'occasion desquelles un contact avec les humeurs d'un malade est possible. Ces représentations expliquent les méfiances observées dans le contact physique direct ou indirect avec un malade du sida.
- la transmission du VIH de la mère à l'enfant est considérée comme la conséquence logique de la présence de “ *la maladie dans le sang* ” : “ *Si la femme a le sida, l'enfant l'aura aussi parce que c'est le sang de la femme et celui de l'homme qui fabriquent l'enfant* ” précise un guérisseur. Cette assertion est considérée irréfutable car elle se réfère “ au mélange des sangs ” : “ *Si le sida se trouve chez la maman, ça se trouve aussi chez le petit, ça ne peut pas être autrement* ” assure un autre guérisseur. La transmission du sida de la mère à l'enfant est considérée inévitable et systématique ; elle aurait lieu *in utero*.

Pour le sida, comme pour les autres maladies, le rôle du lait est jugé secondaire dans la transmission entre une femme contaminée et son propre enfant : “ *c'est dans le ventre [de sa mère] que l'enfant prend la maladie, ce n'est pas parce qu'il tète* ” est-il affirmé. En fait, tenter d'établir une distinction entre une contamination *in utero* et une contamination par l'allaitement semble être une

tion *in utero* et une contamination par l'allaitement semble être une démarche spécifique pour les personnes rencontrées : la conception précède l'allaitement, la contamination de l'enfant ne peut être qu'antérieure à l'allaitement.

L'allaitement maternel ne serait impliqué que dans le cadre de la contamination de tierces personnes : enfants ou femmes autres que le couple mère-enfant "contaminé". En effet, le lait produit par une femme malade serait un vecteur de l'infection :

- pour les autres enfants qui téteraient la femme "contaminée". Selon les individus rencontrés, il s'agit d'un cas strictement théorique car il ne viendrait à personne l'idée de demander à une femme suspectée d'être malade du sida d'allaiter un autre enfant que le sien ;
- pour les autres femmes qui allaiteraient l'enfant "contaminé". Il est craint qu'elles soient contaminées par l'enfant malade lors de la tétée par le seul contact physique avec l'enfant, ou à cause de "l'eau de la bouche" de l'enfant, et qu'elles puissent ensuite contaminer leur propre enfant.

Malgré une prévalence importante de l'infection à VIH au Burkina (8 % chez les femmes enceintes en 1996 [Sangare *et al.* 1997]), les représentations concernant la transmission mère-enfant du VIH sont actuellement élaborées en dehors de toute expérience empirique des faits. Elles résultent de constructions récentes à partir d'informations diverses alimentées par au moins trois principales sources :

- les messages d'information sanitaire. Ils proviennent, d'une part, d'instances (publiques ou privées) extérieures à l'univers villageois, tels la radio ou les caravanes d'information. D'autre part, des agents de santé locaux qui reprennent généralement le contenu des messages généraux, soit intégralement, soit de manière simplifiée, moins par volonté de se faire comprendre que parce que leurs connaissances sur le sida sont limitées.
- l'expérience et, notamment, l'observation des attitudes et des gestes du personnel de santé local. Cette observation joue un rôle essentiel dans la validation de l'information reçue par la population. Ainsi, alors que le message officiel se veut rassurant sur l'impossible transmission de la maladie par le seul contact physique, cette information est rejetée par certains sur la base de leurs observations effectuées au centre de santé :
" Si on amène un malade [du sida] au dispensaire, on nous demande de

amène un malade [du sida] au dispensaire, on nous demande de payer des gants, c'est parce que le docteur ne veut pas attraper la maladie ” déclare un guérisseur qui justifie ainsi sa certitude en la transmission du sida par simple contact, qu'il reporte ensuite au couple mère-enfant ;

- les rumeurs publiques qui colportent des fragments de messages sanitaires et leurs interprétations, des opinions sur des personnes malades proches ou lointaines, l'information sur des guérisseurs étrangers qui traiteraient l'affection, des récits de femmes contaminées par des enfants, etc.

Les messages sanitaires sur les modes de transmission du sida n'entrent apparemment pas en compétition directe avec les représentations populaires préexistantes sur la physiologie et les maladies. Ils semblent, au contraire, être totalement absorbés, amalgamés aux représentations populaires sur la nature du sang, de son rôle dans le corps et ses relations avec les liquides corporels. Les messages sanitaires qui précisent, après avoir affirmé le rôle du sang, que la maladie peut se transmettre *via* les liquides sexuels ou le lait semblent redondants.

Dans la majorité des entretiens réalisés, la transmission de la mère à l'enfant est évoquée, et surtout expliquée, plus souvent à partir d'un raisonnement qui fait référence aux relations entre le sang et le lait, telles qu'elles sont définies dans les conceptions populaires de la physiologie, que par référence directe aux messages sanitaires. Cela ne doit pas surprendre, car la transmission du VIH par le lait maternel est presque totalement occultée des messages d'information sanitaire, comme d'ailleurs des politiques de santé publique (Desclaux 1994 ; 2000). Cette information n'est pas plus délivrée par les professionnels de santé des dispensaires, certains ignorant toujours le rôle du lait dans la transmission mère-enfant.

Transmission du sida, prise en charge et allaitement des enfants nés de mères malades

Les représentations actuelles du rôle de l'allaitement maternel dans la transmission du sida d'une femme vers son enfant, mais surtout la crainte d'une transmission d'un enfant vers une femme qui l'allait, sont lourdes de conséquences dans le domaine de la prise en charge des enfants orphelins.

D'une part, il existe un consensus général dans la population qui considère que tout enfant né qu'une femme "malade du sida" est obligatoirement malade. De plus, il est également jugé qu'aucun traitement ne pouvant agir contre cette maladie, elle conduit rapidement l'individu atteint à la mort. Cette échéance rapide et inéluctable justifierait l'inaction puisque toute intervention serait vouée à l'échec. D'autre part, la crainte de la contamination par simple contact avec un enfant né d'une femme malade, et bien plus encore par l'allaitement de cet enfant, a fini par convaincre qu'il était plus prudent de tenir ces enfants à distance.

Ainsi, un grand nombre de personnes sont persuadées qu'un enfant né d'une femme séropositive ne peut pas vivre "*parce qu'il est né avec le sida*". Un guérisseur mossi est tout à fait explicite : "*Si une femme a le sida et si elle met un enfant au monde, c'est un enfant-sida, ne le gardez pas, l'enfant ne sera pas sauvé, si ça tue la femme, il faut que l'on laisse l'enfant et il va mourir aussi, (...) car si une autre femme le prend, ça peut la contaminer*". "*Mieux vaut laisser l'enfant où il y a la maladie, au lieu de contaminer d'autres*", commente une vieille femme bobo. Le propos est clair : il engage à exclure l'enfant et sa mère des réseaux de solidarité et de toute forme de prise en charge.

Tant en pays mossi qu'en pays bobo, il est maintenant très difficile pour un enfant qui a perdu sa mère à la suite d'une "longue maladie" (euphémisme souvent employé pour désigner le sida) de trouver une nourrice, d'être allaité temporairement par une parente, une voisine ou une amie (dans l'attente d'une autre solution que le sein maternel) ou d'être allaité sporadiquement (en cas d'absence de la mère). Or, quand on sait qu'en milieu rural, la survie d'un enfant orphelin passe presque exclusivement par l'allaitement, au moins transitoire, par une ou plusieurs nourrices, il est clair que les craintes actuellement exprimées

plusieurs nourrices, il est clair que les craintes actuellement exprimées conduisent à laisser mourir les enfants orphelins.

Dans la région de Bobo-Dioulasso, ces craintes alimentent diverses rumeurs colportant des histoires de nourrices contaminées par des enfants : l'adoption d'un orphelin aurait entraîné la mort des différentes femmes qui l'auraient pris en charge successivement¹⁰¹. Une femme de Bobo-Dioulasso raconte : “ *Dans le quartier il a des femmes qui ont adopté des enfants sans savoir que la mère était morte du sida, [et] elles y ont laissé la peau. Elle avaient donné le sein. Si une femme meurt de sida, quand on adopte son enfant, si la maman adoptive à des plaies sur le sein elle attrape la maladie. Maintenant on a peur d'adopter des enfants* ”. La crainte que la maladie soit transmise aussi à l'enfant de la nourrice est bien présente : “ *Tu ne veux pas que ton enfant tète avec l'enfant d'une femme qui est décédée d'une longue maladie. Ta famille va avoir peur parce que tu vas, peut-être, contaminer ton propre enfant* ” dit une jeune mère bobo. “ *Maintenant les femmes ont peur* ”, constate un guérisseur bobo. La même crainte, exprimée plus ou moins ouvertement, gagne progressivement l'ensemble des populations. Si l'entourage soupçonne la mère d'être malade du sida, il devient presque impossible qu'un enfant orphelin puisse trouver une nourrice.

Ces décisions d'abandon se fondent sur la certitude que l'enfant est obligatoirement contaminé puisque sa mère est malade, qu'il ne peut donc être sauvé, et qu'avant de mourir il pourrait contaminer les femmes qui s'occuperaient de lui, ainsi que les enfants de ces femmes. Une telle attitude est dictée par la peur. Cette réaction de protection face à la crainte de la transmission de la maladie est fréquente : elle est identique à l'égard des malades adultes (Taverne 1997). Les attitudes de rejet que l'on observe à propos du sida ne sont pas nouvelles. Elles ne peuvent être mises sur le seul compte de la déstructuration de la famille africaine contemporaine et de l'individualisme croissant, comme le prétend souvent une opinion publique nostalgique d'un passé idéalisé. Déjà, au Burkina Faso, en 1926, lors de l'épidémie de trypanosomiase qui fut nommée la “ maladie de Pabré ”, “ *la panique s'était emparée des populations, les malades étaient abandonnés hors des villages, à peine nourris, tant la crainte de la contagion* ”.

¹⁰¹ La notion de contamination en série est souvent évoquée dans les rumeurs sur le pouvoir de transmission de l'infection par les femmes : de nombreux récits rapportent l'histoire de veuves qui auraient contaminé leurs époux successifs décédés à cause du sida qu'elles leur auraient transmis.

était forte” (Lapeyssonnie 1998)¹⁰². On retrouve là l'expression d'un comportement universel face à une maladie perçue comme une menace incontrôlable.

Conclusion

Diverses représentations décrivent le passage de maladies lors de l'allaitement, de la mère à l'enfant, mais aussi, dans l'autre sens, entre un enfant et la femme qui l'allait. Les mécanismes précis de cette transmission renvoient à différentes conceptions ethnophysiologiques de la lactation, mais aussi à celles de l'hérédité et de la genèse de l'individu lors du processus reproductif. Les explications qui en sont données sont éminemment variables selon les cultures, même si l'on peut retrouver des thèmes communs, comme par exemple le rôle du “sang”. L'infection à VIH s'est progressivement inscrite dans les représentations populaires de la transmission des maladies par l'allaitement. Les messages d'information sanitaire ont joué un rôle important. En effet, au Burkina Faso, comme dans la plupart des pays d'Afrique, dès les tout premiers messages, la transmission du VIH de la mère à l'enfant a été présentée à l'égal de la voie sexuelle et de la voie sanguine. Des slogans simplifiés à l'extrême ont diffusé l'idée que le sida se transmet par “ le sexe, le sang, et de la mère à l'enfant ”. Cet énoncé représente souvent la seule information délivrée sur le sujet, sans autre précision, et non pas un noyau minimal à partir duquel les circonstances de transmission pourraient être décrites et commentées.

La simplification des messages a conduit à exclure toute référence aux notions de risque statistique et de probabilité appliquées à chacun des modes de transmission décrits. Les transmissions par les relations sexuelles, de la mère à l'enfant et par des objets souillés de sang sont présentées comme si elles avaient toutes la même probabilité. La valeur de cette probabilité n'ayant jamais été évoquée, elle a été d'emblée considérée comme maximale par l'ensemble de la population, y compris par les professionnels de santé¹⁰³. La hiérarchisation des modes de transmission nécessite l'introduction de la valeur des risques de contamination liés à chaque modalité. L'absence de cette information est un

¹⁰² Communication personnelle.

¹⁰³ Cf. chapitre XVI.

facteur de confusion majeur. Il conduit, par exemple, la plus grande partie de la population burkinabè à affirmer craindre davantage les ciseaux des coiffeurs que les relations sexuelles non protégées (étant entendu que cela représente aussi un mode de transmission socialement plus honorable que la transmission sexuelle).

Face au constat de la méconnaissance persistante de la population à l'égard de la transmission mère-enfant du sida, et du déficit flagrant d'information à ce sujet dans les messages sanitaires, se pose une fois de plus la question du contenu des messages. Ils constituent la principale voie de diffusion d'informations scientifiques auprès de la population générale. Ces informations sont reprises par tous les médias locaux, en particulier par les radios – ce qui en amplifie la diffusion. En 1999, de nombreux professionnels de santé qui n'ont pas encore eu de formation sur le sida y puisent les éléments de leur connaissances sur la maladie. Les enjeux liés à la qualité et la justesse des informations diffusées sont donc majeurs ; aussi ces informations doivent-elles être valides, actualisées, précises et non ambiguës. L'élaboration d'un message d'information sanitaire est un processus de vulgarisation qui consiste à adapter un ensemble de connaissances de manière à les rendre accessibles à un public non spécialiste. Il ne s'agit pas de résumer à l'extrême les connaissances techniques comme cela est le cas dans les messages actuels, mais d'en rapporter le sens et la complexité en les rendant intelligibles pour les personnes à qui l'information est destinée.

Les notions de risque de transmission, de probabilité de contamination, les estimations de leur valeur, constituent une part essentielle du contenu des explications des modes de transmission du sida. Elles ne peuvent être passées sous silence car elle sont indispensables à une juste compréhension de la transmission et à une gestion raisonnée des risques individuels et collectifs.

Références bibliographiques

Coppo P.

1994 *Guaritori di follia. Storie dall'altopiano dogon.* Torino, Bollati Boringhieri.

Desclaux A.

1994 Le silence comme politique de santé publique ? Allaitement maternel et transmission du VIH. *Sociétés d'Afrique et Sida* (6) : 2-4.

2000 *L'épidémie invisible. Anthropologie d'un système médical à l'épreuve du sida chez l'enfant à Bobo Dioulasso, Burkina Faso.* Lille, Presses universitaires du Septentrion.

Erny P.

1988 *Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique noire, naissance et première enfance.* Paris, L'Harmattan.

Rabain J.

1979 *L'enfant du lignage, du sevrage à la classe d'âge.* Paris, Payot.

Sangaré L., N. Meda, S. Lankoande *et al.*

1997 HIV infection among pregnant women in Burkina Faso : a nationwide serosurvey, *International Journal of STD & AIDS* 8 : 646-651.

Taverne B.

1997 Quelle prise en charge pour les malades séropositifs ou sidéens en milieu rural au Burkina Faso ? *Cahiers Santé* 7 (3) : 177-186.

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

Deuxième partie. L'allaitement pathologique
et le traitement de l'allaitement dans le système de santé.

Chapitre IX

Les détenteurs du savoir et les alternatives à l'allaitement en milieu rural mossi

Par Bernard Taverne

[Retour à la table des matières](#)

Dans un pays tel le Burkina Faso, où il est habituel de rencontrer dans chaque unité domestique au moins une femme qui donne le sein à un enfant, les jeunes filles acquièrent progressivement de nombreuses connaissances sur l'allaitement, et cela bien avant leur première grossesse. Néanmoins, et contrairement aux apparences, allaiter n'est jamais facile. Les incidents et les difficultés sont nombreux, les complications sont souvent très douloureuses sinon graves.

Une femme qui allaite demande et reçoit de nombreux conseils, et ce d'autant plus qu'il s'agit de son premier enfant. Son entourage n'est jamais indifférent à cet événement. Nombreuses sont les personnes qui, selon leur expérience et leur compétence, vont guider la femme, lui suggérer – ou lui imposer – diverses pratiques pour assurer ou améliorer l'allaitement, ou la guider vers des personnes détentrices de connaissances plus précises lorsque des difficultés ou des complications surviennent.

Parfois, l'allaitement se passe mal ou est totalement impossible. La sécrétion lactée n'apparaît pas, elle est insuffisante ou se tarit soudainement ; la mère ne peut assumer son rôle nourricier, ou dans la pire des situations elle décède alors que son enfant n'est pas encore sevré. L'entourage de la mère est alors obligé de trouver rapidement une alternative à cet allaitement défaillant. Il s'agit d'une urgence, la survie de l'enfant en dépend.

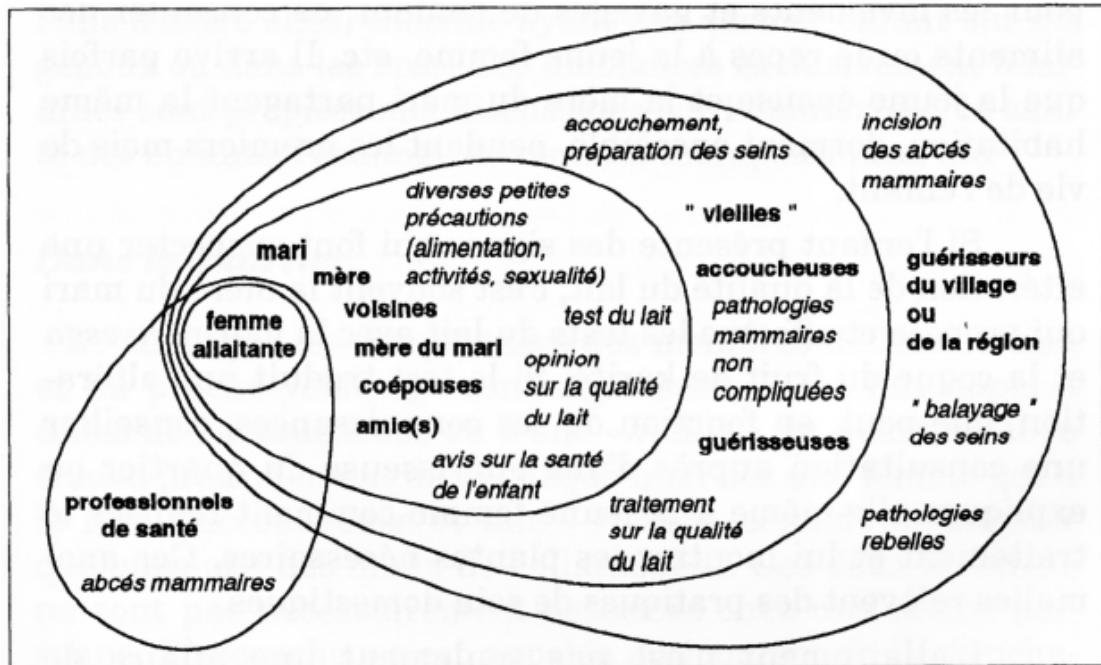
Quelles sont les personnes qui conseillent une femme qui allaite ? Quel type de connaissance peut-elle trouver selon les difficultés qu'elle rencontre, et auprès de qui ? Comment réagit l'entourage d'une femme qui ne peut allaiter ? Qui va nourrir un enfant orphelin s'il n'est pas encore sevré ? Ce chapitre apporte des réponses à ces questions à propos de la population Mossi du Burkina Faso.

Les détenteurs du savoir sur l'allaitement

En pays Mossi, il n'existe pas de « spécialiste » de l'allaitement maternel à proprement parler, c'est-à-dire de personne détentrice d'un savoir spécifique et global qui s'appliquerait à tous les aspects de l'allaitement maternel (préparation de l'allaitement, qualité du lait, pathologie du sein, etc.) ; un savoir qui confèrerait à la personne le détenant un statut social distinct du reste de la population, ou des autres guérisseurs.

Les connaissances sur l'allaitement maternel sont partagées et réparties parmi un ensemble assez large d'individus. La jeune femme, enceinte pour la première fois ou allaitant son premier enfant, a autour d'elle diverses personnes qui sont susceptibles de la conseiller et de la soutenir dans son rôle procréateur et nourricier : son mari, sa mère et la mère de son mari, ses voisines et amies du même âge, ses soeurs, l'accoucheuse du quartier, les « vieilles » du quartier et parmi elles les guérisseuses et guérisseurs du village ou de la région, et les professionnels de santé. Ces différentes personnes entretiennent des rapports de proximité variable avec la jeune femme. Leurs interventions auprès de la femme à propos de son allaitement dépendent de cette proximité. Il est possible de répartir les différents acteurs en quatre ensembles distincts selon la nature de leur influence (voir schéma).

Les trois premiers niveaux sont représentés de manière concentrique parce que les conseils et les soins qui peuvent être obtenus de chacun d'eux sont cohérents : il n'y a jamais de contradiction totale entre les indications fournies par les acteurs appartenant à deux niveaux différents ; les modèles explicatifs de référence sont identiques. De plus, le recours à des thérapeutes du niveau suivant se fait toujours en accord et sur le conseil de l'entourage de la femme concernée. Il en va différemment avec le recours aux professionnels de santé ; c'est pourquoi ce niveau de recours est schématisé par un tracé sécant par rapport aux autres niveaux. En effet, il arrive que les conseils donnés par les professionnels de santé entrent en totale contradiction avec les représentations populaires sur l'allaitement (par exemple à propos des bienfaits du colostrum), et le recours au dispensaire se fait parfois contre l'assentiment de certains proches de la femme.



Répartition par aires d'influence des personnes intervenant dans la conduite de l'allaitement maternel.

Dans l'unité d'habitation et son entourage immédiat

On retrouve, dans l'entourage immédiat de la jeune femme, certaines personnes avec lesquelles elle cohabite dans l'unité domestique : son mari, les éventuelles coépouses, la mère de son mari ; et des personnes qu'elle a l'occasion de rencontrer fréquemment à proximité : les voisines ; par affinité : les amies ; et dans le cadre des liens de parenté : sa mère et ses soeurs.

Ces personnes jouent le rôle de garant de l'application et du respect des principales précautions : la pratique du *run gri* (serrer les seins dans un pagne dès la découverte la grossesse), le massage des seins après l'accouchement, l'alimentation, la sexualité, les modalités d'allaitement, etc. Il s'agit d'une sorte de surveillance quotidienne qui s'applique à la femme et son enfant. À la moindre difficulté, la jeune femme se réfère à son mari et à la mère de son mari. Cette dernière peut prendre l'initiative de lui apporter des plantes pour les lavements et gavages de l'enfant, de conseiller des aliments ou le repos à la jeune femme, etc. Il arrive parfois que la jeune épouse et la mère du mari partagent la même habitation, dorment ensemble, pendant les premiers mois de vie de l'enfant.

Si l'enfant présente des signes qui font suspecter une altération de la qualité du lait, c'est souvent la mère du mari qui propose et effectue les tests du lait avec la fourmi *nyesga* et la coque du fruit de karité. Si le test traduit une altération, elle peut, en fonction de ses connaissances, conseiller une consultation auprès d'une guérisseuse du quartier ou expliquer elle-même à la jeune femme comment réaliser le traitement et lui montrer les plantes nécessaires. Ces anomalies relèvent des pratiques de soin domestiques.

L'allaitement n'est pas seulement une affaire de femme ; le mari est toujours soigneusement tenu informé de la manière dont il se déroule. En effet, il est de son devoir « d'être devant », c'est-à-dire de prévoir les éventuelles difficultés en consultant régulièrement les devins. Ce devoir de consultation est d'autant plus important lorsque la grossesse a été longuement désirée et lorsque d'autres enfants sont décédés en bas âge : les prescriptions rituelles peuvent être nombreuses, compliquées et coûteuses, elles sont cependant respectées avec attention et considérées comme le prix à payer pour la vie de l'enfant. Les jeunes maris sont toujours bien au fait des complications survenues à leur épouse lors de

jours bien au fait des complications survenues à leur épouse lors de l'allaitement (*biis-siido*, *biis-moogo*, *biis-guya*, etc.) car c'est également à eux que revient la nécessité « de tourner », c'est-à-dire de se déplacer pour trouver un guérisseur qui puisse soigner une pathologie rebelle.

Les maris âgés, qui ont plusieurs épouses et de nombreux enfants, sont moins attentifs au suivi de l'allaitement d'une jeune épouse. Leur mère est décédée et la surveillance en revient alors à leur première épouse, la *pug-kiema*, elle-même souvent âgée et ménopausée.

Les relations de proche voisinage sont également l'occasion de conseils et d'échanges permanents sur les soins à l'enfant et l'allaitement. Lorsqu'il n'y a pas de travail agricole, il arrive souvent que des voisines du même âge se regroupent aux heures chaudes de la journée dans la case de l'une d'entre elles, chacune ayant son dernier enfant sur les genoux ou dans les bras. Ces ambiances exclusivement féminines sont propices aux discussions sur la maternité, la santé des enfants, l'échange de recettes thérapeutiques, etc.

Dans le quartier

Lorsque les compétences des membres de l'habitation et du proche voisinage sont dépassées, il est fait appel à celles de l'accoucheuse ou d'une « vieille » du quartier. Il se trouve pratiquement dans chaque quartier une femme qui a le rôle d'accoucheuse et une « vieille » capable de soigner quelques-uns des maux de l'allaitement. Ces deux fonctions ne sont pas nécessairement associées chez une même personne. L'accoucheuse est appelée au moment de l'accouchement, et celui-ci terminé, elle participe parfois à la douche de la femme et au massage des seins. Son rôle peut se limiter à ce moment. La guérisseuse est sollicitée pour indiquer les recettes à effectuer si une anomalie de la qualité du lait est identifiée, pour les pathologies du sein non compliquées (stimulation de la lactation, *biis-moogo*, *biis-guya*) – en fait toute pathologie ne nécessitant pas d'incision – et le traitement des diarrhées du nourrisson (dont certains traitements préventifs en cas de reprise d'une activité sexuelle entre les époux).

Dans le village ou les villages voisins

À ce niveau, il est fait appel à des guérisseuses ou des guérisseurs, qui, sans être des spécialistes de la lactation, possèdent des compétences peu répandues sur quelques aspects précis concernant l'allaitement.

Il s'agit des personnes qui traitent la pathologie des seins nommée *guya*, et notamment de femmes qui « balayent les fourmis » ; elles sont considérées spécialistes du traitement de cette affection qui ne concerne pas seulement les maladies des seins, mais aussi certaines pathologies oculaires. Leur domaine de compétence est étroit, il ne concerne aucun autre aspect de l'allaitement.

On trouve aussi les guérisseuses et les guérisseurs spécialisés dans l'infécondité, la pathologie des enfants et les défauts de lactation. Ces trois domaines sont liés car ils sont considérés sous la dépendance des génies (*kinkirsi*). Ces thérapeutes fondent leurs interventions sur le pouvoir qu'ils ont acquis par l'intermédiaire de leur relation privilégié avec les génies. Ils peuvent les solliciter lors de consultations divinatoires mais aussi entrer en contact avec eux durant le sommeil. Ce sont les génies qui désignent les plantes à prescrire à l'enfant et les sacrifices à réaliser.

Enfin les guérisseurs généralistes constituent un troisième groupe de thérapeutes. Il s'agit presque exclusivement d'hommes. Ils traitent un grand nombre d'affections, jusqu'à une trentaine et parfois plus, identifiées à partir des catégories nosographiques populaires chez les adultes et les enfants des deux sexes ; certains réduisent les fractures et incisent les abcès. Dans le domaine de l'allaitement, ils interviennent dans les défauts de lactation, dans les traitements préventif et curatif des troubles de la qualité du lait dus à la reprise de la sexualité (*podrem*), et dans le traitement des abcès par application externe de remède ou par incision. La pathologie de l'allaitement ne représente qu'une part minime de leur activité, ils ne rencontrent les femmes allaitantes que pour quelques demandes très précises. Comme corollaire, les entretiens avec eux révèlent une moindre connaissance des finesses sémiologiques à partir desquelles les femmes distinguent et classent les pathologies de l'allaitement. Ils considèrent l'allaitement maternel comme un sujet peu important pour lequel ils n'ont pas grand chose à dire et dont ils ne tirent pas de notoriété, c'est un sujet qu'ils

ils ne tirent pas de notoriété, c'est un sujet qu'ils évacuent rapidement des conversations.

Les professionnels de santé

Le dispensaire

Dans la région d'enquête, les professionnels de santé du dispensaire n'ont, selon leur propre constat, « *pratiquement jamais aucune conversation avec les femmes à propos de l'allaitement maternel, car tout cela est réglé directement par les femmes entre elles, sous le contrôle des plus âgées* » précise un infirmier. Le thème de l'allaitement maternel n'est jamais abordé lors des consultations prénatales car il est tenu pour évident que toute femme allaite son enfant et que « *cela se fait tout seul (...) les jeunes femmes ne posent pas la moindre question à ce sujet* ». Les quelques femmes qui accouchent à la maternité ne reçoivent pas d'autres conseils que ceux des femmes plus âgées qui les accompagnent. Lors de l'accouchement, le rôle de la « matrone » du dispensaire ou de l'infirmier consiste à assurer la naissance de l'enfant, la délivrance de la mère, les éventuelles sutures du périnée – en cas d'épisiotomie ou de déchirure spontanée – et à imposer une durée de repos minimale de quelques heures avant le lever de l'accouchée. Les femmes âgées, qui accompagnent l'accouchée, se chargent des autres soins, dont la douche qui comprend le massage des seins et l'expression du colostrum. Sur ces pratiques, les professionnels n'interviennent pas ; ils ont renoncé à répéter les conseils concernant la mise au sein précoce et l'allaitement de l'enfant par le colostrum. À l'occasion d'entretiens sur le sujet, ils restituent pourtant intégralement le message sanitaire officiel sur les bienfaits du colostrum, mais ils jugent « *qu'il n'y a rien à faire pour demander aux femmes de le garder, au moment de la douche, elles le jettent* ».

Les professionnels de santé du dispensaire apparaissent à la fois résignés et pragmatiques. Ils sont bien placés pour apprécier le faible impact de la plupart des messages d'information sanitaire qu'ils sont censés transmettre à la population. Aussi, sur le thème de l'allaitement et des soins au nouveau-né – essentiellement la pratique des gavages et lavements, dont ils doivent recommander l'abandon –

ils préfèrent garder le silence pour ne pas dissuader les quelques femmes qui se décident à venir accoucher à la maternité : « *On ne peut pas leur demander ne pas faire les lavements, sinon elles ne viendront plus ici, ou elles partiront le faire chez elles* » constate l'un d'entre eux. Or la fréquentation de la maternité du dispensaire est très faible, il peut se passer un mois sans qu'aucune femme n'y vienne accoucher ¹⁰⁴...

Le nombre de consultations au dispensaire pour des demandes liées à l'allaitement est minime : pour l'année 1997, l'étude des registres de consultations révèle un total de 3 consultations pour des pathologies mammaires (abcès du sein). Il apparaît ainsi que même ces graves complications, pourtant fréquentes, entraînent peu de demandes de soins auprès du dispensaire.

Le centre médical

Hormis les hospitalisations en urgence, demandées par l'infirmier du dispensaire (les « évacuations ») lors d'un problème médical grave (tel un accouchement dystocique), les femmes des villages où a eu lieu l'enquête ne se rendent jamais au centre médical pour y rechercher une information sur l'allaitement ou pour une consultation médicale sur ce sujet. Les conseils qu'elles y recevraient ne seraient pas sensiblement différents de ceux qu'elles obtiennent au dispensaire, même si les compétences médicales de certains professionnels de santé y sont théoriquement supérieures.

Lors des consultations prénatales, on y affirme avec un peu plus de véhémence l'inutilité du *runгри*, le caractère néfaste des lavements et des gavages du nouveau-né, la nécessité de donner le colostrum et de l'allaitement exclusif, etc. Mais en pratique, après l'accouchement, ce sont encore et toujours les femmes qui accompagnent l'accouchée qui s'occupent d'elle, qui vont la doucher, presser ses seins et effectuer les premiers lavements et gavages de l'enfant.

Comme leur collègue du dispensaire, les professionnels du centre médical déplorent « *la persistance de ces pratiques néfastes* », et constatent leur

¹⁰⁴ Sur une période de 12 mois (du 1/07/93 au 30/06/94) 54 accouchements ont eu lieu au dispensaire. Pendant la même période, 193 enfants vivants ont été déclarés à l'État Civil ; le registre est tenu par l'infirmier responsable du dispensaire pour l'aire sanitaire et administrative correspondante. On peut estimer de 70 à 80 % des accouchements se déroulent à domicile.

impuissance à les modifier. Ainsi reconnaît une sage-femme : « *même ici les femmes continuent de faire les gavages, elles vont faire ça la nuit, ou très tôt le matin, avant que l'on arrive c'est déjà fait. (...) Je ne sais pas comment on va faire pour changer ça, il va peut-être falloir attendre une nouvelle génération de femmes... encore que celles de maintenant sont déjà en train d'apprendre ça !* ».

Selon le personnel, les consultations motivées par des pathologies de l'allaitement sont peu fréquentes. Leur nombre exact est impossible à préciser car les registres de consultations ne sont pas systématiquement complétés...

Les alternatives à l'allaitement maternel

Les circonstances d'arrêt de l'allaitement maternel et les stratégies de remplacement

Les circonstances lors desquelles une femme arrête d'allaiter son enfant avant l'âge habituel du sevrage sont peu nombreuses. Un inventaire exhaustif a permis d'identifier les cinq situations suivantes :

- une anomalie de la lactation (hypo- ou agalactie),
- des troubles psychiques graves qui entraînent des comportements de la mère incompatibles avec son rôle maternel,
- le décès maternel,
- une séparation précoce du couple mère/enfant,
- une altération majeure et irréversible de la qualité du lait.

Dès lors que la mère ne peut pas assurer l'allaitement, l'enfant risque de ne pas survivre ; il faut dans l'urgence trouver une alternative à l'allaitement maternel. Selon le motif de l'arrêt de l'allaitement maternel, les stratégies mises en œuvre seront différentes.

Incapacités de la mère à assurer l'allaitement

Les deux principales raisons qui peuvent conduire une femme à ne pas allaiter son enfant sont un dysfonctionnement de la lactation qui peut se traduire par une hypogalactie ou une agalactie complète, et certains troubles psychiques de type psychotique (psychose puerpérale).

Bien que les circonstances qui entraînent l'incapacité maternelle à allaiter soient différentes, les deux récits qui suivent montrent que les alternatives à l'allaitement maternel sont organisées de manière similaire :

- dans l'urgence il est fait appel à des nourrices pour allaiter l'enfant tandis que le père, avec l'aide de son entourage, tente de résoudre la cause initiale (le manque de lait, le trouble psychique),
- les nourrices ne sont pas des coépouses mais des « voisines », en fait des épouses des frères des hommes concernés, donc des femmes extérieures au ménage ; pourtant dans ces deux situations, les coépouses sont un peu plus âgées que les femmes atteintes, elles ont déjà eu plusieurs enfants, il pouvait sembler logique qu'elles tentent d'assurer l'allaitement, au besoin en stimulant leur lactation comme cela se fait dans d'autres circonstances (cf. infra). Tout au plus acceptent-elles d'assurer le maternage de l'enfant.
- l'allaitement par les nourrices est considéré comme une mesure transitoire car elle place les parents et l'enfant dans une situation de dépendance : « les femmes étaient d'accord pour allaiter l'enfant, mais entre temps on a réfléchi que les femmes pouvaient avoir envie de voyager ou devoir aller chez leurs parents, et on ne peut pas les obliger à rester ici pour allaiter l'enfant, elles peuvent partir et nous laisser dans la souffrance » précise un père. Il est donc nécessaire de trouver une solution plus durable.
- la solution qui permet aux parents d'échapper à la dépendance du voisinage passe par l'acceptation de la dépendance à une structure sanitaire anonyme. Seul, dans la province de l'Oubritenga, le dispensaire protestant de Loumbila permet une prise en charge suivie et presque gratuite de l'allaitement, dans les situations d'urgence. Cependant, la condition minimale fixée par le dispensaire – la présence d'une femme

male fixée par le dispensaire – la présence d'une femme pour assurer la prise en charge de l'enfant – peut se révéler difficile à satisfaire. Ainsi, A. n'est pas parvenu à « trouver la femme ».

L'agalactie de K.

Agriculteur, O. a deux épouses : S., la première, a deux enfants ; K., la deuxième, est âgée de 19 ans. Après une grossesse sans complication, pour laquelle elle s'est rendue quelques fois à la consultation de SMI (santé maternelle et infantile) du « dispensaire », elle accouche à domicile sans difficulté notable, avec l'aide de quelques vieilles femmes du quartier. Au décours de l'accouchement, elle reçoit les soins habituels (douche, massage des seins, consommation de *zom-koom* pour stimuler la sécrétion de lait). Sa poitrine est bien développée et apparemment normalement constituée. Les premiers massages ne parviennent pas à extraire de colostrum, l'enfant est tout de même mis au sein, « il mâche » sans résultat. Les seins vont être de nouveau massés, des soupes sont données sans effet. Vers le troisième ou quatrième jour, il est demandé à une voisine, puis à une deuxième, d'allaiter l'enfant en attendant de trouver une solution.

Pendant ce temps, O. s'engage dans une série de consultations de guérisseurs et de devins et réalise de nombreux rituels : « Quand tu as un problème comme ça, les gens disent : “il faut faire ça, il faut aller là-bas”... J'ai tout fait, je suis allé partout... Des devins ont dit que les génies (*kinkirsi*) avaient caché le lait, j'ai fait des sacrifices ; d'autres ont dit que c'était les ancêtres du côté de la femme, je suis allé demander aux vieux de sa famille de faire un sacrifice avec une poule pour leurs ancêtres qui sont sous terre afin qu'ils donnent le lait à leur fille ; on est allés tuer des poulets et des chèvres devant le *ten-kugri* (autel de terre) pour demander le lait, mais on n'a rien eu... J'étais fatigué et découragé, l'enfant allait mourir, les gens ont vu que je souffrais... Et puis des voisins m'ont conseillé d'aller au dispensaire protestant de Loumbila ». L'enfant avait alors 20 jours, depuis sa naissance il était allaité alternativement par deux femmes, épouses de frères du mari, qui ont chacune son propre nourrisson.

O. se rend d'abord au dispensaire, à 5 km de son domicile, pour enregistrer la naissance de l'enfant à l'État Civil. Avec l'accord de l'infirmier, il va alors avec son épouse et l'enfant au centre médical de la ville voisine, Ziniaré, à 17 km : « Là, ils nous ont regardé passer seulement, ils ont dit que l'on doit aller à Loumbila » qui se trouve 15 km plus loin. « Quand on est arrivés là-bas, ils nous ont dit que l'on avait un peu trop attendu pour venir et que l'enfant avait maigri, mais qu'il était encore bien. Ils nous ont reçus et il nous aident jusqu'à

aujourd'hui ».

La mère et l'enfant font un premier séjour d'un mois. Ils sont hébergés sur place, l'enfant est nourri avec du lait en poudre maternisé donné au biberon. Les premiers biberons sont réalisés par le personnel du dispensaire, puis très rapidement, la mère apprend à préparer elle-même les biberons. Lorsque l'état nutritionnel de l'enfant est jugé satisfaisant et que le personnel a la certitude que la mère sait préparer les biberons correctement, ils sont autorisés à rentrer chez eux. Ils repartent avec l'obligation pour le père de revenir tous les 28 jours chercher les boîtes de lait et donner des nouvelles de l'enfant. Vers le 7^{ème} mois, l'enfant a eu de la diarrhée pendant quelques jours. O. ramène son épouse et l'enfant à Loumbila. Ils y restent 26 jours.

Le jour de l'entretien, l'enfant a environ 10 mois, il semble en meilleure santé que les autres nourrissons du même âge que l'on peut voir dans l'habitation. Selon O. la prise en charge a été totalement gratuite, actuellement il reçoit des boîtes de bouillie Cérélac® en plus des boîtes de lait pour le mois. La date du prochain rendez-vous où l'enfant devra être montré est fixée pour le mois suivant.

La psychose de R.

A. est agriculteur, il a deux épouses : T. la première a trois enfants, son dernier né est décédé il y a 7 mois ; R. est la deuxième épouse, elle est âgée de 18 ans. Elle est mariée depuis une année, selon un rite musulman, à la suite d'un mariage décidé entre les parents. Sa grossesse a débuté peu de temps après le mariage, elle s'est déroulée sans complication, l'accouchement a eu lieu au domicile sans difficulté, selon le père. Douze jours après l'accouchement, alors que l'allaitement était bien établi, R. « *est devenue folle* », elle débute une psychose puerpérale probable : délire, confusion, agitation, elle refuse de s'occuper de l'enfant et de l'allaiter, « *elle veut jeter l'enfant* ». Le nouveau-né est alors nourri par deux voisines, qui sont des épouses des frères de A.

Les désordres psychiques de R. sont interprétés comme étant dus à l'action des génies, ce que confirment divers devins. Après plusieurs traitements inefficaces, dix jours après le début de la maladie, A. décide de conduire son épouse au dispensaire. Là-bas, il lui est fait une « injection » et conseil lui est donné de « *chercher des remèdes traditionnels* »... Il décide alors de la conduire auprès d'un guérisseur de Koupéla (250 km, parcourus en bicyclette et bus) qui a la réputation de faire une injection miracle (coût total, environ 15 000 FCFA l'injection seule coûte 4000 FCFA*). À son retour à domicile, quatre jours plus tard, son état empire, il la conduit alors à une quinzaine de

cile familial chez un « guérisseur-devin par les *kinkirsi* » (*kinkir-baga*) qui la garde auprès de lui. Au bout de quelques semaines son état s'améliore, elle demande à voir son enfant et souhaite l'allaiter « mais les seins sont devenus secs, on lui a donné un remède, le lait est revenu, l'enfant a tété pendant 10 jours, et puis ça l'a repris encore ». A. laisse son épouse chez le guérisseur et ramène son enfant à son domicile.

Au moment de l'entretien, l'enfant est âgé de 2 mois et demi, il est toujours nourri par une voisine, il est très maigre. La coépouse lui donne les soins quotidiens mais ne l'allait pas, sous le prétexte qu'elle serait peut être enceinte. A. connaît bien l'existence du dispensaire protestant de Loumbila et pense qu'il pourrait y trouver de l'aide, mais ne parvient pas à trouver une femme disponible qui accepterait de se rendre là-bas (37 km) pour accompagner et prendre en charge le nourrisson pour une durée d'au moins un mois. La situation paraît bloquée au jour de l'entretien : « *le problème me dépasse...* » dit-il accablé.

Trois mois plus tard, la jeune femme est parvenue avec l'aide du guérisseur à satisfaire les *kinkirsi* qui la perturbaient, « *elle est guérie* ». Elle a réintégré le domicile familial, allaite son enfant et s'en occupe correctement. Finalement, le père ne sera pas parvenu à atteindre le dispensaire protestant et l'enfant a été allaité pendant près de 5 mois par les deux nourrices du voisinage.

* En milieu rural, il est rare qu'un chef de famille dispose de 15 000 FCFA en espèces. Le plus souvent une telle somme nécessite la vente d'un gros mouton ou de deux chèvres, et/ou la contribution de divers membres de la famille.

Décès maternel

L'allaitement d'un enfant dont la mère est décédée soulève des problèmes plus complexes car ils sont liés au statut social de l'enfant orphelin : « *Chez nous [les Mossi], quand une femme meurt et laisse un bébé de quelques mois, c'est rare qu'il vive longtemps* » reconnaît un chef de famille qui a lui-même perdu un enfant à la suite du décès de son épouse. Dans la société mossi, devenir orphelin (*kiiba*) est interprété comme une perturbation de l'ordre naturel de l'enchaînement des générations. Un enfant en bas âge ne peut être privé de sa mère ou de ses deux parents.

La société mossi applique à cette situation le même traitement qu'elle réserve à tout ce qui est considéré comme anormal : un homme dont plusieurs épouses

décèdent en état de grossesse, une femme dont aucun enfant ne survit, une personne très âgée qui survit à ses enfants, etc. La perturbation de l'ordre naturel/divin/ancestral est attribuée aux individus survivants. Ainsi, l'homme est responsable du décès de ses épouses, la femme est responsable du « départ » de ses enfants, le grand vieillard est suspecté de détourner à son profit la force vitale de ses enfants qui décèdent, etc. À travers ce même processus d'imputation de la cause, l'enfant orphelin est considéré responsable du décès de sa mère ou de son père. La mort du parent est censée révéler la nature de l'enfant : s'il a pu se « débarrasser » de son père ou de sa mère, cela signifie qu'il a la « tête dure » et qu'il entretient des relations étroites avec les entités du monde suprahumain (les *kinkirsi*). Ses pouvoirs ou ses liens avec l'au-delà sont suffisamment forts pour lui permettre de s'affranchir de ses parents en les tuant. Aussi cet enfant inspire la crainte, et ce d'autant plus qu'il est très jeune (Taverne 1997).

Cette crainte suscite des sentiments équivoques de la part des adultes à qui revient la prise en charge de l'enfant. L'orphelin est coupable d'avoir éliminé l'un de ses parents, il n'est pas vraiment digne d'être l'objet de soins attentifs. Mais la force qui lui a permis un tel acte oblige à la méfiance : ne serait-il pas capable (avec l'aide des génies qui l'accompagnent) de punir de mort les personnes qui le négligeraient ? Le jeune orphelin fait partie de la catégorie des « *enfants mortifères* » identifiés par D. Bonnet (1994 : 105). Au fur et à mesure que l'enfant grandit, ses liens avec le monde surnaturel se distendent et disparaissent. Vers l'âge de deux ou trois ans, « *l'acquisition du langage et l'autonomie alimentaire lui font quitter définitivement l'ordre divin* » (Bonnet 1994 : 94). Il s'« humanise » et devient moins dangereux, alors la crainte qui l'entoure s'estompe. La crainte que suscite l'orphelin entraîne un rejet parfois discret mais bien réel à son égard. Dans quelques cas, cette crainte est telle qu'elle peut conduire à un infanticide immédiat ¹⁰⁵. D'autres fois encore, alors que plusieurs femmes de la famille seraient susceptibles de s'occuper de l'enfant, celui-ci est finalement confié à un orphelinat ; c'est une manière de le tenir à distance en attendant qu'il grandisse.

Le droit coutumier mossi ne recommande ni n'exclut une personne pour s'occuper d'un enfant orphelin. En pratique, toute femme « qui a bon caractère et

¹⁰⁵ Information confirmée en 1996 par M. R. Diarra, Président de la Chambre Sociale de la Cour d'Appel du Tribunal de Ouagadougou.

beaucoup de cœur » peut prendre en charge un enfant orphelin, qu'elle soit issue de la famille paternelle ou maternelle de l'enfant. Cependant, le plus souvent, même si des jeunes femmes allaitantes se trouvent dans l'unité domestique (la cour) ou dans la proche famille, c'est à la grand-mère paternelle (parfois à la grand-mère maternelle) que revient la charge de s'occuper de l'enfant orphelin. Les grand-mères ont en effet la réputation d'avoir « de l'expérience », de savoir élever les enfants, mais surtout, elle sont jugées les plus à même de réaliser et de respecter les différents rituels qui doivent permettre la survie de l'enfant tout en protégeant le reste de la famille.

Parmi les premières précautions que doit prendre la grand-mère, elle doit s'assurer de l'accord de la défunte si cette dernière ne lui a pas confié nommément son enfant avant de mourir. Pour ce faire, elle doit se rendre le lendemain soir de l'enterrement sur la tombe de la femme pour lui demander l'autorisation de s'occuper de l'enfant selon une formule appropriée : « *Toi, Dieu t'a appelée et tu as du laisser ici un petit enfant, tu vois bien que c'est moi qui vais le garder, aussi je te demande de me faire confiance (yadro), il faut que tu attaches ton cœur (yodo'f suuri) et que tu me fasses confiance pour me laisser cet enfant, si il a une longue vie, ton nom ne sera pas perdu, si il a une longue vie, ce sera pour toi* ». En effet, dans les jours immédiats suivant le décès maternel, il est dit que la mère peut revenir chercher son enfant ¹⁰⁶. Parfois, pour l'en prévenir, la grand-mère et l'enfant vont s'installer une semaine dans un autre quartier afin que la défunte ne puisse trouver son enfant si elle revient le chercher. L'enfant orphelin pourrait être « rappelé » par sa mère dans un délai de 13 jours pour un garçon ou de 14 jours pour une fille : « *au-delà de 13 ou 14 jours, tu sais que si l'enfant meurt, ce n'est plus parce que sa mère le rappelle... mais c'est peut-être parce que tu t'en es mal occupé* » déclare une vieille femme.

¹⁰⁶ De manière symétrique, il est également considéré qu'un nourrisson décédé peut revenir chercher (c'est-à-dire tuer) sa mère pour pouvoir continuer de téter ; pour prévenir cette situation, lors de l'enterrement du nourrisson il est déposé à ses côtés une coque de noix de karité remplie de lait maternel afin « qu'il parte avec son lait ».

Trois récits de prise en charge d'enfants orphelins

N., environ 50 ans, veuve depuis 1991, remariée par lévirat au fils de sa coépouse (mariage nominal*), habite dans la cour dirigée par son fils aîné. L'épouse de celui-ci a été trouvée sans connaissance au bord d'un chemin alors qu'elle revenait de chercher de l'eau. Elle décède 2 jours plus tard, sans avoir repris conscience. La cause a été attribuée à « un trouble avec les *kinkirsi* ». Elle avait une fille de 50 jours. N., sa grand-mère paternelle, la prend en charge. Quatre jours après le décès, le père se rend à bicyclette au service de l'action sociale de Ziniaré (20 km). Là-bas il lui est conseillé, selon les propos qu'il rapporte, « *de ne pas faire téter l'enfant à d'autres femmes, et de lui donner du lait en poudre* ». On donne au père un biberon avec quelques conseils d'utilisation – « *ils ont dit qu'il faut se laver les mains jusqu'au coude, qu'il faut faire bouillir l'eau en se mettant dans un endroit où il n'y a pas de poussière, dans une case, et de ne jamais toucher la tétine à la main* » –, une boîte de lait pour un mois, et quelques habits. Pendant ce temps le nourrisson est alimenté par deux femmes du voisinage. N. commence alors à chercher le moyen de provoquer une lactation chez elle, cela fait environ 10 ans qu'elle a sevré son dernier enfant. Il s'ensuit un parcours thérapeutique de 24 jours qui la conduit chez 7 thérapeutes avant de trouver une préparation efficace. Avant que la boîte de lait en poudre ne soit terminée, le père repart au service de l'action sociale où il lui est dit qu'il n'y a plus de lait, que l'on ne peut rien faire pour lui et que le mieux est que la grand-mère puisse l'allaiter. Selon N. cet allaitement a bien fonctionné. Mais l'enfant est atteint par la rougeole avant de décéder, 224 jours après sa mère. Selon la grand-mère cela est dû seulement à la rougeole car l'enfant était par ailleurs en bonne santé. Le père avait entendu parler du dispensaire protestant de Loumbila mais ne savait pas que les soins y étaient gratuits.

S. a environ 50 ans. Son fils est revenu de Côte-d'Ivoire (en février 1994) avec son épouse malade et leur enfant âgé de 11 mois. La mère décède 8 jours après son retour et après avoir confié l'enfant à S. (la grand-mère paternelle de l'enfant), qui prend un remède pour « faire venir le lait » puis commence à l'allaiter. Mais l'enfant est malade et maigrit, ce qui est attribué à la présence du *walgo* de la mère dans le corps de l'enfant. Une consultation au dispensaire (CSPS) l'oriente vers le centre médical de la ville voisine (Ziniaré). Elle y reste 18 jours et ne constate pas d'amélioration de l'état de santé de l'enfant, malgré les médicaments achetés. Des proches lui conseillent alors de se rendre au dispensaire protestant de Loumbila. Elle y est prise en charge gratuitement, y séjourne un mois, puis revient régulièrement montrer l'enfant. L'enfant a maintenant 5 ans, il est dans un état de santé comparable aux autres enfants de la cour.

A. est âgée d'environ 55 ans. Son fils B. a deux épouses, qui ont chacune plusieurs jeunes enfants. L'une d'elle décède 6 jours après avoir été mordue par un serpent. Elle avait 3 enfants âgés d'environ 5 ans, 4 ans, et 11 mois au moment du décès. Avant de mourir, la mère confie ses enfants à A. qui est la grand-mère paternelle en lui demandant de ne pas les séparer et de s'en occuper. Le dernier enfant était encore au sein. A. prend un médicament traditionnel pour stimuler sa lactation ; le dernier enfant qu'elle avait allaité a aujourd'hui 22 ans. Deux jours après la prise de ce médicament, elle a suffisamment de lait pour faire téter l'enfant. Actuellement l'enfant, qui va avoir 3 ans, est dans un état de santé comparable aux autres enfants de la cour. Au moment du décès, une coépouse de la défunte allaitait un enfant, mais elle n'a pas pris en charge l'orphelin, ni ne l'a allaité.

* Pour plus d'information sur le mariage par lévirat cf. Taverne 1996.

Par la suite, l'entretien de l'orphelin demeure toujours plus compliqué que celui d'un enfant dont la mère est vivante. La femme qui en a la charge peut malgré elle ne pas satisfaire totalement l'enfant et en subir les conséquences : « *Si tu fais quelque chose qui ne plaît pas à l'enfant, et si cela ne plaît pas à sa maman, elle peut toujours revenir, ou bien ça peut ne pas plaire aux ancêtres et ils vont te punir* ». Aussi, la femme qui a la charge de l'enfant doit se prémunir de ces représailles à l'aide de protections magiques, en particulier en prenant un remède (*tiim*) qui se nomme *kim-yubsa* (*kim, kimse* : esprit des ancêtres, *yubsa* : offenser) ; elle doit régulièrement consulter les devins afin de prévoir au plus tôt les difficultés à venir.

Dans le même temps, il faut aussi régler la question des soins quotidiens et en particulier l'allaitement. Dans l'urgence, la grand-mère fait plusieurs fois par jour la tournée des habitations voisines afin de faire allaiter l'enfant par des femmes qui ont des enfants au sein. Bien qu'il n'y ait pas de règle explicitement énoncée, il apparaît clairement qu'il n'est pas fait appel aux coépouses de la défunte pour allaiter l'enfant, mais plutôt à des femmes extérieures à l'unité domestique.

Toute femme, quels que soient ses liens de parenté avec l'enfant, peut l'allaiter, mais une précaution doit être respectée : une femme *nakombse* ne

devrait pas allaiter un enfant *nionionse*¹⁰⁷ car ce dernier pourrait « partir » avec le lait de la femme. « *Les petits nionionse peuvent emmener le lait avec eux et laisser la femme vide* » met en garde une vieille femme. En revanche, une femme *nionionse* peut allaiter sans conséquence tous les enfants. Enfin, il est inconcevable d'imaginer faire allaiter un enfant par une femme peul « *parce que nous ne sommes pas du même lignage (budu)* » et inversement qu'une femme mossi allaite un enfant peul.

L'allaitement par les femmes du voisinage est toujours considéré comme une mesure transitoire. Parallèlement, toutes les femmes âgées qui prennent en charge un orphelin tentent de réactiver leur sécrétion lactée pour alimenter l'enfant. Cette pratique est fréquente, les recettes de remèdes censés favoriser le retour d'une sécrétion lactée sont très nombreuses.

Itinéraire de N. pour provoquer sa lactation

« Le premier remède, la personne m'a dit de préparer du zom-koom avec du mil, de mélanger le remède dedans, et de boire ça toute une journée sans manger d'autre aliment, et en restant assise au milieu de la case, je l'ai fait mais il n'y a pas eu de lait (...). Le deuxième remède on l'a fait avec du lait caillé (biis-naare), il fallait mélanger le remède dans le lait caillé et boire, j'ai tout de suite vu que ça n'allait pas prendre parce que j'ai tout vomi sur place (...). Ensuite, un homme m'a donné un remède que je devais préparer chez moi, le mettre dans du zom-koom et dans des haricots pour manger, j'ai mangé tout cela, et rien n'est venu (...). Après c'est une femme qui m'a dit de préparer du zom-koom et d'aller déposer la calebasse pleine sur la tombe de la mère pour lui demander le lait, j'ai demandé et je n'ai pas eu (...). Celui d'après, c'est le voisin que me l'a montré, il m'a dit de faire bouillir du wale-biisum* (lit. lait de tourterelle), de piler du bage-yanga** sans le poser sur le sol et d'ajouter cela au zom-koom, mais ce n'est pas encore venu (...). Puis,

¹⁰⁷ En simplifiant, les Mossi distinguent entre eux les *nakombse* qui sont les “gens du pouvoir” et les *nionionse*, les “gens de la terre”. Ces deux groupes échangent régulièrement des femmes, aussi les épouses d'un homme *nakombse* sont souvent des femmes *nionionse*, et inversement. La dualité gens du pouvoir/gens de la terre est l'expression actuelle de la dualité conquérants/autochtones (Izard 1985 : 18) qui remonte aux origines de la constitution de l'empire Mossi.

une vieille m'a dit de lui amener du mil, je ne sais pas ce qu'elle a fait avec, mais elle a préparé du zom-koom, elle m'a dit de le boire pendant tout une journée sans rien manger de plus, j'ai bu cela et attendu tout une journée, ce n'est pas encore venu (...) Le dernier, c'est un homme qui m'a dit de piler du sorgho rouge (ka-zinga), d'en faire de la farine et la mélanger avec du lait caillé que l'on a fait bouillir puis filtré, puis de manger cela pendant 4 jours, je l'ai fait et ce n'est encore pas venu. Alors, je me suis souvenue que mon père avait lui aussi un remède car une de ses femmes avait des enfants mais n'avait pas de lait, il connaissait un remède, mais toutes les femmes ne sont pas capables de boire ça : il faut préparer du zom-koom avec du petit mil et de la potasse, et il faut boire 3 gorgées si c'est un garçon et 4 gorgées si c'est une fille. C'est ça que j'ai vraiment fait pour gagner le lait, et alors il est venu ».

* *Euphorbia* sp. (EUPHORBIACEAE).

** *Piliostigma thonningii* (Schum.) Milne-Redhead (CAESALPINIACEAE).

Le lait obtenu par des femmes âgées qui stimulent leur lactation pour nourrir un enfant orphelin est nommé « lait-demandé » (*biis-kotame* ; *bis* : lait, *kotame* : demandé). Il est jugé immédiatement consommable, et n'est pas précédé par un lait à éliminer comme le colostrum (*naseta*). La mise au sein de l'enfant s'accompagnerait toujours d'un épisode de diarrhée plus ou moins importante. Il serait dû à l'incompatibilité entre le lait de la mère avec lequel l'enfant a été allaité précédemment et le nouveau lait qui lui est proposé. Le lait de la mère décédée est nommé *biis-kiinga* (*bis* : lait, *kiinga* : mort/de la morte). Des remèdes, en particulier des lavements à partir de la plante *wilenwiiga*¹⁰⁸, doivent être donnés à l'enfant afin qu'il élimine le « lait de la morte » qu'il porte encore dans son corps ; la diarrhée est une façon d'éliminer ce lait.

Séparation précoce du couple mère/enfant

Il est exceptionnel qu'un enfant non sevré soit séparé de sa mère ; il existe cependant, en pays Mossi, une situation dans laquelle cette séparation peut être imposée à la mère, contre son gré. En effet, lorsque une jeune femme, déjà promise en mariage, est enceinte d'un homme d'un lignage autre que celui auquel

¹⁰⁸ *Guiera senegalensis* J.F. Gmel. (COMBRETACEAE).

elle avait été promise, il est toujours demandé à la mère de « remettre l'enfant à son père ». Le plus souvent, l'enfant est « rendu » à son père biologique après le sevrage, vers l'âge de deux ou trois ans. La jeune femme passe ces années chez une tante maternelle, elle réintègre le domicile de ses parents après avoir donné l'enfant, avant d'être immédiatement envoyée au domicile de l'homme auquel elle avait été donnée en mariage avant cette naissance. Il est des cas où un chef de famille furieux de l'affront que lui impose sa fille lui oblige à restituer l'enfant quelques jours seulement après l'accouchement ; la jeune femme est mise en demeure « d'aller remettre l'enfant où elle l'a trouvé, de ne plus en parler et de ne pas pleurer » sous la menace d'être battue.

Ces situations surviennent le plus souvent entre des individus jeunes, qui ne vivent pas encore en union conjugale ; le père de l'enfant est en général un jeune homme sans ressource. L'enfant est alors pris en charge par sa mère (donc la grand-mère du nouveau-né), et allaité par celle-ci ou par l'épouse d'un de ses frères plus âgés qui habite le même logement, ou à proximité.

Anomalie de la qualité du lait

Seule l'altération du lait entraînée par une reprise "précoce" de l'activité sexuelle de la mère peut imposer l'arrêt de l'allaitement ¹⁰⁹. Il est en effet considéré que l'enfant qui consommerait le lait de sa mère ayant eu une relation sexuelle deviendrait malade et pourrait en mourir. Il est alors nécessaire de sevrer l'enfant au plus vite ; il est dès lors alimenté par des bouillies ou directement par le plat familial. Une mère qui, contre l'avis familial, continuerait à allaiter son enfant, pourrait se voir accusée de vouloir tuer l'enfant. Dans la région d'enquête, plusieurs guérisseurs contestent le caractère impérieux du sevrage ; ils proposent divers traitements à donner à l'enfant afin qu'il puisse boire sans conséquence pour sa santé le lait altéré de sa mère.

¹⁰⁹ Cf. chapitre V.

Les modalités d'allaitement

L'allaitement avec du lait en poudre maternisé – le « lait des Blancs » – est connu, mais il est jugé financièrement inaccessible, même si peu de gens connaissent exactement le coût d'un tel allaitement. La rumeur circule que pour allaiter un enfant au biberon il faudrait vendre toute la réserve annuelle de mil d'une famille, ou recevoir régulièrement de l'argent d'un parent immigré en Côte-d'Ivoire. Aussi, ce mode d'allaitement n'est évoqué comme recours possible que par les gens qui ont la certitude qu'ils pourraient y avoir accès gratuitement. Il est également bien connu que la préparation des biberons répond à des contraintes d'hygiène précises, règles qui sont parfois exagérées comme dans les propos d'un homme affirmant que : « *À chaque fois que l'enfant veut téter il faut mettre la marmite au feu, bouillir l'eau, on va la mettre au feu au moins 3 ou 4 heures pour qu'elle soit bien, on doit mettre 5 litres et mettre au feu. Quand il ne reste que deux litres et demi c'est devenu bien* ».

L'allaitement par des laits animaux, chèvre ou vache, n'est jamais évoqué spontanément par les Mossi. En dehors des situations d'allaitement difficile, le lait de vache n'est donné à un enfant que lors de la diversification alimentaire, en même temps que les bouillies (vers 8 ou 9 mois). Seuls les pasteurs Peuls affirment que le lait de vache peut être donné à un enfant orphelin, mais comme ultime solution, « *si on ne l'a pas amené chez les soeurs [religieuses]* » précise un guérisseur. Dans ce cas, le lait est donné à l'aide d'une petite outre en peau de chèvre dont une extrémité fine ressemblerait à une tétine.

La principale alternative à l'allaitement maternel, chez les Mossi en milieu rural, est donc représentée par l'allaitement par une ou plusieurs nourrices pour palier à une situation d'urgence, et pour un enfant orphelin, par un allaitement par une grand-mère qui stimule sa lactation.

Le placement de l'enfant dans une institution d'accueil fait aussi partie des recours utilisés par certaines familles. Dans le cas des orphelins, il ne s'agit pas forcément d'un abandon mais d'une stratégie d'éloignement qui permet de sauver l'enfant dont la mort est bien souvent considérée inévitable.

Les principaux acteurs et leur rôle en cas d'alternative à l'allaitement maternel

La famille

Quelles que soient les circonstances qui ont abouti à ce que l'allaitement maternel soit impossible, le père de l'enfant apparaît toujours très impliqué dans la recherche d'une solution. Son intervention vise simultanément à remédier aux causes et aux conséquences, tant qu'une alternative stable n'a pas été mise en place. Il consulte les guérisseurs et les devins pour connaître les raisons de la maladie de la femme et obtenir les remèdes ou les prescriptions rituelles. C'est également le père qui est chargé d'obtenir l'accord formel des chefs des familles du voisinage chez lesquelles il va demander à ce que des femmes allaitantes veuillent bien nourrir son enfant. En milieu rural, l'organisation spatiale villageoise est telle que les quartiers sont le plus souvent constitués par le regroupement de ménages issus du même lignage ou fragment de lignage. En général, les chefs des familles voisines sont donc des frères (biologiques ou classificatoires) du père concerné. Aussi, la demande d'aide fait partie du domaine des relations d'échange et d'entraide permanentes qui prennent l'aspect de dons et contre-dons. Le soutien apporté par les proches est donc dépendant de la nature et de la qualité des liens préexistants. Cette aide est indispensable, mais elle est toujours jugée transitoire. Dans toutes les situations décrites, il apparaît que le père de l'enfant cherche au plus vite à se dégager de la dépendance qui le lie aux autres membres de sa famille.

Dans un premier temps, l'allaitement de l'enfant se trouve toujours assuré par des femmes du voisinage, qui sont le plus souvent des épouses des frères du père de l'enfant. Il est remarquable que dans les observations rapportées, pas une seule fois les enfants n'ont été allaités par des coépouses du ménage, même lorsque celles-ci allaitent un enfant. Cela ne peut être mis sur le compte de mésententes dans le ménage. Les pères justifient ce choix en se référant à l'excès de travail que cela occasionnerait à la femme devant allaiter un deuxième enfant en plus du sien. Cette justification est d'autant moins recevable que les femmes ayant des jumeaux

allaitent bien les deux enfants et que les préoccupations liées à une surcharge de travail des femmes sont généralement totalement étrangères à la société Mossi.

La non-intervention des coépouses dans le domaine de l'allaitement est encore plus manifeste dans le cas où la mère de l'enfant est décédée, l'allaitement de l'enfant orphelin revenant en première intention à la grand-mère paternelle. Si celle-ci est absente ou décédée, il est fait appel à la grand-mère maternelle. À défaut, le choix se porte sur une autre femme âgée de l'unité domestique ou, là encore, sur une épouse d'un frère du père. Dans ce dernier cas, si la garde est donnée à la grand-mère maternelle, l'enfant part vivre dans une autre unité domestique. Une légère préférence conduirait à confier l'enfant dans le lignage paternel plutôt que maternel, mais s'il se présente une tante maternelle qui propose de prendre en charge l'enfant, il lui est donné sans hésitation.

Ces décisions sont largement marquées par la gestion du sentiment de jalousie (*sukiiri*) entre coépouses dans le ménage polygynique mossi. Ce sentiment est fortement réprouvé et combattu dans les ménages car son expression peut aboutir, pour peu que surviennent quelques décès d'enfants, à des accusations de sorcellerie et à des bannissements de femmes. Le chef de ménage doit être particulièrement vigilant afin d'éviter son émergence qu'il doit toujours considérer possible. Entre coépouses, la jalousie peut se manifester par l'intermédiaire des relations aux enfants de l'autre femme ; un chef de famille affirme : « *Une femme ne s'occupera jamais correctement de l'enfant de sa coépouse, car il n'est pas de son sang, ça ne peut pas [être autrement] à cause de la jalousie* ». Aussi pour prévenir les mésententes possibles, l'enfant est préférentiellement confié à des personnes qui ont une parenté biologique directe avec lui, ou à défaut n'ont pas d'enjeux relationnel ou affectif direct avec le père ; c'est le cas des épouses des frères ¹¹⁰.

¹¹⁰ Une situation différente prévaudrait en pays bisssa où un homme polygame peut avoir pour épouse plusieurs soeurs biologiques. La jalousie entre les soeurs-coépouses ne serait pas aussi intense ; au décès de l'une, l'autre prendrait la charge des enfants « car elles sont de même famille ».

Les services sanitaires et sociaux

Les services sanitaires et sociaux constituent toujours une étape dans la recherche d'une alternative à l'allaitement maternel. Il est rare qu'une mère ou un père en difficulté s'y rende en première intention. Néanmoins, ils viendront toujours « *exposer leur problème* » même s'ils sont convaincus qu'ils ont peu de chance d'y trouver une solution. En effet, les relations entre la population et les structures sanitaires et sociales sont dominées par la certitude maintes fois confirmée que « *là-bas on ne fera rien pour vous* ». Les prestations que fournissent ces structures sont tellement imprévisibles que les usagers s'y rendent en comptant « *sur la chance et l'aide de Dieu* ».

La formation sanitaire la plus proche de la population est le Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS : « le dispensaire »). Pour certains villageois, cette proximité mesure tout de même entre 5 et 10 km. Face à la nécessité et l'urgence de proposer une solution lorsqu'un allaitement maternel est impossible, infirmiers et accoucheuses n'ont d'autre conseil à donner que de se rendre au Centre Médical de la ville voisine, soit, dans la région d'enquête, 17 km plus loin. Afin de faciliter les éventuelles démarches administratives à venir, l'infirmier, qui a aussi pour rôle de tenir un registre d'État Civil, va donner aux parents un extrait d'acte de naissance. Rien n'est prévu au niveau des dispensaires pour proposer un allaitement avec du lait en poudre, tous les villageois le savent bien. Aussi, le seul but de la consultation auprès de l'infirmier revient à « *lui demander la route pour aller au centre médical* », c'est-à-dire à le prévenir et lui demander l'autorisation de se rendre au centre médical.

Dans la région où la présente enquête a été conduite, le Centre Médical est situé à Ziniaré. Il compte un effectif d'une trentaine de personnes dont un médecin, deux sages-femmes, sept infirmiers ¹¹¹. Face à la demande d'aide pour pallier à un allaitement maternel déficient, médecins et sages-femmes peuvent au mieux examiner l'enfant, conseiller aux parents de s'adresser au Service d'Action Sociale et leur donner une ordonnance médicale pour l'achat d'une boîte de lait et d'un biberon. Là encore, rien n'est prévu pour mettre en oeuvre un allaitement

¹¹¹ En 1996, il y avait au Burkina Faso : 721 centres de santé et de promotion sociale, 62 centres médicaux dont 18 avec antenne chirurgicale, 9 centres hospitaliers régionaux et 2 centres hospitaliers universitaires (Rapport d'activité de la Direction des Études et Planification 1996).

avec du lait en poudre ; certains villageois découvrent alors avec inquiétude qu'ils ont peut être parcouru 25 km pour rien.

Le Service d'Action Sociale n'est qu'à 500 m du Centre Médical. Il dispose parfois de quelques boîtes de lait, de biberons et d'habits, qui sont distribués gratuitement aux personnes dont le bien fondé de la demande est attesté. Mais l'approvisionnement du Service d'Action Sociale est épisodique et imprévisible. Aussi, ne peut-il assurer une prise en charge continue et suivie : « *Un mois après, lorsque j'y suis retourné, on m'a dit que le lait était fini, qu'il n'en restait même pas un petit peu pour m'aider, que ce n'était pas de leur faute, c'était fini seulement* » dit le père d'un enfant orphelin. Faute de pouvoir fournir les moyens d'une alternative à l'allaitement maternel, la réponse des professionnels de l'action sociale consiste à adresser les demandeurs vers une autre structure sanitaire, « *là-bas peut-être...* »

*Comment nourrir un nouveau-né dans un centre médical
à 30 km de la capitale ?*

Juillet 1998 : un nouveau-né de quatre jours est à la maternité du centre médical depuis le jour de sa naissance. Il est accompagné par sa grand-mère paternelle. Tous deux arrivent d'un village voisin, distant d'une dizaine de kilomètres. La mère de l'enfant est décédée le jour de la naissance, à la suite d'une morsure de serpent. « Nous avons demandé à la famille, s'il n'y avait personne dans le village qui puisse s'occuper de l'enfant, dit une sage-femme, ils ont répondu qu'ils ont peur de l'enfant ; ici, on n'a pas de lait, il n'y en a même pas à la pharmacie, alors on lui donne de l'eau sucrée, nous sommes allés demander à la direction de l'action sociale, eux aussi n'ont rien, ils ont dit qu'il fallait aller à Ouagadougou, chez les Protestants ».

Au soir du quatrième jour, une boîte de lait maternisé premier âge arrive de Ouagadougou, par le soin de la direction de l'action sociale. Quelques jours plus tard, l'enfant est confié à la pouponnière du dispensaire protestant de Ouagadougou.

Août 1998 : le Centre Médical est déclaré « Ami des Bébé ».

La seule structure d'accueil de la province est le dispensaire protestant de Loumbila (situé à 15 km de Ziniaré). La prise en charge des enfants orphelins de mère ou des difficultés d'allaitement sont presque gratuites (voir encadré). Cette information est parfois inconnue des personnes qui pourraient y avoir recours, ainsi un père de famille affirme : « *J'ai entendu qu'à Loumbila il y a des gens qui s'occupent des enfants, mais on m'a dit que pour payer les produits, je vais devoir vendre toute mes récoltes, alors je n'y suis jamais allé* ».

Dans la région d'enquête, les structures publiques de santé et d'action sociale sont actuellement incapables de proposer et de soutenir une quelconque alternative à l'allaitement maternel. Leur action se limite le plus souvent à « orienter » vers d'autres structures les personnes qui viennent solliciter une aide.

Conclusion

Le savoir et l'autorité à propos de l'allaitement maternel ne sont pas détenus par quelques individus qui serviraient de référents sur le sujet ; ils sont au contraire dilués et répartis parmi l'ensemble des personnes qui entourent la femme qui allaite. Selon la proximité et la nature des liens qui les relient à la femme, ces personnes influent de manière variable sur la conduite de l'allaitement. Tous ces individus partagent les mêmes représentations sur ce qu'est et doit être un allaitement, aussi, il n'y a jamais de contradiction totale entre les différentes indications fournies. Cette cohésion et la vigueur des représentations populaires dans ce domaine s'opposent aux recommandations issues des structures sanitaires. Ces dernières se trouvent de fait marginalisées et pratiquement sans audience ni influence sur l'allaitement ; cela est particulièrement notable dans la recherche des stratégies pour pallier à un allaitement maternel défaillant.

Le rôle du père de l'enfant dans la conduite de l'allaitement est la plupart du temps totalement oublié des programmes d'intervention sanitaire sur le sujet. Les observations ici présentées prouvent que celui-ci joue un rôle essentiel. L'allaitement n'est décidément pas seulement une "affaire de femmes".

Tout est mis en oeuvre pour empêcher l'interruption d'un allaitement maternel. Lorsque celui-ci s'impose, c'est toujours dans une ambiance de drame familial, et le décès de l'enfant est alors bien souvent considéré inévitable. Les trois principales possibilités sont l'allaitement par une nourrice, la relactation des femmes âgées et l'usage de lait en poudre. Le premier recours dans l'urgence consiste à faire appel à des nourrices du voisinage, mais il s'agit toujours d'une solution limitée dans le temps. L'alternative jugée la meilleure, par toutes les personnes rencontrées, est l'emploi de lait en poudre, mais son prix d'achat est considéré prohibitif, il est inaccessible. Aucun obstacle "culturel" ne peut être invoqué, cette inaccessibilité est avant tout économique, mais elle est aussi majorée par l'impossibilité de la plupart des professionnels de santé des structures périphériques à conseiller et à conduire un apprentissage de son emploi.

Actuellement, les professionnels de santé n'ont qu'une influence extrêmement limitée sur la totalité de la conduite de l'allaitement. Cette absence d'influence est à mettre en relation avec leur incapacité matérielle à répondre à la seule demande qui leur soit adressée : celle de fournir en urgence un allaitement au lait en poudre pour sauver un enfant que sa mère ne peut allaiter. Ce type d'intervention n'est pas une promotion déguisée des laits en poudre, elle devrait être considérée comme une urgence thérapeutique médicale effectuée dans les maternités des dispensaires (CSPS), sans nécessiter de conduire l'enfant jusqu'à un centre médical (CM). Les activités réalisées par le dispensaire privé de Loumbila suggèrent que si du lait maternisé est disponible, et si sa distribution est accompagnée par une formation rigoureuse et attentive de la femme à qui l'enfant est confié, alors, même dans les régions rurales où il n'y a ni eau courante, ni gaz, ni électricité, l'alimentation d'un jeune enfant avec des substituts du lait maternel est possible, pour le meilleur bénéfice de l'enfant.

Le dispensaire protestant de Loumbila

Le dispensaire protestant de Loumbila a été créé en 1963, en même temps que l'internat du collège de jeunes filles. Il s'agissait au début de l'infirmier du collège, mais face à la demande de la population la consultation a été ouverte aux villageois. Le dispensaire est toujours lié à l'activité scolaire, il est fermé un mois pendant les vacances scolaires d'été. Spacieux, très propre, il est doté d'une pharmacie fort bien approvisionnée par l'achat de médicaments génériques courants et par des dons de médicaments provenant d'Europe. Le fonctionnement est assuré par une infirmière française à plein temps assistée de deux aides et d'une autre infirmière française qui a aussi des fonctions d'enseignement dans le collège. Le dispensaire est ouvert tous les jours.

Les relations de travail avec le dispensaire public, situé quelques kilomètres plus loin, sont constantes. Le dispensaire du collège n'assure pas les consultations prénatales, ni les accouchements (sauf urgence), ni les vaccinations (qui relèvent du Programme Élargi de Vaccination – PEV).

L'activité est importante (4856 consultations en 1998). Cela est attribué au fait qu'une part des médicaments prescrits sont offerts. Ainsi, un soin de pansement est facturé 100 FCFA lors de la première consultation uniquement, compresses, bandes et antiseptiques sont fournis par le dispensaire ; une consultation médicale coûte 250 FCFA, et la presque totalité des médicaments sont là encore donnés.

Le dispensaire propose une prise en charge médicale et alimentaire des enfants en situation de détresse sociale ou médicale (orphelin, enfant dénutri) et pour les mères en difficultés (mère malnutrie, femme ayant des difficultés de lactation, naissance gémellaire). Il ne s'agit en aucun cas d'un orphelinat.

Lorsqu'une mère se présente avec son ou ses enfants, l'objectif consiste à la soutenir dans sa capacité d'allaiter, en réglant les problèmes médicaux (anémie, parasitose, etc.) et en lui donnant des compléments alimentaires afin qu'elle puisse assurer un allaitement au sein satisfaisant.

Lorsqu'un enfant orphelin est adressé les conditions de prise en charge sont : l'existence d'un acte de naissance de l'enfant et de décès de la mère, l'accompagnement de l'enfant par une femme qui s'engage à assurer le maternage de celui-ci pendant toute la durée du suivi (donc jusqu'au sevrage), et une participation sous la forme de l'achat d'un flacon de sirop de Nivaquine® pour l'enfant [1700 FCFA], d'un biberon [1000 FCFA], et d'un carnet assurant la réalisation des vaccinations effectuées gratuitement par le dispensaire public. La nourriture de la femme qui assure le maternage de l'enfant revient à la famille, sauf situation particulière.

La prise en charge commence par un séjour de la femme accompagnante et de l'enfant dans l'enceinte du dispensaire. Pendant cette période, la femme est mise en situation d'apprentissage afin qu'elle maîtrise la préparation des biberons (pratique d'hygiène et dilution du lait en poudre). Cet apprentissage a pour but de permettre à la femme de pouvoir réaliser un allaitement avec du lait en poudre maternisé, à son domicile, au village, c'est-à-dire sans eau courante, sans électricité, sur un simple foyer à bois. Cet apprentissage dure de deux à quatre semaines.

En plus du suivi médical pendant cette période, le dispensaire s'engage à fournir du lait maternisé pendant 12 mois, des aliments de complément dès l'âge de six mois et jusqu'à 18 ou 24 mois, ainsi qu'un deuxième biberon.

Une fois que la femme sait préparer les biberons dans des conditions jugées satisfaisantes, et que l'état de santé de l'enfant le permet, ils sont autorisés à rentrer dans leur foyer. Hors épisode pathologique intercurrent, une visite mensuelle de la femme avec l'enfant est demandée ; à cette occasion, il est donné une ration mensuelle de lait.

Le dispensaire s'approvisionne en lait maternisé auprès de l'importateur officiel au Burkina Faso, au prix de 1540 FCFA la boîte. L'alimentation d'un enfant nécessitant environ huit boîtes par mois, le coût minimal est de 12320 FCFA/mois. Ces frais sont pris en charge par un financement caritatif externe.

De 1991 à 1998, 252 enfants ont été pris en charge. Le taux global d'amélioration nutritionnelle (passage du seuil de -2 ET du critère PA [poids en fonction de l'âge]) est de l'ordre de 22 %. Ce taux est voisin de celui observé dans les trois principaux Centres de Réhabilitation et d'Éducation Nutritionnelle (CREN) de Ouagadougou (25 %) (Somé, 1999).

Références bibliographiques

Bonnet D.

- 1994 L'éternel retour ou le destin singulier de l'enfant. *L'Homme* 34 (3) : 93-110.

Izard M.

- 1985 *Gens du pouvoir, gens de la terre. Les institutions politiques de l'ancien royaume du Yatenga (Bassin de la Volta Blanche)*. Paris, Cambridge University Press, Éd. de la Maison des Sciences de l'Homme.

Somé K. J.-F.

- 1999 *Itinéraire des enfants admis pour malnutrition dans les centres de réhabilitation et d'éducation nutritionnelle de Ouagadougou*. Université de Ouagadougou, Faculté des Sciences de la Santé, thèse de doctorat en médecine, n° 26, 100 p. + annexes.

Taverne B.

- 1996 Stratégie de communication et stigmatisation des femmes : lévirat et sida au Burkina Faso. *Sciences Sociales et Santé* 14 (2) : 87-104.
- 1997 La dimension occultée : le statut social de l'enfant orphelin. *Sociétés d'Afrique et Sida* 17/18 : 7-9.

Photographies hors texte

Pour voir les photographies hors texte insérées dans le livre,
voir le site Les Classiques des sciences sociales.

[PHOTOGRAPHIES HORS TEXTE.](#)

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

Deuxième partie. L'allaitement pathologique
et le traitement de l'allaitement dans le système de santé.

Chapitre X

Lorsque la mère disparaît. Famille élargie, institutions et laits de substitution

par Alice Desclaux

[Retour à la table des matières](#)

Quelles solutions sont proposées par le système social d'un pays ouest-africain lorsqu'un enfant ne peut plus être allaité par sa mère ? Avec un taux de mortalité maternelle de 53 pour 10 000 naissances vivantes ¹¹², le décès d'une jeune mère n'est pas un événement rare au Burkina Faso. Il est alors urgent pour le père non seulement de trouver une alimentation pour le nourrisson, mais encore de choisir la personne qui assurera le maternage, que l'enfant soit allaité ou qu'il soit nourri avec des substituts du lait maternel. Or, selon les propos d'un père, « *s'il n'y a pas de femme, c'est difficile de trouver une solution au village, alors qu'en ville, on peut trouver du lait artificiel et une aide* ». En ville, des institutions publiques, associatives et privées, chargées de l'aide à l'enfance, peuvent être sollicitées pour l'alimentation d'enfants orphelins. C'est en ville que l'on peut

¹¹² Dans certaines provinces, ce taux est supérieur à 200 pour 10 000 (Ministère de la Santé 1996).

observer l'appui ou les relais que les institutions apportent à la "famille élargie" en cas de décès d'une mère.

En 1976, les Mossi parmi lesquels travaillait S. Lallemand distinguaient « la mère qui m'a faite », « la mère qui m'a allaité » et « la mère qui m'a élevé » (Lallemand 1976). Cette distinction n'est plus nécessairement opératoire vingt ans plus tard, lorsque la personne qui est chargée du maternage peut nourrir l'enfant au lait de substitution. Comment sont actuellement alimentés les nourrissons orphelins ? Les pratiques urbaines actuelles face à un enfant orphelin favorisent-elles le recours à une mère nourricière appartenant à la "famille élargie", ou le recours aux institutions ?

Partant de l'hypothèse que les pratiques institutionnelles existantes concernant les enfants orphelins peuvent être mobilisées dans le cadre d'actions qui seraient destinées aux mères atteintes par le VIH, dans certaines limites à préciser, nous avons examiné les itinéraires alimentaires d'enfants orphelins à Bobo-Dioulasso pour décrire les pratiques actuelles et les rôles des "acteurs" œ famille élargie, institutions. Ces itinéraires ont été confrontés aux perceptions populaires et aux modalités de circulation des laits de substitution.

Fostering et alimentation des orphelins

La mise en nourrice d'un enfant, que sa mère soit vivante ou décédée, est considérée par les ethnologues comme une forme de « fostering », terme ainsi défini : « Mot anglais désignant une pratique codifiée de mise en nourrice, les conditions de ce placement, le choix des parents nourriciers et la nature des relations entre ceux-ci et les parents véritables étant définis à l'avance par les normes sociales de la société considérée » (Gresle *et al.* 1990 : 129). Contrairement à l'adoption, qui est censée « être durable, non réversible, et priver les géniteurs de leurs droits et devoirs relatifs à l'enfant au profit des tuteurs [...] [le fostering] a un caractère momentané, il s'adapte aux circonstances puisqu'il suppose le partage ou l'alternance des prérogatives parentales entre ascendants directs et gardiens » (Lallemand 1997 : 22).

Du —transfert d'enfants“ aux —orphelins du sida“

Les ethnologues ont analysé le traitement social des orphelins dans le cadre plus large des "transferts d'enfants". Dans les sociétés traditionnelles, ils ont montré la fréquence de ces transferts, qui apparaissent comme des relations d'alliance entre groupes, ayant éventuellement une fonction de restauration d'un équilibre démographique ou économique dans une optique de reproduction matérielle et sociale (Lallemand 1993). Dans une étude comparative sur les pratiques de fosterage et les rôles parentaux en Afrique de l'Ouest et dans les Caraïbes, E. Goody (1975) montre que les raisons qu'ont les parents pour "donner" ou "recevoir" un enfant sont différentes dans le cas où le fosterage a lieu dans une situation de crise ou lorsqu'il est intentionnel. Au Mali, le décès de la mère ou sa maladie font partie des motifs de fosterage dans une situation de crise, au même titre qu'une nouvelle grossesse de la mère, son départ pour une migration saisonnière ou permanente, sa séparation d'avec le père, son retour auprès de ses parents, le sevrage ou le statut illégitime de l'enfant (Castle 1995). Cette "circulation d'enfants" préexistait à l'épidémie de sida ; elle concerne une proportion importante des enfants, dans des pays tels que le Liberia, le Nigeria ou la Sierra Leone, où près du tiers des enfants vivent auprès de parents adoptifs (Cook, 1996).

L'intérêt pour la forme que prennent les transferts d'enfants en temps "ordinaire" a été ravivé par les problèmes sociaux que pose l'épidémie de sida, suscitant des appels des responsables gouvernementaux à la "prise en charge communautaire" et à la "solidarité lignagère" pour recueillir les enfants orphelins. Analysant l'apport de ces connaissances anthropologiques dans la réflexion sur les problèmes posés par la prise en charge des « orphelins du sida », J. Cook en discutait trois aspects. Dans le contexte contemporain d'érosion des lignages, il s'interrogeait sur les usages concrets et les limites actuelles de l'accueil des orphelins par la famille élargie ainsi que sur la valeur normative que conserve la prise en charge par le lignage. Il avançait l'hypothèse selon laquelle « sous la pression de la mortalité due au sida, le transfert d'enfants orphelins va augmenter la tendance à élargir le champ des possibilités de tuteurs bien au-delà d'un seul lignage, pour capter toutes les éventualités des deux côtés de la famille biologique

de l'enfant » (Cook 1996 : 254). Enfin, face aux propositions de création d'institutions d'appui à la prise en charge des orphelins dans la « famille élargie », il plaidait en faveur de travaux de recherche qui examinent les possibilités matérielles de fosterage, afin d'éviter l'arbitraire dans les propositions d'appui au transfert d'enfants.

Les nombreuses publications des dix dernières années sur le thème des « orphelins du sida » ont adopté une approche de santé publique, évaluant leur démographie, les conséquences sociales de leur statut, et les programmes ou actions susceptibles d'aider ces enfants. Cependant, ces travaux se sont intéressés aux besoins des enfants davantage qu'à ceux des nourrissons (Hunter 1990 ; Preble 1990 ; Obbo 1993 ; Ankrah 1993 ; Grinling 1997). Les questions posées par l'allaitement des orphelins ne semblent paradoxalement pas avoir fait l'objet d'études spécifiques.

De ces travaux, on retient qu'il est nécessaire de décrire précisément la forme que prend actuellement la circulation des enfants orphelins dans un contexte très évolutif du fait de l'évolution du poids des lignages, de la variété des possibilités institutionnelles locales de soutien économique et social, et de l'impact de la maladie sur les familles.

Le fosterage des enfants orphelins à Bobo-Dioulasso

Quels sont, dans une ville telle que Bobo-Dioulasso, les acteurs institutionnels de l'alimentation du nourrisson, mobilisés lorsque la mère n'est plus là ? Quelles institutions développent des pratiques autour des alternatives à l'allaitement par la mère, et sont impliquées dans la distribution des substituts du lait maternel ? Ces institutions se substituent-elles aux recours familiaux et aux recours auprès des "détenteurs du savoir" traditionnels, observés dans le monde rural ? Constituent-elles un système cohérent, ou interviennent-elles en parallèle, voire en concurrence les unes des autres ?

Enquête sur les itinéraires alimentaires d'enfants orphelins à Bobo-Dioulasso

Ces itinéraires ont été explorés au cours d'une enquête par entretiens semi-directifs auprès des "tuteurs" d'enfants orphelins de mère âgés de moins de deux ans, ayant sollicité des services d'action sociale et de soin pour mettre en oeuvre une alimentation. Les contacts avec les tuteurs (c'est-à-dire les personnes qui s'occupent de l'enfant, le plus souvent les "mères nourricières") ont été établis par l'intermédiaire de services sociaux (Direction Provinciale de l'Action Sociale), de services médico-sociaux (service de PMI de Centre de Santé et de Promotion Sociale d'Accartville, Centre Médico-Social de Farakan), de services médicaux (service de pédiatrie du Centre Hospitalier Sanou Souro) et d'associations d'action sociale (Centre SAS, Dispensaire Trottoir), d'un orphelinat (Orphelinat catholique de la Congrégation des Soeurs de l'Annonciation de Bobo-Dioulasso). Les entretiens, d'une durée moyenne d'une heure, ont été réalisés en dioula au domicile ou dans un lieu neutre, enregistrés, traduits et retranscrits par Rokya Barro, enquêtrice. L'enquête a eu lieu en août et septembre 1998.

Au moment de l'enquête, les vingt-cinq enfants sont âgés de quinze jours à deux ans. La majorité d'entre eux sont des garçons (dix-huit sur vingt-cinq) : ce sex-ratio a été observé à plusieurs occasions à propos d'orphelins pris en charge dans des services sociaux ou sanitaires, et pourrait refléter l'intérêt différentiel porté aux orphelins en fonction de leur sexe, les institutions étant *a priori* moins sollicitées pour les filles. Le décès de la mère a eu lieu au moment de l'accouchement ou au cours des quinze jours suivants pour dix enfants, lorsque l'enfant était âgé de moins de six mois pour huit d'entre eux, de plus de six mois pour sept enfants. Parmi les mères décédées après la période périnatale, dix sont mortes d'une longue maladie, cinq d'une pathologie brève. Dans la majorité des cas, les entretiens avec les tuteurs n'ont pas permis de connaître avec précision la cause du décès de la mère ; le sida n'a jamais été mentionné, malgré l'existence d'éléments évocateurs. Un seul enfant est issu d'un foyer polygame ; ce trait semble lié au fait que les pères sont relativement jeunes. Au moment de l'enquête, treize enfants vivent dans leur patrilignage, la personne qui s'occupe d'eux est une tante paternelle dans huit cas, la grand-mère paternelle dans deux cas, une co-épouse de la mère décédée dans un cas, le père dans deux cas. Dix enfants vivent dans leur matriclan, où la grand-mère s'occupe d'eux dans neuf cas, ce rôle étant joué par une tante maternelle dans un cas. Deux enfants ont été recueillis par une voisine de leur père. Deux enfants seulement vivent avec leur père : de nombreux pères travaillent hors de Bobo-Dioulasso : sept "au village" ou dans

Burkina, trois en Côte-d'Ivoire, et dans deux cas le tuteur ne sait pas où est le père de l'enfant. Les foyers dans lesquels vivent ces enfants comprennent en moyenne 7,3 personnes. Treize disposent d'eau potable dans la cour (robinet ou puits), neuf ont l'électricité, trois ont un réfrigérateur. Cinq enfants ont été partiellement allaités, trois ont consommé du lait de vache pendant de courtes périodes, tous les autres ont été nourris avec du lait de substitution et des bouillies.

La recherche d'une alimentation pour un enfant privé de l'allaitement maternel procède d'une démarche analogue à la recherche d'un traitement en cas de maladie. Il faut d'abord trouver rapidement une solution concrète, matérielle, aux besoins biologiques de l'enfant. Ce que l'on peut qualifier de "quête alimentaire" par analogie à la "quête thérapeutique"¹¹³ est déterminé par la disponibilité et l'accessibilité de chacune des options alimentaires, par les représentations des différents aliments disponibles pour le nourrisson, et par les relations sociales préexistantes, ou qu'instaure la demande, entre le tuteur et chaque fournisseur d'aliment. Comme les parents d'enfants malades suivent des itinéraires thérapeutiques, les tuteurs d'enfants orphelins sont amenés à suivre ce que l'on qualifiera de "itinéraires alimentaires". L'analyse de ces itinéraires permet de préciser les situations qui conduisent à débiter une quête alimentaire, les modalités de "recours alimentaire", les choix alimentaires préférentiels et les éléments qui déterminent ces choix. Ces itinéraires révèlent l'ensemble des recours disponibles à Bobo-Dioulasso. partir de cet ensemble, on examinera dans quelle mesure ces recours constituent un système. Un élément distingue cependant la quête alimentaire concernant les nourrissons de la quête thérapeutique : il s'agit de l'importance que prend la figure de la "mère nourricière" qui jouera le rôle de "substitut maternel". La recherche de la personne qui assurera le fosterage conditionne-t-elle le choix de l'aliment, ou, à l'inverse, cette personne est-elle choisie en fonction de ses capacités à assurer à l'enfant l'allaitement ou l'alimentation par des laits de substitution ?

¹¹³ Selon le terme de J.M. Janzen (1995).

Itinéraires alimentaires d'enfants orphelins

Parmi les itinéraires d'enfants orphelins que nous avons recueillis à Bobo-Dioulasso, l'itinéraire alimentaire d'Awa est exemplaire à plusieurs titres : dans la recherche d'une solution dans la famille élargie, dans le recours aux institutions, et dans la mise en oeuvre de nouveaux liens sociaux autour de l'alimentation de l'enfant.

À la recherche d'une solution dans la famille élargie

Awa est une enfant de six mois au moment de l'enquête. Elle vit avec son père, B., cordonnier d'ethnie dioula, 41 ans, et une nièce de celui-ci, F., elle-même orpheline et âgée de 6 ans. La mère d'Awa, R., est décédée deux mois auparavant, le 1er juillet 1998, après avoir été malade pendant toute la durée de la grossesse. B. décrit cette maladie comme une succession d'épisodes de toux et de faiblesse, qui ont nécessité de nombreux traitements biomédicaux, puis traditionnels, et qui ont amené R. à retourner dans son village d'origine pour être soignée auprès de ses parents. Cinq jours avant le décès de sa mère, Awa a cessé de téter. Son père met en cause simultanément le refus du sein par l'enfant et le tarissement du lait. Sa mère tente alors de lui donner du lait de vache frais, mais l'enfant refuse. L'enfant est ensuite pris en charge par sa grand-mère maternelle et son père, qui lui donnent du lait Nido®, puis de la bouillie de petit mil. Après le décès de la mère, la grand-mère a refusé de garder l'enfant au village. B. est donc revenu à Bobo-Dioulasso dix-huit jours après le décès de son épouse, avec son enfant âgé de quatre mois. La mère de B. est décédée, mais s'il a encore, dans son village, des cousines a priori susceptibles de garder l'enfant, aucune n'a proposé de s'en occuper.

L'allaitement par une autre femme, une modalité d'exception

Parmi les vingt-cinq enfants concernés par notre enquête, six ont été allaités par une femme autre que leur mère. Cet allaitement est transitoire et apparaît comme une solution d'exception pour les enfants, qui sont ainsi allaités lors des hospitalisations de la mère, ou pendant quelques jours après son décès, le temps de trouver un autre mode d'alimentation. Seule une femme a assuré la totalité de

l'al-laitement de l'enfant dès le premier jour et pendant trois mois : elle était la soeur du père de l'enfant. Mais la femme qui a laissé l'enfant téter pendant le plus longtemps ne l'a pas exactement allaité : elle a 68 ans et n'avait pas de lait. Elle déclare répondre ainsi à la demande relationnelle de l'enfant, nourri par ailleurs, après s'être assurée de l'absence de danger de cette pratique pour l'enfant.

Le choix du mode d'alimentation et le choix de la personne qui va s'occuper de l'enfant sont étroitement liés. Il semble que la recherche d'une femme susceptible d'allaiter l'enfant dans la famille soit l'une des premières attitudes spontanées du tuteur, dictée par les usages. Les femmes qui allaitent appartiennent toutes à la parentèle de l'enfant allaité : il s'agit de la grand-mère maternelle biologique, d'une grand-mère classificatoire coépouse de la grand-mère maternelle biologique, de la grand-mère paternelle biologique, et d'une soeur du père. Les diagrammes de parenté montrent que bien souvent, la femme qui décède ou son conjoint sont parmi les aînés de leurs fratries : il semble assez exceptionnel qu'une soeur de la mère ou la femme d'un frère du père soit biologiquement et socialement disponible pour allaiter l'enfant orphelin. En effet, avec un indice synthétique de fécondité de 6,6 (UNICEF 1999) et une durée moyenne d'allaitement de 25 mois, c'est près de 14 ans dans la vie d'une femme qui sont occupés par les grossesses et l'allaitement de ses propres enfants. Dans ce cas, il est exceptionnel qu'une femme allaite simultanément un second enfant de manière durable, car les deux enfants seraient en situation de "compétition" nutritionnelle à ses yeux. Pour Awa comme pour vingt autres enfants, l'allaitement au sein n'est pas tenté. Plusieurs femmes signalent qu'il en était autrement quand elles étaient jeunes. Raisons biologiques et raisons sociales semblent intriquées : l'existence actuelle de maladies que la femme allaitante pourrait transmettre à l'enfant est évoquée par les femmes, qui viendrait surdéterminer les contre-indications sociales « *parce que la femme d'un homme ne peut pas allaiter l'enfant d'un autre monsieur* ».

L'utilisation du lait de vache a été tentée par trois familles, qui avaient quelque raison pour cela, soit qu'elles vivent près de Peuls susceptibles de leur en procurer, soit qu'elles aient appris à l'utiliser dans un service de soin. Cette pratique reste l'exception. Elle est de plus marquée par une certaine méfiance concernant le risque infectieux. Une grand-mère estime qu'il est plus sûr de donner à l'enfant du café au lait, acheté auprès d'une marchande de rue qui le

l'enfant du café au lait, acheté auprès d'une marchande de rue qui le prépare avec du lait concentré, que du lait frais ou du lait en poudre.

Le choix dominant pour les vingt-cinq enfants est celui des substituts du lait maternel. On verra qu'il est cependant rarement possible aux familles de se procurer du lait assez longtemps. Leur stratégie est alors de donner de la bouillie œ le plus souvent, une bouillie de petit mil œ en complément, voire en remplacement du lait. Ainsi, un enfant a été nourri (d'abord exclusivement) à la bouillie à partir de son douzième jour de vie.

Les grand-mères, premier recours

Dans la majorité des cas, les enfants sont confiés à une grand-mère, maternelle plus souvent que paternelle. Pour certaines grand-mères, leur rôle de nourrice a un caractère d'évidence. Cette évidence semble avoir un substrat social, comme l'exprime une femme d'origine malienne qui déclare : « *Parce que je suis sa grand-mère paternelle, aucune femme ne pouvait l'adopter tant que je vis* ». L'évidence tient aussi à la relation biologique associée à la filiation : une femme madare explique qu'elle peut d'autant mieux allaiter l'enfant qu'elle avait déjà allaité sa mère ; il s'agit donc du "même lait". Une autre femme explique qu'allaiter son petit-fils est normal : elle-même était allaitée simultanément par sa grand-mère et par sa mère jusqu'à ce qu'elle ait atteint l'âge de la marche.

Mais les grand-mères ne sont pas toujours —biologiquement efficaces— malgré les plantes qu'elles utilisent pour provoquer la montée de lait ; elles ont souvent dépassé l'âge de la ménopause. Le cas d'Awa illustre l'impasse dans laquelle se trouvent plusieurs enfants : au village, la grand-mère pourrait avoir le temps de s'occuper de l'enfant, mais n'ayant pas les moyens de se procurer le —lait artificiel—, elle doit renvoyer l'enfant en ville.

Le recours dans la famille élargie et dans le lignage

Un enfant peut-il être allaité par une coépouse de sa mère défunte ? L'allaitement par une coépouse de la mère vivante, dont témoigne Biwanté, lobi burkinabè qui raconte son allaitement par les coépouses de sa mère dans les années 1950 à l'occasion de l'absence de cette dernière pendant quelques jours (Fiéloux 1993 : 30), ne semble pas pensable aux femmes avec qui nous l'avons

loux 1993 : 30), ne semble pas pensable aux femmes avec qui nous l'avons évoqué, du fait de « la jalousie entre coépouses » ; mais nous n'avons pas pu préciser si la norme sociale veut que cette jalousie persiste après le décès de la mère. Seule une famille que nous avons rencontrée comprenait deux épouses ; dans ce foyer, la coépouse avait pris en charge l'alimentation au lait de substitution de l'enfant orphelin.

Les groupes ethniques représentés à Bobo-Dioulasso sont pour certains d'entre eux matrilineaires ou bilinéaires (Bobo Madare), alors que d'autres sont patrilinéaires (Mossi). Les choix préférentiels de la femme qui s'occupera de l'enfant se font-ils dans le lignage dominant ? Nos données montrent une tendance à favoriser le matrilineage (cinq enfants ont été recueillis par leur grand-mère maternelle parmi les huit femmes bobo madare, et quatre enfants parmi les six femmes mossi). Mais plus de la moitié des mariages dont les enfants de notre enquête sont issus associent deux origines ethniques. De plus, même quand le choix de la "mère nourricière" suit l'option préférentielle du groupe ethnique des parents, ce sont des aspects matériels ou des contraintes liées à la situation de l'enfant qui sont évoqués comme raisons de ce choix. Les motifs les plus fréquents sont l'absence de parents ou l'éclatement des familles entre la Côte-d'Ivoire et le Burkina, et parfois la teneur des relations antérieures entre le couple et le reste de la famille. Les possibilités de recours familial semblent finalement assez restreintes.

Dans certains cas, le lignage refuse de s'occuper de l'enfant, notamment lorsque la mère a été rejetée ou abandonnée par le père, dès la grossesse ou lorsqu'elle est tombée malade. Le père n'établit pas entre ses parents et la mère de son enfant les relations nécessaires pour instaurer une notion de responsabilité vis-à-vis de l'enfant. Cette situation est favorisée par l'absence de la moitié des pères, liée notamment à leur travail en brousse ou en Côte-d'Ivoire. Sans signaler de rupture, les propos du père d'Awa attestent du fait qu'une obligation pour la parentèle de prendre l'enfant en charge, issue des relations de réciprocité qui soudent le lignage, n'a plus, lorsque le lignage est éclaté en plusieurs lieux de résidence, le caractère d'évidence qui a été décrit par les ethnologues il y a quelques dizaines d'années.

Les solutions mises en place dans l'urgence, au moment du décès de la mère ou lorsque, pendant sa maladie, une mère de substitution a dû la remplacer temporairement auprès de l'enfant à l'occasion d'une hospitalisation ou parce

rairement auprès de l'enfant à l'occasion d'une hospitalisation ou parce qu'elle était dans l'incapacité physique d'allaiter, sont souvent maintenues pendant plusieurs mois ou plusieurs années. Le choix d'une personne qui se charge de l'enfant pendant ces périodes *a priori* courtes obéit, dans les cas observés, à des règles similaires à celles qui régissent le choix d'une mère nourricière à plus long terme. Ces situations favorisent cependant le rôle nourricier de la grand-mère maternelle : dans bien des cas, la mère est revenue auprès de ses parents pour traiter sa maladie, notamment lorsque la médecine s'est révélée insuffisante et lorsque la mère recherche un traitement dans le monde traditionnel. Si, dans le cas d'Awa, sa grand-mère maternelle n'a pas pu ou n'a pas voulu conserver ce rôle nourricier œ pour des raisons matérielles telles que la difficulté à se procurer du lait en poudre au village, ou pour des motifs relationnels que deux entretiens avec le père ne pouvaient suffire à préciser œ plusieurs cas observés dans notre enquête montrent que la personne qui soigne la mère est aussi celle qui prendra soin des enfants après son décès.

Le recours aux institutions

B. a donc tenté de garder l'enfant avec lui en l'amenant sur son lieu de travail, mais au bout de quelques jours il a cherché quelqu'un à qui confier l'enfant, car ses activités de cordonnier ne lui permettaient pas de s'en occuper correctement. De plus, B. a été confronté à la difficulté d'obtenir du lait artificiel : « Comme avant je ne savais pas, j'ai acheté le lait à la pharmacie à 2215 FCFA la boîte. Et l'enfant a fini cette boîte en cinq jours. Le lait est nécessaire pour l'enfant, mais je ne gagne pas assez d'argent. Alors j'ai préféré acheter le lait Nido®, qui coûte 1400 FCFA la boîte. Mais quand le lait Nido® a été fini, je n'avais plus d'argent » B. s'est alors adressé au centre médico-social de Farakan, où son épouse était suivie pendant la grossesse. Le personnel du centre lui a conseillé d'aller voir l'orphelinat de Sarfalao. Là, les religieuses lui ont dit qu'elles n'avaient plus de place pour accueillir l'enfant, et ont donné des conseils alimentaires à B. On lui a ensuite indiqué le service social de la Direction Provinciale de l'Action Sociale. Là, les assistantes sociales lui ont déclaré qu'elles ne pouvaient pas s'occuper de l'enfant car leur rôle se limite à apporter une aide, qu'elles ne disposaient d'aucun produit ni d'aucun moyen à ce moment-là. B. a entendu parler de Dispensaire Trottoir. Là, l'infirmière lui a dit de venir chercher la bouillie enrichie pour

lui a dit de venir chercher la bouillie enrichie pour l'enfant chaque matin, et d'amener l'enfant s'il était malade : l'association lui fournirait les soins et les médicaments. B. est très satisfait de cette aide, mais il n'a pas les moyens d'aller tous les jours au local de l'association, situé à près de dix kilomètres de son logement ; les premiers jours, il se rend à pieds au local, mais le temps nécessaire est pris sur son temps de travail, réduisant d'autant ses revenus. B. donne alors la bouillie enrichie les jours où il a pu aller en chercher, et les autres jours il se débrouille avec le lait en poudre qu'on lui a donné ou qu'il achète lorsqu'il gagne suffisamment d'argent.

Les institutions sollicitées

Les tuteurs des vingt-cinq enfants orphelins ont recouru, à quelques exceptions près, aux mêmes institutions, selon des séquences différentes en fonction des itinéraires. Ces institutions appartiennent au secteur sanitaire et social public, qui rassemble les services de Santé Maternelle et Infantile et les services d'Action Sociale, et au secteur privé ou associatif, qui comprend les organismes confessionnels, les associations et organisations non gouvernementales.

- Les services de Santé Maternelle et Infantile : les services de SMI proposent des consultations de nourrissons qui assurent le suivi de leur développement staturo-pondéral au cours de séances de "pesée" devant être suivies régulièrement. Ces services assurent également des séances d'Information Éducation Communication auprès des mères, qui abordent la nutrition. Certains de ces services disposent d'un Centre de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle (CREN). Bobo-Dioulasso, les enfants orphelins sont identifiés comme des "cas sociaux" dans certains de ces CREN, et les personnes qui en ont la charge sont invitées à faire suivre l'enfant régulièrement, à assister aux démonstrations de préparation de la bouillie enrichie, voire à acheter, à un tarif modeste, les ingrédients ou la bouillie préparée.
- Les services du Ministère de l'Action Sociale : ces services ont pour mission d'apporter des conseils juridiques et sociaux aux personnes chargées d'enfants en situation sociale difficile. Il est exceptionnel qu'ils puissent proposer une aide matérielle aux familles. Ils régulent l'accès à l'orphelinat situé à Ouagadougou.
- L'orphelinat des SŒurs de l'Annonciation de Bobo-Dioulasso : cet orphelinat ne dispose que de vingt places pour une région de trois millions

d'habitants et pour des besoins qu'il est difficile d'estimer, mais vraisemblablement incommensurables face à l'offre.

- L'association Dispensaire Trottoir : cette association a été créée pour aider les enfants des rues, mais a bien vite dû répondre aux demandes d'aide nutritionnelle des enfants et de leur mère. Soutenue par la Coopération française et par des organisations non gouvernementales, l'association peut adapter ses programmes aux besoins qu'elle constate sur le terrain. Ces besoins l'ont amenée à développer l'aide nutritionnelle, essentiellement, dans le cas des nourrissons, sous la forme de fourniture d'ingrédients pour préparer la bouillie enrichie, ou de bouillie prête à la consommation. Les aides sociales que l'association peut fournir à l'entourage et la permanence médicale hebdomadaire permettent de répondre à certains besoins de l'enfant et de la personne qui en a la charge, au-delà des seuls aspects nutritionnels.

D'autres associations et d'autres services peuvent parfois apporter une aide, toujours temporaire et limitée.

L'absence de réponse à l'urgence

Le plus souvent, les circonstances dans lesquelles débute la quête alimentaire sont des situations d'urgence objective : la mère vient de décéder à l'hôpital ou chez elle, et l'enfant doit être nourri rapidement. Pourtant, l'institution met rarement en place une prise en charge nutritionnelle de l'enfant, même dans le cas où la mère est décédée à l'hôpital. Ainsi, Yaya, dont la mère est décédée le lendemain de l'accouchement, n'a rien reçu des agents de santé ; sa grand-mère n'a pu lui donner du lait Nido® que quatre jours après la naissance. La grand-mère d'un autre nourrisson dont la mère était décédée dans les suites de l'accouchement a dû faire le même parcours que le père d'Awa avant d'obtenir du lait ; le père est finalement allé l'acheter en pharmacie au quatrième jour. L'enfant d'une femme décédée du tétanos à l'hôpital, seize jours après l'accouchement, a été nourri pendant quatre jours avec de la bouillie, jusqu'à ce que sa grand-mère puisse aller acheter du lait en pharmacie. Seuls des jumeaux ont quitté l'hôpital avec une prescription de substituts du lait maternel. Dans les autres cas, seul un enfant orienté vers un centre de récupération et d'éducation nutritionnelle a obtenu du lait artificiel dans un délai assez bref. Les mêmes difficultés surgissent de nouveau pour plusieurs enfants lorsqu'il faut acheter la seconde boîte de lait.

Du don à la vente de lait

L'itinéraire qu'a suivi Awa est décrit pour de nombreux autres enfants : n'ayant d'autre solution que donner des substituts du lait maternel, la personne chargée de l'enfant achète du lait en poudre, soit dans une pharmacie, auquel cas un lait "maternisé" est sélectionné par le vendeur en fonction de l'âge de l'enfant et des moyens disponibles, soit sur le marché, auquel cas il s'agit d'un lait en poudre ordinaire. Dix-huit familles sur vingt-cinq ont ainsi acheté au moins une fois du lait de substitution, généralement directement à la pharmacie. Le plus souvent, après quelques jours ou quelques semaines d'utilisation, parfois après le premier achat, lorsque les difficultés matérielles ont été éprouvées, la personne qui s'est chargée de l'enfant entreprend de trouver une aide auprès des institutions mandatées pour cela. Aucun des enfants auprès desquels nous avons enquêté n'a reçu gratuitement de substituts du lait maternel. Si les mémoires gardent encore la trace de l'époque où les associations caritatives telles que Cathwell donnaient du lait aux enfants orphelins et aux jumeaux, voire à tous les enfants, il ne reste aucun programme de cet ordre, pas même dans les services d'action sociale supposés apporter une aide spécifique aux orphelins. La seule possibilité pour qu'un enfant soit nourri régulièrement avec des substituts du lait maternel est sa prise en charge en internat par l'orphelinat religieux.

Parmi les vingt-cinq enfants pris en charge, dont dix-huit avaient moins de six mois au moment du décès de leur mère, seulement trois ont été véritablement suivis sur le plan nutritionnel par un centre médico-social ou par un centre de récupération et d'éducation nutritionnelle. Pour tous les autres, le lait en poudre est obtenu dans le cadre d'une relation marchande qui ne s'accompagne pas d'indications concernant son usage. Certes, plusieurs enfants seront amenés en consultation de SMI, et tout épisode pathologique aura quelque chance d'être traité. Mais les services de santé n'aident pas les familles à se protéger contre les dangers des "laits artificiels" qu'ils ne cessent de dénoncer. Seules quelques associations telles que Dispensaire Trottoir peuvent répondre aux demandes des familles en ne dissociant pas les aspects sanitaires des aspects nutritionnels de la demande. Ces associations ne peuvent qu'exceptionnellement fournir des substituts du lait maternel, malgré les besoins perçus.

L'absence de "système" d'aide nutritionnelle pour les orphelins

En termes de santé publique, les familles ont besoin de trois types d'aide : une aide matérielle pour se procurer les substituts du lait maternel quand personne ne peut allaiter l'enfant, un apport de compétences pour savoir quel substitut utiliser et comment préparer l'alimentation de l'enfant, un suivi nutritionnel et médical. Or, si les services sanitaires assurent le suivi nutritionnel, ils n'apportent qu'exceptionnellement un conseil et une aide concernant les substituts du lait maternel. Tout au plus peuvent-ils fournir une aide matérielle pour la bouillie, ce qui conduit les familles à débiter ce type d'alimentation bien avant l'âge recommandé pour la diversification par les institutions sanitaires (variant de quatre à six mois selon les institutions). Les familles sont donc soumises aux "lois du marché" pour l'achat du lait artificiel. Les institutions, services et associations intervenant dans ce domaine ne constituent pas un "système" au sens de la santé publique car leurs actions ne sont pas précisément définies, ni coordonnées, et il n'existe pas de norme de référence concernant l'appui aux orphelins et l'usage des laits de substitution. C'est lorsque l'enfant montrera des symptômes de malnutrition qu'il pourra entrer dans un système de prise en charge : le système traite le pathologique mais ne peut aider les enfants orphelins en situation nutritionnelle "normale" mais urgente en terme de besoins.

Des individus et des rôles

Le 10 août, l'épouse d'un parent de B. accepte de s'occuper de l'enfant. M. a 32 ans, elle vit avec son frère et les cinq enfants de celui-ci, et vend des noix de cola au marché. M. a proposé de s'occuper de l'enfant « par pitié, parce qu'aucun membre de la famille n'a pu aider le père pour nourrir l'enfant » M. refait avec l'enfant le circuit de demande d'aide auprès de l'orphelinat dans le quartier de Sarfalao, au service d'aide sociale dans le quartier de Koko, au Dispensaire Trottoir. Un accord est établi avec le père pour que celui-ci apporte le lait et la farine de mil pour l'enfant et continue à se procurer de la bouillie enrichie. Mais quelques jours plus tard, M. vient trouver B. pour lui remettre l'enfant, car ses tantes qui vivent dans sa cour se plaignent du fait que l'enfant pleure la nuit et les dérange. Fin août, B. continue à chercher une personne qui pourrait s'occuper de l'enfant pendant la journée. Il a acheté une boîte de Cérélac®. Pour B. comme pour M., c'est

boite de Cérélac®. Pour B. comme pour M., c'est difficile de s'occuper des orphelins à cause du manque de moyens matériels et de savoir-faire car « un homme ne sait pas comment s'occuper correctement d'un enfant », et parce que le maternage prend beaucoup de temps.

Des propositions aux choix individuels

Les itinéraires que nous avons observés sont marqués, ça et là, par des propositions faites par des mères nourricières potentielles ou par des choix qui apparaissent comme individuels, dans la mesure où ils ne sont pas prédéterminés par des obligations liées à une relation de dépendance ou d'échange vis-à-vis des parents de l'enfant. Ces choix reflètent cependant des motivations socialement construites, telles que la "pitié" évoquée par M., associée dans son cas au fait qu'elle-même n'a pas d'enfant. Parfois, le choix est stratégique dans l'intérêt de la santé de l'enfant : plusieurs nourrissons ont été confiés à une femme connue pour avoir l'expérience de l'élevage des enfants, qui dans un cas avait déjà adopté plusieurs orphelins. Pour d'autres, la femme qui jouera le rôle de mère nourricière est choisie en fonction de ses capacités présumées à alimenter l'enfant : pour utiliser les laits de substitution, un père a recherché une femme lettrée ; un autre père a tenté de trouver une femme aisée qui puisse facilement mettre en pratique les mesures d'hygiène nécessaires ; une grand-mère maternelle a repris l'enfant confié à sa grand-mère paternelle, qui selon elle ne s'en occupait pas correctement. Certains choix sont des choix d'affinité : une femme nourrit l'enfant de celle qui était son amie ; une autre femme s'occupe de l'enfant selon le souhait de sa mère, qui lui en avait fait la demande avant son décès.

La part du père

La part du père dans la recherche d'une solution pour l'enfant est variable, mais correspond généralement à l'une des trois situations suivantes : dans certains cas, comme celui d'Awa, c'est le père qui fait toute la démarche de recherche, et se propose même, pour un temps, de jouer le rôle nourricier. La quête alimentaire est dans d'autres cas effectuée par la famille de la mère, avec l'assentiment du père, notamment lorsque la mère a vécu sa grossesse et sa maladie au sein de cette famille. Pour d'autres enfants, la nécessité de trouver une mère nourricière

confirme l'absence du père, voire révèle le manque d'investissement de l'enfant de la part du patrilignage. Le rôle du père auprès de son enfant dépend étroitement du statut social de sa relation avec la mère défunte ¹¹⁴ et des relations entre le couple et les deux parentèles. Cette quête alimentaire exige parfois des négociations directes ou indirectes entre les deux grand-mères, passant par l'intermédiaire du père ; les récits que nous avons recueillis ne décrivent pas de "conseil de famille" formel ni de décision prise par un chef de famille, mais plutôt des tentatives et des essais dans l'espace social féminin, soumis à une hiérarchie interne qui dépend de l'âge des femmes présentes et de leur ancienneté dans le foyer.

Le rôle du père se poursuit lorsque l'enfant est confié à une mère nourricière : il se matérialise par une contribution aux frais d'alimentation et de soin à l'enfant. Le plus souvent, le père achète le lait ou apporte des céréales. Cependant le faible niveau des revenus à Bobo-Dioulasso limite cette contribution, réduite dans la majorité des cas à « *une boîte de lait quand c'est possible* », d'autant plus que certains pères ont épuisé leurs ressources pour soigner la maladie qui a conduit leur femme au décès.

La "pression sociale"

Si M. cède finalement aux plaintes des tantes de son mari, c'est certainement pour d'autres raisons que les seuls pleurs de l'enfant, banals dans n'importe quelle cour africaine. La pitié qu'évoque M., s'oppose souvent à la perception selon laquelle un enfant orphelin a tué sa mère. Cette perception se fonde sur la représentation de la cruauté de l'enfant comme une manifestation du retour d'un ancêtre insatisfait. Aucune des "mères nourricières" que nous avons interrogées n'évoque cette interprétation ; cependant, la même perception d'un enfant mortifère était exprimée en 1994, dans le milieu acculturé d'un hôpital burkinabè, par le mari d'une infirmière décédée après la maladie de son enfant. Le caractère menaçant de cet enfant orphelin pourrait expliquer que, contrairement à l'hypothèse de J. Cook selon lequel l'augmentation de la mortalité liée au sida conduirait à mobiliser des parents éloignés, aucune femme de la parenté ne s'est

¹¹⁴ Mariage de droit public, mariage religieux, mariage coutumier, ou absence de mariage.

proposée comme nourricière au-delà des ascendants directs et des tantes, pour les enfants auprès desquels nous avons enquêté. D'autres motifs sont évoqués par les parentes sollicitées : l'absence d'espoir d'élever un enfant qui ne pourra survivre s'il n'est pas allaité, et souvent la pauvreté qui fait que les femmes qui pourraient accepter le rôle nourricier ne peuvent assurer qu'elles pourront obtenir l'alimentation nécessaire à l'enfant.

De la recherche d'une "mère de substitution" au marché des "substituts du lait maternel"

De nombreuses familles d'enfants orphelins (18/25 dans notre enquête) sont conduites, à plus ou moins brève échéance, à chercher à se procurer des substituts du lait maternel. Sur la base de quelle "culture populaire" concernant les "lait artificiels" ces achats sont-ils effectués ? Les pharmaciens expliquent-ils aux familles l'utilisation des "lait de substitution" ?

Les perceptions populaires du « lait des Blancs »

Les femmes de Bobo-Dioulasso ¹¹⁵ décrivent trois grandes catégories de lait :

- le « lait de vache » (également nommé « lait de boeuf », « lait des Peuls »), et secondairement les autres laits animaux (« lait de mouton », « lait de chèvre »). Ce lait frais est vendu quotidiennement par les Peul dans un espace du marché qui leur est réservé. Ce lait est considéré avec une relative méfiance par les femmes qui craignent qu'il ne soit coupé avec de l'eau et mal conservé.
- le « lait en poudre » vendu sur le marché, conditionné en sachets, sans désignation, de poids variables, à des tarifs s'échelonnant de 25 FCFA à 700 FCFA.
- les « laits des Blancs » (« lait des toubabous »), catégorie hétérogène comprenant « bonnet rouge », « lait dans les boîtes », « lait épais »

¹¹⁵ La méthode et la population d'enquête sont présentées dans le chapitre XIV.

(désignant le lait concentré) ; quelques noms de marques de laits "maternisés" sont également cités. Le « lait Nido® », lait en poudre non écrémé, conditionné en sachets ou en boîtes (150 FCFA le sachet, 800 FCFA la boîte), vendu sur le marché, qui fait l'objet de publicités et semble le plus utilisé, est aussi le plus cité.

La plupart des femmes que nous avons interrogées ne connaissent pas les différences de composition entre les "laits" de ces trois catégories, et notamment entre les différents "laits industriels". L'une d'entre elles déclare qu'ils sont différents parce que certains laits s'achètent dans les boutiques ou au marché alors que les autres sont vendus dans les pharmacies. Quelques femmes savent qu'un enfant ne doit pas boire le lait du marché avant d'avoir "les yeux ouverts", mais d'autres déclarent que ces laits sont similaires. Une femme fait remarquer que ce qui permet de différencier le lait du marché du lait des pharmacies, c'est que le lait des pharmacies est délivré avec une cuillère graduée qui permet de le doser, et que des indications de dilution sont données sur la boîte. Des femmes préfèrent le lait de vache frais parce qu'il contiendrait des vitamines, contrairement au lait en poudre, et parce que son goût est meilleur que celui des autres laits animaux. D'autres femmes considèrent que le lait en poudre est préférable parce qu'il se conserve mieux et "ne doit pas être bouilli", contrairement au lait de vache.

Les femmes bobo madare ¹¹⁶ ne reconnaissent aux "laits artificiels" que peu de qualités biologiques. Les laits en poudre et les laits animaux non transformés leur semblent inaptes à donner à l'enfant la "force" nécessaire à sa croissance. L'enfant nourri au "lait artificiel", que certaines femmes qualifient de « enfant biberon » ou « enfant des Blancs » (*nasare non*), serait moins solide que les autres sur le plan physique et sur le plan psychologique. « *Ces enfants sont toujours énervés, ils ont un caractère un peu différent des autres* ». « *Quand on jouait on les faisait tomber toujours parce qu'ils n'ont pas la même force que les autres, chez nous on dit qu'ils ne sont pas forts* ». « *Les enfants qui prennent le sein sont plus intelligents. Et ça leur donne l'amour pour leur maman, parce que jusqu'à ce qu'il marche il te voit avec les seins et il ne peut pas te faire le coeur dur* ». Aussi les femmes qui nourrissent leur enfant au biberon sont-elles vivement

¹¹⁶ Les données qui suivent ont été recueillies par Chiara Alfieri. La méthode et la population d'enquête sont présentées dans le chapitre IV.

critiquées par les autres femmes. C'est donc contraintes et forcées par l'impossibilité de trouver une possibilité d'allaiter un enfant que les familles ont recours aux substituts du lait maternel, en n'ayant qu'une connaissance très réduite de la composition de ces produits et de leur valeur alimentaire.

La place des pharmacies dans la dispensation des laits de substitution

Bobo-Dioulasso les pharmacies étaient au nombre de 18 en 1999. Nous avons mené une enquête sur la vente de laits de substitution par ce réseau commercial privé afin d'explorer le rôle des pharmaciens dans la commercialisation de ces produits, leur fonction éventuelle de conseiller auprès des clientes, et leurs représentations à propos du profil de la clientèle qui s'approvisionne dans les pharmacies, et des motivations des clientes dans le choix de l'alimentation aux substituts du lait maternel.

Dans toutes les pharmacies, l'on trouve, en stocks plus ou moins importants, le lait Nativa® I (premier lait) et II (deuxième lait) et le lait Guigoz® I et II. Seulement 4 pharmacies sur 18 vendent aussi le lait SMA® I et II. Les tarifs respectifs sont en moyenne de 1913 FCFA (Nativa I et II), 1812 FCFA (Guigoz I et II), et 2636 FCFA par boîte (SMA). Le calcul du nombre total de boîtes de lait vendues à Bobo-Dioulasso mensuellement, effectué à partir des ventes moyennes de 16 pharmacies sur 18 en 1998, tous types de lait de substitution confondus, donne le chiffre de 855 boîtes, qui inclut les achats directs par les particuliers, les achats par les services de l'action sociale et par l'orphelinat des SŒurs de l'Annonciation de Bobo Dioulasso, ceux-ci s'approvisionnant en pharmacie. La plupart des pharmaciens commentent la faiblesse de ce chiffre des ventes en la comparant aux chiffres largement supérieurs qu'ils enregistraient avant la Révolution de 1983. Le gouvernement avait alors fortement taxé les "laits artificiels" au titre de produits importés, ce qui avait provoqué une augmentation sensible des prix à la vente, qui étaient d'environ 600 FCFA par boîte au début des années 1970. Bien avant les programmes internationaux de promotion de l'allaitement maternel, cette augmentation avait aussi pour objectif de limiter l'utilisation des substituts, dont les risques sanitaires avaient déjà été observés ; des raisons idéologiques avaient également motivé cette mesure : l'utilisation des

logiques avaient également motivé cette mesure : l'utilisation des substituts du lait maternel semblait motivée par un "snobisme des élites" plutôt que par un réel besoin de la part des populations, que le gouvernement d'alors souhaitait combattre.

Quel rôle jouent les pharmaciens dans l'information des familles venues acheter les substituts ? Assurent-ils une véritable "dispensation", assortissant la vente d'une discussion sur les différents types de lait et de conseils sur leur utilisation ? Peuvent-ils être considérés, dans ce domaine, comme des "agents de santé" susceptibles de suivre les familles ? En fait, les pharmaciens n'assurent que très rarement la vente. Le contact avec les clients est assuré, dans la plupart des cas, par du personnel n'ayant reçu qu'une formation en comptabilité. Ces personnes donnent cependant des conseils aux clients, qui les considèrent comme des professionnels de santé. Leur compétence réside essentiellement dans le fait qu'ils savent lire les notices, maîtrisent le français et ont acquis "sur le terrain" une compréhension des termes médicaux.

L'enquête montre que l'implication du pharmacien et de son personnel dans les conseils aux clients concernant le début d'un allaitement artificiel est rare. Les pharmaciens déclarent que, dans la plupart des cas, les gens se rendent à la pharmacie avec une ordonnance, ou en sachant ce dont ils ont besoin : il n'y a alors pas de discussion. Lorsque les clients posent des questions, elles concernent le plus souvent les doses de lait à utiliser selon l'âge du bébé. Le personnel des pharmacies déclare essayer de sensibiliser les femmes à l'achat d'un goupillon nécessaire pour entretenir correctement les biberons, conseiller de jeter les restes de lait après la consommation du bébé lorsqu'il n'y a pas de réfrigérateur dans la maison, et recommander la stérilisation du biberon et de la tétine. Les pharmaciens considèrent que les femmes qui achètent des substituts du lait maternel sont souvent des commerçantes (les seules à en avoir les moyens, avec certains fonctionnaires bien rémunérés) et sont souvent analphabètes, ce qui les empêcherait de respecter les normes d'hygiène imprimées sur les boîtes. Pour eux, les aspects sanitaires de l'usage des laits artificiels comprennent aussi leur danger d'utilisation par des femmes qui travaillent et doivent laisser leur enfant à la garde de jeunes "bonnes" analphabètes qui ne maîtrisent pas suffisamment les règles d'hygiène. Les pharmaciens partagent les perceptions de "l'alimentation artificielle" des autres professionnels de santé, et ont les mêmes représentations des motifs qui conduisent les femmes à y recourir (commodité en cas de

les femmes à y recourir (commodité en cas de séparation avec l'enfant, esthétique, agalactie, "snobisme"). Leur rôle d'information sanitaire est cependant très limité car ils n'ont qu'exceptionnellement des contacts directs avec les clients ; les vendeurs des pharmacies n'apportent pas d'information autre que celle qui est imprimée sur les boîtes.

Ainsi, le rôle éducatif des pharmaciens, considéré comme des personnes-ressources dans le système de santé, apparaît très limité. Il est probable que l'augmentation des prix des substituts du lait maternel vendus en pharmacie et dans les boutiques ait eu pour conséquence première l'augmentation de la vente de laits en poudre non "maternisés" sur les marchés. Dans ce cas, leur utilisation semble avoir lieu sans aucune information sanitaire.

Conclusion

Les résultats de cette enquête sont limités par le mode de recrutement des enfants orphelins dont nous avons interrogé les "tuteurs" : le contact n'a pu être établi qu'au travers d'institutions, ce qui exclut, s'ils existent, les cas d'orphelins entièrement pris en charge dans leur famille.

C'est la grand-mère qui semble jouer un rôle préférentiel dans le fosterage de l'enfant ; la grand-mère maternelle est plus souvent sollicitée, même dans des familles mossi. Ce recours est favorisé par le fait que c'est souvent dans son foyer d'origine que la mère a vécu sa grossesse ou a été soignée pendant sa maladie : le fosterage prolonge alors le soin apporté à la mère. C'est notamment le cas lorsque les foyers rassemblent trois générations, et lorsque le père est absent, ce qui semble relativement fréquent à Bobo-Dioulasso.

Ainsi la grand-mère, dont le rôle nourricier semble avoir un caractère "naturel", représente souvent la seule partie active du lignage en matière d'alimentation d'un orphelin. Ceci remet en question la notion d'extension des rôles d'aide à des membres éloignés de la famille élargie, souvent évoquée comme une ressource possible dans le contexte du sida. Les services publics de santé et d'action sociale n'assurent pas le relais de la famille lorsque celle-ci a trouvé ses limites. L'alimentation des orphelins ne semble pas avoir constitué une préoccupation pour les décideurs responsables des orientations sanitaires de ces servi-

pour les décideurs responsables des orientations sanitaires de ces services, même si les agents de santé "en première ligne" regrettent leur impuissance face à ce problème. L'accès aux substituts du lait maternel est, pour les familles, soumis aux règles du marché des "laites artificiels", qui n'est régulé ou facilité que par des associations et organismes caritatifs, lorsque l'itinéraire aura conduit la famille à demander une aide matérielle ou technique. Il semble donc que le questionnement suscité par la situation des orphelins dans le contexte du VIH révèle une défaillance majeure du système de santé.

Ainsi, l'on ne peut envisager, comme nous l'avions initialement perçu, de "s'appuyer" sur les pratiques mises en oeuvre autour des orphelins pour proposer des solutions aux femmes séropositives. l'inverse, l'on doit oeuvrer pour que la mise en place de programmes qui permettent aux enfants de mères séropositives d'avoir accès à une alimentation saine bénéficie également aux orphelins.

Références bibliographiques

Ankrah E.M.

1993 The impact of HIV/AIDS on the family and other significant relationships : the African clan revisited. *AIDS Care* 5 (1) : 5-22.

Castle S.E.

1995 Child fostering and children's nutritional outcomes in rural Mali : the role of female status in directing child transfers. *Social Science and Medicine* 40 (5) : 679-693.

Cook J.J.

1996 « La prise en charge d'enfants "orphelins du sida" : transfert et soutien social ». In : J. Benoist et A. Desclaux (éds.), *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives* : 239-262. Paris, Karthala.

Fiéloux M.

1993 *Biwanté. Récit autobiographique d'un Lobi du Burkina Faso*. Paris, Karthala.

Goody E.

- 1975 « Delegation of parental roles in West Africa and the West Indies ». In : J. Goody (éd.), *Changing social structure in Ghana : essays in the comparative sociology of a new state and an old tradition*, London, International African Institute.

Gresle F., M. Panoff, M. Perrin *et al.*

1990 *Dictionnaire des sciences humaines*. Paris, Nathan.

Grinling J.

- 1997 « L'intervention auprès des orphelins dans un système social en crise. Le travail d'AMO-Zaïre à Kinshasa ». In A. Desclaux et C. Raynaud (éds.), *Urgence, précarité et lutte contre le VIH/sida en Afrique : 53-64*. Paris, L'Harmattan.

Hunter S.

- 1990 Orphans as a window on the AIDS epidemic in Sub-Saharan Africa. Initial results and implications of a study in Uganda, *Social Science and Medicine* 31 (6) : 681-690.

Janzen J.M.

1995 [1978] *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*. Paris, Karthala.

Lallemand S.

- 1976 Génitrices et éducatrices Mossi. *L'Homme* 16 (1) : 109-124
- 1993 *La circulation des enfants en société traditionnelle : Prêt, don, échange*. Paris, L'Harmattan.
- 1997 « Enfances d'ailleurs, approche anthropologique ». In : M. Guidetti, S. Lallemand et M.F. Morel, *Enfances d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui. Approche comparative : 7-57*. Paris, Armand Colin.

Ministère de la Santé

- 1996 *Statistiques sanitaires*. Ouagadougou, Secrétariat Permanent, Direction des Études et de la Planification.

Obbo C.

1993 La situation difficile des « orphelins du sida ». *Sociétés d'Afrique & sida* 2 : 8-9.

Preble E.A.

1990 Impact of HIV/AIDS on African children. *Social Science and Medicine* 31 (6) : 671-680.

UNICEF 1999 *La situation des enfants dans le monde 1999*. New York, Genève.

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

Deuxième partie. L'allaitement pathologique
et le traitement de l'allaitement dans le système de santé.

Chapitre XI

Le traitement de l'allaitement dans le système de soin

Alice Desclaux

[Retour à la table des matières](#)

Comment l'allaitement, acte "naturel" ayant un caractère d'évidence, soumis en Afrique jusqu'aux années 1980 à la compétence des « vieilles », est-il traité ¹¹⁷ par des professionnels de santé ? Qui sont les spécialistes médicaux de l'allaitement, quel est leur rôle et quelles sont leurs pratiques ? Quelle place est accordée à l'allaitement dans le système de soin ? Comment cette organisation a-t-elle répondu à l'émergence du VIH ?

L'histoire du traitement de l'allaitement dans le système de soin en Afrique est récente. C'est face à la diffusion internationale des laits en poudre, à partir des années 1960, que s'est élaborée une approche médicale de l'allaitement à portée "universelle". cette époque, dans les pays du Sud de la période post-indépendances, l'allaitement au biberon s'étend avec le développement économique, l'implantation des firmes multinationales agroalimentaires et la généralisation du modèle culturel occidental. Dès les années 1970, les épidémiologistes constatent que l'allaitement au biberon est l'un des premiers

¹¹⁷ Le terme « traitement » est ici compris au sens de "traitement social" incluant les notions de "traitement conceptuel" et de "traitement matériel".

facteurs de risque de mortalité infantile, notamment là où l'approvisionnement en eau potable n'est pas assuré et l'entretien des biberons n'est pas aisé, et pour les populations dont les ressources ne sont pas suffisantes pour acheter les quantités de lait adéquates. la suite de C. Williams, D.B. et E.F.P. Jelliffe dénoncent alors la "malnutrition commerciogène" et développent une école de pensée qui va produire des connaissances et proposer des stratégies de santé publique pour lutter contre le "déclin du lait maternel"¹¹⁸. Cette approche ne se limite pas une critique de l'usage du lait en poudre et du biberon, mais accorde une importance majeure à l'allaitement au sein comme facteur de prévention des diarrhées et des malnutritions. C'est à ce moment-là que se structure le savoir médical sur les qualités biologiques, nutritionnelles et immunologiques du lait humain. L'OMS et l'UNICEF utiliseront ces travaux pour définir leurs actions en matière d'allaitement destinées à tous les pays, incluant l'Afrique. L'accent sera mis sur la promotion de "l'allaitement normal", reléguant au second plan la prise en compte des situations pathologiques et des cas où l'allaitement ne peut être pratiqué.

Note méthodologique

Ce chapitre repose sur une enquête menée de juin à août 1998, puis en janvier 1999, auprès des institutions et agents de santé ayant des fonctions en rapport avec l'allaitement ; elle est basée sur des entretiens (une cinquantaine), des focus groups (auprès des femmes d'une association), et des observations dans les services de soin (à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso). Les résultats de cette enquête ont été diffusés largement sous forme de rapport (Desclaux 1999) auprès des responsables sanitaires et professionnels burkinabè concernés, et discutés avec eux en janvier 1999. Avant cette enquête spécifique, des informations avaient été recueillies au cours de recherches menées entre 1991 et 1997 (20 mois de terrain environ), portant principalement sur le traitement social du sida chez l'enfant (Desclaux 2000a).

¹¹⁸ Cicely Williams, médecin connue pour son travail pionnier en matière de malnutrition infantile, donnait en 1939 une conférence sur le thème "Milk and Murder" (Jelliffe *et al.* 1978).

L'organisation sociale de la promotion de l'allaitement maternel

Le traitement de l'allaitement dans le système de soin a pris la forme institutionnelle d'un programme de santé publique vertical, c'est-à-dire un programme d'intervention centralisé, hiérarchisé, et défini autour d'un problème de santé unique. Ce type de programme repose sur la définition au niveau international de connaissances et de normes, de stratégies, de moyens, et de pratiques ; des représentants nationaux assurent l'adaptation du programme aux situations des pays et forment les professionnels de santé du système de soin, selon le principe d'une formation "en cascade" ; au niveau local, les professionnels de santé sont chargés de "l'intégration" du programme, c'est-à-dire de l'insertion des pratiques promues par le programme dans les activités de prévention et de soin des services de santé. La promotion de l'allaitement maternel constitue ainsi un "segment du système de soin" fondé, au-delà des connaissances et des pratiques médicales, sur des représentations et des valeurs fondant une "sous-culture" dont certains aspects sont spécifiques, distincte de la sous-culture d'autres segments du système de soin tels que les programmes de lutte contre le sida. Connaître l'histoire de l'élaboration du programme au niveau international est nécessaire pour comprendre sa forme locale. Son organisation s'est établie dans chaque pays par une négociation entre l'international et le "local", entre un modèle unique et des dynamiques institutionnelles diverses.

Les programmes internationaux

Les programmes de promotion de l'allaitement maternel ont été développés au cours des deux dernières décennies (Jelliffe *et al.* 1988). Après la réalisation des premières enquêtes épidémiologiques et la définition des recommandations en matière d'allaitement destinées aux professionnels de santé, les premières mesures prises par l'OMS sont de nature juridique. En 1981, l'Assemblée Mondiale de la Santé adopte le Code international de commercialisation des substituts maternels,

qui prévoit l'interdiction de la publicité pour les laits en poudre et limite les contacts entre firmes productrices et jeunes mères pour l'ensemble des pays ¹¹⁹ ce code n'a cependant valeur que de recommandation, non de réglementation, et doit être ratifié par chaque État. D'autres mesures, telles que l'inscription légale de l'aménagement des horaires de travail pour les femmes qui allaitent, visent à assurer un environnement social favorable à l'allaitement au sein. Ces actions dans le domaine politique et légal succèdent à une dizaine d'années de combat des activistes contre Nestlé sur le même terrain ¹²⁰.

Dans le champ de la santé, en ce début des années 1980, c'est la stratégie des Soins de Santé Primaire (SSP) qui fonde les politiques en vigueur dans les organismes internationaux. L'hospitalocentrisme, et une médecine technique calquée sur celle des pays du Nord, inaccessible pour la majorité des populations du Sud, ont constitué le modèle des années post-indépendances. La déclaration d'Alma Ata vise à leur substituer une santé publique accessible au plus grand nombre, basée sur la prévention autant que sur le soin, avec pour objectif la "Santé pour tous en l'an 2000". L'approche globale des problèmes de santé qui sous-tend la stratégie des SSP conduit à mener des actions avec la population, complémentaires aux actions légales et sociales déjà entreprises. La perception de l'allaitement maternel comme "prévention naturelle" vient à point nommé s'insérer dans la nouvelle optique de "promotion de la santé" qui accorde un rôle essentiel à la participation communautaire.

En 1983, l'UNICEF adopte une approche sélective pour parvenir à une "Child Survival Revolution", en recentrant les interventions sanitaires sur un petit nombre de mesures peu coûteuses ayant fait la preuve de leur efficacité, qu'il faut rendre accessibles à l'ensemble des populations. L'allaitement maternel fait partie des stratégies prioritaires, retenues comme composantes de l'initiative GOBI (Growth monitoring, Oral rehydration therapy, Breastfeeding, Immunization). Il s'agit pour l'UNICEF d'étendre le recours à l'allaitement maternel, et d'enseigner que, bien que "naturelle", sa pratique est culturellement déterminée : une "bonne pratique" doit être apprise auprès des professionnels de santé et des « *leaders*

¹¹⁹ OMS/WHO 1981. *Code International de commercialisation des substituts du lait*. Genève, 38 p.

¹²⁰ (OMS et UNICEF) sont concordantes : GOBI et SSP, approche sélective et approche globale.

communautaires et des volontaires [qui] disséminent l'information en matière d'allaitement à travers leurs pays, des villes fourmillantes aux villages reculés » (Grant 1988 : 227). La promotion de l'allaitement maternel auprès de la population est l'un des thèmes autour desquels les stratégies des deux organismes internationaux

Pour la description de ce conflit qui a opposé les militants pro-allaitement, les associations telles que La Leche League soutenues par des organisations confessionnelles et par le boycott des consommateurs, aux multinationales soutenues par le gouvernement américain, voir Van Esterik 1995 ; Palmer 1988.

En 1990, la Déclaration d'Innocenti définit une politique internationale unique en matière d'allaitement ¹²¹. L'année suivante, l'UNICEF et l'OMS développent leur action dans le secteur médical avec "l'Initiative Internationale en faveur de l'allaitement", ou IHAB : "Initiative Hôpitaux Amis des Bébé". Selon ce programme, les pratiques hospitalières doivent être modifiées, notamment pour éviter la séparation du nouveau-né et de sa mère dans les premiers jours de vie, pour suspendre les dons de substituts du lait, pour favoriser la mise au sein précoce, et pour améliorer les compétences et les pratiques des professionnels de santé en matière d'allaitement dans des circonstances normales et pathologiques. Pour être associée à l'Initiative et obtenir le label "Amis des bébés", une formation sanitaire doit respecter une procédure standardisée au plan international, basée sur la mise en pratique des "Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel" ¹²² (voir encadré). Chaque pays doit progressivement étendre cette initiative à tous les hôpitaux, puis à toutes les formations sanitaires ayant un service de maternité et de Santé Maternelle et Infantile.

¹²¹ OMS/UNICEF 1990. *Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel*. Genève, 3 p.

¹²² OMS/UNICEF 1989. *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité. Déclaration conjointe de l'OMS et l'UNICEF*. Genève.

Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés devraient :

- 1 Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants,
- 2 Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique,
- 3 Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique,
- 4 Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance,
- 5 Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation, même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson,
- 6 Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale,
- 7 Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour,
- 8 Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant,
- 9 Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ni sucette,
- 10 Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou du dispensaire.

Les organismes gouvernementaux chargés de la santé sont invités à mettre en place dans chaque pays une politique de promotion de l'allaitement intégrant les aspects juridiques, les aspects médicaux et l'intervention auprès de la population. Cette politique repose sur un ensemble de stratégies, comprenant la surveillance des tendances épidémiologiques, la modification de l'environnement hospitalier et des pratiques sanitaires, le soutien social envers les femmes qui allaitent, les incitations matérielles à allaiter, l'action sociale et juridique, et l'éducation et la

tations matérielles à allaiter, l'action sociale et juridique, et l'éducation et la formation des professionnels de santé et des mères (Wilmoth *et al.* 1995).

Des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux sont créés à cet effet, à l'initiative et sur financement de l'UNICEF, de l'OMS et de quelques organismes privés et coopérations, rassemblés depuis 1991 au sein de la coordination WABA (World Alliance for Breastfeeding Action). Dans la plupart des pays, c'est l'IBFAN (International Baby Food Action Network), association internationale créée en 1979 par six organisations non-gouvernementales en relation avec l'OMS et l'UNICEF, qui suscite la création d'un comité national, puis d'une association nationale de promotion de l'alimentation infantile. Un programme national de promotion de l'allaitement maternel doit ensuite être mis en place au sein du ministère de la santé, qui développera des activités avec l'aide de l'association, et proposera aux instances législatives la ratification du code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Enfin, la composante "communautaire" du programme repose sur la mise en place d'associations et de groupes de soutien aux mères.

Ainsi, le programme international de promotion de l'allaitement maternel est-il particulièrement représentatif des politiques de santé des années 1980, dans le sens où il n'accorde pas une place dominante à l'intervention médicale technique mais repose sur une approche considérée comme "prenant en compte l'environnement social" et impliquant une "participation communautaire". Le choix de cette approche n'est pas étranger à une certaine méfiance vis-à-vis des professionnels de santé, qui ont un temps favorisé l'usage des substituts du lait maternel. Le programme international a pour priorité essentielle la lutte contre l'utilisation de ces produits.

La promotion de l'allaitement maternel au Burkina Faso

Au Burkina Faso, le segment de système de soin ayant pour mission la promotion de l'allaitement maternel est constitué de plusieurs niveaux : une organisation internationale, l'IBFAN-FAN (International Baby Food Action Network œ French speaking Africa Network), basée à Ouagadougou, coordonne les associations IBFAN pour les pays d'Afrique francophone ; au plan national, une association, l'APAIB (Association pour l'Alimentation Infantile au Burkina)

tion, l'APAIB (Association pour l'Alimentation Infantile au Burkina) fait fonction de comité pour la promotion de l'allaitement maternel, et un programme national a été mis en place par le Ministère de la Santé ; au plan local, des Groupes de Soutien aux Mères sont censés mener des actions auprès de la population, et de nombreux services hospitaliers et services de Santé Maternelle et Infantile ont obtenu le label « Amis des Bébés ».

Les institutions spécialisées dans la promotion
de l'allaitement maternel au Burkina Faso

L'IBFAN

L'International Baby Food Action Network (Réseau International des Groupes d'Action pour l'Alimentation Infantile) rassemble environ cent cinquante associations regroupées en six bureaux régionaux*. L'IBFAN-Afrique a été créée dans l'objectif de développer des programmes spécifiques dans les pays africains : sa première réunion, en 1989, portait sur l'allaitement maternel exclusif. Des branches nationales de l'IBFAN ont été progressivement mises en place dans les pays anglophones, puis francophones. La coordination régionale de l'IBFAN pour l'Afrique francophone (IBFAN-FAN), qui rassemble onze groupes installés dans dix pays, a été créée à Ouagadougou en 1993. L'équipe technique du bureau régional comprend quatre personnes ; ses sources de financement sont publiques (Directorat Régional de la Coopération pour le Développement du gouvernement hollandais) et privées (notamment confessionnelles : Comité d'Entraide oecuménique Hollandais qui joue de plus un rôle d'expertise, et les Églises Réformées). La Coordination Régionale de l'IBFAN, appuyée par un Conseil Consultatif Régional composé de représentants de quatre pays, définit et évalue ses stratégies lors de réunions triennales, dont la première a lieu en juillet 1999 à Ouagadougou. L'IBFAN-FAN a pour missions principales :

- la coordination des activités des comités nationaux, la représentation internationale, l'information des groupes nationaux développée notamment dans le Bulletin de l'IBFAN-FAN**, et la documentation,
- la surveillance de l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ; la branche africaine de l'IBFAN participe chaque année à la publication d'un rapport mondial consacré aux violations du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel***,
- la réflexion sur les stratégies de promotion de l'allaitement maternel propres à l'Afrique,

- la formation des professionnels de santé (en premier lieu les coordonnateurs nationaux, formés notamment aux techniques de surveillance de l'application du Code et à l'évaluation de l'IHAB),
 - la recherche en matière d'allaitement ; ces activités de recherche devraient être réalisées dans le cadre d'un Observatoire Régional de l'Allaitement Maternel, en projet.
- * Mbabane pour l'Afrique anglo et lusophone, Ouagadougou pour l'Afrique francophone, Genève pour l'Europe, Penang pour l'Asie, Caracas pour l'Amérique du Sud et l'association Infact pour l'Amérique du Nord.
- ** *Courrier de l'IBFAN*. Le trimestriel du Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile, publié au Burkina Faso. Cinq numéros parus en juin 1999.
- *** OMS/UNICEF ,/ IBFAN / Réseau International des Groupes d'action pour l'alimentation infantile 1998. *Violations et distorsions du Code. Rapport Mondial sur les violations du Code International de commercialisation des substituts du lait maternel*. Penang, 54 p.

L'APAIB

L'Association pour la Promotion de l'Alimentation Infantile au Burkina Faso, créée en 1989, reconnue en 1990, et érigée en organisation non-gouvernementale en 1991, a des objectifs similaires à ceux de l'IBFAN. L'APAIB rassemble une quarantaine de membres bénévoles qui sont essentiellement des professionnels de la santé et de l'action sociale. Ces membres, notamment ceux qui appartiennent au Conseil d'Administration, assurent les activités de l'association. Le rôle que se définit l'APAIB comprend :

- la formation initiale et continue des professionnels de santé en matière d'allaitement maternel,
- la mise en place de moyens juridiques pour limiter les abus qui a conduit à l'adoption, en 1993, d'un décret portant commercialisation et pratiques y afférentes des produits de substitution du lait maternel, qui reprend l'essentiel du Code International,
- la mise en Œuvre de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé dans tous les hôpitaux et dans quelques formations sanitaires, réalisée entre 1993 et 1995,
- la mise en place et le suivi de Groupes de Soutien aux Mères,
- l'organisation annuelle d'une semaine nationale de l'allaitement maternel, simultanée à la Semaine Mondiale de l'Allaitement, associée à une campagne de sensibilisation destinée au grand public, effective à

partir de 1993,

- la réalisation d'études sur les pratiques d'allaitement au Burkina Faso.

Les activités de l'association sont étroitement liées à la disponibilité de financements, qui ne concernent que des projets particuliers tels que la Semaine Mondiale de l'Allaitement, régulièrement financée, notamment par l'UNICEF. L'APAIB a en projet la création d'une "Clinique de l'allaitement", qui permettrait de traiter des problèmes de la lactation et des pathologies mammaires.

Le Programme de Promotion de l'Allaitement Maternel

La Coordination du Programme de Promotion de l'Allaitement Maternel a été créée au sein de la Direction de la Santé de la Famille en 1993. Le poste du coordonnateur est cependant resté vacant pendant plusieurs années. Ne disposant pas de moyens spécifiques, la coordination assure le suivi des actions de promotion de l'allaitement menées en collaboration avec l'APAIB et le Centre National de Nutrition, autour d'activités ponctuelles disposant d'un financement extérieur spécifique. Au cours des deux dernières années, ces activités ont compris l'étude de l'application du décret "portant commercialisation et pratiques y afférentes des produits de substitution du lait maternel"* , et l'organisation de manifestations à l'occasion de la Semaine Mondiale de l'Allaitement.

* Anonyme 1996. Rapport d'Étude sur l'application du décret n°93-279/PRES/ SASF/MICM portant commercialisation et pratiques y afférentes des produits de substitution du lait maternel. Ministère de la Santé, Centre National pour la Nutrition, Ouagadougou, 86 p.

Les institutions spécialisées

La promotion de l'allaitement maternel réalisée par les institutions spécialisées (voir encadré) apparaît comme très organisée, structurée selon les directives internationales, légitimée par une représentation dans le secteur public, au sein du ministère de la santé, dans les services socio-sanitaires, comme dans le secteur associatif et auprès de la population.

Cependant cette légitimité apparente semble contrecarrée par le faible volume d'activités et la faible visibilité des institutions nationales qui ne disposent pas de financements réguliers pour leur fonctionnement, ni pour des activités concrètes concernant l'allaitement au niveau local.

Le "communautaire" : un groupe de soutien aux mères

Le versant "communautaire" du programme de promotion de l'allaitement maternel repose sur deux types de groupes dont les missions et activités sont précisément définies d'un point de vue théorique par l'IBFAN : les Groupes de Soutien aux Mères et les Groupes Mères-Mères. En 1999, il existerait une vingtaine de GSM (Groupes de Soutien aux Mères) sur l'ensemble du pays mais un seul est actif à Ouagadougou. Constitué en 1998, ce groupe rassemble une quinzaine de femmes qui se réunissent tous les mois. Ces femmes ont reçu une formation initiale de quelques jours sur les "bonnes pratiques" en matière d'allaitement et sont censées retransmettre cette information aux mères, parentes, habitantes du même quartier, qu'elles rencontrent notamment à l'occasion des salutations du baptême. Leurs conseils portent sur l'usage du colostrum, l'allaitement exclusif, l'allaitement dans les situations particulières (pathologies du sein, jumeaux et prématurés...). Leur approche est pragmatique, et tend à considérer que l'expérience permet de venir à bout de la quasi-totalité des situations en maintenant l'allaitement maternel exclusif. Si le domaine de compétence commun à ces femmes se situe entre savoir populaire spécialisé et savoir professionnel, leur origine reflète cette situation "frontière" : alors que certaines d'entre elles sont infirmières ou assistantes sociales, d'autres femmes, qui ont des activités de couturières, dolotières¹²³ ou commerçantes, ont une légitimité auprès des plus jeunes du fait de leur âge (compris entre 45 et 65 ans) et parce qu'elles-mêmes ont eu des enfants. Le volume de leur activité est peu important : chaque membre du GSM estime avoir conseillé une douzaine de femmes. Le GSM ne dispose d'aucun moyen matériel ou financier pour réaliser cette activité ; sa persistance tient manifestement à l'adhésion de ces femmes à la cause de la promotion de la santé, et à la cohésion du groupe due au fait que toutes sont originaires du même village. Les GSM font face aux mêmes difficultés que d'autres programmes conçus, selon les principes des SSP, comme des "activités communautaires" dans lesquelles des volontaires devaient s'engager sur la base du bénéfice sanitaire attendu pour l'ensemble de la communauté, en

¹²³ Femmes qui préparent et vendent le *dolo* (bière de mil).

supportant eux-mêmes les frais de déplacement inhérents à leurs activités ¹²⁴. Les bénéfices symboliques secondaires à l'appartenance au GSM ne suffisent pas pour motiver la poursuite des activités ; les membres du GSM ont donc élaboré un "projet d'activités génératrices de revenus", destiné à financer les visites aux mères et basé sur l'élevage et la vente de poulets, la préparation et vente de plats cuisinés. La soumission de ce type de projet aux bailleurs de fonds suit les règles de la "culture du Développement". Le GSM adopte la même logique que de nombreuses autres associations féminines du Burkina Faso, non limitées au domaine de la santé : son organisation et sa fonction sociale sont en partie indépendantes de la "promotion communautaire" des conceptions biomédicales de l'allaitement, qui est sa raison d'être officielle. C'est vraisemblablement grâce à cette inscription sociale que se maintient ce groupe ; c'est, semble-t-il, parce qu'une configuration sociale similaire n'existait pas, que les nombreux groupes (GSM ou GMM) dont l'existence était planifiée n'ont pas réellement vu le jour ou maintenu leurs activités. Leur fonction et leur mode d'organisation les font apparaître comme une survivance de la politique de "santé communautaire" (Hours à paraître) dont ils attestent des limites.

Le "médical" : les services de soins

Les services de soin constituent le maillon "périphérique" du programme et son lieu d'articulation avec l'ensemble du système de soin, là où les activités spécifiques de promotion de l'allaitement "s'intègrent" dans les activités courantes des services de santé. Les services hospitaliers de gynéco-obstétrique et de pédiatrie et les maternités ont été les premiers concernés par l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé : en 1998, deux hôpitaux nationaux (sur deux), quatre hôpitaux régionaux (sur onze) et neuf maternités appliquent les "Dix conditions", ce qui leur a permis d'obtenir le label. Une enquête réalisée par le Centre National de Nutrition en 1996 révélait que les pratiques de dons de substituts du lait maternel et les biberons ont disparu dans les services hospitaliers et les formations

¹²⁴ Sur l'analyse des dynamiques sociales autour de la participation communautaire et du rôle des agents de santé villageois, voir Soubeiga 1992. C'est en partie du fait des difficultés rencontrées dans la mise en Œuvre de la "participation communautaire" que la politique des Soins de Santé Primaire a été remplacée par l'Initiative de Bamako.

sanitaires publiques et privées, et que l'administration d'eau sucrée dès la naissance n'était plus pratiquée par les agents de santé au profit d'une mise au sein précoce ¹²⁵.

Les services de Santé Maternelle et Infantile ont aussi une mission en matière d'allaitement. Des « conseils en matière de promotion de l'allaitement maternel » ¹²⁶ doivent être donnés en consultation post-natale, selon des « standards » définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (1999). Les agents socio-sanitaires ont aussi pour mission, « dans les cas particuliers où l'allaitement artificiel est incontournable » ¹²⁷, d'organiser des démonstrations pour les mères concernées, tout en veillant à « leur expliquer les dangers de l'allaitement artificiel, notamment celui au biberon ». Les conseils doivent être donnés aux mères tant au plan individuel au cours des consultations de nourrissons qu'au plan collectif lorsque des séances d'Information Éducation Communication sont réalisées dans les Centres de Santé et de Promotion Sociale et dans les Centres Médicaux. Au cours de ces « causeries », les thèmes développés concernent les avantages de l'allaitement maternel liés à sa gratuité, à ses capacités de lutte contre les infections, à son pouvoir contraceptif, à sa disponibilité permanente, et à l'apport nutritionnel suffisant et adapté qu'il représente. Le propos reprend les informations diffusées dans le cadre des formations de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé, tendant ça et là à l'exagération de ces avantages. Concernant le pouvoir contraceptif de l'allaitement, les pratiques sont cependant plus prudentes que les propos puisque les femmes sont reconvoquées pour la prescription d'une contraception, selon les sites, à 40 jours, trois mois, ou dès qu'elles le souhaitent, quel que soit le mode d'allaitement qu'elles déclarent.

Ainsi, l'organisation sociale de la promotion de l'allaitement maternel apparaît simultanément comme très hiérarchisée et centralisée, et comme tolérant à n'importe quelle femme œ à condition qu'elle ait une expérience de "mère nourricière" œ l'accès à cette organisation. Vestige de la politique de santé

¹²⁵ Anonyme 1996, idem. Il existe ça et là des pratiques limitées de promotion des substituts du lait maternel non autorisées par le décret sur la commercialisation.

¹²⁶ Anonyme 1992. *Politique et standards des services SMI/PF au Burkina Faso*. DSF, Ministère de la Santé, de l'Action sociale et de la Famille, Ouagadougou : 3.

¹²⁷ Anonyme 1992 idem : 19.

publique des années 1970 et 1980 valorisant les Soins de Santé Primaire et la Participation Communautaire, cette organisation est assez particulière : à mi-chemin entre la participation au "champ" de la santé publique des associations de personnes affectées par la maladie, telle qu'on l'observe au Nord, et la création d'associations ou de mouvements communautaires à partir de l'administration sanitaire, selon un modèle en vigueur au Sud. Ce type d'organisation, avatar de la "mondialisation", influe sur le contenu des discours et les pratiques d'allaitement.

De l'adaptation théorique à la réalité des interprétations locales

Selon les organismes internationaux, leurs recommandations, à portée universelle, doivent être adaptées en fonction de l'environnement épidémiologique et du contexte culturel local. Les directives subissent également des réinterprétations locales non planifiées, sous l'effet des perceptions préexistantes de l'allaitement et des contraintes institutionnelles et matérielles.

L'adaptation du programme : promotion de l'allaitement maternel exclusif

Au Burkina Faso, l'enquête nationale EDS réalisée en 1993 montre l'étendue de la pratique de l'allaitement maternel : sa prévalence est de 98%, et la durée moyenne d'allaitement est de 25 mois (Sinaré *et al.* 1994 : 169-182). La prévalence de l'allaitement artificiel est très faible, égale à 1,2% chez les nourrissons de moins de trois mois. D'autres études plus limitées ont produit des chiffres similaires, montrant par exemple que 91% des mères allaitent leur enfant à Ouagadougou et 100% dans une ville distante de 60 km de la capitale (Toé 1994). Ainsi, l'expansion de l'usage des substituts du lait maternel, qui motive les programmes internationaux, n'a jamais constitué un problème de santé publique dans ce pays. Cette pratique n'a été décrite que dans des milieux aisés très réduits,

touchant des "fonctionnaires"¹²⁸ susceptibles de faire face au coût du lait maternisé. Le niveau socio-économique des populations, réduit notamment par la dévaluation du Franc CFA survenue en 1994, "protège" la population burkinabè de l'usage des substituts du lait maternel. Le Burkina Faso semble trop démuné pour que les firmes de fabrication ou de distribution des substituts du lait maternel y développent des stratégies promotionnelles agressives, ce dont pourrait témoigner l'absence de publicité dans les médias. Le problème de santé publique pourrait résider actuellement dans le fait que le secteur commercial vend de plus en plus de substituts du lait maternel directement, hors prescription médicale. Les infractions au Code de commercialisation, concernant essentiellement l'étiquetage des boîtes (indications en faveur d'une utilisation précoce du produit, imprécisions sur l'âge d'introduction recommandé pour certains aliments)¹²⁹, n'en sont que plus dangereuses.

Cependant, selon les institutions biomédicales, la pratique populaire de l'allaitement maternel n'est pas optimale. Si l'importance accordée par les mères à l'allaitement de leur enfant n'est pas contestée, les modalités d'allaitement et les usages qui l'entourent sont dénoncés par les services sanitaires. Ainsi, le ministère de la santé établit les observations suivantes : « ...Ces indicateurs apparemment flatteurs cachent beaucoup de défaillances. En effet le taux d'allaitement maternel exclusif est encore faible (2% chez les enfants de moins de six mois) avec une durée moyenne très brève (0,4 mois). Certaines pratiques néfastes sont encore fréquentes : première mise au sein tardive (plus de la moitié des enfants ne sont pas allaités le premier jour) ; rejet du colostrum ; administration au bébé de liquides divers avant la montée laiteuse ; introduction précoce ou tardive des compléments alimentaires ; aliments de sevrage inadéquats (faibles densités énergétiques et nutritionnelles) ; insuffisance du nombre de repas quotidiens ; nombreux interdits alimentaires à l'encontre des enfants. »¹³⁰. La mise au sein tardive, le rejet du colostrum et l'administration de liquides avant la montée laiteuse sont répandus et décrits par des enquêtes localisées (Traoré *et al.* 1991 ;

¹²⁸ En l'absence d'une catégorie sociale identifiée comme ayant des revenus élevés, et en l'absence d'un secteur économique privé important, avant le milieu des années 1990, les "fonctionnaires" ont été et sont encore souvent, dans les représentations de la population, considérés comme les plus favorisés.

¹²⁹ Anonyme 1992 idem : 19.

¹³⁰ Anonyme 1996 idem : 1.

Sorgho 1997). Bien qu'il ne semble pas exister d'études qui analysent leur impact au Burkina Faso en termes de morbidité et de mortalité infantiles, ces "pratiques néfastes" sont considérées comme des facteurs de risque suffisants pour justifier des actions, notamment parce que les malnutritions et les diarrhées infantiles, conséquences attendues de ces pratiques, ont une prévalence élevée au Burkina. Par contre, les études ne se sont pas intéressées spécifiquement aux problèmes que pose l'alimentation des nourrissons qui ne peuvent pas être allaités par leur mère en cas de décès ou de maladie de celle-ci. Les Centres de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle, services spécialisés dans la prévention et la prise en charge de la malnutrition, n'ont pas été renforcés par le programme de promotion de l'allaitement maternel pour leur rôle auprès des enfants qui ne peuvent pas être allaités, ou qui sont victimes de pathologies de l'allaitement.

Ainsi, l'adaptation de la promotion de l'allaitement maternel au contexte burkinabè réside en premier lieu dans le fait de promouvoir quelques "bonnes pratiques" centrées autour d'un allaitement maternel précoce et exclusif, qui correspondent aux recommandations 4 à 8 des "Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel". Identifiée par la première réunion régionale de l'IBFAN en 1989 comme la stratégie pertinente dans les pays africains où l'allaitement maternel est dominant, la promotion de l'allaitement exclusif est aussi l'élément principal des propos que les membres du Groupe de Soutien aux Mères tiennent au cours de leurs activités de sensibilisation.

Les interprétations des agents de santé : ambivalence envers l'allaitement maternel exclusif

Pour la quasi-totalité des agents de santé que nous avons interrogés (voir encadré), l'allaitement ne pose pas de problème majeur au Burkina Faso où, comme l'indique une infirmière, « *compte tenu du niveau de vie burkinabè, on n'a même pas besoin de faire de la sensibilisation car toutes les femmes allaitent* ». Pour eux, enseigner les "bonnes pratiques d'allaitement" ne justifie une consultation que dans des situations particulières, car « *la plupart des femmes ont déjà l'expérience* » et l'allaitement se déroule, en règle générale, sans problème. Les "situations particulières" sont de fait peu nombreuses : lorsqu'il faut mettre en

Œuvre un allaitement mixte ou enseigner à tirer le lait aux femmes qui travaillent en ville (notamment les “fonctionnaires”) et ne peuvent emmener leur enfant avec elles pour le nourrir ; dans les cas de pathologies mammaires ou d’hypogalactie et d’agalactie survenant chez les femmes mal nourries, que les agents des SMI orientent vers les aides alimentaires ; auprès des primipares qui ne sont pas soutenues par leur mère ou belle-mère lorsqu’elles ne vivent pas avec elles.

Les perceptions des agents de santé concernant l’allaitement maternel exclusif sont marquées par une certaine ambivalence. Plus de la moitié d’entre eux critiquent cette recommandation en disant qu’elle ne peut pas être appliquée parce que la chaleur déshydrate l’enfant ; ils pensent que cette recommandation a été élaborée dans les pays développés où, du fait de la température ambiante, les enfants ne courent pas le risque d’être déshydratés. Leurs perceptions se situent souvent entre les recommandations médicales internationales et les préceptes de la puériculture populaire : s’ils acceptent que la mère donne de l’eau au nourrisson, ils se prononcent contre les tisanes que la mère donne pour calmer son enfant, prévenir les maladies et éteindre sa soif ¹³¹. D’autres agents de santé considèrent que cette recommandation n’étant pas suivie par les femmes, il vaut mieux réduire les risques en expliquant aux mères comment elles doivent faire bouillir l’eau que s’opposer à une pratique très répandue. D’autres agents de santé n’encouragent pas l’allaitement exclusif parce qu’ils contestent la définition de cette notion, notamment parce que la médecine lui tolère des exceptions telles que les Solutions de Réhydratation Orale, sans tolérer les tisanes de la médecine populaire. Enfin, certains agents de santé semblent ignorer tout de cette recommandation. Par contre, le thème des substituts du lait maternel est récurrent dans les propos des agents de santé ¹³².

Les agents de santé ne semblent pas avoir développé un savoir théorique ni technique spécialisé très riche dans le domaine des “bonnes pratiques d’allaitement”, où leur propos est limité essentiellement à l’incitation à la mise au sein précoce et au conseil en cas de situations particulières, nécessitant quelques solutions pratiques qu’ils savent mettre en Œuvre. Ils n’ont pas adopté la

¹³¹ Une enquête réalisée auprès des femmes de Saponé, à 40 km de Ouagadougou, montrait que la quasi-totalité des femmes pensent qu’un enfant a soif après sa tétée (Barry *et al.* 1995).

¹³² Le discours sur ce thème est analysé plus loin.

terminologie des spécialistes de la promotion de l'allaitement maternel, qui distingue : « allaitement exclusif », « allaitement principal », « allaitement total », « alimentation au biberon », « alimentation artificielle », « allaitement partiel », et « alimentation complétée en temps opportun »¹³³ dans leurs activités quotidiennes, ils font essentiellement référence à l'opposition entre « allaitement maternel » ou « allaitement au sein » et « biberon » ou « lait artificiel », voire « allaitement artificiel ». Leur discours est dominé par une apologie de l'allaitement "normal" et une critique des substituts du lait maternel face à ce qu'ils considèrent comme des « contraintes culturelles »¹³⁴.

Enquête réalisée auprès des agents de santé des services
de Santé Maternelle et Infantile au Burkina Faso

Cette enquête a été réalisée auprès des agents de santé qui assurent les consultations prénatales dans quatre centres ayant des activités de Santé Maternelle et Infantile au Burkina Faso. Ces centres ont été sélectionnés sur désignation par le Comité National de Lutte contre le Sida comme les centres les plus compétents dans le domaine du VIH en SMI. Cette compétence tient au fait que ces services ont été des sites de recrutement du projet DITRAME à Bobo Dioulasso (SMI de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, Centre Médical d'Accartville, Centre de Santé et de Promotion Sociale de Farakan) ; à Ouagadougou, la Clinique pour la Promotion de la Santé Familiale est perçue comme un service où le dépistage du VIH est proposé en consultation prénatale. Ces services sont pressentis comme des sites potentiels pour la mise en place d'un programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

L'enquête a constitué en entretiens directifs menés auprès de tous les agents de santé de chaque service, assurant des consultations prénatales et présents pendant la période d'enquête (mars 1999). Les entretiens portaient sur les perceptions de la situation de l'allaitement maternel au Burkina Faso, les connaissances en matière de transmission du VIH par l'allaitement, les pratiques concernant l'information sur le VIH ou le dépistage en consultation prénatale, l'expérience en matière de conseil et de prise en charge de

¹³³ Cf. chapitre I.

¹³⁴ « *Nous avons en Afrique des contraintes culturelles qui ne favorisent pas une bonne pratique de l'allaitement maternel* » Titre d'un article de B. Barry, coordonnatrice de l'IBFAN-FAN. Bulletin de l'IBFAN, n°1, p. 6, 1998.

personnes infectées par le VIH ; les mesures préventives de la transmission par l'allaitement proposées par ONUSIDA /OMS /UNICEF étaient discutées avec la personne interrogée, notamment au plan de leur faisabilité, de leur accessibilité et de leur acceptabilité au Burkina Faso ; enfin, l'entretien abordait les pré-requis nécessaires à la mise en place de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au Burkina Faso et les stratégies recommandées. 18 entretiens ont été réalisés, d'une durée comprise entre une demi-heure et une heure, avec prise de note simultanée. Des entretiens complémentaires apportant des éléments d'analyse du contexte ont été réalisés auprès des responsables de ces centres et auprès d'autres professionnels de santé.

Les personnes interrogées sont sages-femmes et maïeuticien diplômés d'état (9), accoucheuses auxiliaires (5), infirmière diplômée d'état (1), infirmières brevetées (2) et agent itinérant de santé (1). Elles ont en moyenne 37 ans, dont 13,5 années de service.

L'impasse sur les limites de l'allaitement

Les situations où la mère ne peut pas allaiter, où sa production lactée est insuffisante, où la mère est absente, sont traitées par les CREN (Centres de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle), hors du programme de promotion de l'allaitement qui ne leur apporte ni soutien matériel ni appui technique. De plus, il semble que la méfiance envers les substituts du lait maternel introduite par le programme chez les professionnels de santé ait eu pour effet de les conduire à s'abstenir de suivre, sur le plan médical, une femme ou une famille qui n'aurait d'autre solution que ce mode d'alimentation. Les nouvelles dispositions administratives secondaires au Code de commercialisation des substituts du lait maternel limitent l'accès des services sanitaires à ces produits. Ceci conduit à une "démédicalisation" de "l'alimentation artificielle" du nourrisson, renvoyant hors du système de soin les parents concernés, avec pour effet œ paradoxal eu égard aux objectifs de santé publique du programme œ de les rendre plus vulnérables à la vente non contrôlée de laits en poudre non adaptés et aux inexactitudes des mentions figurant sur les étiquettes des substituts du lait maternel, dénoncées par la dernière expertise ¹³⁵.

¹³⁵ Anonyme 1996, idem.

De même que le programme ne se reconnaît pas pour mission de traiter des limites de l'allaitement, il n'a pas encore été remis en question par l'émergence du VIH. Si le problème de la transmission du VIH par l'allaitement a été évoqué pour la première fois auprès des membres de l'IBFAN à Ouagadougou en 1990 par un médecin burkinabé ayant des responsabilités dans la lutte contre le sida, la déclaration conjointe OMS-UNICEF parue deux ans plus tard fut interprétée comme une recommandation de maintien du *statu quo*. Ceci eut pour effet d'amener les professionnels de la promotion de l'allaitement maternel à "refermer le dossier du VIH", fût-ce temporairement. L'IBFAN Afrique décidait d'inaugurer une réflexion autour de la transmission du VIH par l'allaitement à partir de 1995 ¹³⁶, qui a été relayée par l'IBFAN-FAN à partir de 1998 ¹³⁷ l'APAIB s'est intéressée à cette question en 1997, dès que ses membres ont eu connaissance des données épidémiologiques ; la Coordination de la promotion de l'allaitement maternel a été associée à des conférences internationales sur la question de la transmission du VIH par l'allaitement. Mais en 1999, ces institutions en sont toujours au stade de la réflexion et n'ont pas encore modifié leurs pratiques. Au plan national, la promotion de l'allaitement maternel est poursuivie à l'identique, et les discours publics concernant l'allaitement ne mentionnent pas le VIH. En 1998, la présentation de la Semaine Mondiale de l'Allaitement par la Télévision Nationale du Burkina débutait par l'annonce suivante : « Face aux maladies infectieuses, l'allaitement est un cordon sanitaire » ¹³⁸.

Ainsi, malgré les tentatives d'adaptation du programme aux réalités locales par une institution spécialisée telle que l'APAIB, qui a choisi de s'intituler "Association pour la promotion de *l'alimentation infantile* au Burkina Faso", le traitement de l'allaitement dans le système de soin reste limité à la promotion de l'allaitement normal, selon une acception restrictive excluant hors du programme

¹³⁶ Anonyme 1995. *IBFAN Africa statement on HIV transmission and breastfeeding*. IBFAN Africa, Mbabane, 3p.

¹³⁷ Anonyme 1998. *Réunion constitutive du Conseil Consultatif Régional IBFAN Afrique francophone*. 9-12 mars 1998, Abidjan, Rapport technique, 73p. Voir aussi l'article Kanon S. *Allaitement et VIH. Les questions qu'on se pose*. Courrier de l'IBFAN n°4, janvier-mars 1999, pp. 9 et 12. Le thème de la réunion de l'IBFAN-FAN du 26/07/99 à Ouagadougou était "Allaitement et sida".

¹³⁸ Journal télévisé, TNB (Télévision Nationale du Burkina), 1er août 1998, 20h05.

les situations où l'allaitement ne peut être aisément appliqué. Situation paradoxale que de promouvoir le "normal" dans un système de santé centré sur la prise en charge de la maladie, et où les problèmes nutritionnels ne manquent pas ; cette situation conduit à questionner les fondements conceptuels et l'origine de la légitimité du programme.

La lutte contre l'allaitement artificiel, thème dominant

Le traitement de l'allaitement dans le système de soin repose en grande partie sur du discours, la part de l'intervention technique étant bien plus limitée que pour tout autre programme sanitaire. Ce discours s'affiche dans les services de soin "Amis des Bébé", où les "Dix conditions pour l'allaitement" tapissent les murs, déclinées en affiches calligraphiées, imprimées, photocopées, en calendriers, parfois en pagnes imprimés. Un discours plus élaboré est proposé dans les documents destinés aux professionnels de santé (Courrier trimestriel de l'IBFAN, articles dans d'autres périodiques) et dans les médias, à destination de la population (messages radiophoniques, articles de presse). Bien que la stabilité de la prévalence de l'allaitement au sein au Burkina Faso soit connue et souvent mentionnée, la référence au "déclin de l'allaitement maternel" et à la menace que représenterait "l'allaitement artificiel" est permanente dans ce discours. Le volume de ce discours public culmine lors de la Semaine Mondiale de l'Allaitement, qui est l'occasion de manifestations sur ce thème chaque année, au cours de la première semaine du mois d'août.

La célébration de la semaine mondiale de l'allaitement

Si les "Dix conditions" représentent le credo du programme international de promotion de l'allaitement maternel, la Semaine Mondiale de l'Allaitement en constitue la principale célébration. Cette semaine consiste en une succession de manifestations organisées simultanément au plan international, concernant les trois secteurs : spécialisé, médical et communautaire. Au Burkina Faso et en Côte-

d'Ivoire, la session inaugurale rassemble des personnalités politiques, des responsables des ministères de la santé et des institutions spécialisées, et des représentants des institutions internationales. Les représentants des services de santé ayant le label "Ami des Bébé" et les Groupes de Soutien aux Mères présentent leurs activités. Les associations féminines et les associations participant à "l'éducation sanitaire" exposent leurs réalisations, que la population, notamment celle des femmes, est invitée à découvrir en écoutant les allocutions et en visitant les stands. La population est également conviée à participer à des manifestations culturelles et sportives, telles que, en 1998, un jeu de questions-réponses sur l'allaitement, des concours de poèmes et de pièces de théâtre, une course cycliste féminine, la projection de films sur l'allaitement, des conférences, et la remise de prix aux "mères des plus beaux bébés"... Les "autorités religieuses et politiques" sont mobilisées ; à Daloa, en Côte-d'Ivoire, des messages ont également été diffusés dans les églises, les temples et les mosquées ; à Ziniaré, au Burkina Faso, l'épouse du président de la république a participé à la session inaugurale, qui a eu lieu dans l'une de ses résidences.

La célébration de la Semaine Mondiale de l'Allaitement, et notamment sa journée inaugurale qui en constitue le temps fort, est un événement médiatique, relayé par la majorité des journaux, par les radios et par la télévision. Le caractère consensuel de la promotion de l'allaitement maternel permet de rassembler à cette occasion des représentants d'institutions et de catégories sociales diverses, dans une apologie commune de la figure de la Mère allaitante, transcendant les hiérarchies sociales, de la femme la plus pauvre à l'épouse du chef de l'État. Simultanément, les rôles sociaux sont réaffirmés par le protocole, notamment lors des remises de prix et de médailles devant les caméras de télévision. La Semaine Mondiale de l'Allaitement permet également au programme d'affirmer son identité, ses participants ayant l'opportunité de situer leur intervention en cohérence avec le programme national et de présenter leur travail aux représentants des institutions internationales. L'importance sociale de cette manifestation pour les personnes engagées dans la promotion de l'allaitement maternel est d'autant plus grande que leur légitimité n'est pas parfaitement établie au quotidien, ni au plan des moyens, ni au plan des messages sur les "bonnes pratiques" qu'ils sont censés diffuser. C'est en participant à la célébration de l'allaitement maternel et en reprenant à leur compte les messages internationaux, définis pour d'autres contextes épidémiologiques, qu'ils affirment leur légitimité,

épidémiologiques, qu'ils affirment leur légitimité, même s'ils savent, de par leur connaissance du "terrain", que les priorités sanitaires sont autres. Il s'agit d'une célébration bien plus que d'une intervention sanitaire, les allocutions se terminant toutes par des félicitations pour les efforts accomplis ; en désignant les plus méritants, la remise de prix, labels et médailles, réaffirme les normes et valeurs du programme dans sa dimension internationale.

La Semaine Mondiale de l'Allaitement représente la principale manifestation publique du programme ; elle en constitue aussi l'activité principale sur le plan financier. Une manifestation de ce type correspond au modèle que suivent de très nombreuses "Journées Mondiales", activités préférentielles des organismes internationaux et de leurs relais locaux, qui scandent l'année pour le système mondial de gestion de la maladie ¹³⁹. Pour des institutions telles que l'UNICEF, dont les équipes techniques dans les pays ont des moyens limités en termes de ressources humaines, il est plus aisé de financer une activité ponctuelle ayant une visibilité assurée que de soutenir des activités régulières mais touchant une population moins importante et nécessitant des compétences spécialisées pour la conception, la supervision et l'évaluation. Ainsi, la fonction sociale et symbolique de la célébration de la Semaine Mondiale de l'Allaitement semble prévaloir sur sa fonction de santé publique ¹⁴⁰. Dans cette optique, on peut supposer que l'actualisation des messages délivrés n'est pas une nécessité, dans la mesure où la lutte contre l'utilisation du lait artificiel fait l'objet d'un consensus.

¹³⁹ On peut citer : Journée Mondiale de la Santé : 4 avril ; Journée Mondiale de la Tuberculose : 24 mars ; Journée Mondiale du Diabète : 14 novembre ; Journée Mondiale sans tabac : 31 mai ; Journée Mondiale des personnes âgées actives : 2 octobre ; Journée Mondiale de la maladie d'Alzheimer : 21 septembre ; Journée Mondiale du Sida : 1er décembre ; etc.

¹⁴⁰ Qui supposerait, selon les règles propres à cette discipline, que les objectifs d'une telle intervention soient définis en fonction des besoins sanitaires locaux dûment précisés, et qu'une évaluation soit effectuée après la réalisation de l'activité.

Un discours univoque et défini au Nord

La lutte contre "l'allaitement artificiel" est le thème récurrent de la Semaine mondiale. Ce thème transparait "en creux" dans les mots d'ordre : ce fut le cas en 1997 : « *Allaitement maternel : allaiter ? naturellement* » [sous-entendu : par opposition à "allaiter artificiellement"] et en 1998 : « *Allaitement maternel : un meilleur investissement* » [sous-entendu "que l'allaitement artificiel"], aucun slogan n'ayant traité de l'allaitement exclusif depuis le début de cette manifestation. Les thèmes en sont définis au niveau international par WABA, qui diffuse également des recommandations détaillées concernant les allocutions et les messages qui devront être préparés pour les autorités et les médias dans chaque pays. L'examen attentif des mots d'ordre internationaux relayés en Afrique et des recommandations de WABA montre qu'ils ne sont pas seulement définis en fonction d'une menace épidémiologique présente sur tous les continents. Ils traitent de l'allaitement tel qu'il est pratiqué en Europe et en Amérique du Nord et semblent, sur certains points, relatifs à la culture de ces régions. Ainsi, lorsqu'en 1999, le thème choisi est "L'allaitement maternel : une école pour la vie", les recommandations diffusées par WABA concernent un contexte culturel où l'allaitement n'est pas la norme, où les mères n'osent pas allaiter publiquement, ce qui ne correspond pas à l'Afrique. De même, le portage de l'enfant et le fait de faire dormir le nourrisson avec sa mère, habituels en Afrique, figurent parmi les notions que WABA recommande d'inclure dans les messages d'éducation ; la dernière recommandation est formulée en ces termes : « *Dormir avec son bébé est une façon normale de s'occuper de lui, et non une mauvaise habitude qui encouragerait la dépendance* » ¹⁴¹. Cette recommandation ne favorise pas l'allaitement maternel au dépend de "l'allaitement artificiel" ; elle ne prend son sens que si elle est interprétée à la lumière des dernières connaissances de la pédiatrie à propos de la prévention du syndrome de Mort subite du nourrisson, qui ne représente un problème de santé publique que dans

¹⁴¹ WABA, *Semaine mondiale de l'allaitement 1999*, Courrier de l'IBFAN n°4, janvier-mars 1999, p. 11.

les pays occidentaux ¹⁴². Les exemples sont nombreux, qui attestent du fait que les connotations des recommandations en faveur de l'allaitement maternel sont souvent ethnocentrées, au détriment d'une adaptation aux réalités africaines qui favoriseraient l'allaitement exclusif.

De la prééminence de l'international à l'argumentation préventive

Comment expliquer que la lutte contre les substituts du lait maternel demeure prioritaire pour les autorités sanitaires, dans un pays où l'allaitement artificiel n'est quasiment pas pratiqué, au détriment d'actions plus spécifiques à la situation locale ? De nombreux éléments contribuent à cette situation. La promotion de l'allaitement maternel se situe dans le champ de la prévention, marqué par une rhétorique que reprennent à leur compte des professionnels de santé lorsqu'ils déclarent que « *si les femmes n'achètent pas du lait artificiel, c'est parce qu'elles ont été bien informées par le programme* » [ceci laisse entendre que les femmes seraient passées au "lait artificiel" en l'absence de programme]. Les limites méthodologiques de l'évaluation en éducation sanitaire et l'absence d'études réalisées dans ce domaine ne permettent pas de confirmer ou d'infirmer le rôle du programme dans la situation burkinabè, ni la survenue éventuelle d'une surconsommation de substituts du lait maternel en cas d'interruption du programme. D'autre part, l'élaboration de messages d'éducation sanitaire est habituellement marquée par une simplification à visée pédagogique, notamment

¹⁴² La fréquence de la Mort subite du nourrisson est particulièrement élevée dans les pays occidentaux où elle représente la première cause de mortalité des enfants âgés de moins d'un an. Plurifactorielle, cette pathologie dépend étroitement des pratiques de maternage. L'isolement de l'enfant dans une chambre à part et la position de décubitus ventral au coucher sont, avec l'appartenance au sexe masculin, les principaux facteurs de risque liés à l'enfant. Ces observations ont conduit les spécialistes de la psychologie interculturelle à préciser l'importance du "co-sleeping" ("dormir avec") et à remettre en question les recommandations de pédiatres américains, reprises dans les autres pays occidentaux, en faveur d'un isolement de l'enfant destiné à l'habituer à la solitude et à le rendre indépendant, selon une approche en vigueur au début des années 1990 (Messer *et al.* 1997).

lorsque ces messages sont destinés à la population. Or, la dialectique autour de la bonne conduite de l'allaitement maternel est complexe. La notion d'allaitement exclusif est difficilement acceptée par les professionnels de santé eux-mêmes, alors que l'opposition entre allaitement maternel et lait artificiel est compréhensible par tous, facile à exprimer et à représenter. C'est également la complexité des termes et des nuances pour les non-spécialistes de l'allaitement qui provoque, selon les responsables du Programme national de promotion de l'allaitement maternel ivoirien, quelques glissements dans les débats et interventions publiques à l'Assemblée Nationale ou au cours de la Semaine Mondiale, lorsque le Ministre de la Santé publique déclare, sans être discuté : « *Devant l'abandon de plus en plus fréquent de l'allaitement maternel, 98% des mères allaitant dès la naissance contre 42% à l'âge de deux mois et seulement 3% à l'âge de quatre mois...* » ¹⁴³, alors que ces chiffres correspondent en réalité aux taux d'allaitement exclusif. L'examen attentif des discours et des messages délivrés par les médias montre la fréquence de ce glissement d'un plaidoyer pour l'allaitement maternel exclusif au plaidoyer pour l'allaitement maternel œ soit, implicitement, contre les substituts du lait maternel. Dès lors, la simplification des messages pourrait également être l'un des motifs de la persistance du même thème, quelle que soit la situation épidémiologique.

La lutte contre les laits artificiels est vraisemblablement portée par les représentations et les valeurs qui lui sont associées : l'analyse des discours montre que, au-delà du refus d'un produit "artificiel" au profit d'une production naturelle et humaine, le discours contre les substituts du lait maternel symbolise le choix de l'amour maternel préféré à la transaction marchande, la défense de l'Afrique vis-à-vis de pays riches dans une situation de néocolonialisme commercial, la défense de l'enfant innocent vis-à-vis des technocrates motivés par le profit, etc. Les valeurs qui sous-tendent ces représentations font l'objet d'un consensus général bien au-delà du secteur médical, que nul ne saurait contester ; elles sont réaffirmées à chaque manifestation de promotion de l'allaitement maternel. Ainsi, il est probable que ce consensus général en faveur de l'allaitement maternel autorise les approximations et les dérives ethnocentrées du programme.

¹⁴³ Allocution du Ministre ivoirien de la Santé Publique, Daloa, 7 août 1998.

Un discours stigmatisant pour les femmes qui n'allaitent pas

Par un effet de “glissement conceptuel“, le discours très critique sur l'usage des substituts du lait maternel que tiennent les soignants devient critique envers les femmes qui n'allaitent pas. Ce discours apparaît le plus souvent “en creux“ : c'est lorsqu'ils parlent des avantages de l'allaitement que les soignants critiquent le fait de ne pas allaiter. Mais pour celles qui ne peuvent pas allaiter leur enfant, ces discours prennent toute leur valeur péjorative. Elles ressentent comme très culpabilisants des propos dont même des professionnels de santé *a priori* empathiques envers les femmes, tels que peuvent l'être de nombreux agents de santé des services de PMI, ne perçoivent pas le caractère désobligeant. Ceci tient aux connotations et aux excès d'un discours qui dépasse la simple transmission de connaissances scientifiques.

L'allaitement artificiel, le “mauvais choix“ de la femme

Les agents de santé semblent considérer que l'allaitement artificiel est toujours la conséquence d'un choix de la mère, qui s'oppose ainsi à l'avis des services de santé. L'allaitement artificiel sur prescription médicale ne semble pour eux pas concevable, car l'usage des substituts du lait maternel est, selon eux, toujours dangereux pour l'enfant. Les raisons qui, selon les soignants, pousseraient les femmes à choisir ce mode d'alimentation sont futiles : beauté, désir d'imiter “les Blancs“ ou de paraître “moderne“, ce que les ethnologues ont qualifié, à la suite de M. Mauss, de « imitation prestigieuse »¹⁴⁴. Lorsque le travail des mères est invoqué, il n'est pas considéré comme une raison suffisante pour renoncer à l'allaitement. Les soignants considèrent que les femmes doivent être “responsabilisées“ pour qu'elles mesurent l'importance de l'allaitement maternel. Ces propos quotidiens apparaissent également, de manière explicite,

¹⁴⁴ Mauss M. 1934. *Sociologie et anthropologie*. cité par Stork 1999 : 144. [Livre disponible dans [Les Classiques des sciences sociales](#). JMT.]

dans les messages diffusés auprès de la population lors de la Semaine Mondiale de l'Allaitement ¹⁴⁵. Les femmes qui n'allaitent pas leur enfant sont présentées comme responsables de ce qui est considéré comme un "choix" personnel, et incriminées, parfois avec une certaine violence (voir encadré).

Poème créé à l'occasion de la Semaine Mondiale
de l'Allaitement Maternel (extrait).

Diffusé au cours de la session d'ouverture à Daloa, Côte-d'Ivoire, 1er août 1998

Suffit ! Suffit !

Toi, ton fils à toi. Ce petit enfant innocent est mort.

Te souviens-tu seulement de son visage, lorsque nous le descendions dans sa tombe.

Non !

Son visage était triste et mécontent. Un visage rancunier et frustré.

Il est mort de diarrhée, parce que tu lui as refusé ton sein au profit du biberon.

Et il est mort.

M'entends-tu ? Il est mort par ta faute.

Et toi. Rappelle-toi encore ton bébé de six mois, souriant comme la fiancée d'un prince la veille de ses noces.

Il est mort, mort avec son sourire, son rire, ses beaux yeux, petits, ronds et noirs, ses lèvres, minces et roses.

Il est mort d'infection du poumon parce que tu lui as refusé ton sein.

Le lait de ton sein tu le lui as refusé, parce que tu voulais tes seins toujours tendus.

Et voilà !

Suffit donc ces pleurs !

¹⁴⁵ Les citations qui suivent ont été recueillies lors de la session inaugurale de la Semaine Mondiale de l'Allaitement à Daloa, Côte-d'Ivoire, le 1er août 1998, et des conférences et animations destinées à la population. Ces documents ont été recueillis et enregistrés par Annick Tijou.

Famille artistique Kaïdara, troupe de théâtre de Daloa chargée de l'animation éducative

“Allaiter : donner l'amour et la vie“

La notion d'interdépendance entre allaitement et amour maternel est utilisée de manière récurrente et insistante dans l'argumentation opposant les avantages du lait maternel aux inconvénients des substituts. L'allaitement maternel est présenté comme un indicateur de l'amour de la mère : « *L'allaitement maternel [est] un choix fondamental pour l'amour... qui permet de recevoir la nourriture [...] dans un climat d'amour, de réconfort et de sécurité* » (propos du représentant de l'UNICEF). « *Nourrissez malin... allaitez câlin* »¹⁴⁶. Les responsables sanitaires qui ont choisi des slogans tels que « *Allaiter = donner l'amour et la vie* » n'ont vraisemblablement pas prévu une interprétation “en négatif“ œ qui indiquerait “Ne pas allaiter = ne pas donner l'amour et la vie“. Mais le propos suivant, adressé dans un service de soin à une mère utilisant des substituts du lait maternel à Abidjan, atteste cependant de représentations de cette nature : « *On me disait : “Comment, tu n'aimes pas ton enfant ?“* ». De plus, les slogans et les propos des professionnels de santé avancent que l'allaitement maternel est indispensable au développement d'un amour réciproque chez l'enfant : une relation de tendresse entre l'enfant et sa mère ne pourrait être instaurée par l'utilisation du lait artificiel¹⁴⁷. Les excès du discours vont même jusqu'à avancer que l'absence d'amour et de respect envers les mères, conséquence du

¹⁴⁶ Affiches exposées lors de la Conférence de l'IBFAN Afrique, Ouagadougou, juin 1999.

¹⁴⁷ Les travaux des éthologues ne montrent aucunement que l'allaitement au sein est indispensable mais, au contraire, soulignent « la diversité des sources ou mécanismes qui peuvent jouer dans l'attachement du bébé à sa mère. [...] Les compétences du nourrisson sont telles qu'il peut toujours établir, rétablir ou renforcer des liens forts et particuliers avec une personne soit par habituation et conditionnement, soit par transfert d'informations, soit par d'autres mécanismes. » (Montagner 1991 : 159).

supposé déclin de l'allaitement maternel, serait devenue un phénomène collectif, cause de bien des désordres sociaux : « *Il y a plusieurs générations qui ont été sacrifiées au lait artificiel. Aujourd'hui, partout où nous passons, nous constatons qu'il n'y a plus de respect, qu'il y a une rupture entre la société et les enfants que nous avons mis au monde* » (propos d'un médecin conférencier).

Ne pas allaiter : exposer l'enfant à un défaut d'humanité

En corollaire au discours sur la dimension d'amour que véhicule l'allaitement maternel, les propos insinuent que les substituts du lait maternel ne suffisent pas à la construction d'un être humain. Des médecins utilisent le terme de "lait de vache modifié". « *Ne mettons pas une vache entre nous et notre bébé* »¹⁴⁸ recommande la Coordonnatrice de l'IBFAN pour l'Afrique francophone. Au cours de la Semaine Mondiale de l'Allaitement, des interventions laissent entendre que cette origine animale déterminerait le caractère des enfants : « *On fera boire à leurs enfants du lait de vache, et leurs enfants seront des taureaux sans conscience et sans respect* » (Famille artistique Kaïdara, animation éducative). Ces propos généraux sont relayés par les agents de santé lorsqu'ils reçoivent des mères qui ne peuvent pas allaiter leur enfant : « *On m'a dit que parce qu'il prenait le lait artificiel, mon enfant serait brutal, qu'il aurait le comportement d'un animal, qu'il n'allait pas me reconnaître, qu'il agirait comme un cheval.* » (une mère séropositive, Abidjan). En Côte-d'Ivoire, de tels propos ont conduit des femmes séropositives à dévoiler leur statut sérologique pour justifier le fait qu'elles n'allaitent pas auprès des soignants, alors qu'elles avaient jusqu'alors réussi à maintenir la confidentialité de leur statut. Ce type de discours a également eu pour effet d'inciter les femmes séropositives à cacher leurs pratiques d'alimentation du nouveau-né aux agents de santé (Desclaux 2000b).

¹⁴⁸ Titre de l'éditorial. Barry B. Courrier de l'IBFAN n°2, juillet-septembre 1999, p. 3.

Des propos aux confins de l'idéologique ?

Le caractère excessif des propos tenus notamment lors de la Semaine Mondiale de l'Allaitement maternel tient en partie à la volonté de "grossir le trait" dans un but pédagogique, attitude répandue chez les spécialistes en Information Éducation Communication. D'autre part, la culpabilisation des mères est récurrente lorsqu'il s'agit des maladies de l'enfant, en Afrique (Desclaux 1996) comme ailleurs ¹⁴⁹, notamment parce que la figure de la "mauvaise mère" fait partie des archétypes facilement utilisés en éducation pour la santé.

Les professionnels de santé auraient-ils des leçons à donner aux femmes concernant l'amour qu'elles doivent porter à leur enfant ? Les plus rigoureux d'entre eux évoquent en termes biomédicaux "les interactions mère-enfant" dont la fréquence et la qualité auraient "un impact sur le développement psychomoteur de l'enfant", arguant du fait que "l'amour maternel" n'est que la traduction de ces concepts dans un langage populaire accessible aux femmes. Or, les études de psychologie transculturelle ont montré que le développement psychomoteur de l'enfant est différent en Afrique et dans les sociétés occidentales, les nourrissons africains étant en avance sur les normes euro-américaines, notamment pour certains aspects du développement moteur, jusqu'à l'âge du sevrage ¹⁵⁰. En l'état

¹⁴⁹ L'étude qu'ont menée G. Delaisi de Parceval et S. Lallemand sur les manuels de puériculture français du XX^e siècle met en évidence la même culpabilisation permanente (1980).

¹⁵⁰ Cette avance est liée à la pratique d'exercices précoces (gymnastique, massages, jeux...) qui utilisent les compétences motrices et réflexes du nourrisson plus qu'en Occident. Elle est surtout liée à un mode de maternage proximal, qui maintient l'enfant en contact prolongé avec sa mère grâce au portage, tout en lui assurant des stimuli permanents ; lorsque la mère n'est pas disponible, la présence de membres de la famille élargie permet de poursuivre ces contacts. Ces pratiques sont opposées à un mode de maternage distal, qui, dans les pays occidentaux, conduit le nourrisson à passer la plus grande partie de son temps seul dans son lit ; dans ce cas, l'allaitement est un moment de contact corporel unique, que ne remplace pas l'alimentation au biberon. Ainsi, l'impact des interactions mère-enfant instaurées par l'allaitement sur le développement psychomoteur de l'enfant est essentiel dans les cultures où le mode de maternage distal est dominant (Stork 1999). L'importance de la

actuel des connaissances, l'absence d'études comparatives transculturelles sur les relations entre interactions mère-enfant et allaitement au sein ou alimentation aux substituts du lait maternel fait que l'on ne peut pas affirmer que l'allaitement maternel est nécessaire pour un bon développement psychomoteur de l'enfant dans toutes les cultures. Une fois encore, les propos actuels semblent ethnocentrés et abusivement généralisés à l'Afrique.

« *Maintenant, à l'hôpital, c'est l'allaitement qui est obligatoire* ». Abusivement simplificateurs, comme l'atteste ce propos d'une sage-femme, ethnocentrés, déconnectés des besoins épidémiologiques réels, teintés de connotations morales : comment des messages sanitaires de cette nature ont-ils pu s'imposer et être préférés à des actions pourtant repérées comme prioritaires, telles que la réglementation du commerce et de la distribution des différents types de "lait artificiel", ou la promotion de l'allaitement maternel exclusif ? Des logiques sociales (maintien des institutions en place, intérêts des acteurs) ou culturelles (fondements idéologiques du discours) propres au système de soin biomédical sous-tendent ces messages que la raison biomédicale ne peut suffire à justifier.

Conclusion

Les fondements épidémiologiques du programme mondial de promotion de l'allaitement maternel et certaines actions, telles que le contrôle juridique des activités de promotion des multinationales, sont sans doute légitimes et toujours d'actualité d'un point de vue de santé publique au plan international. Les bases conceptuelles du programme, s'opposant au recours aux substituts du lait lorsque l'allaitement maternel est possible et sûr, restent pertinentes sur tous les continents. Mais l'étude des représentations et des pratiques des professionnels de santé et des institutions spécialisées dans la promotion de l'allaitement maternel au Burkina Faso montre qu'en privilégiant une approche "standardisée" au plan

dimension du contact corporel dans la valeur préventive de l'allaitement avait déjà été évoquée à propos de la mort subite du nourrisson : « One key of the SIDS [Sudden Infant Death Syndrome] enigma may be that the protective role of breastfeeding resides in the frequent contact between the infant and its mother initiated by the need for frequent feedings » (McKenna *et al.* 1995 : 277).

Burkina Faso montre qu'en privilégiant une approche "standardisée" au plan international plutôt que l'adaptation des stratégies aux spécificités épidémiologiques et aux perceptions locales de l'allaitement, ce programme pourrait n'avoir eu comme impact que le fait de renforcer le caractère normatif de l'allaitement maternel. A-t-il eu d'autres effets que la généralisation de la mise au sein précoce et la démedicalisation de l'alimentation aux substituts du lait, qui renvoie dans les CREN, voire hors du système de soin, des enfants pour lesquels l'allaitement est impossible ? Une évaluation utilisant les méthodes de la santé publique serait nécessaire pour répondre à cette question.

Les incertitudes sur la pertinence locale de ce programme et sa capacité à favoriser l'allaitement maternel exclusif ou à réduire le nouveau risque infectieux que comporte l'allaitement maternel n'ont cependant pas conduit à sa remise en cause, tant la lutte contre les substituts du lait maternel, leitmotiv du programme, fait l'objet d'un consensus général, qui dépasse largement le système de soin. Dès lors, on peut se demander si ce programme ne souffre pas d'un "excès de légitimité", comme si le crédit dont bénéficie l'allaitement maternel devait "naturellement" rejaillir sur sa promotion et sur ceux qui mettent en oeuvre ce programme. Ceci conduit à tolérer que des messages sanitaires tels que ceux diffusés au cours de la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel incitent à "jeter l'anathème" sur les femmes qui ne peuvent pas allaiter leur enfant.

Références bibliographiques

Barry B., B. Essama, I. Kaboré *et al.*

1995 *Recherche opérationnelle sur les pratiques nutritionnelles du couple mère-enfant dans la province du Bazéga*. Ouagadougou,

APAIB/WINS, 46 p.

Delaisi de Parceval G. et S. Lallemand

1980 *L'art d'accommoder les bébés. Cent ans de recettes de puériculture française*. Paris, Éditions du Seuil.

Desclaux A.

- 1996 « De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant ». In : J.Benoist (éd.), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical* : 251-280. Paris, Karthala.
- 1998 *Allaitement et VIH au Burkina Faso. Enjeux pour les institutions sanitaires*. IRD Ouagadougou, août 1998, 70p.

Desclaux A.

- 2000a *Anthropologie d'un système de santé à l'épreuve du sida chez l'enfant à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso*. Lille, Presses universitaires du Septentrion.
- 2000b *Refuser d'allaiter pour protéger son enfant. La marginalité des femmes séropositives en Afrique*. Communication au Colloque "Allaiter à la marge", GDR Petite Enfance, Paris, 5 mai 2000.

Grant J.

- 1988 « UNICEF programmes in promotion of breastfeeding ». In : D.B. Jelliffe et E.F.P. Jelliffe (éds.), *Programmes to promote breastfeeding* : 227-234. Oxford, Oxford University Press.

Hours B. (éd.)

à paraître *Anthropologie des systèmes et des politiques de santé*. Paris, Karthala.

Jelliffe D.B. et E.F.P. Jelliffe (éds.)

- 1988 *Programmes to promote breastfeeding*. Oxford, Oxford University Press.

Jelliffe D.B. et E.F.P. Jelliffe 1978 *Human milk in the Modern World*. Londres, Oxford Press.

McKenna J.J. et N.J. Bernshaw

- 1995 « Breastfeeding and infant-parent co-sleeping as adaptative strategies : are they protective against SIDS ? » In : P. Stuart-Macadam et K.A. Dettwyler (éds.), *Breastfeeding. Biocultural perspectives* : 265-303. New York, Aldine de Gruyter.

Messer J. et Stork H.E.

1997 Pratiques de puériculture et mort subite du nourrisson : un éclairage transculturel. *Archives de pédiatrie* 4 : 3-7.

Montagner H.

1991 *L'attachement, les débuts de la tendresse*. Paris, Éditions Odile Jacob.

OMS

1999 *Données scientifiques relatives aux Dix Conditions pour le succès de l'Allaitement*. Genève, WHO/CHD/98.9, 122 p.

Palmer G.

1988 *The politics of breastfeeding*. London, Pandora Press.

Sinaré T. et M. Sinoussi

1994 « Sida ». In : D.L. Konaté, T. Sinaré, M. Séroussi. *Enquête Démographique et de Santé 1993* : 169-182. Ouagadougou : Institut National de la Statistique et de la Démographie.

Sorgho M.

1997 *Étude de faisabilité de l'allaitement maternel exclusif dans le département de la Kantchari, province de la Tapoa*. École Nationale de Santé Publique, Mémoire SESSIO, Ouagadougou, 81 p.

Soubeiga K.A.

1992 *Les stratégies de soins de santé primaires au Burkina. Mobilisation communautaire et logiques paysannes (l'exemple de la Sissili)*. Thèse pour le doctorat de sociologie, Université de Bordeaux II.

Stork H.E.

1999 *Introduction à la psychologie anthropologique*. Paris, Armand Colin.

Toé R.

1994 *Allaitement maternel au Burkina Faso. Étude comparative entre le milieu urbain et le milieu rural*. Thèse de Médecine n°25, Ouagadougou, Faculté des Sciences de la Santé.

Traoré A., J. Sicard, F. Tall *et al.*

1991 *L'allaitement en milieu urbain au Burkina Faso*. CHNSS, Service de pédiatrie, Bobo Dioulasso, 55 p.

Van Esterik P.

1995 « The politics of breastfeeding : an advocacy perspective ». In : P. Stuart-Macadam et K.A. Dettwyler (éds.), *Breastfeeding. Biocultural perspectives* : 145-166. New York, Aldine de Gruyter.

Wilmoth T.A. et J.P. Elder

1995 An assessment of research on breastfeeding promotion strategies in developing countries. *Social Science and Medicine* 41 (4) : 579-594.

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

Troisième partie

L'allaitement dans le contexte du VIH

[Retour à la table des matières](#)

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

Troisième partie. L'allaitement dans le contexte du VIH.

Chapitre XII

Représentation et pratiques de l'allaitement à Kigali, Rwanda

par Michel Caraël, Philippe Msellati

[Retour à la table des matières](#)

Le Rwanda est l'un des pays africains parmi les plus touchés par l'épidémie de VIH. Après l'identification des premiers cas de sida rwandais en 1983 (Van de Perre *et al.* 1984), une enquête nationale de sérosurveillance du VIH réalisée en 1986 a montré une prévalence du VIH-1 supérieure à 15% en milieu urbain parmi la population âgée de plus de 15 ans (Rwandan HIV seroprevalence study group 1989). Dans les consultations prénatales, plusieurs études ont montré des prévalences supérieures à 25% en 1988 (Lepage *et al.* 1991) et également en 1995 (Leroy *et al.* 1995). À Kigali, du milieu des années 1980 jusqu'au génocide de 1994, des recherches fondamentales furent conduites par plusieurs équipes travaillant à l'hôpital, en étroite collaboration avec le Programme de lutte contre le sida (PNLS) (Van de Perre *et al.* 1985 ; Van de Perre *et al.* 1988 ; Lepage *et al.* 1989 ; Lindan *et al.* 1991 ; Batungwanayo *et al.* 1992 ; Lindan *et al.* 1992 ; Bucyendore *et al.* 1993).

À la suite de ces recherches, dès 1992, la transmission du VIH de la mère à l'enfant devint un thème prioritaire (Lepage *et al.* 1993 ; Leroy *et al.* 1994 ; Leroy *et al.* 1998). C'est dans ce contexte que des cas de transmission post-natale par l'allaitement maternel furent identifiés (Van de Perre *et al.* 1991). Un protocole de

recherche fut élaboré afin de pouvoir évaluer l'importance de la transmission post-natale du VIH à l'aide d'un essai clinique comprenant deux groupes : l'un composé de femmes infectées par le VIH allaitant artificiellement et un second groupe de femmes infectées pratiquant l'allaitement maternel. Il est apparu nécessaire au préalable de conduire une étude sur l'acceptabilité de l'allaitement artificiel dans une population urbaine où l'allaitement maternel était pratiquement universel et prolongé. Cette enquête fut réalisée en 1992 par une série d'entretiens approfondis et structurés en kinyarwanda avec l'aide d'une interprète (voir encadré). Les informations recueillies datent donc d'avant le génocide et les bouleversements de peuplement qu'ont connu Kigali et le reste du Rwanda depuis cette époque.

Il s'agissait plus précisément de définir le contexte culturel général de l'allaitement au Rwanda, d'évaluer le degré d'acceptation de l'allaitement artificiel par des femmes infectées par le VIH informées de leur statut et répondant à des critères précis en termes de niveaux d'éducation et de revenus. Enfin nous projetions d'évaluer l'impact éventuel du projet de recherche sur les pratiques d'allaitement dans la communauté de Kigali. Par ailleurs, nous disposions de résultats d'enquêtes préalables décrivant les pratiques d'allaitement de femmes, séropositives ou non, d'origine socio-économique modeste et vivant à Kigali.

Méthodologie

Les méthodes d'enquête utilisées dans ce travail de recherche furent, après une revue complète des travaux sur l'allaitement maternel au Rwanda, des entretiens avec des informateurs privilégiés du secteur moderne de la société (médecins spécialistes de l'allaitement maternel, personnels médicaux et paramédicaux, travailleurs sociaux) et du secteur traditionnel (matrones, personnes âgées, informateurs-clé). Des entretiens prolongés, semi-structurés, furent également conduits en kinyarwanda auprès de femmes enceintes ou allaitantes, salariées issues du milieu urbain, qui correspondaient au groupe de femmes auxquelles s'adressait l'étude. D'autre part, concernant les pratiques effectives d'allaitement des femmes vivant à Kigali, les données collectées au sein d'une cohorte sur l'étude de la transmission mère-enfant du VIH (Lepage 1993) furent spécialement analysées. Il s'agissait à chaque visite de recueillir des données précises concernant la poursuite ou non de l'allaitement maternel, le moment d'introduction d'aliments de sevrage et de compléments alimentaires et la nature de ces aliments.

Représentations et pratiques : quelques repères

Le lait, sous toutes ses formes, est valorisé au Rwanda, qu'il s'agisse du lait maternel ou du lait animal. En ce sens, le lait en poudre est aussi valorisé. Il est considéré comme un aliment de luxe, réservé "aux riches" à cause de son prix élevé mais il est moins apprécié que le lait frais de vache pour les enfants. Les personnes âgées ne boivent pas volontiers du lait en poudre parce qu'elles ne savent pas "de quel animal il provient".

« Le rouge et le blanc ne se mélangent pas ». Contrairement à ce que l'on observe dans d'autres cultures comme celle des Bambara du Mali (Dettwyler 1987), le lait ne trouve pas son origine dans le sang. Il est fabriqué "dans le corps". Il ne véhicule donc pas les maladies du sang. Les femmes qui ont des maladies vénériennes peuvent allaiter leur enfant, déclarent les femmes âgées traditionnelles. Le sang ne vient dans le sein que lorsque le sein est malade. Le colostrum est considéré comme le liquide qui précède simplement le lait, favorable pour la croissance future du nouveau-né.

Le lait maternel reste attaché à la famille biologique ; un enfant allaité dont la mère est décédée ne sera pris au sein que par un autre membre de la famille, soeur de la mère, belle-mère, soeur aînée, grand-mère. On n'allaité que dans la famille, et les autres personnes sont exclues de cet échange. Rien n'est plus étranger à la culture rwandaise que le concept de nourrice.

L'allaitement à la naissance est universel ; de rares cas de non allaitement se produisent, par défaut de montée lactée ou lors d'accouchement par césarienne ; dans ce dernier cas, l'allaitement est initié après quelques jours lorsque la mère est capable de se nourrir à nouveau. L'allaitement est pratiqué à la demande, nuit et jour ; lorsque la mère se déplace, l'enfant est attaché sur le dos au moyen d'une étoffe dont le nom est identique à celui du placenta, prolongeant dans les termes la symbiose mère-enfant qui a existé pendant la grossesse (Caraël 1979).

Dans le passé, le rituel lié à l'apparition des dents chez le petit enfant autorisait le père à annoncer à la mère qu'elle pouvait donner au nourrisson une nourriture solide autre que le lait maternel. Par ailleurs l'apparition des dents

ture solide autre que le lait maternel. Par ailleurs l'apparition des dents avant que l'enfant n'ait commencé à marcher à quatre pattes est rare. D'où la cohérence entre ce tabou lié à l'apparition de la première dent de l'enfant et la croyance populaire selon laquelle nourrir un nourrisson avant qu'il n'ait marché à quatre pattes par autre chose (de solide) que le lait maternel l'empêche de grandir. Cette tradition est encore souvent respectée et correspond à la période charnière des six mois post-partum, moment de l'introduction du menu adulte dans l'alimentation du nourrisson.

Les aliments de supplémentation liquide sont introduits très tôt, entre un et deux mois après la naissance, et varient beaucoup dans leur composition selon le niveau de revenu et le lieu de résidence des parents (ville/campagne). Ces aliments liquides ou semi-liquides peuvent être de l'eau, des jus de fruit, de la bouillie de sorgho mélangée à du lait de vache, de la farine de manioc blanche diluée dans de l'eau ou dans du lait, des bananes pré-machées par la mère et données de bouche à bouche et du lait artificiel. Autrefois, le lait de vache était l'aliment de supplémentation le plus apprécié ; il était donné à l'enfant très jeune, souvent versé du creux de la main dans la bouche ou grâce à un morceau de jeune bananier évidé ou encore par le bec d'une petite calebasse.

L'allaitement est arrêté en cas de maladie grave de la mère, et lorsque la femme est à nouveau enceinte ou croit l'être ; en effet, dans ce cas, le lait maternel est considéré comme "mauvais" et pouvant provoquer une maladie diarrhéique réputée dangereuse pour l'enfant allaité. Seules quelques mères instruites procèdent au sevrage volontaire. Selon la coutume, encore partiellement en vigueur en milieu rural, lorsque les deux parents sont sûrs que la mère est enceinte, ils procèdent à une cérémonie au cours de laquelle ils ont un rapport sexuel rituel. Le lendemain, le père prend l'enfant dans ses bras et dit « *Cesse d'être nourri au sein !* » Cette coutume montre l'importance du rôle du père, aux côtés de la famille élargie, dans les décisions concernant l'allaitement, sa durée, son arrêt et les aliments de sevrage. Cette importance est plus relative aujourd'hui, particulièrement en milieu urbain où le père se contente souvent d'intervenir lorsque les décisions ont des implications financières.

Contrairement à d'autres cultures, en Afrique des Grands Lacs, aucun tabou sexuel *post partum* de longue durée n'est associé à l'allaitement (Bonte *et al.* 1969). Après l'accouchement, la mère est isolée et les parents passent les nuits sur

des lits séparés pendant environ huit jours. Pendant cette période, le père est tenu de s'occuper du ménage et des soins aux autres enfants. Le père est interdit de rapports sexuels durant cette période. Selon la coutume, la naissance du nouveau-né est fêtée le dernier jour de la période de claustration sexuelle et celle-ci se termine lors de la chute du bout du cordon ombilical. Cette fête est toujours célébrée même dans les centres urbains, mais le critère des huit jours n'est pas nécessairement respecté. L'enfant reçoit un nom, la mère réintègre la couche conjugale et reprend les relations sexuelles. Ce rapport sexuel libère les deux parents de tous les interdits liés à la nouvelle naissance. En 1990, dans une cohorte de femmes suivies à Kigali, 60% des mères avaient repris les relations sexuelles moins de 10 jours après la naissance et 80% moins de 30 jours après la naissance.

Un concept central de la culture rwandaise est celui d'espacement des naissances : un intervalle de deux à trois ans entre les naissances est considéré comme un minimum pour la santé de la mère et de l'enfant (Munyanshongore 1984). Toutefois, cet espacement est largement assuré par des pratiques d'allaitement — non consciemment chez les mères peu scolarisées, consciemment chez les mères plus éduquées. Au Rwanda, la fécondité est encore largement "naturelle", c'est-à-dire que les couples ne font pas d'effort conscient pour limiter le nombre des naissances. Le nombre moyen de naissances par femme en fin de vie féconde est de 8,2. L'espacement des naissances est assuré largement par l'intensité et la durée de l'allaitement.

Allaitement et maladies infectieuses

La plupart des mères interrogées à la clinique connaissaient autour d'elles une ou plusieurs femmes qui n'ont pas allaité à la naissance ; les raisons en étaient un accouchement par césarienne, l'absence de lait ou un abcès au sein. Dans la tradition rwandaise, la seule circonstance où le lait maternel pouvait transmettre une maladie était lorsque la mère continuait d'allaiter alors qu'elle était à nouveau enceinte.

À la question « *Si une mère est malade, est-ce qu'elle doit allaiter son enfant ?* » les mères interrogées et nos informateurs ont majoritairement répondu que la décision de ne pas allaiter dépendait de la nature de la maladie. Les maladies spontanément citées ont été d'abord le sida, puis la tuberculose, enfin la malaria si la mère est très malade. Ici, l'état physique de la mère était la raison pour ne pas allaiter.

Seuls la tuberculose et le sida apparaissaient, pour les personnes interrogées, comme des maladies infectieuses chez des adultes, susceptibles de se transmettre par le lait et/ou les contacts étroits lors de l'allaitement. La tuberculose fait peur, les malades sont isolés, soignés en salle particulière ; c'est une maladie que l'on cache, qui suscite la honte et la réprobation et elle apparaît proche du sida aujourd'hui. Toutefois, les personnes interrogées plaçaient le sida "au-dessus" de la tuberculose et des autres maladies : il est décrit comme plus infectieux, plus dangereux, "mauvais", qui "dessèche" et qui est susceptible de se transmettre "de toutes les façons". La crainte de la transmission du sida par le lait maternel se nourrit de l'idée que les contacts étroits mère-enfant lors de l'allaitement sont eux aussi porteurs de germes nuisibles. En ce sens, l'idée que l'allaitement puisse entraîner l'infection de l'enfant nourri au sein était déjà répandue dans la culture rwandaise, parmi les couches défavorisées aussi bien qu'éduquées. Cette croyance populaire partait de l'observation suivante : seuls les enfants allaités décèdent avec des symptômes du sida, (effectivement, la mortalité des enfants infectés se déroule majoritairement alors que l'enfant est toujours au sein) ; de plus on découvre par le décès de l'enfant et seulement par là que la mère est infectée par le virus. D'où la conclusion erronée : toutes les mères infectées transmettent le virus au nouveau-né *in utero* ou par l'allaitement. On n'a jamais observé un enfant de mère atteinte par le virus qui soit allaité et non infecté. En somme, selon ces représentations, la preuve de la vraie infection de la mère réside dans le décès de l'enfant allaité.

La majorité des femmes interrogées et des informateurs pensaient que si une mère était séropositive pour le VIH et qu'elle avait la possibilité de s'offrir une alternative à l'allaitement, elle ne devait pas allaiter pour le bien de son enfant et aussi pour elle-même, pour lui permettre de se reposer. Les mères étaient unanimes à déclarer que ne pas allaiter était justifié si cela augmentait les chances de survie de l'enfant. En fait, l'opinion des répondants était que la plupart des mères qui se savent séropositives sont "obligées" d'allaiter, faute d'alternative vu

qui se savent séropositives sont “obligées” d’allaiter, faute d’alternative vu le prix du lait en poudre.

Parmi 49 mères ayant accouché à la maternité en juillet 1992 et interrogées dans le cadre de cette étude, 43 ont estimé qu’en cas d’infection par le VIH chez la mère, le nouveau-né devait être nourri exclusivement au lait artificiel, trois mères estimaient qu’il fallait allaiter l’enfant, et trois mères ne savaient pas ou pensaient alterner les deux modes.

La question de savoir si une mère pouvait prendre seule la décision de donner le biberon à son enfant a suscité l’étonnement tant il était évident pour toutes les femmes interrogées que le mari devait être consulté et donner son autorisation, non seulement à cause des implications financières mais aussi parce que traditionnellement le mari a autorité sur la nourriture de l’enfant. Ni la belle-mère, ni les autres membres de la famille ne prennent part à ce type de décision, particulièrement en ville, chez les couples scolarisés au-delà du secondaire.

Les personnes interrogées n’envisageaient pas de problème particulier par rapport aux réactions ou aux pressions de l’entourage face à une mère qui n’allaiterait pas à la naissance. La majorité d’entre elles pensaient que la mère pouvait se justifier en déclarant qu’elle était malade ou qu’elle n’avait pas de lait. Elles soulignaient qu’en ville et particulièrement chez les salariés, la sphère familiale reste privée et que ce qui se déroule entre une mère et son enfant n’est connu que du père et des enfants plus âgés. En outre, l’usage du biberon était bien intégré parmi les femmes salariées ou d’un certain niveau scolaire ; ce qui était nouveau et plus rare était de le donner à la naissance, et à l’exclusion du lait maternel, mais ce fait ne serait pas connu à l’extérieur de l’espace familial restreint et s’il l’était, il susciterait plutôt la commisération et la compassion que l’étonnement. Ceci tient vraisemblablement au fait qu’une spécificité de la société rwandaise est la séparation entre le domaine social et privé et l’importance attachée à la sphère privée, aussi bien en milieu rural qu’urbain. Contrairement à d’autres sociétés, la famille élargie au Rwanda ne vit pas dans un même logement : chaque couple restreint tend à disposer de son propre logement, toujours entouré de hautes haies ou de barrières pour se protéger des regards extérieurs.

Les modalités d'allaitement et leur évolution

Les pratiques d'allaitement au Rwanda en 1983

L'enquête nationale sur la fécondité menée au Rwanda en 1983 par l'Office National de la Population a permis d'obtenir des informations importantes sur les pratiques d'allaitement. En 1983, la durée moyenne d'allaitement au Rwanda était de 20,4 mois avec de fortes variations selon l'âge, le niveau d'instruction et le lieu urbain ou rural de résidence. À Kigali, la moyenne s'établissait à 16,7 mois, l'accroissement du niveau de scolarisation des mères entraînant un abaissement de la durée moyenne d'allaitement. Elle passait ainsi de 21,7 mois pour les mères non scolarisées, à 15,7 mois lorsque la mère avait terminé ses études secondaires.

En 1983, l'allaitement, sans nourriture solide, pendant lequel l'enfant ne reçoit que le lait de sa mère et éventuellement un supplément liquide, durait en moyenne 5,7 mois et était quasi systématique dès la naissance. Le moment du passage à l'alimentation solide variait en fonction du niveau de scolarisation ; les mères avec un niveau d'éducation secondaire l'introduisaient vers l'âge de 5 mois.

L'introduction précoce de la nourriture en complément du lait maternel n'entraîne pas nécessairement une diminution de la durée d'allaitement. En milieu rural traditionnel, où les durées d'allaitement sont les plus longues, la coutume est de supplémenter le lait maternel par des aliments liquides dès le premier ou le deuxième mois et par des aliments solides à six mois ; mais cette pratique va de pair avec un allaitement à la demande et un contact physique quasi permanent entre mère et enfant. Ce n'est pas le cas lorsque le lait artificiel donné par biberon s'ajoute au lait maternel comme le font une majorité de femmes salariées ; là, l'allaitement à la demande est affecté et avec lui le nombre de tétées et l'intervalle entre tétées, deux variables importantes pour maintenir élevé le taux de prolactine.

Les pratiques d'allaitement à Kigali

Il faut tout d'abord noter que le lait maternisé et le lait de vache en poudre étaient disponibles sur le marché à Kigali mais les ruptures de stock étaient fréquentes. Le prix oscillait entre 15 et 18 FF la boîte de 500 grammes, ce qui correspondait à une dépense mensuelle de l'ordre de 200 FF. Cette dépense n'était pas envisageable pour la majorité de la population dont le revenu mensuel était inférieur à 500 FF. Elle ne devenait accessible qu'aux couples dont les deux membres travaillaient, ce qui permet de recourir à une aide familiale pour préparer l'alimentation de l'enfant (et pose des problèmes de formation de cette aide familiale à la bonne pratique de l'allaitement artificiel).

Pratiques d'allaitement dans les familles aisées

Dans les milieux aisés, une étude conduite en 1980 (Munyanshongore 1984) auprès de femmes ayant un revenu mensuel familial supérieur à 500 FF et ayant réalisé des études supérieures montrait que la durée moyenne d'allaitement était de 14 mois. 60% d'entre elles allaitaient à la demande durant les six premiers mois de vie (90 % en milieu urbain pauvre). Le travail à l'extérieur était un des motifs d'introduction de complément alimentaire chez les salariées. Presque toutes les femmes de milieu aisé avaient à leur domicile des formes commerciales d'aliments pour bébé.

Le cas particulier des femmes salariées

Les femmes salariées, qui ont fait l'objet d'entretiens spécifiques au cours de ce travail, représentaient un groupe social où l'usage du lait artificiel et du biberon est pratiqué depuis plusieurs décennies. Dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, toutes les mères initiaient l'allaitement, sauf celles ayant subi une césarienne.

Près de la moitié des mères donnent une nouvelle grossesse comme principale raison pour l'arrêt définitif de l'allaitement, et l'autre moitié un manque de lait et/ou l'abandon par l'enfant.

Les femmes qui travaillaient dans le secteur public ou privé avaient droit à un congé de maternité de deux mois. À la fin de leur congé ou une ou deux semaines avant, toutes les mères salariées avec un niveau de scolarité au delà du primaire, initiaient l'enfant au biberon et l'utilisaient en alternance avec l'allaitement du matin, du soir et de la nuit, jusqu'à ce que l'enfant ait environ neuf à 12 mois. Avant leur départ au travail, les mères stérilisent et préparent les biberons du jour (deux ou trois) puis les laissent sous la responsabilité d'une aide ménagère qui les donne à l'enfant aux moments prévus ou lorsqu'il pleure. Éventuellement, de l'eau chaude dans un thermos servira à réchauffer le biberon. Ces aides ménagères étaient généralement des jeunes filles de la campagne de 12 à 20 ans venues chercher du travail en ville ; leur mobilité était très élevée, fonction du salaire (de 20 à 150 FF par mois) et des facilités offertes. Leur niveau d'instruction était faible et c'étaient les mères qui leur donnaient les conseils d'hygiène à respecter.

L'usage du biberon était vécu comme une nécessité liée au travail, le lait en poudre n'étant pas valorisé en soi. Les mères alternant biberon et allaitement déclaraient qu'elles préféraient donner le sein « pour avoir un beau et gros bébé », que cela prenait du temps et de l'énergie de préparer un biberon et que l'allaitement maternel était plus facile. Elles soulignaient également le coût du lait en poudre bien qu'elles appartiennent à une couche sociale au revenu mensuel supérieur à 1000 FF. Le lait en poudre n'était donc pas préféré compte tenu d'une identification au modèle occidental promu par les publicités, inexistantes au Rwanda, mais choisi par nécessité lorsque la mère travaillait à l'extérieur dans un contexte urbain.

La plupart des mères qui travaillaient habitaient un logement équipé d'électricité, plus rarement d'eau courante. L'eau se vend au bidon dans le voisinage. Même quand une famille disposait de l'électricité, celle-ci n'était pas souvent utilisée pour la cuisson des aliments ou pour la cuisine, l'usage de la cuisinière au charbon de bois étant le plus fréquent.

*Pratiques d'allaitement au sein d'un groupe de femmes
suivies à Kigali de 1988 à 1992*

215 femmes infectées par le VIH et 216 femmes non infectées ont été suivies mensuellement à Kigali de 1988 à 1991 au moins (Lepage 1993). Il faut souligner qu'en 1988 très peu de travaux avaient montré une transmission possible par l'allaitement et qu'aucun conseil spécifique n'était alors donné chez les femmes infectées par le VIH dans les pays en développement. Ces femmes, âgées de 25 ans et ayant effectué six ans d'études en moyenne, étaient pour 67 % d'entre elles des ménagères habitant à Kigali depuis plus de 10 ans en moyenne et disposant pour 40 % d'entre elles de moins de 250 FF de revenu mensuel.

Eau et jus de fruit étaient introduits tôt en complément de l'allaitement maternel dans les deux à trois premiers mois de vie. Le premier aliment de sevrage introduit était soit du lait artificiel dans la moitié des cas, soit une bouillie (sorgho essentiellement), soit des purées à base de bananes ou d'avocats. Cet aliment de sevrage était introduit en moyenne vers l'âge de quatre mois, soit quatre mois d'allaitement exclusif ou prédominant. Dans cette cohorte, les données recueillies concernaient la durée de l'allaitement. Aucune donnée n'a été collectée sur la quantité de lait donnée à l'enfant ou le nombre de tétées. Le motif le plus fréquent d'interruption de l'allaitement était la survenue d'une nouvelle grossesse. La durée moyenne d'allaitement était de 21 mois. La durée moyenne d'allaitement était plus brève chez les femmes infectées par le VIH mais restait de 18 mois en moyenne. Un peu moins de 15% des femmes, quel que soit leur statut vis-à-vis de l'infection par le VIH, allaitaient encore à 36 mois¹⁵¹.

¹⁵¹ Les femmes avaient été recrutées au moment de l'accouchement ; un test de dépistage leur était alors proposé. Près de 50 % des femmes sont venues chercher les résultats de leur test de dépistage au cours de l'étude. Sur les conditions et circonstances de la démarche pour connaître le statut sérologique, voir Raynaut et Muhongayire 1993 ; 1994.

L'allaitement maternel dans la population générale en 1992

La reconnaissance de la valeur de l'allaitement maternel pour ses propriétés nutritionnelles et anti-infectieuses et le rôle essentiel qu'il joue dans l'espacement des naissances sont acquis depuis longtemps au Rwanda. En 1992, il n'existait pas de publicité sous la forme d'échantillons gratuits de lait ou de biberons dans les établissements de soins, ni de publicité commerciale pour le lait en poudre et le biberon. La protection de l'allaitement figurait dans de nombreux documents officiels sur la politique de santé. Au niveau des consultations pré-natales, dans les maternités et cliniques, dans les consultations PMI, la promotion de l'allaitement dès la naissance et le plus longtemps possible était affirmée.

Conclusion de l'enquête : faisabilité d'un essai clinique

En conclusion, en 1992, le contexte culturel de l'allaitement au Rwanda paraissait favorable pour y réaliser un essai clinique comparant deux modes d'allaitement, maternel et artificiel, chez des femmes infectées par le VIH. L'allaitement y était de longue durée, y compris en milieu urbain. L'usage exclusif du biberon dès la naissance était extrêmement rare et ne trouvait de justification sociale que dans la maladie de la mère et/ou l'absence de lait.

Le fait d'utiliser des alternatives à l'allaitement, et en particulier du lait en poudre pour une femme qui se sait séropositive, était perçu favorablement par la grande majorité des personnes interrogées, y compris dans les milieux traditionnels. Le choix du mode d'alimentation du nourrisson devait impliquer nécessairement le mari et pas uniquement pour les aspects économiques.

Enfin, la pauvreté de la majorité des familles de Kigali, l'importance culturelle attachée à l'allaitement et le caractère privé de la sphère domestique, semblaient exclure un effet indirect de promotion ou de diffusion du lait artificiel sur l'ensemble de la population, suite à une étude comme celle qui était envisagée.

Remerciements

Nous remercions Laurent Vidal pour sa lecture attentive d'une première version de ce texte.

Références bibliographiques

Batungwanayo J, H. Taelman, R. Dhote *et al.*

1992 Pulmonary tuberculosis in Kigali, Rwanda. Impact of Human Immunodeficiency Virus infection on clinical and radiographic presentation. *Am Rev Respir Dis* 146 : 53-56.

Bonte M. et H.V. Van Balen

1969 Prolonged lactation and family spacing in Rwanda. *J Biosoc Sci* 1 : 97-100.

Bucyendore A., P. Van de Perre, E. Karita *et al.*

1993 Estimating the seroincidence of HIV-1 in the general adult population in Kigali, Rwanda. *AIDS* 7 : 275-277.

Caraël M.

1979 Allaitement, aménorrhée du post-partum et nutrition en Afrique centrale. *Population et famille* 43 : 131-153.

Dettwyler K.

1987 Breastsfeeding and weaning in Mali : cultural context and hard data. *Soc Sci Med* 8 : 633-644.

Lepage P., F. Dabis, D-G. Hitimana *et al.*

1991 Perinatal transmission of HIV-1 : lack of impact of maternal HIV infection on characteristics of livebirths and on neonatal mortality in Kigali, Rwanda. *AIDS* 5 : 295-300.

Lepage P., P. Van de Perre, F. Dabis *et al.*

1989 Evaluation and simplification of the World Health Organization clinical case definition for paediatric AIDS. *AIDS* 3 : 221-225.

Lepage P., P. Van de Perre, P. Msellati *et al.*

1993 Mother-to-child transmission and its determinants. A cohort study in Kigali, Rwanda. *Am J Epidemiol* 137 : 589-599.

Leroy V., J. Ladner, M. Nyiraziraje *et al.*

1998 Effect of HIV-1 infection on pregnancy outcome in women in Kigali, Rwanda, 1992-1994. *AIDS* 12 : 643-650.

Leroy V., P. Ntawiniga, A. Nziyumvira *et al.*

1995 HIV prevalence among pregnant women in Kigali, Rwanda. *Lancet* 346 : 1488-1489.

Leroy V., P. Van de Perre, P. Lepage *et al.*

1994 Seroincidence of HIV-1 infection in African women of reproductive age : a prospective cohort study in Kigali, Rwanda, 1988-1992. *AIDS* 8 : 893-896.

Lindan C., S. Allen, M. Caraël *et al.*

1991 Knowledge, attitudes, and perceived risk of AIDS among urban Rwandan women : relationship to HIV infection and behavior change. *AIDS* 5 : 993-1002.

Lindan C., S. Allen, A. Serufilira *et al.*

1992 Predictors of mortality among HIV-infected women in Kigali, Rwanda. *Ann Intern Med* 116 : 320-328.

Munyanshongore C.

1984 *Allaitement maternel en milieu urbain et rural au Rwanda*. Université Libre de Bruxelles. Thèse de doctorat en Santé Publique. Bruxelles.

Raynaut Cl. et F. Muhongayire

1993 « Chronique d'une mort annoncée : problèmes d'éthique et de méthode posés par l'application de la démarche anthropologique au suivi des familles touchées par le sida (à partir du cas rwandais) ». In : J.P.Doizon

milles touchées par le sida (à partir du cas rwandais) ». In : J.P.Dozon et L. Vidal (éds.), *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien* : 37-39. Centre ORSTOM Petit Bassam, Abidjan.

Raynaut Cl. et F. Muhongayire

1994 « Connaître ou ignorer, dire ou taire : les ambiguïtés de l'annonce du statut sérologique chez les femmes de Kigali (Rwanda) ». In : *Les personnes atteintes : des recherches sur leur vie quotidienne et sociale*. Paris, ANRS, Collection Sciences sociales et sida.

Rwandan HIV seroprevalence study group

1989 Nationwide community-based serological survey of HIV-1 and other human retrovirus infections in a central African country. *Lancet* i : 941-944.

Van de Perre P. , N. Clumeck, M. Caraël *et al.*

1985 Female prostitutes : a risk group for infection with Human T-Cell Lymphotropic Virus type III. *Lancet* ii : 524-527.

Van de Perre P., A. De Clercq, J. Cogniaux-Leclerc *et al.*

1988 Detection of HIV p17 antigen in lymphocytes but not epithelial cells from cervicovaginal secretions of women seropositive for HIV : implications for heterosexual transmission of the virus. *Genitourin Med* 62 : 30-33.

Van de Perre P., A. Simonon, P. Msellati *et al.*

1991 Postnatal transmission of Human Immunodeficiency Virus type-1 from mother to infant. A prospective cohort study in Kigali, Rwanda. *New Engl J Med* 325 : 593-598.

Van de Perre P., D. Rouvroy, P. Lepage *et al.*

1984 Acquired Immunodeficiency Syndrome in Rwanda. *Lancet* ii : 62-65.

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

Troisième partie. L'allaitement dans le contexte du VIH.

Chapitre XIII

Prévention de la transmission mère-enfant du VIH : expérience d'un essai clinique

*Philippe Msellati, Nicolas Meda, Rosa Ramon, Odette Ky-Zerbo,
Issiaka Sombié, Christiane Welffens-Ekra*

[Retour à la table des matières](#)

Ce chapitre décrit l'expérience acquise en matière de conseils et de pratiques concernant le mode d'alimentation du nourrisson dans la cohorte DITRAME (DIminution de la TRANsmission Mère Enfant) constituée à partir de janvier 1995. Suite à la publication d'un essai clinique sur l'efficacité d'un régime prolongé d'AZT pendant la grossesse visant à diminuer la transmission mère-enfant du VIH aux États-Unis et en France (Connor *et al.* 1994), le projet DITRAME (Essai ANRS 049) a évalué l'acceptabilité, la tolérance et l'efficacité d'un régime court d'AZT en prise orale en Afrique de l'Ouest où la pratique de l'allaitement maternel est la norme. Un essai randomisé en double aveugle contre placebo a été conduit dans des formations sanitaires publiques d'Abidjan en Côte-d'Ivoire et de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso. Les femmes enceintes infectées par le VIH-1 qui étaient âgées d'au moins 18 ans et qui avaient une grossesse évolutive comprise entre 36 et 38 semaines d'aménorrhée étaient incluses dans l'essai lorsqu'elles le souhaitaient. Les femmes et les enfants qui ont participé à cet essai ont été suivis régulièrement pendant un à trois ans. Le traitement par l'AZT a été bien accepté et bien toléré par les mères et les enfants. À six mois de

accepté et bien toléré par les mères et les enfants. À six mois de vie des enfants, l'efficacité du régime expérimenté à réduire la TME du VIH-1 était de 38 % malgré l'allaitement maternel (Dabis *et al.* 1999). À douze mois de vie des enfants, l'efficacité du régime court d'AZT est restée au même niveau (Welfens-Ekra *et al.* 1999).

Conseils et pratiques d'alimentation du nourrisson à Abidjan

À Abidjan, dans le contexte des recommandations nationales élaborées par la cellule mère-enfant du Programme National ivoirien de Lutte contre le SIDA (Groupe de réflexion sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Côte-d'Ivoire 1995), le projet DITRAME a élaboré une stratégie spécifique visant à réduire la transmission postnatale du VIH par l'allaitement et à introduire des alternatives à l'allaitement au sein. En particulier, il a été recommandé d'informer avant l'accouchement les femmes infectées par le VIH sur les risques liés à l'allaitement maternel et sur ceux liés à l'allaitement artificiel. Si la femme choisit l'allaitement maternel, l'arrêt complet de l'allaitement est recommandé autour de l'âge de six mois. Cette recommandation a été appliquée par le projet DITRAME (Msellati *et al.* 1999). Au moment où les femmes rentraient dans l'essai, elles étaient informées à propos de la transmission du VIH par l'allaitement et sur les difficultés liées à l'allaitement artificiel. Jusqu'en octobre 1998, le lait n'était pas payé par le projet de recherche, sauf cas particulier (problème de malnutrition, pathologies mammaires empêchant l'allaitement...).

Parmi les 450 femmes VIH+ suivies par le projet et informées de leur statut vis-à-vis du VIH, 5 % ont choisi l'allaitement artificiel dès la naissance. Ces femmes ont reçu des conseils nutritionnels relatifs à l'allaitement artificiel et les enfants ont été suivis très régulièrement. Lorsque le projet fournissait des substituts du lait maternel, les mères étaient invitées à venir avec leur enfant pour recevoir ces substituts. Ainsi les enfants ont été surveillés au plan de la croissance. De plus ces visites ont été l'occasion de discuter avec les mères sur leurs pratiques d'allaitement artificiel.

Les femmes qui ont choisi d'allaiter leurs enfants ont été suivies tous les trois mois et venaient quand elles le souhaitaient pour une consultation médicale. Lorsque la femme avait choisi l'allaitement maternel, le conseil vis-à-vis de la transmission par le lait n'était pas repris à tous les rendez-vous entre la naissance et l'âge de 5 à 6 mois, pour ne pas ajouter au sentiment de malaise et de culpabilité de la mère. Le conseil sur le sevrage précoce n'était repris qu'à partir du moment où l'enfant pouvait être nourri autrement. Lorsque les enfants atteignaient l'âge d'environ six mois, les conseils étaient renouvelés pour que la femme arrête l'allaitement maternel et passe à une alimentation avec des substituts du lait maternel ou avec des laitages à base de lait en poudre et des aliments adaptés à l'âge du nourrisson. Dans le cas spécifique des enfants infectés par le VIH, lorsque l'équipe avait des éléments permettant de connaître le statut vis-à-vis de l'infection avant le sevrage, le conseil pour le sevrage n'était pas du tout insistant. À partir de 6 mois, les femmes ont réalisé l'arrêt de l'allaitement maternel sans trop de difficultés. À l'âge de 12 mois, plus de 95% des enfants nés de mères séropositives suivies par le projet ont été sevrés. Dans la population générale fréquentant les mêmes structures de santé, la durée médiane d'allaitement était de 17 mois en 1997. Dans la population de l'essai, 14 enfants ont été allaités artificiellement dès la naissance. Pour les 393 autres enfants, la durée moyenne d'allaitement est de 7,6 mois (229 jours) et la médiane de 7,5 mois (226 jours). Dans un sous-groupe de 21 femmes qui ont été interrogées sur leurs pratiques, celles qui ont choisi d'allaiter artificiellement leur enfant dès la naissance ont partagé leur résultat avec leur partenaire avant de débiter ce mode d'alimentation du fait de la nécessité d'acheter du lait artificiel et donc d'impliquer leur partenaire dans cette dépense. Dans ce groupe, les partenaires informés ont soutenu leur femme dans leur démarche d'allaitement artificiel.

Conseils et pratiques d'alimentation du nourrisson à Bobo-Dioulasso

L'information concernant le risque de transmission du virus de la mère à l'enfant par le lait maternel a été donnée aux femmes enceintes pendant le conseil lié au dépistage volontaire et confidentiel du VIH. Pour les femmes infectées par

le VIH et incluses après juin 1997, le message sur le risque de transmission du virus de la mère à l'enfant par le lait maternel a été répété à la femme au moment de l'inclusion, pendant la grossesse. Au deuxième mois après l'accouchement, l'assistante sociale chargée du suivi psychosocial présentait de nouveau à la femme l'intérêt d'un sevrage précoce pour son enfant. Elle lui donnait également des conseils nutritionnels afin que le sevrage soit réussi. Puis tous les trois mois, à chaque visite planifiée par le projet, la femme recevait un conseil sur le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant par le lait maternel ; ce conseil était toujours accompagné de conseils nutritionnels. Les femmes incluses avant juillet 1997 n'ont pas toutes reçu de conseils sur le sevrage précoce, la stratégie vis-à-vis de l'allaitement n'étant pas clairement définie à l'époque. Mais quelle qu'ait été la période d'inclusion, les conseils donnés laissaient à la femme le choix du type d'allaitement, ce en fonction de sa situation économique et de son entourage.

Dans la ville de Bobo-Dioulasso, aucune des femmes suivies par le projet DITRAME n'a choisi l'allaitement artificiel dès la naissance de l'enfant. Elles ont toutes allaité leurs enfants au sein. L'âge de sevrage le plus précoce a été de 12,3 mois, le plus reculé était de 27,9 mois. La durée moyenne d'allaitement a été de 19 mois, la médiane a été de 19 mois.

Conclusions

À Abidjan il ne semble pas y avoir de difficultés majeures à réaliser un arrêt relativement précoce de l'allaitement maternel en termes d'acceptation familiale ou sociale. Par contre, l'introduction de l'allaitement artificiel dès la naissance est difficile pour des raisons économiques et de stigmatisation possible. Quel qu'ait été le mode d'alimentation du nourrisson retenu par sa mère, il s'agissait pour l'équipe de soutenir ce choix. Si cette option est retenue, il est souvent nécessaire pour la femme de partager son résultat sérologique avec son partenaire pour obtenir aide financière et soutien vis-à-vis des questions de l'extérieur.

À Bobo-Dioulasso il a été observé une cessation tardive de l'allaitement maternel. Cette pratique pourrait s'expliquer en partie par une politique nationale fortement promotrice de l'allaitement au sein, une situation socioéconomique de

la femme défavorable et par un risque social de stigmatisation très redouté. En effet, dans un contexte de pauvreté, donner du lait artificiel à son enfant ou le sevrer précocement peut aboutir à un “diagnostic communautaire” d’infection à VIH.

Cette expérience nous a permis de prendre conscience de l’importance du soutien continu que peut apporter l’équipe soignante. Ce soutien ne résoud pas toutes les difficultés, notamment liées à l’entourage familial et social, qu’une mère rencontre au moment du choix, puis tout au long des premiers mois de vie de son enfant, jusqu’à l’âge habituel du sevrage. Mais il permet de répéter une information difficile à entendre pour les femmes, de les aider à mettre en oeuvre concrètement les mesures de prévention et à faire face aux difficultés, notamment liées à la gestion de la confidentialité. À la suite de cette expérience, les programmes opérationnels de prévention qui ont été mis en place à Abidjan par l’UNICEF et le FSTI ont été conçus de manière que le conseil soit accessible en permanence, et soit réalisé conjointement par les équipes soignantes et par des femmes membres d’une association de femmes vivant avec le VIH, qui ont eu, elles-mêmes, l’expérience de l’alimentation d’un nourrisson.

Références bibliographiques

Connor E.M., R.S. Sperling, R. Gelber *et al.*

1994 Reduction of maternal-infant transmission of Human Immunodeficiency Virus type 1 with zidovudine treatment. *New Engl J Med* 331 : 1173-1180.

Dabis F., P. Msellati, N. Méda *et al.*

1999 6 month efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Côte-d’Ivoire and Burkina Faso : a double blind placebo controlled multicentre trial. *Lancet* 353 : 786-792.

DITRAME ANRS 049 Study Group

1999 15-month efficacy of maternal oral zidovudine to decrease vertical transmission of HIV-1 in breastfed African children. *Lancet* 354 : 2050-2051.

Groupe de réflexion sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Côte-d'Ivoire.

1995 Transmission verticale et postnatale du VIH : Le silence est rompu à Abidjan. *Sociétés d'Afrique & SIDA* 7 : 2-3.

Msellati P., N. Meda, C. Welffens-Ekra *et al.*

1999 Zidovudine and reduction of HIV vertical transmission in Africa. *Am J Public Health* 89 : 946-947.

Msellati P., G. Hingst, F. Kaba *et al.*

2000 *Projet Interim UNICEF 1998-1999. Phase intermédiaire entre un projet de recherche (essai ANRS 049) et un programme de Santé Publique dans le domaine de la prévention de la transmission du VIH-1. Rapport final*, Abidjan, Côte-d'Ivoire, Janvier 2000, 31 p.

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

Troisième partie. L'allaitement dans le contexte du VIH.

Chapitre XIV

Pratiques et perceptions des femmes séropositives à Abidjan et à Bobo-Dioulasso

*par Djénéba Coulibaly-Traoré, Alice Desclaux,
Odette Ky-Zerbo*

[Retour à la table des matières](#)

Comme dans le cas des autres modes de transmission du VIH, le risque de transmission par l'allaitement dépend non seulement de la façon dont le système de soin a pu s'adapter face à l'épidémie pour protéger les enfants, mais également des attitudes des mères, qui sont elles-mêmes liées à leurs perceptions de la transmission et des mesures de prévention. Mais les mères ne choisissent pas librement, ni en toute indépendance, le mode d'alimentation qu'elles adopteront pour leur enfant. Leurs pratiques, et l'écart qui existe entre ce qu'elles auraient voulu faire et ce qu'elles ont pu faire effectivement, témoignent des contraintes et des obstacles qu'elles rencontrent. Leurs choix dépendent bien souvent des avis de leur conjoint et des personnes de leur entourage, qui peuvent s'opposer aux mesures préventives. L'étude des perceptions et des pratiques effectives des femmes auxquelles des mesures de prévention ont été conseillées dans le cadre du Projet DITRAME permet de mieux comprendre les obstacles que peuvent rencontrer les femmes séropositives dans deux contextes urbains ouest-africains.

L'enquête

L'enquête a été menée auprès de 60 femmes séropositives participant au projet DITRAME à Abidjan et à Bobo-Dioulasso, ayant un enfant qui avait déjà été sevré. Ces femmes étaient âgées de plus de 18 ans et venaient régulièrement en consultation dans les centres de soin concernés, ce qui correspond aux critères d'inclusion du projet ¹⁵². La méthode et la population d'enquête sont présentées plus bas.

Dans les deux villes, toutes les femmes interrogées avaient appris leur séropositivité à l'occasion du dépistage réalisé dans le cadre du projet, au cours d'une consultation prénatale. Dans ce cas, l'équipe du projet réalise un "conseil" (au sens de "counseling"), qui envisage avec la femme le fait d'informer son partenaire de son statut sérologique et de lui proposer de faire un test de dépistage qui sera pris en charge par le projet.

Les contraintes de la confidentialité

Les modalités de proposition de l'enquête et les modalités d'enquête garantissaient la confidentialité. De plus, les femmes ne devaient pas suspecter que les enquêteurs connaissaient leur statut sérologique : l'enquêteur ne posait aucune question directe dans ce sens et ne s'exprimait clairement sur le sujet que dans le cas où la femme avait déjà, elle-même, abordé sa séropositivité. Cette contrainte méthodologique particulièrement difficile à gérer du fait de ses implications concernant le contenu des entretiens tient aux options éthiques adoptées par le projet DITRAME.

En effet, si toutes les femmes incluses dans le projet sont séropositives (l'atteinte par le VIH étant le premier critère d'inclusion du projet), les investigateurs ont choisi, à Bobo-Dioulasso, d'informer chaque femme de sa séropositivité mais de lui laisser entendre que le projet pouvait concerner des

¹⁵² Les critères d'inclusion du projet sont explicités dans le chapitre XV.

femmes séropositives et séronégatives. Cette précaution avait pour objectif d'éviter que la fréquentation des centres de soin concernés par le projet ne devienne un stigmate de la séropositivité pour les femmes, dans une "petite ville" où "tout le monde se connaît", et dans un pays où l'attitude dominante vis-à-vis des personnes atteintes par le VIH était la critique et le rejet lorsque le projet a été mis en place. À Abidjan par contre, l'anonymat étant plus facilement garanti dans des services de soin ayant une fréquentation habituelle importante, les femmes incluses savaient que le projet s'adressait exclusivement à des personnes séropositives. Ainsi, les "espaces de confidentialité", que l'on peut définir comme l'ensemble des personnes informées du statut sérologique d'une femme incluse respectant le secret, étaient différents sur les deux sites : à Bobo-Dioulasso, seuls l'assistante sociale et le médecin étaient informés du statut sérologique de la femme ; à Abidjan, c'est l'équipe du projet et l'ensemble des femmes incluses qui avaient connaissance de la séropositivité de toute femme incluse. Dans les deux sites, l'équipe conseillait aux femmes de ne pas dévoiler leur séropositivité à des personnes n'appartenant pas à leur entourage, pour éviter les réactions négatives. Les mêmes précautions ont régi la constitution d'associations : à Bobo-Dioulasso, Sya Solidarité, l'association qui rassemble les femmes et les membres de l'équipe du projet tout en étant ouverte à d'autres personnes, est une association "de soutien aux personnes vivant avec le VIH" ; à Abidjan, des femmes incluses dans le projet ont créé une association, Amépouh, qui rassemble explicitement des femmes "vivant avec le VIH".

Ces différences dans la gestion de la confidentialité à Bobo-Dioulasso et à Abidjan – réponses à l'attitude du corps social, dans ces deux villes, vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH – ont retenti sur les résultats de l'enquête : alors qu'à Abidjan, toutes les femmes enquêtées sauf une ont évoqué leur séropositivité, seulement 17 des trente femmes rencontrées à Bobo-Dioulasso en ont parlé ouvertement avec l'enquêtrice. Les analyses des perceptions et des pratiques relatives au VIH présentées ci-dessous ne concernent donc que 47 personnes ; par contre, les analyses des pratiques d'allaitement concernent l'ensemble des femmes.

Méthodologie de l'enquête

Les femmes concernées par cette étude ont toutes un enfant vivant, déjà sevré. Ces femmes ont été choisies de telle façon que soient représentées dans l'échantillon des durées d'allaitement diverses (à Abidjan, ont été rencontrées des femmes qui avaient moins de 2 mois / entre 2 et 8 mois / plus de 8 mois d'allaitement ; à Bobo-Dioulasso, moins de 18 mois / plus de 18 mois) et des milieux sociaux variés (à Abidjan, les femmes provenaient de trois services de santé ayant des recrutements différents en terme de catégorie sociale : CHU / Formations Sanitaires Yopougon / FSCom - Formation Sanitaire Communautaire -Anonkoua-Kouté). Les informations recueillies par cette enquête sont donc illustratives des situations existant à Abidjan et Bobo-Dioulasso, mais ne sont pas quantitativement représentatives de la population des femmes incluses dans le projet DITRAME.

Les femmes qui devaient être interrogées ont été sélectionnées en fonction des possibilités de les contacter et selon les critères exposés ci-dessus par l'équipe du projet DITRAME, qui leur présentait l'étude en leur expliquant ses objectifs et sa méthode, soit à la suite d'une consultation de suivi clinique, soit lors d'une visite à domicile d'une assistante sociale. Les femmes qui acceptaient le principe de l'étude étaient orientées auprès des chercheurs-enquêtrices, qui ré-expliquaient les objectifs et les modalités de l'enquête. Les femmes qui ont accepté de participer ont été rencontrées dans le centre de santé où elles sont suivies d'ordinaire à Abidjan, dans un lieu d'enquête extérieur aux services de soin à Bobo-Dioulasso, pour deux entretiens standardisés directifs, réalisés en français ou en dioula à Abidjan, en français, dioula ou moré à Bobo-Dioulasso. Les chercheurs qui ont réalisé l'enquête avaient déjà travaillé dans le cadre du projet DITRAME comme sociologue (D. Coulibaly-Traoré) et comme moniteur d'études cliniques (Odette Ky-Zerbo), ce qui assurait une articulation étroite de l'étude en sciences sociales avec le projet DITRAME et un respect des procédures garantissant la confidentialité. À Bobo-Dioulasso, une interprète a été engagée pour la réalisation des entretiens en moré ; cette interprète était l'une des femmes suivies par le projet, bien connue des autres femmes, ce qui a facilité l'instauration d'une relation de confiance entre l'équipe d'enquête et les femmes. La plupart des entretiens ont été enregistrés, puis retranscrits, après traduction lorsque nécessaire. Quelques femmes ont refusé l'enregistrement ; dans ce cas, la méthode choisie fut la prise de notes. L'enquête a été réalisée entre juillet et septembre 1998.

Ne pas savoir ou ne pas dire

Les termes employés pour qualifier la séropositivité ne sont pas exactement les mêmes à Abidjan et Bobo-Dioulasso : à Abidjan, les termes de “séropositivité” et de “VIH” ou de “virus du sida” sont employés par la quasi-totalité des femmes ; la seule inexactitude d'un point de vue médical consiste, pour quatre femmes, à se déclarer “malades du sida” alors qu'elles sont au stade de la séropositivité asymptomatique. À Bobo-Dioulasso, par contre, les propos employés par les femmes qui se déclarent infectées par le VIH, comme par celles qui ne disent pas l'être, sont moins précis, d'autant plus qu'ils sont fréquemment exprimés en moré et en dioula : « *Il y a des microbes dans le sang* », « *Le sang n'est pas bon* », « *Les microbes du sida sont dans mon organisme* », « *Ils ont dit qu'il y a des maladies, quand tu marches dessus tu peux les avoir* ¹⁵³. *Mais ils ont regardé et dit que je n'ai pas ces maladies-là* ». Les limites méthodologiques de l'interprétation du discours sur un thème aussi chargé d'enjeux que l'atteinte par le VIH ne permettent pas toujours de distinguer le fait de ne pas savoir de la volonté de taire, ou de l'euphémisation qui permet de répondre “sans dire”. Même dans une situation de communication où il existe une certaine confiance, subsistent des difficultés linguistiques, liées notamment au fait qu'il n'existe pas de traduction reconnue des notions concernant le VIH dans les langues officielles du Burkina (moré, dioula, fulfuldé), ce qui conduit les professionnels de santé à utiliser eux-mêmes des formulations telles que : « *Le sang n'est pas bon* », voire « *Le sida est dans le sang* ». D'autre part, l'éthique interdit à tout enquêteur d'amener les femmes enquêtées à dire ce qu'elle ne veulent pas dire. Il semble donc impossible d'affirmer que les imprécisions, fréquentes dans les propos des femmes, reflètent leur incompréhension. Ce flou sémantique général – certes, plus marqué à Bobo-Dioulasso qu'à Abidjan – apparaît, bien plus qu'une simple conséquence des limites méthodologiques de notre enquête, comme une caractéristique de la communication entre soignants et femmes dans le contexte

¹⁵³ Il est fait référence ici à un mode de transmission de la maladie appartenant aux perceptions populaires, qui concerne plus particulièrement les “maladies du sexe” ; le sida est perçu comme appartenant à cette catégorie de maladies, et susceptible d'être contracté par un contact direct ou indirect avec un malade.

du sida, fréquemment décrite dans les enquêtes menées auprès des professionnels de santé des services de soin d'Afrique de l'Ouest ¹⁵⁴.

Profil de la population d'enquête

60 femmes (30 à Abidjan, 30 à Bobo-Dioulasso) sont concernées par cette analyse. L'âge moyen des femmes est de 29 ans à Abidjan, 26 ans à Bobo-Dioulasso ; la plus jeune a 20 ans dans les deux villes et la plus âgée en a 42 à Abidjan, 39 à Bobo. Les femmes sont plus nombreuses à vivre seules à Abidjan, où 19 vivent en couple : 16 sont mariées coutumièrement et/ou religieusement (dont une seule légalement) et deux en concubinage ; à Bobo-Dioulasso, 24 sont mariées, dont 20 vivent avec le père de l'enfant. Six femmes de Bobo-Dioulasso vivent dans des foyers polygames ; aucune femme d'Abidjan n'est dans cette situation, mais deux ont un enfant avec un partenaire marié par ailleurs, alors que les femmes d'Abidjan sont plus nombreuses à vivre seules ou en famille (14 célibataires et fiancées vs. 4 à Bobo). Les familles étendues sont plus nombreuses à Bobo-Dioulasso, où le nombre moyen est de neuf personnes par foyer (compris entre trois et 32), alors qu'il est de cinq (compris entre deux et 11) à Abidjan. Les femmes ont en moyenne deux enfants à Bobo et à Abidjan.

Le niveau de scolarisation des femmes est plus élevé à Abidjan qu'à Bobo-Dioulasso : 26 femmes y ont été scolarisées dont 10 ont un niveau d'études secondaire et 16 ont un niveau d'études primaire ; 21 femmes savent lire et écrire ; trois ont fait l'école coranique et quatre n'ont pas été scolarisées. À Bobo-Dioulasso, 13 femmes n'ont pas été scolarisées, et seulement trois ont un niveau d'études secondaire. Ces différences reflètent des disparités nationales : le taux d'alphabétisme brut pour les adultes est de 19% au Burkina, 40% en Côte-d'Ivoire ; le taux d'alphabétisme des femmes est, en pourcentage de celui des hommes, de 30% au Burkina, 60% en Côte-d'Ivoire (UNICEF 1999).

Toutes les femmes rencontrées à Abidjan utilisent l'eau du robinet ou de la pompe pour les travaux ménagers : 29 d'entre elles ont un robinet toujours fonctionnel à domicile et quatre achètent l'eau du robinet dans une cour voisine ; aucune n'utilise l'eau de puits. À Abidjan, quels que soient le lieu d'habitation et le niveau de vie, il est possible de s'approvisionner en eau de robinet ou de pompe. À Bobo-Dioulasso, par contre, quatre femmes utilisent l'eau de puits, 21 achètent l'eau de robinet au jour le jour dans une cour

¹⁵⁴ Pour des données récentes témoignant de la difficulté des médecins à annoncer la séropositivité au Burkina Faso voir Bronsard 1999.

voisine, ou aux robinets et pompes installés dans les quartiers viabilisés. Le pourcentage de la population urbaine ayant accès à l'eau salubre est de 66 % au Burkina, 56% en Côte-d'Ivoire ; pour l'ensemble de la population, ces taux sont de 42% dans les deux pays (UNICEF 1999).

Trois femmes (deux à Abidjan, une à Bobo) ont un emploi rémunéré qui leur assure un revenu régulier. Les autres sont pour moitié des "commerçantes" ayant une activité de "petit commerce" dans le secteur informel, qui leur procure un revenu irrégulier ; pour moitié, elles s'occupent de leurs enfants et de leur "ménage" et ne disposent que de l'argent que leur donne leur conjoint. Le PNB par habitant était, en 1996, de 230 USD au Burkina Faso, et de 660 USD en Côte-d'Ivoire (UNICEF 1999).

Des pratiques d'alimentation aux perceptions

Le détail des pratiques alimentaires présenté ci-dessous a valeur de description de notre "échantillon". Ces pratiques concernent 60 femmes qui se savent infectées par le VIH à Abidjan et à Bobo-Dioullasso en 1998, dans des conditions où elles doivent elles-mêmes acheter les substituts du lait maternel et le matériel pour préparer les biberons, ainsi que les aliments de remplacement. Les pratiques sont aussi liées aux perceptions de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, qui s'articulent avec les perceptions de l'allaitement maternel.

Les pratiques alimentaires

À Abidjan, trois femmes ont adopté l'allaitement artificiel dès la naissance. Deux femmes ont pratiqué l'allaitement mixte dès la naissance et adopté l'allaitement artificiel à partir de deux mois ; cette manière de procéder leur a permis de justifier ce choix vis-à-vis du mari ou de l'entourage, par le refus du lait maternel par le nouveau-né : elles peuvent ainsi déclarer que l'enfant n'a plus voulu le sein. À Bobo-Dioullasso, toutes les femmes sauf une ont allaité au sein jusqu'au sevrage effectif ; une femme a pratiqué l'allaitement artificiel pendant 40 jours, sur prescription médicale pour cause de maladie ¹⁵⁵.

¹⁵⁵ La maladie n'a pas pu être identifiée au cours de l'entretien.

À Abidjan, le colostrum a été donné à l'enfant par toutes les femmes qui l'ont allaité dès la naissance. À Bobo-Dioulasso, le colostrum a été donné à l'enfant par toutes les femmes, à l'exception de deux femmes qui ont déclaré qu'il doit être jeté parce que « *les gens disent que ce n'est pas bon* » : elles ne font pas référence à la transmission du VIH, mais aux perceptions populaires du "premier lait".

À Abidjan, l'âge moyen d'introduction d'un autre aliment est de quatre mois. À Bobo-Dioulasso, les aliments autres que le lait maternel ont été introduits à un âge très variable : entre trois et douze mois (âge moyen : six mois) ; aucune femme n'a eu recours à l'allaitement mixte. Généralement, les femmes ont donné à leur enfant des bouillies, préparées majoritairement par elles-mêmes à partir de céréales locales (riz, maïs, mil, etc.) ; trois femmes ont utilisé des bouillies instantanées. À Abidjan, quelques femmes achètent des bouillies instantanées importées (Cérélac®, Phosphatine®, Blédilac®, etc.) dans les pharmacies ou les supermarchés. La bouillie est considérée comme un complément alimentaire lorsque le lait maternel est insuffisant ou ne suffit plus pour répondre aux besoins de l'enfant. Pour les mêmes raisons, quand le lait de la mère est abondant, l'âge d'introduction de la bouillie peut être retardé à cinq, voire six mois.

À Abidjan, les femmes ont sevré leur enfant à douze mois au plus tard ; la durée moyenne d'allaitement est, parmi les femmes qui ont allaité leur enfant, de six mois ; la durée moyenne d'allaitement pour l'enfant précédent était de 15 mois, ce qui correspond à la durée moyenne d'allaitement observée au plan national, comprise entre 15 et 18 mois (Institut National de la Statistique 1997 : 35). À Bobo-Dioulasso, aucune femme n'a sevré son enfant avant six mois : le sevrage a eu lieu entre huit et vingt-quatre mois (avec un âge moyen d'environ dix-sept mois). Cependant, la durée d'allaitement est inférieure de neuf mois à la durée de l'allaitement de l'enfant précédent.

Ainsi, à Bobo-Dioulasso, les pratiques alimentaires concernant l'enfant dont la mère savait qu'il courait un risque de contamination par le VIH sont très proches de celles qui ont été mises en oeuvre pour son aîné ; la principale différence concerne la durée d'allaitement. À Abidjan par contre, des femmes qui n'avaient jamais pratiqué l'allaitement artificiel l'ont essayé.

Les perceptions de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

La grande majorité des femmes que nous avons rencontrées à Abidjan comme à Bobo-Dioulasso savent que le VIH se transmet par le sang. Elles en déduisent que le virus peut passer de la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement, car pour elles l'enfant est fait du sang de la mère. Pour quelques femmes, la perception des mécanismes de transmission s'appuie sur l'existence d'un traumatisme, qui mettrait directement en contact le sang de la mère et le sang de l'enfant, supposés distincts. Les connaissances sont moins établies concernant la transmission par le lait, et la part respective, dans la transmission, de la grossesse, l'accouchement, et l'allaitement.

L'ordre de grandeur du risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant n'est pas perçu de manière précise. Aucune femme n'a cité de chiffre, et les réponses se partagent entre les options que nous avons proposées aux femmes – toujours, souvent, rarement, jamais. Plusieurs femmes estiment que la transmission a lieu dans tous les cas. Cette notion est ancrée dans les perceptions des échanges sanguins entre la mère et l'enfant, lorsqu'une femme déclare : « *Quand l'enfant est dans le ventre, c'est forcé qu'il prenne la maladie parce que c'est le même sang que pour sa mère* ». Des propos révèlent une conception du risque qui n'est pas quantifié, qui envisage le risque individuel plutôt qu'un taux concernant une population, et qui fait intervenir la notion de destin ou de Dieu : « *Si Dieu veut que l'enfant ait la maladie, il l'aura. L'enfant peut être très touché comme il peut ne pas l'être... S'il est très touché il meurt dès la naissance.* »

D'autres propos traduisent la perception du caractère aléatoire de la transmission : « *Quand tu donnes le sein à l'enfant tu n'es pas tranquille. Le microbe est-il en train de passer dans le lait, n'est-il pas en train de passer, tu ne sais pas* ». Mais même celles qui ont les meilleures connaissances ne sont pas en mesure de quantifier ce risque ou de donner un ordre de grandeur concernant la transmission du VIH de la mère à l'enfant et la transmission par l'allaitement.

La notion de transmission du VIH par l'allaitement est mentionnée par les femmes, mais les connaissances concernant les circonstances et les facteurs de la transmission ne sont pas parfaitement assurées. Deux types de perceptions du

rapport entre allaitement et transmission du VIH transparaissent dans les propos. Certaines femmes pensent que la transmission n'a lieu que si l'allaitement, voire si chaque tétée, dure longtemps : « *Si l'enfant dure au sein il n'y a plus de lait. Donc c'est le sang de la mère que l'enfant boit. Quand l'enfant tète, à ce moment-là tu sens ton coeur battre...* ». Ces perceptions s'articulent à la fois avec la physiologie populaire, qui accorde une place cruciale au sang, et avec les sensations physiques des femmes qui perçoivent leur tachycardie au moment où elles allaitent comme un signe de l'absorption du sang par le nouveau-né. Le seuil de durée d'allaitement qui favoriserait la transmission est perçu de manières très diverses : cela peut être neuf mois, douze mois, deux ans... selon les femmes de Bobo-Dioulasso. Ainsi, une femme déclare : « *À l'âge de six, sept, huit mois, il n'y a pas de danger. Mais à un an et plus, l'enfant tète le sang de la mère. Donc si on ne l'enlève pas du sein à ce moment-là, il peut être contaminé* ». D'autres femmes, essentiellement à Abidjan, pensent que, si le sevrage est recommandé par les médecins à six mois, ce n'est qu'à cet âge-là que l'enfant court un risque. Aussi, quelques femmes parmi celles qui ont respecté ce conseil estiment que leur enfant n'a couru aucun risque. Enfin, quelques femmes estiment qu'un traumatisme du sein ou une effraction cutanée du mamelon facilitant les échanges sanguins sont indispensables pour que le nourrisson soit contaminé par l'allaitement.

L'équipe du projet DITRAME est l'unique source d'information concernant la transmission du VIH par l'allaitement citée par les femmes de Bobo-Dioulasso ; à Abidjan, par contre, d'autres sources sont parfois mentionnées, telles que les associations ou les discussions avec les amies. Mais à Bobo-Dioulasso, l'intégration du projet dans des services de soin non spécialisés n'a pu éviter les contradictions dans les messages que rapportent des femmes, auxquelles divers professionnels de santé qu'elles ont rencontrés ont dit pour certains d'entre eux qu'il fallait allaiter l'enfant le plus tôt et le plus longtemps possible, pour d'autres qu'il fallait sevrer son enfant tôt. Aussi, certaines femmes que nous avons interrogées, "perdues" par ces discours, n'ont plus de notions précises à propos de la transmission du VIH par l'allaitement. De même, à Abidjan, près de la moitié des femmes que nous avons interrogées pensent que leur enfant était protégé par l'AZT dans les premiers mois de vie, période où les médecins n'insistaient pas sur la nécessité d'un sevrage précoce ; certaines femmes pensent que l'allaitement transmet le VIH autour de six mois de vie car c'est à ce moment-là que les

autour de six mois de vie car c'est à ce moment-là que les médecins leur ont parlé avec insistance de la prévention. L'on entrevoit ici les risques de réinterprétation de l'information reçue, basée sur plusieurs processus : la nécessité cognitive pour les mères de mettre en cohérence des éléments d'information provenant de sources diverses, les inférences logiques du point de vue des femmes mais abusives du point de vue des médecins, les mécanismes psychologiques favorisant l'évitement d'informations péjoratives.

Les perceptions de l'allaitement et du lait

Les perceptions de l'allaitement et du lait maternel déterminent les attitudes en matière de prévention. Les motifs qui amènent la mère à refuser un sevrage précoce ne sont pas tous liés à des obstacles matériels ou aux réactions de l'entourage. En premier lieu, les femmes de Bobo-Dioulasso qui auraient voulu sevrer leur enfant plus tôt qu'elle ne l'ont fait de manière effective déclarent que l'enfant n'était pas en assez bonne santé pour supporter le sevrage, ou que l'enfant avait trop peu d'appétit pour n'être nourri qu'avec des aliments de complément. Celles qui n'ont pas voulu sevrer leur dernier-né plus tôt que leurs autres enfants (majoritaires à Bobo-Dioulasso) avancent les mêmes raisons.

Les femmes que nous avons interrogées partagent les perceptions de l'allaitement déjà décrites au Burkina Faso dans un chapitre précédent, dominées par ses bienfaits enseignés dans les services de santé : psychologiques, contraceptifs, nutritionnels, pour la relation entre enfant et mère. L'allaitement est valorisé au point que plusieurs femmes de Bobo-Dioulasso déclarent simplement que l'enfant "doit" être allaité par sa mère quelles que soient les conditions, sans fournir d'explications qu'elles jugent superflues. À l'inverse, les "lairs artificiels" sont marqués par des représentations péjoratives liées à leur faible valeur présumée pour le développement de l'enfant : des femmes disent que « *il n'y a pas de risque mais on dit que si tu donnes le lait de pharmacie à ton enfant il aura la diarrhée* », « *... l'enfant qui a bu le lait de pharmacie, même s'il grandit, il restera maladi* » ; il en est de même pour le lait de vache, qui, malgré ses qualités nutritionnelles, est considéré comme moins bon pour l'enfant que le lait maternel qui est "bien plus qu'un aliment" : « *Celui qui boit le lait de vache est gros alors que celui qui tète est fort* » dit une mère. Les termes employés pour évoquer les

celui qui tête est fort » dit une mère. Les termes employés pour évoquer les raisons qu'ont les mères de poursuivre l'allaitement malgré les conseils médicaux renvoient souvent à l'affectif : « *amour* », « *pitié* », « *il faut avoir le coeur dur pour sevrer son enfant*, [même si c'est pour son bien] ». Les mères expliquent qu'un enfant chétif "fait pitié" parce qu'elles savent que le sevrer aggraverait son état. Une femme commerçante de Bobo-Dioulasso qui a sevré son enfant à 18 mois dit que : « *Si une femme qui ne travaille pas fait pareil* [c'est-à-dire si elle choisit le sevrage précoce] *cela veut dire qu'elle ne veut pas de son enfant* ». C'est dire toute la valeur accordée à l'allaitement maternel, dans les perceptions des mères et dans le regard des autres.

Même les dimensions identitaires de l'allaitement et de ses pratiques peuvent être retrouvées dans les propos des femmes que nous avons rencontrées. Selon une femme d'Abidjan, « *un garçon doit téter un an, un an et demi pour qu'il soit bien dur, parce que nos maris, ils ont tété jusqu'à deux ou trois ans, si tu les vois aujourd'hui, ils sont solides. Le Blanc, il tête jusqu'à six mois, après il est fléqué-fléqué* ¹⁵⁶. *Il tombe toujours malade... Peut-être cette sale maladie est partie de chez eux..* ». Cette femme sait que l'allaitement ne protège pas directement contre le virus car elle décrit aussi la transmission du VIH par le lait, mais elle pense que le lait maternel apporte une santé et une immunité qui procureraient un certain niveau de résistance... Les perceptions du lait maternel restent marquées par une ambivalence, qui pourrait être ainsi résumée : "le lait est bon, même s'il est contaminé" ; une ambivalence symétrique est associée au lait artificiel ; comme le décrit une femme rencontrée peu de temps après cette enquête et dans les mêmes services d'Abidjan, « *les gens disent que s'il prend le lait [artificiel], il ne respecte pas les gens, il n'est pas intelligent, mais comme je suis malade, je suis obligée de lui donner c'est pour cela que je lui donne* ». Cette ambivalence rend plus complexe encore la prise de décision du sevrage.

¹⁵⁶ *Fléqué-fléqué* : chétif, faible, malingre.

Les obstacles à la prévention

L'allaitement est un acte public, pratiqué aux yeux de tous, et tout changement dans l'alimentation du nourrisson implique, autour de la mère, l'avis de ceux qui ont l'autorité concernant l'élevage¹⁵⁷ de l'enfant et de ceux qui ont le pouvoir économique : le père de l'enfant et le chef de famille. À Bobo-Dioulasso, où beaucoup de femmes vivent dans des foyers qui rassemblent des membres de la famille élargie, l'avis des conjoints est indissociable de l'avis des « vieilles », belles-mères et femmes âgées vivant dans la cour, qui ont l'autorité en matière de maternage. L'avis de ces personnes dépendra de leur compréhension des motifs pour lesquels l'enfant n'est pas allaité de la même façon que les autres enfants de la cour.

L'avis du conjoint

L'avis du partenaire est l'obstacle à la prévention le plus fréquemment cité par les femmes. Elles disent qu'elles n'ont pas pu sevrer leur enfant aussi tôt qu'elles l'auraient voulu parce que leur mari s'y est opposé. « *S'il ne tenait qu'à moi, je l'aurais sevré à 16 mois. Son papa n'a pas été d'accord* »¹⁵⁸. À Abidjan comme à Bobo-Dioulasso, une femme seulement a informé son conjoint de sa séropositivité et du risque de transmission par l'allaitement, et lui a expliqué les indications qui lui ont été données ; son conjoint l'a soutenue, lui rappelant les consignes de sevrage précoce données par l'équipe du projet. Ces cas sont les seuls où le problème a été géré par le couple. Par contre, plusieurs femmes ont expliqué à leur conjoint qu'elles ne pouvaient allaiter l'enfant pour des raisons médicales liées à une pathologie mammaire ou à la mauvaise qualité du lait.

L'avis du partenaire concernant l'alimentation de l'enfant pourrait être différent s'il avait été informé de la transmission du VIH par l'allaitement et des

¹⁵⁷ Terme d'usage en ethnologie désignant le fait d'élever un enfant.

¹⁵⁸ Ce père n'avait pas été informé de la séropositivité de son épouse ; le sevrage effectif a eu lieu à 19 mois.

modalités de prévention. Or, beaucoup de femmes n'ont pas annoncé leur séropositivité à leur partenaire : 11 sur 29 à Abidjan, 12 sur 17 à Bobo-Dioulasso ne lui ont rien dit, le plus souvent par crainte de ses réactions, comme l'exprime cette femme d'Abidjan : « *Je n'ai rien dit à personne. Si je devais annoncer à quelqu'un, c'est à mon mari, mais j'ai peur car les maris dioula ne sont pas bons. Il risque de me chasser si je dis ça. Donc je n'ai informé personne, donc il n'y a pas de problème entre nous. De toutes façons, je sais que c'est lui qui m'a donné ça...* ». Les réactions des conjoints sont assez ambiguës, et se partagent entre le déni du résultat, l'absence de réaction, le rejet de l'épouse et l'acceptation du résultat par des conjoints qui soutiennent leur épouse par la suite. Les craintes de rejet sont fondées : à Abidjan, trois femmes racontent comment elles ont été délaissées, et comment le mari a refusé de faire face aux dépenses de santé concernant l'enfant ; dans un autre cas, une femme a été repoussée par son conjoint sur le simple fait qu'elle lui ait demandé d'utiliser des préservatifs ; dans un cas, le rejet était une réponse à l'attitude d'une femme, qui accusait son partenaire de l'avoir contaminée. À Abidjan, aucun des conjoints n'a accepté la proposition de test de dépistage faite dans le cadre du projet ; un seul conjoint avait déjà fait le test dans un autre cadre et en a parlé ouvertement avec son épouse ¹⁵⁹. Même si le nombre des conjoints qui "soutiennent" leur épouse est, dans notre enquête, identique au nombre des conjoints qui la rejettent, ce soutien est limité : le problème de la transmission mère-enfant reste à la charge de la femme. Dans notre enquête, c'est près de la moitié des femmes qui ont préféré ne rien dire au père de l'enfant et devront trouver un moyen de justifier le fait qu'elles ne nourrissent pas leur dernier-né de la même façon que les autres enfants de la cour. Peu de femmes trouvent un soutien auprès d'autres personnes : seulement neuf femmes à Abidjan et aucune à Bobo-Dioulasso ont parlé de leur séropositivité à quelqu'un d'autre que leur conjoint. Ces observations sont conformes à ce qu'avait observé J. Hassoun dans une étude sur le vécu du sida à Abidjan (1997a ; 1997b) : même si le risque d'être rejetée est peut-être "surévalué" par les femmes, la plupart d'entre elles vivent seules leur atteinte par le VIH pour éviter de la part de leur entourage non seulement le rejet, mais également la peur de la contagion.

¹⁵⁹ Cette donnée n'est pas disponible pour Bobo-Dioulasso.

Moins d'un conjoint sur dix apporte un soutien à son épouse – soutien matériel ou soutien moral – lorsqu'il a été informé de sa séropositivité : c'est donc près de neuf femmes sur dix qui vivent leur séropositivité dans la solitude, prenant seules, avec l'équipe soignante, les décisions concernant leur enfant. Le sevrage n'a été pour la mère un motif de communication de sa séropositivité à son conjoint que dans un cas ; cette femme a dévoilé son statut sérologique à cette occasion pour que son mari accepte un sevrage précoce et l'aide à faire face aux dépenses. Ainsi, s'il est admis au Burkina Faso et en Côte-d'Ivoire que les femmes acceptent le dépistage du VIH en grande partie par souci de l'intérêt de leur enfant, l'expérience des femmes que nous avons rencontrées montre qu'évoquer leur séropositivité avec leur conjoint dans le but de mettre en place une protection pour l'enfant ne garantit pas le soutien du père.

Les aspects économiques

« Chaque jour que je lui donnais à téter je me disais est-ce qu'il n'est pas contaminé ? Vraiment moi je ne voulais pas aller jusqu'à six mois, mais comme je n'avais pas les moyens... » Les aspects économiques sont le facteur déterminant du choix d'allaiter l'enfant plutôt que de lui donner des substituts du lait maternel. Comme le dit une femme d'Abidjan qui résume l'attitude de nombreuses mères : « Les médecins m'ont demandé de faire mon choix et de dire si je voulais donner le biberon. Or, si tu ne sais pas entretenir le biberon ou si tu ne peux pas acheter le lait, l'enfant sera toujours malade. Donc moi je préfère donner le sein ». À Bobo

Dioulasso, les obstacles économiques à l'alimentation aux substituts du lait maternel n'ont pas été évoqués ; mais ceci tient au fait que les perceptions sont tellement favorables à l'allaitement maternel que les femmes n'ont même pas envisagé l'utilisation des substituts.

Les aspects économiques interviennent aussi pour la décision du sevrage : le lait doit être remplacé par des aliments qui ont un coût, d'autant plus que les produits laitiers et les aliments pour nourrissons que les femmes donnent en relais de l'allaitement coûtent cher. Une femme explique ainsi qu'elle a planifié le sevrage en fonction de ces aspects : « Avec suffisamment d'argent, [on peut acheter] du yaourt et du Cérélac®, si elle prend ça elle dort bien. Comme je

yaourt et du Cérélac®, si elle prend ça elle dort bien. Comme je n'avais pas beaucoup d'argent à ce moment-là [quand elle avait six mois], j'ai attendu d'en avoir pour la sevrer. J'ai gardé 5000 F pour qu'elle ne pleure pas beaucoup et qu'elle n'ait pas à souffrir... »

Tant à Bobo-Dioulasso qu'à Abidjan, les revenus des femmes sont en moyenne de 1000 FCFA environ par jour, ce qui inclut le "prix du condiment", c'est-à-dire la part que le mari donne à son épouse pour préparer le plat familial – seul revenu de la femme lorsque celle-ci est "ménagère". Généralement, les femmes doivent assurer l'alimentation et les soins "ordinaires" des enfants sur ce revenu. Pour plus de la moitié d'entre elles, ces femmes disent qu'elles peuvent avoir recours à leur mari en cas de difficultés financières ; les autres sollicitent leur famille (frères et soeurs, parents) à condition que ces demandes ne soient pas répétées, ou les amis (dans quelques cas), mais certaines femmes ont déclaré n'avoir personne à qui s'adresser en cas de problèmes financiers. À Abidjan, de nombreuses femmes déclarent leur satisfaction de l'aide économique apportée par le projet DITRAME pour la prise en charge de la prévention et des soins qu'elles n'auraient pas pu payer elles-mêmes. Une femme déclare même que : « *le projet ne s'est pas créé par hasard, il a été guidé par Dieu pour nous aider à supporter financièrement la maladie* »¹⁶⁰. C'est dire l'importance que revêt l'accessibilité économique des mesures de prévention, et la mise en oeuvre de programmes sanitaires qui prennent en compte cette dimension, le coût de ces mesures n'étant pas pris en charge par la famille élargie ou par des "réseaux de solidarité", qui ne sont pas intervenus pour les femmes auprès desquelles nous avons enquêté.

La pression sociale

La "pression sociale" s'exerce sur les femmes essentiellement sur deux plans : en imposant la pratique de l'allaitement maternel prolongé, et en culpabilisant les femmes qui n'ont pas respecté cet usage, surtout si leur enfant est tombé malade : « *Tant que l'enfant est bien portant il n'y a pas de problème. Si l'enfant est malade, tout le monde va en parler* » dit une femme de Bobo-Dioulasso. Qu'une

¹⁶⁰ Concernant les perceptions du dépistage et du projet par les femmes, voir Coulibaly *et al.* 1997 ; 1998.

femme n'allait pas son enfant et choisisse le "lait artificiel" sera interprété par l'entourage comme une forme de gaspillage et de désintérêt envers l'enfant. Au-delà, les relations sociales entre la mère, son conjoint et l'entourage, sont mises en jeu : le choix de la mère peut être perçu comme une marque d'égoïsme et de repli vis-à-vis des obligations familiales : « *S'il y a des frères et soeurs qui ne comprennent pas, ils vont se fâcher contre toi, [dire] que tu veux te prendre pour une grande dame, donc tu veux faire comme ça alors que tu ne donnes de l'argent à personne, donc que tu ne t'occupes que de ton enfant et de ton mari seulement...* » ; il peut aussi être perçu comme le signe que la mère veut cacher des informations à la famille de son conjoint : « *Eux en tout cas vont penser que c'est parce que tu es enceinte ou bien que c'est parce que tu trompes ton mari* »¹⁶¹. La "pression sociale" est telle que l'équilibre des relations avec l'ensemble de la famille peut ainsi être remis en cause par un choix d'alimentation de l'enfant qui singularise sa mère. Si son conjoint la soutient, ces critiques peuvent être ignorées ; dans le cas inverse, c'est le père que l'entourage et la famille approuveront, car « *l'entourage se désolidarise de la femme en cas de difficultés avec le mari parce qu'elle lui a désobéi* » précise une femme de Bobo-Dioulasso.

La justification du choix des alternatives à l'allaitement maternel dans une société où il est considéré comme la norme et chargé de sens multiples à la fois par les femmes âgées, par les pères, et par les services de soin, semble difficile. La femme qui décide de ne pas respecter cette règle est ramenée à l'ordre soit par le personnel de santé, soit par son entourage. Des femmes arrivent à faire face à ces interrogations et critiques, mais ce n'est pas toujours facile pour elles, d'autant plus que ces échanges peuvent aboutir à une rupture de la confidentialité. Une femme d'Abidjan raconte : « *Quand j'ai sevré mon bébé, les femmes de la cour ou j'habite me critiquaient et une est même venue me faire savoir ça, j'ai failli me*

¹⁶¹ Ceci fait référence au *sere*, terme dioula désignant une entité nosologique prévalente dans les représentations des populations de Bobo-Dioulasso quelle que soit leur origine ethnique. Selon les conceptions populaires, ce syndrome, qui se traduit principalement par un amaigrissement et une diarrhée, atteint les enfants qui ont tété un lait rendu toxique par le fait que leur mère a repris les relations sexuelles ou est de nouveau enceinte avant d'avoir sevré son enfant (Desclaux 2000). Dans cette situation, des mères interrompent l'allaitement à titre préventif.

battre avec elle, parce que moi j'ai sevré mon enfant, ça me fait mal, et elle veut me moraliser ¹⁶²... ». Dévoiler son statut sérologique pourrait faire cesser les remarques, mais ce serait s'exposer à un autre risque social...

Les stratégies des femmes

Pour préserver la santé de leur enfant, les femmes doivent mettre en oeuvre de véritables stratégies qui leur permettent de déjouer la pression de l'entourage et de s'assurer un soutien économique, tout en protégeant la santé de l'enfant. Lorsque la mesure préventive choisie par la mère est le sevrage précoce, celle-ci décide du moment du sevrage de manière à ce qu'il ait lieu lorsque l'enfant est particulièrement bien portant et suffisamment "gros" pour supporter un amaigrissement transitoire. Il leur faut alors trouver le moyen de transgresser les usages en matière de durée d'allaitement.

Médicaliser le choix d'alimentation

Les femmes les plus réceptives aux conseils de l'équipe du projet DITRAME, qui ont décidé de réduire la durée d'allaitement de leur enfant, ont, dans plusieurs cas, donné à leur entourage des raisons médicales pour justifier leur pratique. Mais il semble que l'évocation d'une incapacité, affirmant par exemple : « *C'est le médecin qui m'a dit que mon lait n'était pas bon* », ou « *J'ai une maladie qui ne me permet pas de donner le sein à l'enfant* »... ne suffise pas toujours à légitimer leur choix. Quelques-unes d'entre elles ont eu besoin de l'appui de l'équipe du projet, qui a fourni des ordonnances ou des certificats médicaux pour justifier le sevrage. Dans ce cas, l'autorité des médecins, incontestée, permet d'éviter les questions. Cette stratégie est cependant difficile à manier, car une femme qui n'allaiterait pas pour des raisons médicales non explicitées risque de faire l'objet de questions à propos de la maladie qui la touche.

¹⁶² Faire la morale.

D'autres femmes profitent de la survenue de symptômes mammaires parfois bénins, qui ne les empêcheraient pas d'allaiter en situation normale. « *J'ai eu mal au sein droit, donc j'avais tellement mal que ça m'a arrangée en même temps parce que l'enfant ne pouvait plus téter ce sein, donc c'était un argument pour moi auprès de mes voisines. Donc quand l'enfant pleurait et qu'on me disait de lui donner le sein je leur disais que j'ai mal au sein et je leur montrais en même temps...* ». Cette femme peut ainsi laisser penser que le "choix" du mode d'allaitement de son enfant ne lui appartient pas et qu'elle n'a fait qu'exécuter une recommandation médicale, ce qui lui permet de se disculper.

Jouer de son indépendance

Dans un espace social où le soin des enfants est soumis au contrôle des grand-mères et à l'autorisation des pères, pouvoir choisir "à contre-courant" des usages et des conseils de tous est, pour la mère, une question d'autonomie, tant décisionnelle que matérielle. De manière générale, les femmes rencontrées à Bobo-Dioulasso ont moins de latitude pour la décision que les femmes d'Abidjan, étant plus dépendantes de leurs conjoints, matériellement et socialement.

L'indépendance des femmes influe à un autre niveau sur leur capacité à adopter une alternative à l'allaitement au sein : lorsqu'elles travaillent et ne peuvent amener leur bébé sur leur lieu de travail, l'usage du biberon (ou d'une tasse) est matériellement justifié et socialement accepté. À Abidjan, une femme qui opte pour l'allaitement artificiel ou le sevrage précoce s'entend fréquemment poser la question suivante : « *Qu'est-ce que tu fais comme travail pour que tu refuses de donner à téter à l'enfant ?* ». Aussi, des femmes que nous avons interrogées disent que si elles avaient des activités qui expliquent leur absence de la maison, leur choix du biberon serait justifié vis-à-vis de leur entourage.

Mais les possibilités d'accroître son autonomie vis-à-vis de l'entourage sont limitées. Certaines femmes ont utilisé des stratégies pour sevrer leur enfant à un moment où elles pouvaient être seules à décider, par exemple pendant un voyage, profitant d'une autonomie temporaire qui leur permettait en suite de mettre leur entourage devant le fait accompli.

L'indépendance des femmes, dans le couple et dans la famille étendue, est une question sensible, à Abidjan comme à Bobo-Dioulasso. La décision de la femme concernant le sevrage de l'enfant peut devenir un enjeu dans les relations entre conjoints, et peut être perçue par le mari comme un acte d'affirmation d'une indépendance qui menace le couple : « *Mon mari dit que c'est pour me promener* ¹⁶³ *que j'ai sevré l'enfant.* » « *Il dit que moi je veux sevrer l'enfant pour faire jeunesse, alors que lui il s'en fout [de l'enfant]* ».

Pour éviter l'affirmation d'une indépendance qui pourrait conduire à une confrontation directe et la mise en jeu des rapports d'autorité, les femmes usent de quelques stratégies telles que ce que l'on peut qualifier de "délégation du choix d'alimentation" à leur enfant. En effet, les deux femmes d'Abidjan qui ont pratiqué l'allaitement mixte dès la naissance et sont passées à l'allaitement artificiel deux mois plus tard, ont invoqué le refus du lait maternel par le nourrisson. Elles présentaient ainsi comme incontournable une décision qui aurait pu être mal acceptée par le conjoint si elle était apparue comme un choix individuel.

Résister à la culpabilisation

« *Son papa n'a rien dit au début. Mais présentement il [l'enfant] est malade, donc il dit que c'est moi qui l'ai rendu malade parce qu'un enfant comme ça devrait téter. Je lui ai dit qu'au début il n'avait rien dit* ¹⁶⁴, *donc c'est comme ça que j'ai fait. Il a dit qu'il ne m'avait pas dit d'aller le sevrer* ». Les femmes qui choisissent les alternatives à l'allaitement prolongé racontent de nombreuses situations dans lesquelles elles ont été publiquement critiquées. Les critiques sont d'autant plus virulentes que l'enfant est tombé malade : dans ce cas, sa maladie est mise par l'entourage sur le compte du sevrage décidé par sa mère. Les mères sont d'autant plus sensibles à ces critiques qu'elles ne sont pas sûres de faire le meilleur choix pour la santé de leur enfant. De plus, l'absence de perception précise du taux de transmission, et donc de la probabilité associée au risque individuel, amène les mères dont l'enfant a été contaminé à penser qu'il ne

¹⁶³ "Se promener" a des connotations relativement péjoratives, évoquant la recherche de relations passagères avec des personnes de l'autre sexe.

¹⁶⁴ Au sens de "Il avait approuvé".

l'aurait pas été si elles l'avaient sevré plus tôt : « *Si j'avais pu sevrer mon bébé tôt, ou lui donner le biberon, je ne me serais pas tellement culpabilisée, mais actuellement je me sens coupable parce que je n'ai pas respecté ce qu'on m'a dit* ». Plusieurs pères font preuve d'un désaccord avec la décision de la mère, qui ne s'exprime que dans le cas où l'enfant supporte mal le sevrage, *a posteriori* : « *Son père n'a rien dit devant moi. Mais des fois, il va chez mon grand frère pour lui dire que c'est moi-même qui ai sevré l'enfant tôt, et que si l'enfant tombe malade, il n'a rien à voir là-dedans.* » (cet enfant d'Abidjan a été sevré à six mois). Le silence est la stratégie de résistance la plus répandue ; il est cependant difficile à vivre.

Typologie des choix

Les histoires de cas qui suivent montrent l'enchevêtrement des facteurs qui ont conduit à tel ou tel mode d'alimentation du nourrisson. Dans certains cas, le poids des contraintes économiques et de l'environnement social est tel que les modalités d'alimentation se différencient peu de celles adoptées pour l'enfant précédent ; dans d'autres cas, la mère a dû mettre en place toute une stratégie pour résister aux contraintes. Mais dans une situation comme dans l'autre, ni le niveau des connaissances ou le niveau général d'instruction de la mère, ni la disponibilité d'eau potable dans son foyer n'apparaissent comme le déterminant principal des choix.

L'alimentation artificielle

Awa, 35 ans, vivant à Abidjan, qui n'a pas été scolarisée, a déjà trois enfants lorsqu'elle apprend sa séropositivité en consultation prénatale. Elle vit seule avec ses enfants, et possède un petit commerce qui lui permet de payer son loyer et ses dépenses quotidiennes. Quand elle a appris qu'elle était infectée par le VIH, elle a informé sa mère après l'accouchement. Mais sa mère ne lui a apporté aucun soutien ; au contraire elle est venue chercher la petite soeur d'Awa qui l'aidait pour ses travaux ménagers et pour tenir son commerce. La mère d'Awa a cessé de venir la voir, et divulgué son état aux frères et soeurs d'Awa, qui pense que tout le

village est maintenant au courant de son statut sérologique. Bien qu'elle ait allaité ses autres enfants, Awa a choisi l'allaitement artificiel pour le dernier. Au père de l'enfant, marié et ayant d'autres enfants par ailleurs, qui n'était pas informé du statut d'Awa, Awa a dit qu'elle avait des problèmes de sein et que son lait n'était pas bon. C'est donc le père qui a payé le lait artificiel jusqu'à ce que l'enfant ait un an et demi. Awa a commencé la diversification vers trois ou quatre mois, et l'enfant s'est bien développé. Awa connaissait bien les différents types de lait, et elle a appris à préparer les biberons à l'hôpital ; c'est elle qui s'occupait seule des biberons. Lorsque l'enfant a eu un an et demi, Awa a expliqué au père de l'enfant que c'était à cause du VIH qu'elle et l'enfant étaient suivis médicalement : « *Sincèrement, au début je ne lui avais rien dit. Mais en tant que chrétienne cela me gênait...* ». Le père a changé d'attitude, et cessé de donner de l'argent à Awa. Elle a dû recourir à la justice, qui a condamné le père à payer 15 000 FCFA par mois pour la nourriture de l'enfant ; mais le père refuse désormais de payer les ordonnances, même celles qu'Awa n'a pas pu payer, et de venir voir l'enfant, même lorsqu'il est malade.

Les femmes qui ont pu acheter les substituts du lait maternel disposent de moyens économiques, mais ceux-ci ne reflètent pas toujours l'appartenance à une catégorie sociale aisée : Awa a dû "se débrouiller" pour que le père de l'enfant paie le lait artificiel. Elle a pour cela joué sur la médicalisation de l'indication alimentaire, et elle a retardé l'annonce du diagnostic au père de l'enfant, malgré le dilemme éthique que cela représentait pour elle ; sa première expérience d'annonce lui avait sans doute appris à anticiper les risques de rejet.

L'allaitement mixte

Léa a 24 ans et vit à Abidjan ; elle est mariée et c'est pendant sa troisième grossesse que sa séroposivité est dépistée. Bien qu'ayant une formation de secrétaire de direction, elle est commerçante de légumes et fait un bénéfice de 1000 FCFA par jour, qui constitue son revenu personnel. Elle a annoncé sa séroposivité à son mari qui l'a acceptée, sans pour autant évoquer son propre statut sérologique. Léa ne s'était pas occupée de son premier enfant, élevé par sa propre mère, mais elle avait allaité le second pendant 15 mois. D'un commun accord avec son mari, Léa avait prévu de nourrir son troisième enfant au lait

mari, Léa avait prévu de nourrir son troisième enfant au lait artificiel dès la naissance. Ils avaient pris des dispositions pour pratiquer l'allaitement artificiel, acheté le lait et les accessoires de biberon. Mais sous la pression de sa mère, qui n'était pas informée de son statut sérologique, elle a dû pratiquer l'allaitement mixte jusqu'à ce que son enfant ait deux mois. Léa raconte : « *Moi je lui ai donné le sein [parce que] d'abord, quand on accouche, il faut te dire qu'il y a tout le monde. Tu as ta maman, tu as d'autres personnes. [Or], c'est pas tout le monde qui sait que je suis comme ça, sauf mon mari. Donc si je ne donne pas le sein, ils vont dire "Mais pourquoi tu ne donnes pas le sein à l'enfant ?". Pour que ça ne devienne pas autre chose [pour éviter des discussions], j'ai commencé à donner le sein. Comme je savais que mon enfant n'allait pas prendre beaucoup le sein, donc c'est le même jour que je lui ai donné le biberon et quelque temps après je l'ai sevré en clando* ¹⁶⁵ ... ». Elle a profité d'un voyage à l'extérieur de sa mère, qui vivait avec le couple, pour passer au lait artificiel. Ce choix n'a pas posé trop de problèmes parce que son mari et elle étaient d'accord pour partager les frais ; il lui a cependant fallu faire des choix et des sacrifices, notamment en réduisant ses dépenses d'habillement. Pour éviter les critiques de l'entourage, Léa s'est souvent cachée pour donner le biberon à son enfant ; elle était aidée par son mari. Elle a commencé la diversification à quatre mois et l'enfant s'est bien développé.

Léa n'a pas choisi l'allaitement mixte : c'est pour elle un pis-aller tant que l'influence de sa mère l'empêche de sevrer l'enfant. Cela semble d'ailleurs être le cas pour toutes les femmes qui ont choisi ce mode d'alimentation pour leur enfant : l'allaitement au sein est maintenu pour "donner le change". Contrairement à Awa, Léa fait partie des rares femmes qui ont pu s'appuyer sur leur partenaire ; celui-ci l'aide à éviter les critiques et l'affrontement avec sa mère, qui aurait pu la conduire à devoir révéler sa séropositivité pour se justifier.

Le sevrage précoce

Léontine a 38 ans et vit à Bobo-Dioulasso. Elle est mariée, elle a eu cinq enfants. Elle a dit à son mari qu'elle était malade sans préciser la nature de sa

¹⁶⁵ Clandestinement, en cachette.

maladie. Des conseils donnés par les médecins pendant la grossesse, Léontine a retenu qu'elle devait sevrer l'enfant tôt : « à sept mois si j'avais de l'argent, ou bien encore plus tôt. » Léontine a commencé à donner de la bouillie de maïs et de Cérélac® à son enfant quand il a eu quatre mois. Elle a finalement sevré l'enfant à neuf mois : « On m'a dit de sevrer l'enfant à sept mois, mais moi je n'ai pas pu parce que pour moi, elle était trop petite... À sept mois elle refusait la bouillie mais à neuf mois elle avait commencé à manger un peu plus... ». Léontine considère que le sevrage précoce lui pose un problème économique : « Si j'avais eu les moyens je l'aurais fait à sept mois. Mais mon mari ne travaille pas depuis près de neuf ans, il se débrouille, donc ce n'est pas facile de sevrer l'enfant plus tôt. Je pense que si on me donnait le lait et les biberons, je pourrais le sevrer et lui donner le biberon ou ne pas lui donner le sein du tout, mais le sevrer comme ça, c'est pas facile du tout parce que je ne savais pas ce que j'allais lui donner pour qu'il ait la force ». C'est aussi un problème vis-à-vis de l'entourage : « Franchement j'avais peur de sevrer l'enfant à cause des gens de la cour où on habite. Actuellement, personne ne sait que je l'ai sevré et chaque fois qu'il pleure, les gens me demandent pourquoi je ne lui donne pas à téter. Je suis obligée de mentir en disant qu'il vient de téter dans la maison. Être dans une cour commune c'est pas facile, car les autres s'occupent de tout ; ils demandent même ce que tu prépares et ce que tu manges. Donc pour nous, les pauvres, ce n'est pas facile de sevrer l'enfant. Moi-même j'ai pu faire ça à neuf mois mais je sais qu'il y en a qui ne peuvent pas, car à force de mentir tous les jours, un jour on peut te surprendre. »

L'exemple de Léontine montre que même le sevrage précoce, qui apparaît pourtant aux professionnels de santé comme une mesure simple, faisable et accessible, ne va pas de soi, notamment parce qu'il est soumis à l'attitude du père de l'enfant et de l'entourage. Le sevrage dépend aussi, et en premier lieu, de la perception que la mère a de l'état de santé de son enfant ; il ne s'agit pas là d'une perception abstraite d'un risque grave mais anticipé (ce qui est le cas de la transmission du VIH), mais de l'expérience sensible du développement pondéral et de l'appétit de l'enfant, que la mère observe tous les jours. Dans ce domaine qui relève habituellement des soins et du maternage, en grande partie dans la famille, la mère utilise le savoir et les recours aux soins "ordinaires", qui fondent la compétence des mères dans le secteur populaire. Ainsi, une femme d'Abidjan a repris l'allaitement deux semaines après le sevrage, parce que son enfant était

l'allaitement deux semaines après le sevrage, parce que son enfant était tombé gravement malade et refusait de manger ; pour réussir son second sevrage, la femme s'est adressée à une guérisseuse qui lui a recommandé de purger l'enfant avec un remède traditionnel ; l'enfant a été définitivement sevré un mois plus tard, lorsqu'il avait retrouvé son appétit. Les récits des femmes qui ont pratiqué le sevrage précoce montrent que le moment et les modalités du sevrage sont choisis en fonction de ces multiples paramètres, soumis au savoir populaire des mères.

L'allaitement inchangé

Fanta est âgée de 39 ans et vit à Bobo-Dioulasso. Elle est commerçante et déclare un revenu d'environ 5000 FCFA par jour. D'origine samo, elle est mariée religieusement à son mari, dont elle est la seule épouse. C'est au cours de sa neuvième grossesse qu'elle apprend sa séropositivité, alors qu'elle a déjà six enfants vivants. Elle a été scolarisée à l'école coranique, et lit et écrit l'arabe mais ne lit pas le français. Son mari est mécanicien et vit avec elle et leurs enfants. Quand Fanta a appris sa séropositivité, elle en a informé son mari, qui est resté indifférent. Fanta raconte que pendant sa grossesse, on lui a dit de tout faire pour sevrer son enfant tôt, et que ces recommandations lui ont été renouvelées après l'accouchement, mais elle a refusé. Elle donne peu d'explications sur son refus, mais elle dit que si elle en avait parlé à son mari, il aurait refusé. D'autre part, les connaissances de Fanta concernant la transmission du VIH par l'allaitement semblent peu précises ; elle n'a pas de notion de l'ordre de grandeur du risque. Elle a introduit les premiers aliments de complément quand l'enfant avait six mois, mais elle déclare qu'elle aurait davantage attendu si on ne lui avait pas recommandé le sevrage précoce. Elle a sevré son enfant de façon fortuite quand il a eu deux ans, à l'occasion d'une séparation prolongée, lorsqu'elle a dû assister une personne de son entourage à l'hôpital. L'enfant précédent avait également été sevré à l'âge de deux ans.

Qu'il s'agisse d'un refus clairement énoncé, d'un acquiescement à la recommandation du médecin non suivie d'effet, ou d'une divergence entre ce que la mère dit et ce qu'elle fait (notamment lorsque, plusieurs mois après la date du sevrage qu'elle a donnée aux médecins, la mère continue à allaiter son enfant),

plusieurs femmes ont poursuivi l'allaitement aussi longtemps que pour leurs enfants précédents. Dans le cas de Fanta, les perceptions de "ce qui est bon pour l'enfant" marquées par la méfiance envers les alternatives à l'allaitement prolongé, l'attitude du mari, la crainte des réactions de l'entourage, se combinent pour s'opposer à l'adoption de mesures de prévention, alors que ses revenus auraient peut-être pu lui permettre de contourner l'obstacle économique. Pour les autres femmes, cet obstacle s'ajoute aux autres motifs qui les conduisent à maintenir l'allaitement.

Conclusion

L'adoption d'une mesure de prévention de la transmission par l'allaitement a posé des problèmes à la quasi-totalité des femmes que nous avons rencontrées. Aussi, la notion de "choix" d'un mode d'alimentation du nourrisson, utilisée dans les recommandations d'Onusida, paraît inappropriée : les décisions sont prises dans une situation de contraintes multiples. En atteste le fait que la plupart des femmes déclarent qu'elles auraient choisi l'alimentation artificielle si elles en avaient eu la possibilité.

Il n'est pas vraiment possible de hiérarchiser les obstacles à la prévention, et la décision en matière d'alimentation du nourrisson apparaît multifactorielle et complexe. Les récits de ces femmes montrent que le premier obstacle à la prévention est économique. Mais lever l'obstacle économique en fournissant le lait aux femmes ne suffira pas à résoudre leurs problèmes. Sous le terme "d'obstacle économique", il faut comprendre également le fait que nourrir son enfant au lait artificiel est devenu pour la population un signe extérieur de richesse, voire une signe de gaspillage de la part de la mère. L'obstacle économique tient à la fois à l'impuissance matérielle de chaque mère et aux représentations sociales des dépenses légitimes ou illégitimes associées au ~~maternage~~.

Les femmes ont plus souvent opté pour des mesures préventives à Abidjan qu'à Bobo-Dioulasso ; les disparités en termes de niveau économique, de niveau d'instruction, l'organisation sociale en faveur d'une plus grande autonomie des femmes d'Abidjan, laissent prévoir ces différences, mais elles ne les expliquent

pas totalement. De même, le niveau des connaissances des femmes en matière de transmission du VIH, leurs perceptions et leurs attitudes, ne justifient pas ces disparités. La complexité de la prévention tient en grande partie au fait que les obstacles relèvent non seulement des connaissances et attitudes des femmes, mais aussi des représentations et attitudes des autres : conjoint, mère et belle-mère, entourage. Les femmes doivent anticiper les réactions de ces “autres” face à leur séropositivité et au fait qu’elles ne pratiquent pas un allaitement “normal”. Au-delà des “autres” proches, c’est l’attitude et les représentations de l’ensemble du corps social vis-à-vis des personnes atteintes par le VIH qui est en cause. Les représentations sociales concernant l’allaitement sont aussi en cause ; dans ces deux domaines, il n’est pas possible de mesurer précisément des différences entre Abidjan et Bobo-Dioulasso à moins de mener de vastes enquêtes en population générale.

La plupart des femmes que nous avons rencontrées vivent leur séropositivité dans la solitude ; les seuls “espaces de confidentialité” où leur statut sérologique ne risque pas d’être brutalement dévoilé sans leur accord semblent être pour elles composés par l’équipe du projet DITRAME (selon des modalités différentes à Bobo-Dioulasso et à Abidjan) et les associations Sya Solidarité ¹⁶⁶ et Amépouh. Les attitudes et pratiques des professionnels de santé ont donc une importance extrême tant pour informer et “motiver” les femmes pour la prévention, que pour les soutenir dans cette prise de risque social qu’est le fait de ne pas allaiter son enfant (ou ne pas le nourrir comme les autres). Notre enquête ne portait pas sur les pratiques de conseil, qu’il aurait été difficile de préciser avec un à deux ans de recul, d’autant plus que les modalités du conseil ont évolué au cours du projet. Elle n’a donc pas pu faire la part respective du poids, dans les décisions des femmes, de l’“environnement social” et des relations avec le système de soin – incluant les attitudes des soignants, la cohérence des informations qu’ils apportent alors que plusieurs professionnels de santé interviennent auprès des femmes, les modalités du “conseil” en matière d’allaitement et l’organisation de la gestion de la confidentialité autour de chaque femme.

¹⁶⁶ Cette association a cessé ses activités en 1999. Depuis, les femmes s’adressent à une autre association de soutien aux personnes vivant avec le VIH, REVS +.

En termes d'application, l'enquête auprès des femmes montre que leurs caractéristiques individuelles (sociales, économiques, composition du foyer, niveau des connaissances) ne permettent pas de préjuger des mesures de prévention qu'elles pourront adopter pour leur enfant. L'enquête montre également qu'il est extrêmement difficile d'apporter une information suffisamment précise pour qu'elle soit comprise et acceptée, tout en évitant la culpabilisation des femmes. Une telle démarche suppose de "revenir" plusieurs fois sur l'information délivrée, d'établir un dialogue avec les femmes pour qu'elles puissent s'approprier cette information sans que cela ait pour elle un coût psychique (en terme de regret, culpabilisation, angoisse, etc.) trop important. Pour cela, il peut être nécessaire d'élargir l'espace de confidentialité de manière suffisante pour que les échanges puissent se multiplier avec des professionnels de santé ayant un savoir à leur proposer ou entre mères confrontées aux mêmes problèmes et ayant acquis une expérience. Outre les aspects techniques et sanitaires de préparation des aliments de substitution et de complément, les femmes auront à faire tout un travail relationnel avec leur conjoint et leur entourage pour faire accepter les mesures préventives. Aussi, la sélection d'une stratégie de prévention adaptée à chaque cas exige un véritable travail de "conseil" en allaitement, et le maintien des mesures de prévention pourrait nécessiter un "soutien" qui prolonge le conseil, similaire au soutien réalisé par les "clubs post-test" en matière de dépistage VIH. Ces deux aspects mettent en lumière l'importance, en matière de prévention, du rôle des équipes soignantes et des associations, qui représentent souvent le seul appui et les seuls espaces de confidentialité pour les femmes.

Références bibliographiques

Bronsard G.

1999 *Les polythérapies antirétrovirales au Burkina Faso en 1998.*
Ouagadougou, IRD. Cyclostylé.

Coulibaly D. *et al.*

1998 Attitudes et comportements des femmes face au dépistage VIH/sida à Abidjan. *Cahiers Santé* 8 : 234-238.

Coulibaly-Traoré D., P. Msellati, A. Desgrées du Loû *et al.*

1997 *Le vécu des femmes d'un essai thérapeutique visant à réduire la transmission mère-enfant du VIH-1 à Abidjan, Côte-d'Ivoire, en 1997 (essai ANRS 049)*, Communication à la Conférence Internationale sur le Sida et les MST à Abidjan, 7-12 décembre 1997.

Desclaux A.

2000 *L'épidémie invisible. Anthropologie d'un système de santé à l'épreuve du sida chez l'enfant à Bobo Dioulasso, Burkina Faso*. Lille, Presses du Septentrion.

Hassoun J.

1997a La solidarité familiale face au sida : résultats d'une enquête réalisée à Abidjan (Côte-d'Ivoire) auprès de femmes malades du sida. *Autrepart* (2) : 105-122.

1997b *Femmes d'Abidjan face au sida*. Paris, Karthala.

Institut National de la Statistique

1997 *Enquête à indicateurs multiples. Résumé du rapport final*. Abidjan.

UNICEF

1999 *La situation des enfants dans le monde. 1999*. New York, Genève.

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

Troisième partie. L'allaitement dans le contexte du VIH.

Chapitre XV

Procréation et allaitement: quels choix pour une femme séropositive à Abidjan ?

par Annabel Desgrées du Loû

[Retour à la table des matières](#)

Une femme vivant dans les pays en développement qui apprend qu'elle est séropositive pour le VIH et qui a un jeune enfant devrait recevoir actuellement, d'après les directives de l'OMS, des conseils de trois types (lorsqu'elle a accès au conseil) (Dabis et Msellati 1998) : d'une part on lui recommande de ne pas allaiter son enfant au sein, ou tout au moins de le sevrer le plus tôt possible, pour réduire le risque de transmission du virus par le lait maternel. D'autre part on lui conseille d'éviter des grossesses futures, pour ne pas risquer d'avoir un enfant infecté par le VIH, ou des enfants qui seront à court ou moyen terme orphelins. Enfin elle doit protéger ses relations sexuelles pour éviter de contaminer son partenaire ou de se réinfecter elle-même si son partenaire est aussi séropositif.

Dans le contexte abidjanais, les femmes peuvent-elles suivre de tels conseils, et si oui, quelles stratégies doivent-elles développer pour cela ? D'autre part, n'y a-t-il pas antinomie entre ces différents types de conseil ? En effet, puisque l'allaitement retarde l'ovulation et retarde ainsi le démarrage d'une nouvelle grossesse, ne faut-il pas s'attendre, dans une population comme celle d'Abidjan où la pratique contraceptive est faible, à ce que l'abandon de l'allaitement

pratique contraceptive est faible, à ce que l'abandon de l'allaitement maternel chez les femmes séropositives conduise à l'augmentation des grossesses rapprochées alors même qu'on conseille à ces femmes d'éviter de nouvelles grossesses ?

Pour répondre à ces questions, nous avons tenté à partir d'entretiens menés auprès de femmes séropositives suivies dans le cadre du projet DITRAME, à Abidjan, d'étudier si le fait de se savoir séropositive pour le VIH, et les conseils délivrés à la suite de cette annonce, modifient les attitudes des femmes par rapport aux différents aspects de la procréation : le choix de l'alimentation du nouveau-né, la reprise des relations sexuelles, l'utilisation de moyen(s) de contraception et de préservatifs, le nombre total d'enfants désirés, le désir d'un nouvel enfant, la gestion des grossesses éventuelles lorsqu'elles surviennent ainsi que le dialogue avec le mari concernant ces thèmes. Nous ne développerons pas ici en détail les questions relatives au choix du mode d'alimentation du nourrisson, déjà développées dans un autre chapitre ¹⁶⁷. Après une brève synthèse de la situation à Abidjan en matière de fécondité et de planification familiale, nous nous concentrerons sur les liens entre allaitement et fécondité et les choix effectués par ces femmes en matière de procréation et de sexualité afin de déterminer quelle est la "marge de manœuvre" des femmes séropositives dans ces domaines, et comment cela peut et doit être pris en compte dans les programmes de santé et dans les conseils qui leur sont délivrés.

¹⁶⁷ Cf. [chapitre XIV](#).

Fécondité et pratiques de contrôle des naissances à Abidjan

Une fécondité encore élevée, mais qui diminue rapidement

La Côte-d'Ivoire est un des pays qui présente les plus forts taux de fécondité du monde : les données les plus récentes indiquent une moyenne de plus de 5 enfants par femme. Cependant, c'est une situation qui évolue rapidement : en moins de 20 ans, le nombre moyen d'enfants par femme est passé de 7,2 à 5,2, soit deux enfants de moins, ce qui représente une réduction de la fécondité considérable sur une période si courte (Kouassi 1995 ; Ministère de la Planification et de la Programmation du développement 1999). Ce phénomène est particulièrement vrai à Abidjan, capitale économique de la Côte-d'Ivoire, où le nombre moyen d'enfants par femme est passé de 4,7 en 1988 à 3,5 en 1998, atteignant ainsi des niveaux comparables à ceux des pays d'Amérique Latine et montrant que la Côte-d'Ivoire s'est véritablement engagée sur le deuxième volet de la transition démographique qui est, après la réduction du niveau de la mortalité, la réduction du niveau de la fécondité. Ces chiffres témoignent d'évolutions tant dans les mentalités que dans les pratiques en matière de procréation. Les principaux facteurs qui influent sur ces niveaux de la fécondité sont l'urbanisation ¹⁶⁸ et l'instruction : les femmes ayant suivi l'école jusqu'au niveau secondaire ont en moyenne 2,3 enfants au cours de leur vie, tandis que celles n'ayant jamais été scolarisées ont plus de six enfants (Ministère de la planification, 1999).

Témoin de l'évolution des mentalités en matière de procréation, le nombre idéal d'enfants déclaré par les hommes comme par les femmes diminue au cours des générations : en 1994 il était d'environ quatre chez les plus jeunes, contre six chez les plus âgés (Kouassi 1994). Cependant, comme on peut le voir, même s'il diminue, le nombre idéal d'enfants reste élevé : quatre enfants ou plus selon les

¹⁶⁸ L'indice de fécondité est près de deux fois plus élevé en zone rurale qu'à Abidjan.

âges. Ainsi, s'il est indéniable que la Côte-d'Ivoire connaît actuellement d'importants bouleversements dans les pratiques et mentalités en matière de procréation, elle n'en demeure pas moins un pays à forte fécondité, où la procréation et la maternité sont largement valorisées (Dédy *et al.* 1995).

Une faible utilisation de la contraception...

Les niveaux de fécondité baissent en Côte-d'Ivoire, cependant les mécanismes par lesquels les femmes ivoiriennes contrôlent leur fécondité sont encore mal connus. En effet toutes les enquêtes menées sur ce sujet révèlent des taux d'utilisation des méthodes contraceptives très bas : dans la ville d'Abidjan, seules 12% des femmes déclarent utiliser une méthode contraceptive moderne (pilule, stérilet, injection, préservatif) et 14% une méthode traditionnelle (continence périodique, retrait) tandis que dans la même enquête près de 40% des femmes disent qu'elles veulent attendre au moins deux ans avant d'avoir un autre enfant (Ministère de la Planification 1999). Même dans les milieux les plus instruits, seule une minorité pratique la contraception : 20% des femmes qui ont fait des études secondaires utilisent une méthode moderne de contraception.

L'utilisation du préservatif reste exceptionnelle pour les femmes (2% des femmes abidjanaises déclarent l'utiliser) et rare pour les hommes (12% des hommes à Abidjan) (Ministère de la Planification 1999).

Ces faibles niveaux d'utilisation des préservatifs comme des méthodes contraceptives ne sont pas dûs à un manque d'information puisque dans toutes les enquêtes, la quasi totalité des individus déclarent connaître au moins une méthode moderne de contraception, et les préservatifs sont reconnus par tous comme une des méthodes de protection contre le sida et les MST (Toure *et al.* 1997). Récemment, sous l'égide de l'USAID, des pilules et des préservatifs à bas prix (respectivement 150 FCFA la plaquette et 100 FCFA les quatre préservatifs) ont été mis sur le marché, pour améliorer l'accessibilité financière de ces méthodes.

Cette faible adhésion de la population aux méthodes modernes de planification familiale en Côte-d'Ivoire, et plus particulièrement à Abidjan, reste en partie incomprise. Elle tient peut-être en partie à l'histoire du développement de la politique de population dans ce pays : jusqu'au début des années 1990, le

tique de population dans ce pays : jusqu'au début des années 1990, le gouvernement considérait que la population ivoirienne était insuffisante au regard de la superficie du pays et que la forte croissance économique pourrait répondre à l'augmentation de la population. À ce titre le gouvernement s'est opposé à toute politique de promotion de la planification familiale. En juillet 1991, devant la crise économique, le gouvernement ivoirien a modifié sa position dans ce domaine et une déclaration de "politique de développement des ressources humaines", qui fournissait un cadre de référence des activités de santé maternelle et infantile incluant la planification familiale a été définie (Evina *et al.* 1996). Mais il faudra attendre 1997 pour que soit adoptée une "déclaration de politique nationale de population" qui aborde clairement le problème de la maîtrise de la croissance de la population (Ministère du Plan 1997). Le corollaire de cet engagement politique tardif vers la maîtrise de la croissance démographique est la faiblesse de l'offre en services de planification familiale en Côte-d'Ivoire. Ces services se développent actuellement, mais pendant longtemps ils n'ont été délivrés que par une ONG, l'Association Ivoirienne pour le Bien Être Familial (AIBEF), et sont donc restés en marge des structures sanitaires. En 1994, on estimait ainsi que 43% des femmes en union avaient des "besoins non satisfaits en planification familiale" (Kouassi 1995).

À ces problèmes de volonté politique et d'accessibilité des services de planification familiale, il faut sans doute ajouter une réticence de la population elle-même face aux méthodes modernes de contraception : d'après des études actuellement en cours sur ce sujet, il semble que l'utilisation des méthodes modernes suscite une certaine inquiétude chez les femmes ivoiriennes qui craignent pour leur santé (Guillaume 1999). L'absence de règles qui peut suivre les injections de DepoproveraTM, par exemple, est peu acceptée. Les pilules sont considérées comme trop contraignantes, et certaines femmes craignent qu'elles n'induisent des cancers.

Et un recours fréquent à l'avortement

Si la pratique contraceptive est étonnamment faible à Abidjan, par contre le taux de recours à l'avortement provoqué en cas de grossesse non désirée est élevé. Une étude dans une commune populaire à Abidjan a montré que, depuis le milieu des années 1990, près d'une grossesse sur quatre conduisait à un avortement, et que une femme sur trois avait déjà eu recours à l'avortement à 20 ans. Cet important recours à l'avortement est un phénomène relativement récent qui s'est largement amplifié au cours des dix dernières années (Desgrées du Loû *et al.* 1999). L'interruption de grossesse n'est pas légale sauf cas exceptionnel en Côte-d'Ivoire ¹⁶⁹, mais il semble qu'elle soit rarement punie par la loi et largement passée dans la pratique, ces avortements étant fréquemment effectués dans des structures médicales (ou se désignant comme telles), à des tarifs élevés mais connus par tous (Guillaume 1999). Ainsi, à Abidjan aujourd'hui, il semble que de plus en plus de femmes désirent maîtriser leur fécondité, mais nombreuses sont celles qui utilisent peu ou n'utilisent pas les méthodes contraceptives et qui recourent à l'avortement lorsque survient une grossesse qu'elles ne désiraient pas.

Le pouvoir de négociation de la femme

Pour conclure cette rapide synthèse concernant le contexte de la procréation en Côte-d'Ivoire, il faut évoquer le statut de la femme dans ce pays : de quelle autonomie dispose-t-elle, de quel pouvoir décisionnel au sein du couple et de la famille ? Sur cet aspect, les situations évoluent beaucoup selon le niveau d'instruction et le statut social de la femme. La législation de la Côte-d'Ivoire reconnaît les droits de la femme, dans tous les domaines, mais il existe toujours un écart considérable entre "les textes et la pratique" et de nombreuses femmes,

¹⁶⁹ En Côte-d'Ivoire, il n'y pas d'infraction lorsque l'interruption de la grossesse est nécessitée par la sauvegarde de la santé de la mère gravement menacée. Il faut l'avis de deux médecins en plus de celui du médecin traitant (Article 367 du Code Pénal Ivoirien).

en particulier les moins instruites, d'une part ne connaissent pas leurs droits, et d'autre part ne savent pas les défendre lorsque ceux-ci sont bafoués (Khaudjis-Offoumou 1995). Ainsi, il arrive fréquemment qu'au sein du couple, ce soit l'homme qui prenne les décisions concernant les soins et l'alimentation des enfants, ou encore l'utilisation de méthodes contraceptives, et ce en grande partie car c'est lui qui dispose des ressources financières. Dès lors que la femme est instruite et autonome financièrement, elle est plus libre de ses choix, mais dans la société ivoirienne la décision du mari et celle de la famille restent influentes, même pour les femmes autonomes.

Dans un tel contexte, quels choix sont véritablement envisageables pour une femme séropositive pour le VIH en matière de procréation ?

L'allaitement, facteur d'espacement des naissances ?

En maintenant le taux de prolactine (hormone sécrétée par l'hypophyse) à un niveau élevé dans le sang, l'allaitement intensif empêche l'ovulation, et évite donc que survienne une nouvelle grossesse. Cependant, le taux de prolactine dépend du nombre, de la qualité et de la fréquence des tétées, et cet effet contraceptif de l'allaitement n'est donc valable que si l'allaitement est réalisé à la demande, y compris la nuit, s'il est exclusif (pas de supplément), et si les tétées sont fréquentes (au moins 6 par 24 heures). Enfin le taux de fiabilité de cette méthode contraceptive n'est pas parfait (on estime à 15% la proportion de femmes qui deviennent enceintes avant le retour de couches). Cela est d'autant plus vrai que l'on s'éloigne du moment de l'accouchement : ainsi, à partir de six mois après l'accouchement, l'allaitement, même exclusif et intensif, ne constitue pas une méthode contraceptive efficace (Legrain *et al.* 1994). En moyenne, la durée pendant laquelle une femme n'est pas fécondable après un accouchement (stérilité *post partum*) est de deux mois pour une femme qui n'allait pas du tout, sept mois pour une femme qui allaite environ 15 mois, 13 mois pour une femme qui allaite 24 mois (Leridon *et al.* 1997). Mais il s'agit de moyennes, donc de données qui ne sont pas applicables au niveau individuel, et chez telle femme qui allaite 20 mois l'ovulation pourra être revenue dès six mois après l'accouchement, et ce parfois

avant le retour de couches. Si au niveau de la population, donc de la somme des individus, un allaitement prolongé entraîne globalement un allongement des durées de stérilité *post partum* et donc un espacement des grossesses, par contre au niveau individuel l'allaitement ne peut pas être considéré comme une méthode fiable de contraception, car il existe pour chaque femme un risque d'être de nouveau féconde plus vite que prévu. En particulier, dès lors qu'il n'est plus exclusif, l'allaitement ne maintient pas de façon absolue une "barrière hormonale" à l'ovulation. Or il est rare que l'allaitement soit véritablement exclusif. La dernière enquête démographique et de santé de Côte-d'Ivoire a en particulier montré que, à Abidjan, si l'allaitement prolongé reste la norme (durée médiane 18 mois ¹⁷⁰), seuls 4% des enfants sont nourris exclusivement au sein à l'âge de 4 mois. Avant cet âge, 57% ont reçu des aliments solides et liquides autres que de l'eau en complément du lait maternel (Ministère de la planification 1999).

Indépendamment de ce rôle biologique, l'allaitement contribue à l'espacement des naissances dans les sociétés africaines par le biais de l'abstinence *post partum*. En effet, dans la plupart des sociétés d'Afrique centrale et occidentale, les relations sexuelles sont interdites pendant plusieurs mois après l'accouchement : la durée de cette période d'abstinence peut varier selon les groupes ethniques mais elle est généralement liée à la durée de l'allaitement en vertu de représentations selon lesquelles le sperme gâte le lait. Le fait d'avoir des relations sexuelles alors que l'enfant est allaité est alors perçu comme préjudiciable à la santé de l'enfant (Van de Walle E. *et al.* 1988 ; Toure *et al.* 1997). Cette perception traditionnelle a longtemps été la base de l'espacement des naissances dans les sociétés africaines : avec une durée d'allaitement d'environ 24 mois, les relations sexuelles ne reprenaient souvent que un à deux ans après la naissance de l'enfant, ce qui assurait des intervalles d'environ trois ans entre chaque naissance (Schoenmaeckers 1988). Cette pratique protégeait la santé de l'enfant mais aussi celle de la mère et des enfants à venir, en évitant un sevrage précoce des nourrissons et des grossesses trop rapprochées. Aujourd'hui ces pratiques existent toujours, mais de façon moins absolue. Il semble que les relations sexuelles soient reprises de plus en plus tôt après la naissance. Ainsi à Abidjan où la durée médiane d'allaitement est de 18 mois la durée médiane d'abstinence *post partum* est de 8,5 mois (Kouassi 1995) : les relations sexuelles sont donc reprises bien

¹⁷⁰ Cela signifie que 50% des femmes ont sevré leur enfant avant 18 mois, 50% après 18 mois.

(Kouassi 1995) : les relations sexuelles sont donc reprises bien avant la fin de l'allaitement. Il faut voir dans cette évolution l'érosion des pratiques traditionnelles, mais aussi l'impact des changements de structure familiale : l'abstinence *post partum* prolongée était plus aisément envisagée dans un système polygame, où le mari pouvait se tourner vers ses épouses "disponibles", et où la femme qui venait d'enfanter était souvent isolée ou envoyée pendant plusieurs mois dans sa famille, que dans un couple monogame. Cependant, même si c'est une pratique en voie de régression, elle est toujours prégnante : ainsi, à Abidjan, la durée médiane d'abstinence *post partum* est encore de plus de huit mois ; elle est même légèrement supérieure à la durée d'aménorrhée *post partum*, dont la valeur médiane est de huit mois (Kouassi 1995). Ainsi cette pratique culturelle joue toujours un rôle dans l'espacement des grossesses à Abidjan, au moins aussi important que le rôle contraceptif de l'allaitement, mais il faut garder à l'esprit qu'aujourd'hui, ces deux mécanismes, allaitement et abstinence sexuelle *post partum*, ne concernent que les premiers mois qui suivent l'accouchement.

Dans ce contexte, à Abidjan, quelles sont les conséquences à attendre de la réduction de la durée d'allaitement ou du choix d'autres modes d'alimentation chez les enfants nés de mère séropositive sur la fécondité de ces femmes ? Au vu de ce que nous avons décrit plus haut, si une femme décide de ne pas allaiter, la durée pendant laquelle elle ne sera pas fécondable ne sera que de deux mois après l'accouchement, au lieu d'environ huit sous le régime d'allaitement actuellement en vigueur à Abidjan. Plus important peut-être, si elle décide de ne pas allaiter, il semble que la principale raison de l'abstinence *post partum* disparaisse (bien qu'on ait très peu de travaux sur ce thème puisque jusqu'ici l'allaitement maternel était une norme généralisée à Abidjan). Il est donc possible que les rapports sexuels reprennent beaucoup plus tôt après l'accouchement que chez une femme qui allaite (dans ce cas nous avons vu que la reprise des relations sexuelles se fait environ huit mois après l'accouchement). Ainsi les femmes séropositives qui décident de ne pas allaiter leur enfant pourraient être de nouveau "soumises au risque de grossesse" environ deux mois après l'accouchement, au lieu de huit dans le cas d'une femme allaitante. Une femme infectée par le VIH peut ainsi, si elle n'utilise aucune méthode de contraception et choisit de ne pas allaiter son enfant, devenir enceinte trois mois après la naissance de son dernier enfant. Des grossesses aussi rapprochées sont de toutes façons néfastes à la santé des femmes et des nourrissons. Le problème se pose de façon encore plus aiguë chez les

nourrissons. Le problème se pose de façon encore plus aiguë chez les femmes infectées par le VIH qui sont au courant de leur infection et s'inquiètent pour leur santé et celle de l'enfant. Il est donc absolument nécessaire que les femmes séropositives qui font le choix de ne pas allaiter pour protéger leur enfant du VIH puissent adopter une méthode efficace de contraception dès le *post partum*, ce qui n'est pas aisé à Abidjan, compte-tenu du contexte global de la planification familiale et de la prise en charge du VIH, comme l'attestent les exemples suivants.

Les choix de procréation chez les femmes séropositives : allaitement, sexualité, planification des grossesses

Nous utiliserons dans cette partie les résultats d'une enquête exploratoire menée sur ce sujet en 1998 (voir encadré).

Méthode d'enquête et population concernée

Ce chapitre utilise les résultats d'une enquête exploratoire menée en mai et juin 1998 auprès de 21 femmes suivies dans le cadre du projet DITRAME. L'objectif de cette enquête était de préparer une enquête prospective sur les comportements sexuels et reproductifs chez les femmes infectées par le VIH, et donc d'avoir une première approche sur certains points : en particulier le dialogue avec le mari au sujet de l'infection par le VIH, la gestion des relations sexuelles (reprise des rapports après l'accouchement, protection des rapports), le désir d'enfant et les choix en matière de procréation (désir d'une nouvelle grossesse, pratique contraceptive, dialogue avec le conjoint à ce sujet). Cette enquête s'est déroulée dans une des structures concernées par le projet DITRAME (le CHU de Yopougon) : le recrutement des 21 femmes s'est fait selon le calendrier des consultations prévues par ce projet. Pendant trois semaines en mai 1998, toutes les femmes venues en consultation étaient interrogées, et ces femmes ont été revues un mois plus tard pour un entretien plus approfondi sur le dialogue avec le mari et les projets de procréation. Ces femmes avaient toutes eu leur bébé depuis plus de 8 mois (les femmes suivies dans ce service étaient les premières à avoir été recrutées dans le projet).

Cette enquête, dont le principal enjeu était de préparer une

étude à plus large échelle sur ces thèmes, ne nous donne pas de résultats chiffrés qui puissent être considérés comme représentatifs des femmes séropositives, mais les éléments apportés par les expériences de 21 femmes permettent de mieux comprendre les situations auxquelles elles ont à faire face.

Partager l'information avec le conjoint

En Côte-d'Ivoire le dépistage volontaire est encore rare, et la majeure partie des femmes qui se savent séropositives sont des femmes à qui le test de dépistage a été proposé pendant la grossesse, au cours d'une consultation prénatale, souvent dans le cadre d'un projet de recherche sur la réduction de la transmission mère-enfant du VIH. Les femmes que nous avons interrogées étaient dans ce cas là. Rappelons qu'à ces femmes qui ont appris qu'elles étaient séropositives, l'équipe médicale conseille d'éviter de nouvelles grossesses, et d'avoir des rapports sexuels protégés, pour éviter la transmission du virus au partenaire, ou d'éventuelles réinfections si celui-ci est séropositif. Les femmes ont reçu quelques préservatifs au cours des premières consultations après l'accouchement, et pouvaient soit s'adresser à l'assistante sociale qui les suivait dans le cadre du projet, soit se rendre à la consultation de planning familial dans le service, si elles désiraient adopter une méthode de contraception.

Partager ou ne pas partager l'annonce ?

Une des premières questions qui se pose à ces femmes, lorsqu'elles apprennent leur séropositivité, est le partage de cette annonce avec le conjoint, père de l'enfant qu'elles portent. La décision de partager ou de ne pas partager cette information aura des répercussions importantes sur les choix ultérieurs concernant l'enfant, la vie sexuelle, et les enfants à venir.

Parmi les femmes que nous avons interrogées, celles qui ont informé leur mari de leur séropositivité (12/21) sont à peu près aussi nombreuses que celles qui ne l'ont pas fait (9/21). Les femmes qui n'ont pas informé leur mari ne l'ont pas fait par peur qu'il les abandonne et les laisse sans ressources. L'une a mentionné le risque qu'il divulgue l'information autour de lui, une autre qu'il ne veuille plus la toucher ou manger dans le même plat. Lorsque les femmes ont choisi d'informer leur mari, dans deux tiers des cas le mari a bien réagi et a choisi de soutenir la femme par la suite dans le cadre de l'essai. Il semble que les femmes "testent" leur mari avant de l'informer effectivement. Ainsi celles qui décident d'informer leur mari sont celles qui attendent une réaction de soutien de sa part. Il arrive que le mari ne reproche rien à la femme mais nie l'existence du VIH, pour la femme comme pour lui ou pour l'enfant. Dans un cas le mari est parti lorsqu'il a appris que sa femme était séropositive.

Ainsi, il ressort des quelques entretiens menés que lorsqu'ils ont été mis au courant, la réaction des maris a dans l'ensemble été compréhensive : seul un mari est parti, les autres ont soutenu leurs femmes, psychologiquement et financièrement, venant même parfois aux rendez-vous cliniques, ou dans quelques cas ont choisi de nier l'infection par le VIH mais sans être hostiles ou méfiants vis-à-vis de leur femme. Aucune femme ne s'est plaint que son mari n'ait plus de relations sexuelles avec elle ou ne mange plus dans le même plat qu'elle. Cependant, bien que le risque de rejet de la part du mari semble effectivement assez faible, la crainte de ce rejet social et affectif reste forte, et la moitié environ des femmes interrogées choisissent de se taire, faisant ainsi le choix de porter toutes seules le poids de ce secret, et de se retrouver seules face aux décisions qu'il faudra prendre en matière d'alimentation de l'enfant, de grossesses ultérieures, etc... Parmi les femmes qui n'ont pas informé leur mari, la moitié ont le désir de le faire mais ne savent pas comment trouver l'occasion.

Attitudes des conjoints face à l'infection par le VIH et au test de dépistage

La majorité des maris n'ont pas fait leur test (14 sur 21) ou, s'ils l'ont fait, ils n'en ont pas informé leur femme. Selon leurs épouses, ils ne "veulent pas savoir". Dans plusieurs cas, le mari semblait décidé à faire le test après en avoir discuté avec sa partenaire, puis il est revenu sur sa décision, déclarant qu'il y avait renoncé après en avoir parlé avec des amis, ou des camarades de travail, qui le lui

cé après en avoir parlé avec des amis, ou des camarades de travail, qui le lui auraient déconseillé : « *ça ne sert à rien, il vaut mieux ne pas savoir...* ». Parmi les maris qui ne sont pas au courant de la séropositivité de leur épouse, un seul a fait un dépistage volontaire (il est séronégatif). Parmi ceux que leur épouse a informés, une minorité ont fait le test de dépistage et ont parlé du résultat avec elle. Les autres refusent de faire le test, ou ne veulent pas en parler avec leur épouse, ou ont fait le test mais lui déclarent qu'ils ne sont pas allés en chercher le résultat. Dans certains cas il s'agit clairement d'un refus du mari de parler du sida avec son épouse : en particulier un mari est suivi dans un projet clinique qui ne prend en charge que des séropositifs, mais continue à dire à son épouse qu'il n'est pas allé chercher le résultat de son test. Parmi les maris qui connaissent la séropositivité de leur partenaire, certains réagissent par le déni (de leur éventuelle infection et/ou de l'infection de leur épouse), qu'ils aient ou non effectué un test de dépistage : une femme explique que son mari « *ne semble pas prendre au sérieux la menace du sida* » et refuse de se faire dépister. Lorsqu'il a appris sa séropositivité, un mari qui avait fait son test a déchiré le papier du résultat et a déclaré : « *les docteurs mentent, nous n'avons rien* ».

La protection des rapports sexuels

Toutes les femmes qui avaient repris les rapports sexuels ont déclaré avoir proposé le préservatif à leur mari, au moins une fois, depuis qu'elles ont été informées de leur statut VIH+ (le projet leur a donné des préservatifs gratuitement qu'elles ont remis à leur mari). Cependant, dans plus de la moitié des cas, le mari a toujours refusé l'utilisation du préservatif ; parmi ces hommes, certains sont au courant de l'infection de leur conjointe : l'un d'eux, informé que sa femme était séropositive, a fait un test VIH qui s'est révélé négatif. Cependant il n'utilise jamais de préservatif avec sa femme « *puisque'il n'a pas attrapé le sida jusqu'ici, c'est qu'il ne peut pas l'attraper* ». Certains maris acceptent de temps en temps d'utiliser les préservatifs, et quelques-uns l'utilisent systématiquement. Ces derniers sont tous au courant de l'infection de leur femme, et sont venus rencontrer le personnel du projet ; ils ont donc eu un "conseil" (au sens de counseling) dans ce sens. Ce sont eux qui achètent les préservatifs.

Une femme qui venait de perdre son enfant et voulait être enceinte de nouveau le plus vite possible n'avait pas parlé de sa séropositivité à son conjoint et attendait d'être enceinte pour la lui annoncer. Leurs rapports n'étaient donc pas protégés.

Ainsi, pour une minorité de couples où la femme a informé son mari de sa séropositivité, le conjoint en tient compte en adoptant l'utilisation systématique de préservatifs. Mais dans la grande majorité des cas qui nous ont été rapportés, les rapports sexuels au sein du couple ne sont pas protégés, soit parce que le conjoint n'est pas au courant de l'infection de son épouse et qu'elle n'ose pas lui proposer le préservatif, soit parce qu'il est au courant mais ne craint pas d'être infecté, ou encore parce qu'il nie la réalité de l'infection.

Nous avons remarqué que, dans le discours des femmes, le risque de transmission du virus à l'enfant au cours de la grossesse et de l'allaitement est fréquemment abordé, mais le risque de transmission de l'infection au conjoint est peu mentionné. Ceci est vraisemblablement un des éléments explicatifs de cette absence de protection des rapports sexuels.

Le désir d'enfant

Indépendamment de la protection des rapports sexuels pour éviter l'infection du partenaire ou la réinfection, qu'en est-il du désir d'enfant chez ces femmes qui viennent de donner naissance à un enfant et à qui on conseille de ne pas en avoir d'autres ?

Lorsqu'on leur demande si elles souhaitent avoir d'autres enfants, on observe que le désir d'enfant reste important, malgré le conseil reçu de ne plus avoir d'enfants à cause de leur séropositivité, et bien que toutes les femmes soient conscientes du risque de transmission mère-enfant du VIH (sans pour autant le quantifier ¹⁷¹). Les seules femmes qui déclarent ne plus vouloir d'enfants sont en général des femmes qui en ont déjà au moins trois ou quatre. Quelques femmes ne veulent plus d'enfants mais subissent une forte pression du mari ou des mères et belles-mères pour en avoir d'autres ; ce sont des femmes jeunes, avec peu

¹⁷¹ Cf. [chapitre XVI](#).

d'enfants, ou qui ont eu des enfants d'un autre homme et dont c'est le premier enfant avec le mari actuel. Mais la moitié des femmes interrogées ont clairement déclaré vouloir un autre enfant, pas forcément tout de suite mais quand celui qu'elles portent aura environ cinq ans. Comme nous l'avons déjà évoqué, une femme qui venait de perdre son enfant (qui était séropositif) voulait être enceinte de nouveau le plus vite possible.

Ainsi, les seules femmes décidées à ne plus avoir d'enfant sont celles qui estiment qu'elles en ont suffisamment, le nombre idéal d'enfants étant d'environ quatre, ce qui rejoint les chiffres observés à l'échelle nationale. Pour les autres, le désir d'enfant reste intact, souvent soutenu par le désir du conjoint (qui persiste lui aussi même s'il sait que sa femme est séropositive), ou d'autres membres de la famille (mère, belle-mère...). Cela ne signifie pas pour autant que ces femmes ignorent les risques attachés à de futures grossesses. Au cours des entretiens, elles posent fréquemment des questions sur les risques d'infection pour l'enfant à venir. Mais le désir d'enfant est plus fort que cette angoisse, comme en témoigne l'exemple de la mère qui vient de perdre son enfant infecté par le VIH mais qui désire un autre enfant, dans l'immédiat, malgré le risque. Au cours des consultations de psychologie auxquelles peuvent se rendre les femmes suivies dans le projet, ce désir d'enfant est d'ailleurs fréquemment exprimé (Aka-Dago-Akribi *et al.* 1999). Face à l'annonce de mort que représente l'annonce de sa séropositivité, un projet d'enfant est promesse de vie, promesse d'avenir ; c'est aussi pour la femme une façon de prouver aux autres et à elle-même qu'elle est en bonne santé, qu'elle peut mener une vie normale.

Ces résultats sont semblables à ceux obtenus dans d'autres recherches qui s'intéressent à des femmes ou des couples touchés par le sida (Desgrées du Loû 1998). Citons en particulier une étude menée au Rwanda, en zone urbaine, où S. Allen *et al.* (1993) ont montré que le conseil de ne plus avoir d'enfant donné aux femmes séropositives débouchait sur un échec ¹⁷². Dans cette étude, le dépistage

¹⁷² Dans leur étude, 1458 femmes en âge d'avoir des enfants étaient testées pour le VIH et recevaient une information sur la maladie, ses modes de transmission, et en particulier la transmission mère-enfant. Pendant cette phase de conseil, il était expliqué à chaque femme séropositive les risques que présenterait une grossesse pour elle et pour l'enfant, et la contraception orale leur était conseillée. Malgré cette information, la moitié des femmes séropositives qui utilisaient la contraception orale au moment du test ne

du VIH et l'information qui l'accompagnait n'ont donc pas été suivis d'une réduction de la fécondité chez les femmes séropositives. Au contraire, il semble que les femmes séropositives qui ont moins de quatre enfants se "dépêchent" de faire un autre enfant, peut-être pour atteindre un nombre idéal d'enfants (Allen *et al.* 1993 ; Keogh *et al.* 1994), et sans doute plus encore parce que, pour une femme qui se sait séropositive, commencer une nouvelle grossesse est un moyen de continuer une vie normale malgré l'infection, une façon de réduire le risque d'être rejetée par le mari et la famille.

La contraception dans le post partum

Un constat d'échec...

Dans notre étude exploratoire, parmi les femmes qui avaient des rapports sexuels et ne désiraient pas de grossesse, au moins "pour l'instant", seule la moitié utilisaient un moyen moderne de contraception : il s'agissait en premier lieu des préservatifs (6/9), secondairement de la pilule (2/9), et dans un cas d'injections. Parmi celles qui n'utilisaient pas les contraceptifs, deux femmes étaient déjà enceintes. Pour ces deux dernières, la grossesse était survenue de la même façon : elles avaient repris les rapports sexuels, quelques mois après l'accouchement, sans utiliser de préservatifs et attendaient leur retour de couches pour se rendre à la consultation de planning familial, comme cela est conseillé dans le *post partum* à Abidjan. La nouvelle grossesse a débuté avant le retour de couches et elles ne s'en sont aperçues l'une et l'autre qu'au bout de quatre mois de grossesse. Elles ont déclaré toutes les deux qu'elles auraient souhaité avorter mais la grossesse était trop avancée.

On peut donc parler d'un constat d'échec de la contraception dans le *post partum* chez ces femmes séropositives, car près de la moitié des femmes sexuellement actives qui ne désiraient pas de grossesse au moins dans l'immédiat

l'utilisaient plus un an après le test, et près de la moitié des femmes suivies ont commencé une grossesse moins de deux ans après la naissance du dernier enfant. Parmi elles, les femmes qui avaient moins de quatre enfants au moment du test étaient significativement plus enclines à démarrer une nouvelle grossesse que les autres.

ment actives qui ne désiraient pas de grossesse au moins dans l'immédiat n'utilisaient aucun mode de contraception.

...à replacer dans un contexte national

Ces lacunes de la contraception dans le *post partum* ne sont pas spécifiques aux femmes séropositives ; elles correspondent à la situation générale en Côte-d'Ivoire, et tiennent à la fois au type d'offre disponible en planification familiale et à l'attitude des consultantes. Au type d'offre, car jusqu'à ces dernières années les services de planification familiale étaient distincts des autres services de santé, donc distincts des consultations post natales ¹⁷³, ce qui ne facilitait pas leur accès (Guillaume et Desgrées du Loû 1999). À cela s'ajoute le type de conseil délivré à l'accouchement ou lors de la consultation post natale : on recommande aux femmes de se rendre à la consultation de planning familial le jour de son retour de règles. Comme il arrive fréquemment que la femme reprenne les rapports sexuels avant son retour de règles, cela la laisse exposée au risque de grossesse pendant toute la période entre la reprise des rapports sexuels et le retour de règles. Ce risque de grossesse est plus important chez les femmes séropositives qui n'allaitent pas leur enfant ou qui ne l'allaitent que quelques mois, même s'il existe chez toutes les femmes, même en cas d'allaitement prolongé.

Mais il faut voir aussi dans le faible recours aux méthodes contraceptives un manque d'adhésion de la population, en général, à ces méthodes. On a décrit au premier paragraphe la faible pratique contraceptive mesurée dans la population ivoirienne. Il existe vraisemblablement une méfiance de la population vis-à-vis de ces méthodes, et parallèlement un recours important à l'avortement en cas de grossesse non désirée. On peut se demander si l'avortement n'est pas parfois "préféré" à l'utilisation de la contraception, d'une part parce qu'il permet de décider au dernier moment si on garde ou non la grossesse, et d'autre part parce qu'il rassure la femme sur sa "fécondabilité" ; cet aspect pourrait être important pour une femme séropositive qui a besoin d'être rassurée sur sa santé et sur son intégrité physique. Des efforts spécifiques pour améliorer l'accès aux méthodes contraceptives dès le *post partum* devraient donc être menés à Abidjan pour changer cet état de fait.

¹⁷³ De plus, les consultations post-natales sont rares en Côte-d'Ivoire.

Conclusion : VIH, allaitement et procréation, quels choix pour un moindre risque ?

La femme qui se découvre séropositive pour le VIH pendant sa grossesse va être conduite à faire toute une série de choix par la suite. Des choix concernant l'alimentation de l'enfant qu'elle porte. Des choix à propos du conjoint : faut-il l'informer de sa séropositivité à elle et risquer d'être rejetée, ou ne pas l'informer, assumer toute seule l'angoisse de cette nouvelle, pour elle et pour l'enfant, et continuer les rapports sexuels sans protection malgré le risque de transmettre le virus à ce conjoint ? Enfin des choix pour une fécondité future : peut-on continuer à désirer d'autres enfants, tout en sachant qu'ils ont un risque d'être infectés, ou faut-il décider d'arrêter toute procréation, au risque d'être rejetée par le conjoint qui, lui, désire d'autres enfants, de voir celui-ci prendre une autre épouse, d'être mise au ban de la famille, d'être étiquetée comme malade et non fertile, et, indépendamment des contraintes sociales, de se retrouver frustrée dans son propre désir d'enfant ?

Quelle que soit la voie choisie, celle-ci comporte une part de risque. La femme va donc devoir à chaque étape faire le choix du "moindre risque", et les choix individuels qu'on observe ne vont pas toujours dans le sens de ceux préconisés par les programmes de santé. L'individu qui se sait séropositif le cache fréquemment à son partenaire, par crainte d'être rejeté : le risque de transmission de l'infection au partenaire peut être considéré comme moins grave que le risque d'éclatement du couple et de la famille ou que le risque d'être abandonnées pour les femmes économiquement dépendantes (Coulibaly-Traoré *et al.* 1997 ; Blibolo 1995).

De même, le conseil de ne plus avoir d'enfants, donné aux femmes infectées par le VIH, est peu suivi. Décider de ne plus procréer expose la femme à des conséquences trop importantes, dont celle, fréquemment formulée par les femmes que nous avons pu suivre, d'être rejetée par le partenaire qui, lui, désire avoir des

enfants. En effet, dans de nombreux cas (environ un sur deux), la femme n'annonce pas sa séropositivité, par peur d'être totalement abandonnée par son mari ou son partenaire, mais alors il devient extrêmement difficile d'expliquer, au mari comme à la belle famille, le refus d'une nouvelle grossesse, à moins que le couple n'ait déjà un nombre d'enfants estimé suffisant. Même lorsque le mari est au courant du statut sérologique de sa femme, il peut exister une pression de la part de la belle-mère pour faire un autre enfant : ces femmes craignent que les belles-mères "n'influencent" leur mari et les poussent à divorcer ou à prendre une seconde épouse. Toujours dans le cas (le plus fréquent) où les femmes cachent leur statut sérologique, ne plus être enceinte comporte aussi la crainte d'être étiquetée comme "malade" puisque non fertile. Au contraire, une nouvelle grossesse rassure l'entourage, mais aussi la femme elle-même, sur sa santé et sa fécondité. Enfin, il semble que pour les femmes séropositives, en tout cas pour celles qui n'ont pas encore atteint un nombre d'enfants qui leur paraît suffisant, décider de ne plus jamais avoir d'enfants constitue une négation de l'avenir, qui s'ajoute à l'angoisse de mort consécutive à la connaissance de leur infection à VIH, et qui semble insurmontable. L'enfant à venir est ainsi à la fois gage de solidité pour le couple et gage de survie pour l'individu "dans sa descendance" (Rwegera 1995 ; Aka-Dago-Akribi *et al.* 1999).

On peut d'ailleurs se poser des questions sur le bien fondé d'une telle démarche, qui persuaderait les femmes, dès lors qu'elles sont séropositives, de ne plus avoir d'enfants. En effet, on ne peut ignorer que les femmes séropositives mais au stade asymptomatique de la maladie (qui constituent la très grande majorité des femmes enceintes séropositives) ont 70 à 80% de chances, à chaque grossesse, de donner naissance à un enfant parfaitement sain, non infecté par le VIH (Dabis *et al.* 1993), et que ces chances peuvent aujourd'hui être augmentées par des traitements par antirétroviraux au cours de la grossesse et de l'accouchement, faciles à mettre en œuvre dans les pays en développement et relativement peu coûteux (Dabis *et al.* 1999). Dans une société où la fécondité est fortement valorisée et où les femmes qui n'ont pas d'enfants sont facilement marginalisées, cela peut justifier le risque à prendre. Certaines femmes savent qu'elles auront la possibilité de confier leur enfant à une ou un parent pour le faire élever, et que cet enfant ne se retrouvera donc pas seul si elles décèdent. Reste posé le problème du risque de transmission au partenaire, et les moyens de le minimiser. Il appartient en tous cas à la femme d'en décider, en toute

à la femme d'en décider, en toute connaissance des risques et des possibilités d'aide.

Une réflexion sur cette gestion des différents risques qui s'articulent étroitement avec le risque de transmission par l'allaitement maternel mérite d'être poursuivie et prise en compte dans les programmes de lutte contre le sida et de planning familial car les messages de prévention doivent tenir compte de ces facteurs "non sanitaires" dans le domaine de la procréation et en particulier de l'importance du désir d'enfant. Cette réflexion concerne particulièrement les couples sérodifférents et a été peu menée jusqu'ici, bien qu'elle soit particulièrement importante en Afrique où la procréation est au cœur des préoccupations sociales, familiales et individuelles. Cependant, parallèlement à cela, il ne faut pas perdre de vue la nécessité de proposer aux femmes qui viennent d'accoucher une méthode contraceptive efficace pour leur éviter de recommencer trop tôt une grossesse, ce qui serait préjudiciable à leur santé. Ce risque de redémarrer une grossesse trop rapidement existe pour toutes les femmes, qu'elles allaitent ou non, mais il est légèrement plus important chez les femmes séropositives qui décident de ne pas allaiter leur enfant et redeviennent fécondes précocement.

Références bibliographiques

Aka-Dago-Akribi H., A. Desgrées du Loû, P. Msellati *et al.*

1999 Issues surrounding reproductive choice for women living with HIV in Abidjan, Côte-d'Ivoire. *Health Reproductive Matters* 7 : 20-29.

Allen S., A. Serufilira, V. Gruber *et al.*

1993 Pregnancy and contraception use among urban rwandan women after HIV testing and counseling. *American Journal of Public Health* 83 (5) : 705-710.

Bajos N., M. Bozon, A. Giami *et al.* 1995 *Sexualité et sida*. Paris, ANRS.

Blibolo A.D.

- 1995 « Les couples de séropositifs au VIH face à l'usage des préservatifs ». In : J.P. Dozon et L. Vidal (éds.), *Les sciences sociales face au sida : cas africains autour de l'exemple ivoirien* : 143-146. Paris, ORSTOM.

Calvez M.

- 1995 « La sexualité dans les recherches sociologiques sur le sida : des questions de prévention à la construction d'une approche ». In : N. Bajos, M. Bozon, A. Giami *et al.* (éds.), *Sexualité et Sida* : 143-158. Paris, ANRS.

Coulibaly-Traoré D. *et al.*

- 1997 *Le vécu des femmes d'un essai thérapeutique visant à réduire la transmission mère-enfant du VIH-1 à Abidjan, Côte-d'Ivoire en 1997 (essai ANRS 049)*. Communication à la X^e Cisma, 7-11 décembre 1997, Abidjan, Côte-d'Ivoire.

Dabis F., P. Msellati, D. Dunn *et al.*

- 1993 Estimating the rate of mother-to-child transmission of HIV. Report of a workshop on methodological issues. Ghent (Belgium), 17-20 February 1992. *AIDS* 7 : 1139-1148.

Dabis F, P. Msellati, N. Meda *et al.*

- 1999 Six-month efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Côte-d'Ivoire and Burkina Faso ; a double-blind placebo-controlled multicentre trial. *Lancet* 353 : 786-792.

Dabis F. et P. Msellati

- 1998 Transmission mère-enfant dans les pays en développement. Genève. *Numéro Spécial ANRS-Le Journal du Sida-Transcriptase* : 57-58.

Dédy S. et G. Tapé

- 1995 *Sida et procréation en Côte-d'Ivoire, le cas d'Abidjan*. Abidjan, PNLS, Direction Régionale de la Santé Publique et des Affaires Sociales du Sud, Coopération Française. Cyclostylé.

Desgrées du Loû A.

1998 Sida et santé de la reproduction en Afrique : enjeux et défis. *Population* 4 : 701-730.

Desgrées du Loû A., P. Msellati, I. Viho *et al.*

1999 Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan : une cause de la baisse de fécondité ? *Population* 54 (3) : 427-446.

Guillaume A. et A. Desgrées du Loû

1999 *Planification familiale à Abidjan : contraception et/ou avortement ? Une étude auprès des consultantes de quatre formations sanitaires urbaines à Abidjan.* Communication au Séminaire "Santé de la reproduction en Afrique", ENSEA-IRD, Abidjan, 9-12 novembre 1999.

Evina A. et P. Vimard

1996 *Planification familiale et Santé de la reproduction en Afrique Francophone, rapport scientifique.* Abidjan, IFORD/ORSTOM.

Keogh P., S. Allen, C. Almedal *et al.*

1994 The social impact of HIV infection on women in Kigali, Rwanda : a prospective study. *Soc Sci Med* 38 (8) : 1047-1053.

Khaudjis-Offoumou F.

1995 *Les droits de la femme en Côte-d'Ivoire.* Abidjan, KOF Editions/Editions Neter.

Kouassi L.

1995 « Préférences en matière de fécondité ». In : Ministère de la Planification et de la Programmation du développement, *Enquête Démographique et de santé 1994. Côte-d'Ivoire* : 89-102. Abidjan, Institut National de la Statistique de Côte-d'Ivoire/Macro International Inc.

Legrain G. et P. Delvoye

1994 *La planification familiale pratique et opérationnelle.* FNUAP, Éd. Hatier/Ceda.

Leridon H. et L. Toulemon

1997 *Démographie, approche Statistique et dynamique des populations*. Paris, Economica.

Ministère chargé du Plan et du Développement Industriel

1997 *Déclaration de Politique Nationale de Population*. République de Côte-d'Ivoire, FNUAP, mars 1997. Cyclostylé.

Ministère de la Planification et de la Programmation du développement

1999 *Enquête Démographique et de santé Côte-d'Ivoire 1998-1999, Rapport Préliminaire*. Abidjan, DHS, Macro International Inc./INS, Mai 1999.

Rwegera D.

1995 *Représentations et vécu des familles touchées par l'infection à VIH/sida en Côte-d'Ivoire*. Communication à l'atelier "Synthèse des recherches menées en sciences de l'homme et de la société sur le sida en Afrique", ANRS-ORSTOM, Paris, septembre 1995, 4 p.

Schoenmaeckers R.

1988 « Les niveaux et tendances de la fécondité ». In : D. Tabutin (éd.), *Population et Société en Afrique au Sud du Sahara* : 111-140. Paris, L'Harmattan.

Toure L., Z. Kamagate, A. Guillaume *et al.*

1997 *Santé de la reproduction et planification familiale à Yopougon*. Études et Recherches, ENSEA, Abidjan, janvier 1997, 66p. + annexes.

Van de Walle E. et F. Van de Walle

1988 « Les pratiques traditionnelles et modernes des couples en matière d'espacement ou d'arrêt de la fécondité ». In : D. Tabutin (éd.), *Population et Société en Afrique au Sud du Sahara* : 141-166. Paris, L'Harmattan.

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

Quatrième partie

La prévention de la transmission du VIH par l'allaitement

[Retour à la table des matières](#)

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

Quatrième partie. La prévention de la transmission du VIH
par l'allaitement.

Chapitre XVI

Penser le risque de transmission: transmission de la mère à l'enfant et allaitement

par Laurent Vidal

[Retour à la table des matières](#)

À l'origine de ce propos, un constat : la multiplication d'informations de toute nature sur l'infection à VIH (ses caractéristiques et ses modalités de prévention générales) s'accompagne, *a priori* paradoxalement, d'une relative absence de regard réflexif sur le contenu et la signification des notions véhiculées. C'est notamment le cas pour la notion de transmission, au cœur du dispositif d'information — que ce soit dans les messages de santé publique ou dans ceux délivrés lors de la consultation médicale. Cette préoccupation épistémologique est indissociable d'une interrogation qui a émergé au fil de mon travail sur les rapports aux risques de personnes aussi bien séropositives que séronégatives ou ignorant leur statut sérologique ¹⁷⁴ : elles proposaient des représentations de la transmission du VIH et des formes d'appréhension des risques qui questionnaient

¹⁷⁴ Dans le cadre d'une recherche sur les déterminants sociaux de l'exposition au risque intitulée "Face au sida, négociations sociales du risque en Côte-d'Ivoire et au Mali", financée par l'ANRS et co-dirigée par Claude Fay et moi-même.

la signification et la pertinence des catégories scientifiques mobilisées (médicales, épidémiologiques, mais aussi sociologiques) pour rendre compte des « modes de transmission » du VIH. Aussi, après avoir présenté les caractéristiques des modes de transmission et les singularités de celle de la mère à l'enfant, je me pencherai sur les représentations de ces transmissions à Abidjan — en mettant un accent particulier sur le risque de contamination par l'allaitement maternel. De là, je soulignerai quelques-unes des dimensions que les messages de santé publique doivent prendre en compte, dès lors qu'à travers des discours sur les modes de transmission, ils traitent la question du risque d'exposition au VIH ¹⁷⁵.

De généralités en singularités : la transmission de la mère à l'enfant

Il n'est pas inutile ici de rappeler, fort banalement, que dans la transmission, il y a un émetteur, un receveur et une modalité. Or, des modes de transmission avérés du VIH, seule la transmission de la mère à l'enfant nomme et identifie l'émetteur : la mère. Quand on parle de "transmission sexuelle", c'est un partenaire sexuel qui est désigné, sans plus de précisions. Lorsque l'on se réfère à la transmission par voie transfusionnelle, un geste médical est désigné : il demeure tout-à-fait exceptionnel qu'un médecin ou tout intervenant médical soit identifié ¹⁷⁶, et encore moins désigné, comme auteur du geste contaminant. En somme, pour l'ensemble des modes de transmission à l'exception de la transmission mère-enfant, lorsque l'émetteur est connu de la personne infectée (tel partenaire sexuel, par exemple), il n'est pas nommé par le mode de transmission en cause. Ne serait-ce que de ce seul point de vue, la transmission mère-enfant témoigne donc d'une particularité au regard des autres modes de transmission du VIH. Précisons qu'une telle particularité peut avoir des

¹⁷⁵ Les analyses et matériaux de terrain présentés ici relatifs aux savoirs scientifiques et commun sur la transmission, d'une part, et aux rapports — notamment des femmes — aux risques, d'autre part, ont respectivement été développés dans des textes récents (Vidal 1999, 2000a, 2000b).

¹⁷⁶ Les cas de contaminations supposées en milieu de soins mettant en cause un médecin — dûment identifié — infecté par le VIH et susceptible de ce fait d'avoir contaminé certains de ses patients restent exceptionnels.

conséquences sociales non négligeables dans la mesure où l'infection de l'enfant désigne celle de sa mère — éventuellement ignorée jusqu'alors — avec d'évidents risques de stigmatisation que ne sous-tend pas la terminologie des autres modes de transmission.

Une fois cette spécificité terminologique de la transmission mère-enfant mentionnée, il est remarquable de constater l'hétérogénéité des émetteurs « en cause » dans la transmission du VIH en général. En d'autres termes, si l'on se demande quelle est la personne à l'origine du geste ayant permis la transmission du VIH on constate qu'il s'agit tantôt : de la mère ; d'un partenaire (identifié ou non) dans la transmission sexuelle ; de soi-même, toxicomane (lors d'une transmission par voie intraveineuse) ou soignant (cas de la transmission nosocomiale) ; ou encore, du personnel de santé qui a procédé à la transfusion sanguine ou à l'injection avec du matériel souillé. Cette diversité se double d'une variété des modalités de contamination : une activité physiologique (enfanter, avoir des rapports sexuels) ; une activité mobilisant un support matériel (seringue ou tout autre matériel contaminé). Si la transmission mère-enfant se retrouve dans ce type de partition suivant l'existence ou non d'un objet vecteur de la transmission du VIH, elle marque en revanche à nouveau son originalité par rapport à l'ensemble des autres modes de transmission dès lors que l'on se penche sur la modalité de contamination de l'« émetteur » lui-même. Elle apparaît alors comme le seul cas de transmission qui implique nécessairement au préalable un autre mode de transmission : la mère qui infectera son enfant n'a pu l'être que par voie sexuelle ou sanguine ¹⁷⁷. Chronologiquement, deux modes de transmission différents sont donc en cause. Processus que l'on ne retrouve pas dans l'enchaînement des autres situations de contamination qui, à la différence de la transmission mère-enfant, peuvent comprendre deux modes de transmission identiques (une personne infectée par voie sexuelle qui transmettra à son tour le VIH par voie sexuelle ; une contamination via une seringue infectée, utilisée par une personne elle-même contaminée par voie intraveineuse).

Ces spécificités de la transmission de la mère à l'enfant (signification de la terminologie et implications d'autres modes de transmission) se doublent d'une

¹⁷⁷ Au moins en Afrique : peut-être arrivera-t-on ailleurs à des cas où, l'espérance de vie des personnes infectées augmentant, des jeunes filles contaminées par leur mère transmettront à leur tour le VIH à leur enfant.

réelle difficulté à comprendre l'unité que recouvre la notion de transmission mère-enfant du point de vue des modalités concrètes de transmission du virus. En effet, lors de la transmission par voie sexuelle ou sanguine, les gestes contaminants sont un rapport sexuel ou un contact avec du sang infecté. Or, avec la transmission mère-enfant, plusieurs « gestes » qui sont autant de moments demeurent impliqués dans la contamination ¹⁷⁸ : la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. Moments que l'on distinguera par ailleurs des mécanismes bio-physiologiques (passage par le placenta ou le liquide amniotique [Mandelbrot 1996 : 8] et par la muqueuse buccale, lors de l'allaitement [Bélec 1996 : 32-33]). Si l'on s'en tient à ces moments, il n'y a pas un mais trois modes de transmission rassemblés sous l'unique appellation de « transmission de la mère à l'enfant » : modes de transmission qui peuvent être mis sur le même plan et par conséquent s'ajouter à la transmission sexuelle (qu'elle soit hétéro ou homosexuelle), transfusionnelle ou par voie intraveineuse. On devrait alors parler de transmission lors de la grossesse, lors de l'accouchement, lors de l'allaitement, lors de rapports sexuels, lors de transfusions, lors d'injections. Un tel redécoupage donnerait une cohérence à une typologie actuelle qui renvoie tantôt à un « émetteur » précis (la mère, dans la transmission mère-enfant), tantôt à des modalités de transmission (rapport sexuel ; contact avec du sang infecté).

Par-delà cette suggestion, le statut que confère à la notion de transmission mère-enfant l'ensemble de ses particularités — tant sémantiques que pratiques — n'est pas sans rappeler celui, régulièrement débattu par les historiens des sciences et les anthropologues (Grmek 1988 ; Bourdelais 1989 ; Héritier 1990 ; Dozon 1991 ; Farmer 1996), de l'originalité et la spécificité du sida en général. L'originalité de la transmission mère-enfant tient au fait qu'elle cumule un ensemble de traits qui, pris séparément les uns des autres, ne sont propres ni à ce mode de transmission ni à l'infection à VIH. Ce phénomène de spécification est comparable à celui qui marque le sida lui-même. Ce n'est pas la seule maladie transmise par voie sexuelle, mortelle, impliquant une phase asymptomatique mais contaminante, ou objet de peurs et de stigmatisations potentielles ; en revanche, le

¹⁷⁸ L'identification précise du moment de l'infection et la description exacte du mécanisme de celle-ci demeurent plus incertains pour la transmission de la mère à l'enfant que pour la transmission sexuelle, décrivant de ce fait un autre élément d'originalité, non pas du mode de transmission en tant que tel, mais du savoir qui s'est élaboré autour de la compréhension de ses mécanismes.

sida est certainement la seule affection actuelle associant l'ensemble de ces caractéristiques. Aussi — du seul point de vue de la terminologie médicale et sans s'attarder sur les spécificités biologiques de l'atteinte immunitaire provoquée par le VIH — la création d'un acronyme (S.I.D.A.), devenu par la suite substantif (sida), traduit et confirme le caractère original de l'affection décrite ¹⁷⁹.

Avec la transmission mère-enfant, nulle réflexion sur le signifiant lui-même, au sein de la communauté scientifique médicale, n'a permis de souligner et de tirer les conséquences de l'hétérogénéité des contenus des notions de transmission mère-enfant et — partant de là — de transmissions sexuelle, par voie sanguine ou nosocomiale. On pourrait objecter qu'il suffit de signifier par le terme de transmission mère-enfant que le VIH passe de la mère à l'enfant pour l'adopter : argument certes suffisant mais qui ne répond pas aux interrogations posées par la transmission du VIH ainsi désignée. Deux raisons essentielles motivent ce point de vue. D'une part, la communauté scientifique médicale elle-même n'a de cesse de nous révéler la complexité des mécanismes à l'œuvre dans la transmission mère-enfant : une approche générale de ces acquis scientifiques convainc aisément — nous le verrons — du caractère foncièrement réducteur de la notion de transmission mère-enfant. D'autre part, dans une perspective de santé publique — dont médecins et épidémiologistes ont précisément le souci — les interprétations profanes de la transmission mère-enfant dénotent des confusions et des lacunes, au regard de la connaissance des autres modes de transmission du VIH, qui peuvent avoir des conséquences en matière d'adhésion à un discours préventif.

Les interventions en matière de prévention de la transmission du VIH à l'enfant — au premier rang desquelles l'administration d'AZT à la femme enceinte infectée — soulignent à nouveau les spécificités des enjeux de ce mode de transmission. Tout d'abord, la mère ne tire directement aucun bénéfice thérapeutique de la prise d'AZT. C'est un mode de prévention strictement altruiste : la mère prend ce médicament pour éviter la contamination de son enfant. De façon comparable, la décision de la mère infectée de ne pas allaiter son enfant est à visée strictement altruiste. Force est de constater que la question se

¹⁷⁹ M. Barthélémy retrace la chronologie scientifique et sémantique ayant conduit à la première désignation sous le terme de "SIDA", en septembre 1982, des « cas de sarcome de Kaposi et de maladies opportunistes chez des personnes auparavant en bonne santé » (1994 : 49).

pose en des termes différents pour les autres modes de prévention (protection des relations sexuelles, sécurité transfusionnelle, utilisation de matériel d'injection unique). Lorsqu'il s'agit d'amener une personne infectée par le VIH à protéger ses relations sexuelles, l'objectif est certes d'éviter que son partenaire soit infecté mais il est aussi — cela fait partie du discours médical destiné au patient — de faire en sorte que le séropositif ne se ré-infecte pas : la prévention proposée par le discours médical et adoptée par l'individu est loin d'être uniquement altruiste. Elle ne l'est pas plus lorsqu'elle s'adresse à l'ensemble de la population ou aux personnes séronégatives. Quelque soit le statut sérologique de la personne qui reçoit le message préventif, il apparaît nettement que l'adoption effective de mesures de prévention n'obéit pas seulement à une démarche altruiste : il s'agit d'abord de se protéger, puis de protéger l'autre.

De son côté, la prévention de la transmission par voie sanguine apparaît dans un premier temps clairement altruiste. Dans le cas de la transmission en milieu de soins, les poches de sang sont dépistées afin d'éviter que celui qui sera transfusé soit contaminé : il en est de même pour la stérilisation d'objets susceptibles d'être contaminants. Une forme d'altruisme semble aussi gouverner la prévention de la transmission par injection de drogue, de la part du toxicomane qui détruit sa seringue. Si, sur cette question de l'altruisme, prévention de la transmission mère-enfant et de la transmission par voie sanguine se rejoignent, un deuxième élément entre en ligne de compte qui conduit à souligner l'originalité des questions en jeu autour de la prévention de la transmission mère-enfant. En effet, dans les techniques visant à détecter et éliminer le sang contaminé on intervient, par définition, avant que le geste potentiellement contaminant soit effectué, c'est-à-dire la transfusion. Il en est de même lors de la prévention de la transmission par voie intraveineuse. Dans la prévention de la transmission mère-enfant l'administration d'AZT précède — certes — le moment précis durant lequel le fœtus peut être infecté mais elle intervient *pendant* la grossesse. En d'autres termes, dans la prévention de la transmission mère-enfant, un processus est en cours (une grossesse) qui peut déboucher sur une contamination de l'enfant : l'intervention visera à empêcher que cette contamination n'intervienne ou, plus exactement, à faire en sorte qu'elle soit moins fréquente que si la prise de médicament (ici l'AZT) n'avait pas lieu. Dans la transmission sexuelle, transfusionnelle ou par voie sanguine en général, le processus susceptible de s'avérer contaminant n'est pas enclenché lorsque l'action préventive intervient

l'action préventive intervient (préservatif *puis* relation sexuelle ; dépistage du sang *puis* transfusion ; stérilisation du matériel médical *puis* intervention médicale...). Au regard du processus de transmission du VIH, la chronologie de l'intervention préventive n'est donc pas la même et elle s'avère tout à fait originale pour la prévention de la transmission mère-enfant pendant la grossesse et l'accouchement. La prévention de la transmission lors de l'allaitement est certes différente puisque le geste préventif (ne pas allaiter) précède par définition dans le temps le moment de la possible transmission du VIH. Ce qui, sur le plan formel, tendrait à la rapprocher de la prévention de la transmission par voie sexuelle. De ce fait, la spécificité de la prévention de la transmission lors de l'allaitement illustre l'hétérogénéité des caractéristiques de la notion de transmission mère-enfant, relevée précédemment au niveau des mécanismes biophysiques en jeu.

S'ajoutant à celles identifiées lors de l'analyse de la terminologie employée et des modalités de transmission en jeu, les particularités de la transmission mère-enfant, et parmi elles de la transmission lors de l'allaitement, livrent de précieux enseignements sur le contenu et la construction du savoir médical sur le sida. Le premier et plus général de ces enseignements reste que le savoir médical en vient à simplifier des situations dont il révèle parallèlement la complexité et le caractère spécifique. Sous une apparente précision formelle pointe la nécessité d'une discussion du contenu des concepts utilisés et des classifications opérées. Faut-il s'étonner que le savoir scientifique s'enrichisse — en toute rigueur méthodologique — de données qui interrogent ses fondements sans pour autant opérer le travail réflexif sur la signification et les implications de ceux-ci ou, plus simplement, considérer qu'il n'y a là qu'un processus commun aux savoirs en jeu autour du sida ?

Note méthodologique

Dans le cadre de la partie menée en Côte-d'Ivoire du projet "Face au sida, négociations sociales du risque en Côte-d'Ivoire et au Mali" et compte-tenu du caractère déterminant pour l'analyse des processus de négociations des risques de la question de la proximité avec la maladie, nous avons choisi de travailler, à Abidjan, auprès de quatre groupes :

- des personnes infectées par le VIH (24 : 188 entretiens réalisés), rencontrées au sein de deux associations de personnes séropositives (Lumière Action et le Club des Amis) et dans un Centre anti-tuberculeux. Nous appréhendons ici le rapport au risque de personnes confrontées à la maladie en introduisant un élément de comparaison constitué par le fait d'être atteint par la tuberculose ;
- des anciens tuberculeux, séronégatifs au moment de la prise en charge de leur tuberculose (9 : 52 entretiens réalisés) : rencontrés à partir d'un Centre anti-tuberculeux, ces personnes ont une expérience particulière de l'infection à VIH dans la mesure où, d'une part, elles ont souffert d'une pathologie fréquemment et de plus en plus associée au sida et, d'autre part, elles ont reçu un conseil sur le VIH lors de leur test ;
- des personnes habitant un quartier populaire d'Abidjan (Koumassi), dont le statut sérologique nous était inconnu (27 : 139 entretiens réalisés) ;
- des personnels de santé de deux structures sanitaires (19 : 107 entretiens réalisés) : l'une pratiquant un dépistage systématique du VIH chez ses malades (un CAT) et l'autre accueillant un projet de prise en charge de l'infection à VIH (Une Formation sanitaire urbaine : FSU).

Les données présentées dans ce texte sont issues du suivi des trois premiers groupes : les personnels de santé ne sont pas concernés.

Les entretiens ont eu lieu aussi bien dans le centre de santé, au siège de l'association (pour les personnes séropositives) ou au domicile (pour les personnes séropositives, les anciens tuberculeux et les habitants de Koumassi).

Ils se sont étalés au maximum sur deux années (novembre 1996 - novembre 1998) et suivant des fréquences variables. Il a été aisé de suivre un groupe fixe de personnes habitant le quartier de Koumassi. Parmi les personnes infectées par le VIH, le contact avec les membres d'associations a été plus aisé — au point où des demandes ont été exprimées pour participer à notre étude — que celui engagé avec les patients du Centre anti-tuberculeux.

premiers ont en général l'habitude d'avoir des discussions sur leur vie, leur expérience personnelle et, même si les thèmes abordés ici ne le sont pas dans la perspective journalistique à laquelle ils sont en général habitués, il n'en demeure pas moins qu'ils font preuve d'une disponibilité que l'on ne rencontre pas toujours chez les tuberculeux séropositifs des CAT. Ceci s'explique aussi par le fait que les patients des CAT sont contactés alors qu'ils sont malades (en traitement pour une tuberculose) donc moins facilement mobilisables pour des discussions répétées sur leur situation. Enfin — si l'on excepte les aléas de ce type de démarche au long cours (déménagements, retour au village ou au pays d'origine) — les anciens tuberculeux, non infectés, ont pu être rencontrés sans difficulté, soit à leur domicile, soit sur leur lieu de travail.

Présentant à nos interlocuteurs notre travail comme une réflexion sur le sida, les attitudes et représentations qu'il génère, nous avons d'emblée abordé le thème des connaissances de chacun sur cette maladie : ses modes de transmission et moyens de prévention ainsi que les objectifs du test de dépistage et ses modalités de réalisation. Les connaissances en matière de traitement et de prise en charge sont recueillies dans cette partie. Le second thème traité est relatif à l'ensemble des perceptions de la maladie et du malade que chacun développe. Il s'agit ici de relever les représentations du risque-sida que ce soit dans sa vie personnelle ou professionnelle (dans le cas des soignants). Les attitudes face au malade sont rassemblées ici ainsi que — chez les personnes atteintes ou les anciens tuberculeux — les réactions à l'annonce de la séropositivité, de la séronégativité ou de la maladie (la tuberculose). Ce faisant nous nous sommes penchés sur les parcours thérapeutiques de ces divers patients. Dans un troisième temps, sont compilés et étudiés les comportements déclarés en matière de prévention de la transmission du VIH et de réalisation du test de dépistage. De là, nous passons aux appréciations portées sur chacune des campagnes de prévention, d'une part, et sur la nature des changements de comportements observés ou supposés, que ce soit chez les proches (enfants, frères ou sœurs, parents, amis) ou en "population générale", d'autre part. Enfin, cinquième thème abordé, au fil de nos entretiens (mais jamais dans les premiers), celui relatif aux conditions de vie nous permet d'évoquer les relations familiales de l'individu et ses rapports au travail.

Savoir commun et risque de transmission

Parmi ces savoirs, je situe un savoir commun, défini comme un ensemble de connaissances et de représentations non scientifiques et non spécialisées ¹⁸⁰. Les détenteurs du savoir commun — défini en ces termes très généraux — sont par conséquent des personnes dans des rapports divers à la maladie, et notamment au risque représenté par le VIH. Dès lors, repérer des proximités variables avec la maladie, afin d'appréhender les constructions sociales de l'exposition au "risque-sida", m'a donc amené à entrer en contact avec des personnes identifiées suivant un type de rapport particulier au sida : expérience vécue, pour des séropositifs ; proximité lors de soins passés, pour des anciens tuberculeux séronégatifs, dépistés pour le VIH lors de la prise en charge de leur tuberculose ; proximité par les canaux d'information habituels sur la maladie (campagnes de prévention, cas de sida dans la famille ou le quartier), pour des habitants d'un quartier populaire d'Abidjan. Au sein de ces groupes, des représentations communes de la maladie, de ses modes de transmission et du risque émergent : elles s'ajoutent — sans jamais les effacer — à des approches singulières du sida.

Un des premiers points abordés avec mes interlocuteurs se rapporte à la connaissance des modes de transmission du VIH. Si les personnes infectées — rencontrées dans le cadre des deux associations de personnes atteintes de Côte-d'Ivoire — mentionnent sans hésitation les transmissions par voies sexuelle et sanguine et de la mère à l'enfant, cette dernière est rarement citée par les anciens tuberculeux et, surtout, par la plupart des autres citadins. Non qu'elle soit en tant que telle inconnue : lorsqu'au fil de l'entretien, la question leur est explicitement posée d'une transmission du virus du sida de la femme enceinte ou la mère, à son enfant, les personnes remarquent — sous le sceau de l'évidence — qu'il s'agit d'un mode de transmission du VIH. Ce constat effectué, la personne interrogée précise alors que le VIH passe de la mère à l'enfant car c'est « le même sang » et

¹⁸⁰ J'inclus parmi les connaissances et représentations "spécialisées" celles des tradipraticiens.

que « la mère nourrit son enfant »¹⁸¹. Par conséquent, non seulement le virus du sida peut être transmis de la mère à l'enfant mais le risque est maximal. Dans ces constructions de la transmission mère-enfant sont repris deux des thèmes abordés précédemment : la notion de mode de transmission et la probabilité de transmission. Il ressort ainsi clairement que la transmission mère-enfant est rattachée à la transmission par voie sanguine — incidemment par voie sexuelle¹⁸² — et n'est donc pas d'emblée pensée comme un mode de transmission autonome. De plus, la contamination de l'enfant est considérée comme systématique : l'hypothèse contraire relève de l'impensable tant la future mère et l'enfant à venir sont physiquement liés l'un à l'autre. Nous touchons à un registre des représentations du sida qui obéit, me semble-t-il, à une logique de la disproportion. En effet, de même que les résistances de tous ordres à l'utilisation du préservatif renvoyaient pour une part à la difficulté à penser qu'un objet aussi simple — et ancien — puisse contrecarrer la diffusion d'une maladie aussi grave — et nouvelle— que le sida, de même il n'est guère concevable qu'une femme infectée puisse ne pas transmettre son affection à son enfant. Simplicité du moyen de prévention dans un cas, probabilité *relativement* faible d'être infecté, dans l'autre, se heurtent à l'image de la maladie, créant un espace de disproportion et donc de déni (du préservatif comme objet protecteur ; de la transmission mère-enfant comme non nécessairement systématique). En somme, décrite comme une émanation d'un mode de transmission (par le sang) tout en étant systématique, la contamination de l'enfant par sa mère à ceci de particulier qu'elle renvoie *stricto sensu* à un processus de transmission jugé systématique et échappe au registre classificatoire des modes de diffusion du virus du sida (qui, dans ce type de représentation, ne comprend plus que les voies sexuelle et sanguine).

¹⁸¹ En pays Mossi, au Burkina Faso, des observations analogues ont été effectuées par B. Taverne (1999).

¹⁸² Un de mes interlocuteurs m'a ainsi expliqué qu'un bébé pouvait avoir été contaminé par son père lors de rapports sexuels durant la grossesse, sans que sa mère ne le soit nécessairement : image du sperme contaminant pour l'enfant à venir mais pas pour la mère qui rappelle celle du sperme nourricier — moins pour la mère que pour l'enfant — repérée dans de nombreuses sociétés.

L'emblématique transmission durant l'allaitement

Ces considérations sur le lien avec la transmission par le sang et le caractère jugé systématique de la transmission de la mère à l'enfant, trouvent un éclairage particulier lorsque l'on se penche sur le cas de la transmission du VIH durant l'allaitement. Tout d'abord, une donnée récurrente fonde l'essentiel des représentations de ce risque de transmission : le virus du sida est dans le sang. Il est parfois situé par nos interlocuteurs dans d'autres liquides corporels (notamment le sperme) mais il est toujours localisé *aussi* dans le sang. Que les élaborations ultérieures sur la transmission par le lait conduisent à la juger possible ou non, elles sont toutes fondées sur le constat cardinal que le virus est dans — ou passe par — le sang.

L'image la plus répandue est celle d'une transmission — possible ou systématique — du VIH lors de l'allaitement. L'explication fournie à l'appui de cette affirmation renvoie à un lien entre le sang et le lait. J'utilise volontairement une notion vague pour rendre compte de la représentation d'une corrélation entre la présence du VIH dans le sang et dans le lait, qui se décline en une série de mécanismes. Le premier consiste à dire que le sang « forme » le lait : il participe de sa « fabrication », dans l'organisme de la mère. Le second mécanisme décrit évoque, de façon un peu plus précise, un processus de transformation du sang en lait. À la représentation d'une action du sang *sur* le lait s'ajoute celle du sang comme élément moteur de la circulation des fluides, dont le lait. Si le sang fait « *tout circuler dans le corps* », il en est de même du lait et, bien évidemment, du virus qu'il héberge. Toujours dans ce registre d'une dynamique des échanges et des contacts entre le sang et le lait, rendant possible une transmission du VIH lors de l'allaitement, j'ai relevé à diverses reprises des analogies entre le passage de substances de la mère au fœtus et la transmission du VIH. Comme je l'ai noté précédemment, suivant un constat empirique, il est ainsi admis que les remèdes pris par la mère peuvent avoir un effet sur le fœtus : il en est de même des « maladies » qui, atteignant la mère, affectent *ipso facto* ce dernier. Partant de là, on ne peut exclure une contamination de l'enfant qui boit le lait de sa mère, séropositive.

Décrivant *a priori* moins nettement un processus de circulation des fluides dans l'organisme de la mère — l'un (le sang) intervenant, pour partie ou entièrement, dans la constitution de l'autre (le lait) — j'ai aussi recueilli des explications selon lesquelles le lait « contient » du sang et « c'est le sang de la mère ». Dans les deux cas, nous touchons là à un registre de représentation du lait maternel qui mobilise tantôt l'image d'une présence effective de sang dans le lait et le sein (des plaies, des blessures sont alors évoquées) tantôt, métaphoriquement, celle de la dépendance organique entre le sang et l'ensemble des fluides et constituants du corps de la mère. S'agissant du premier point, le lait peut effectivement contenir des particules du sang et, dans ce cas, véhiculer le VIH : ce sera le cas lors de blessures sanglantes du sein. Mais, dire que le lait « contient du sang », doit aussi être entendu en fonction de ce que je notais précédemment, à savoir que le lait résulte d'une transformation du sang : ce sera alors moins la présence réelle de gouttes de sang dans le lait qui sera rapportée, que la « contribution » du sang présent dans le reste de l'organisme à l'élaboration du lait maternel. Par ailleurs, lorsqu'il est expliqué que le lait « c'est le sang » ou « c'est comme le sang » de la mère, le rapprochement est certes de l'ordre de la métaphore : l'un et l'autre sont des substances vitales, des « nourritures », pour la mère et l'enfant et, à ce titre, comparables, voire, équivalents. Ceci étant, il ne faut pas ignorer que ce type d'image peut s'accorder avec celle d'une présence concrète de sang dans le lait.

Avant de m'attarder sur les représentations qui envisagent l'absence de transmission du VIH lors de l'allaitement, je dirai quelques mots sur les tentatives de quantification du risque de transmission. Je n'ai pas repéré de corrélation entre le processus qui explique la transmission du VIH et la mesure en terme de probabilité du risque, qu'elle soit jugée possible ou systématique. En somme, une plaie au niveau du sein sera pour l'un la certitude de la contamination de l'enfant qui tète, pour l'autre une simple possibilité ; de même, le fait que le sang « forme » ou « transforme » le lait rendra possible la transmission du VIH, selon un de mes interlocuteurs, alors que pour un autre, dès lors que le sang « *fait tout circuler dans le corps* », y compris le lait, le virus passera nécessairement à l'enfant. Bien plus, cette personne limitera le risque de transmission de la mère à l'enfant au moment de l'allaitement : elle sait en effet qu'une femme séropositive peut donner naissance à un enfant qui n'aura pas été contaminé durant la grossesse ou l'accouchement. J'ajouterai que dans le registre du « possible », je n'ai qu'exceptionnellement obtenu des précisions sur la probabilité de

qu'exceptionnellement obtenu des précisions sur la probabilité de transmission (ne serait-ce qu'en termes d'un risque sur deux, sur trois...). Ces quelques remarques, soulignent le décalage entre la diversité des appréhensions de la transmission du VIH lors de l'allaitement et la relative uniformité, pour ne pas dire pauvreté, des connaissances sur la probabilité de survenue de cette transmission.

Les exemples de non transmission du VIH durant l'allaitement sont largement minoritaires. Comme je l'ai dit — et c'est là l'élément le plus remarquable de cette série de représentations — toutes fondent leurs descriptions en référence au sang. Le VIH passe par le sang mais « *le lait n'est pas le sang* » ou « *il n'y a pas de sang dans le lait* » ou encore le lait subit une « *transformation dans le corps de la mère* » qui l'amène à ne plus avoir la propriété contaminante du sang. Dire qu'il n'y a pas de sang dans le lait c'est aussi admettre que, dans l'hypothèse d'une lésion du sein et de l'ingestion par le bébé du sang de sa mère, le risque de contamination existe. En distinguant par conséquent le sang et le lait — et il s'agit là de l'argument central pour exclure l'allaitement des modes de transmission du VIH — la grossesse se voit de fait attribuée un risque important de transmission du VIH.

Ces éléments d'un savoir commun présentent tout à la fois des points de correspondance et de divergence avec les données bio-épidémiologiques connues. La correspondance la plus remarquable se repère dans la difficulté à considérer la transmission mère-enfant comme un mode de transmission en tant que tel. En effet, quand bien même le savoir médical présente la transmission mère-enfant comme "une" voie de transmission, l'ensemble de ses analyses tendent à la diluer en différents modes de transmission qui font intervenir des moments ou des processus distincts. Sur ce point très précis, les citoyens rencontrés déduisent — eux — d'un contact entre le sang maternel et le sang du bébé une évidente inscription de la contamination de l'enfant dans le registre de la transmission par le sang. Cette simplicité et cette cohérence de la description font certainement défaut aux catégorisations effectuées par le savoir médical, sur cette question des modes de transmission. On peut émettre ici l'hypothèse que cela est notamment dû au fait qu'il ne dispose pas des données et moyens lui permettant d'opérer, à ce stade de sa constitution, un travail réflexif sur ce que signifie la notion de "transmission mère-enfant" ¹⁸³. Finalement, d'une certaine façon, le savoir

mère-enfant”¹⁸³. Finalement, d’une certaine façon, le savoir commun dit explicitement ce que ne cessent de révéler les données médicales (biologiques, épidémiologiques) qui pour autant n’en expriment que partiellement la teneur au niveau des définitions et catégories. Si nous pouvons repérer un point de correspondance dans les *contenus* de ces savoirs, l’appréhension statistique du risque de transmission du VIH, à l’instar de la formalisation de ces savoirs, marque en revanche une nette divergence. Nous avons là une caractéristique du savoir commun sur le sida : il révèle une surestimation du risque de transmission du VIH, lors de l’allaitement et de la mère à l’enfant en général, mais aussi lors de rapports sexuels non-protégés ou par quelque contact que ce soit avec du sang contaminé.

Surestimations des risques et réponses sociales à la maladie

Observer une tendance à surestimer la probabilité d’être infecté lors d’une situation potentiellement contaminante ne doit guère surprendre¹⁸⁴. Tout d’abord, l’information scientifique de base n’est guère diffusée au-delà des milieux scientifiques eux-mêmes (que ce soit au travers de revues spécialisées ou de comptes-rendus de journalistes médicaux) ; en second lieu, la crainte originelle face au sida ne peut que se nourrir d’une surestimation du risque. Les idées suivant lesquelles un rapport sexuel non-protégé avec une personne infectée, le contact avec une seringue souillée ou le fait d’avoir une mère infectée pour un nouveau-né provoquent *nécessairement* la contamination par le VIH, vont de pair

¹⁸³ Absence de retour sur cette notion qui, pour reprendre le propos de G. Lenclud, ne permet pas au mot de “cesser de créer à lui tout seul un problème pour se transformer en élément signalant une solution, solution sortant quant à elle de l’enceinte langagière” (1997 : 124). Sortie, prise de distance par rapport à l’“enceinte langagière” que devraient précisément faciliter les échanges avec les représentations profanes des modes de transmission.

¹⁸⁴ G. Fabre a repéré auprès d’adolescents français cette difficulté à « discerner les divers degrés de contagiosité relatifs à telle ou telle pratique sexuelle, ou encore à tel ou tel contact sanguin » (1992 : 108) : dans ce registre du « tout est également possible », des phénomènes de surestimation mais aussi de sous-estimation du risque sont observables (p. 111).

avec les représentations du sida comme maladie grave et à l'issue fatale. Posés de la sorte, de tels constats ne manquent pas d'avoir des implications importantes sur les réponses sociales et individuelles à la maladie. Je me fonderai ici sur le constat — résultat du croisement de discours sur la maladie de citoyens d'Abidjan dans une moindre proximité avec la maladie — de la difficulté à quantifier les divers risques de contracter le virus du sida. La seule ignorance de données épidémiologiques n'explique pas cette situation : de façon nette intervient ici le processus d'assimilation des messages de prévention.

Énumérant sans les hiérarchiser des risques de contamination à la probabilité de survenue pourtant extrêmement variable, ce discours préventif destiné à la « population générale » coïncide avec l'image évoquée précédemment d'une affection grave donc fortement transmissible : il sera ainsi conseillé à une femme infectée de ne pas avoir d'enfant. Coïncidence des savoirs qui peut déboucher sur un détournement de l'objectif de santé publique à l'origine de ces messages — comme nous pouvons l'observer à Abidjan — dès lors que les femmes infectées réaliseront qu'elles peuvent avoir des enfants non infectés ou que des personnes infectées feront l'expérience de relations non protégées qui n'auront pas contaminé leur partenaire. Témoignages recueillis dans l'entourage ou répercutés par les médias, et expériences personnelles de la maladie peuvent par conséquent contredire le message préventif au point de fournir l'image d'un discours médical désireux d'occulter la vérité sur la nature exacte du risque encouru par l'enfant né de mère infectée ou par le partenaire d'une personne séropositive qui ne protège pas ses relations sexuelles. De ces hiatus entre savoirs peut naître un déni, non pas du sida en tant que menace sanitaire, mais du discours médico-préventif comme écho structuré aux expériences individuelles de la maladie.

Une telle réaction tend par ailleurs à se greffer sur une forme de banalisation de l'écoute de l'information sur le sida. Ce qui est ici souligné n'est pas seulement le constat d'un niveau satisfaisant de connaissance sur les modes de transmission et les moyens de prévention mais, de façon négative, le sentiment — manifesté en diverses occasions — d'un excès d'informations répétitives. Vouloir banaliser le sida par une pédagogie de la répétition peut, certes, s'avérer efficace si les changements de comportements s'inscrivent dans la durée. Or, ceux qui témoignent d'une saturation des connaissances de base sur le sida sont aussi ceux qui contestent la réalité des changements de comportement. Mon objectif n'est pas ici de juger de la réalité d'une connaissance que les comportements ne

juger de la réalité d'une connaissance que les comportements ne mettraient pas en application mais bien, plutôt, de souligner que les processus de banalisation de la connaissance, du rapport au malade et du rapport au risque se construisent de toute évidence à des rythmes différents. À ce titre, pour être ancrées dans les pratiques, les banalisations de la relation au malade dans le sens de son acceptation et du rapport au risque dans l'optique de sa juste évaluation doivent aller de pair avec un discours médico-préventif qui offrirait le moins d'interprétations possibles de son message en contradiction avec la connaissance scientifique censée le fonder¹⁸⁵. Or, de même que la quantification approximative ou erronée des risques ne facilite pas ces échanges entre connaissances et attitudes, l'absence de hiérarchisation qui caractérise leur perception par les citoyens rencontrés confirme que des attitudes de déni ou d'évitement peuvent naître de la rencontre de savoirs dont les fondements seraient trop aisément occultés.

La hiérarchisation des risques entre exigence de santé publique et constat anthropologique

Ne pas hiérarchiser les risques relatifs aux voies de diffusion du VIH s'inscrit dans le prolongement direct de la difficulté à quantifier, pour chacun d'entre eux, la probabilité de la contamination¹⁸⁶. Concrètement, prennent forme, au fil des entretiens, des sentiments individuels d'exposition au risque qui mettent sur le même plan le risque de contracter le VIH lors d'une relation sexuelle non protégée, lors d'une transfusion ou lors d'utilisation de matériel souillé par du sang infecté. Cette approche non hiérarchisée du risque reproduit les messages de

¹⁸⁵ Même si nous savons que, dans le domaine du sida, la taille relativement modeste des études — au regard des critères de représentativité statistique — et la variabilité biologique des phénomènes étudiés obèrent toute tentative de construire un savoir scientifique extrêmement précis dans ses résultats (d'où le recours nécessaire des épidémiologistes à des « intervalles de confiance »).

¹⁸⁶ Ceci étant, la hiérarchisation peut se concevoir — sous forme de classement des risques, du plus au moins probable — sans nécessairement une quantification précise de ces derniers.

prévention qui se contentent le plus souvent d'énumérer des situations de transmission du VIH sans y introduire quelque niveau variable de risque que ce soit. À l'instar de ce qui a été souligné pour la méconnaissance des probabilités de transmission du VIH par voie sexuelle, de la mère à l'enfant en général et durant l'allaitement en particulier, l'absence de hiérarchisation des risques a pour effet négatif d'accroître la perception de la personne infectée par le VIH comme potentiellement contaminante dans des situations qui, d'un point de vue épidémiologique, ne sont pas attestées. Ainsi, mettre en cause — comme cela s'observe dans les brochures et divers messages de prévention — les activités des coiffeurs ou coupeurs d'ongles qui utilisent des lames de rasoir traduit simultanément une erreur d'appréciation épidémiologique et une sous-estimation des effets négatifs d'une telle désignation. L'erreur épidémiologique consiste à répertorier un mode de transmission purement théorique du VIH : a-t-on pu identifier, en Afrique ou ailleurs, une personne contaminée lors d'une séance chez ce type de coiffeur, une fois exclues toutes les autres situations d'exposition au VIH (par contact sexuel ou lors d'une transfusion, notamment) ?

Par ailleurs, le fait de désigner cette activité participe d'une uniformisation des risques qui ajoute à la confusion sur la nature des situations de contamination. Je désire attirer ici l'attention sur la tendance, récurrente dans divers discours non médicaux, à insérer les modes de transmission les plus répandus du VIH dans un ensemble d'activités qui relèvent de la vie sociale de l'individu et qui ne sont nullement — ou très faiblement — porteuses de risque. Ceux qui mentionnent le passage chez un coiffeur comme autant à risque qu'une transfusion peuvent en effet être les mêmes qui tendent à marquer leur défiance par rapport au partage de plats et de couverts avec une personne infectée. Cette proximité illusoire avec le VIH se construit, elle aussi, autour d'un processus de développement de la connaissance relative au sida qui associe différents niveaux de savoirs. De nos jours, craindre de boire dans le même verre ou de manger avec les mêmes couverts qu'une personne séropositive ne relève pas uniquement d'une méconnaissance des voies de transmission du virus du sida et renvoie clairement aux représentations de la transmission de la tuberculose. Lorsque les voies de transmission de la tuberculose sont pensées comme pouvant transmettre aussi le VIH, ce sont les images de peur associées à ces deux pathologies qui se trouvent mutuellement renforcées (et non plus celles du seul sida). Il est essentiel de relever qu'une telle situation n'est pas sans corrélation avec le phénomène

situation n'est pas sans corrélation avec le phénomène d'ignorance ou de confusion des parts respectives des différents risques potentiels de contamination : elle participe de la représentation, développée précédemment, du sida comme pathologie dont la gravité suppose *ipso facto* une multiplicité de modes de transmission, parmi lesquels des situations de la vie quotidienne, pourtant non contaminantes.

Je conclurai ce propos sur les conséquences de l'absence de hiérarchisation des risques par une remarque issue d'observations effectuées auprès de personnes infectées. Lorsqu'elles analysent rétrospectivement leurs comportements, elles tendent à ne pas mettre en cause la voie de contamination sexuelle et évoquent, notamment, un possible contact avec le VIH par le biais d'objets souillés. Le refus d'envisager comme hypothèse première une contamination par voie sexuelle trouve un élément d'explication notamment dans la difficulté à hiérarchiser les risques. Il n'est en effet pas indifférent qu'en ne mettant pas en cause la voie sexuelle de transmission du VIH (ce qui, en soi, peut bien évidemment s'admettre) ces personnes désignent une situation de contamination relativement rare, mais qui s'inscrit parfaitement dans la logique de discours médico-préventifs se refusant à hiérarchiser et quantifier les risques de transmission du virus du sida.

Informer sur la transmission

La communication de santé publique sur l'infection à VIH doit dépasser la simple répétition de messages énumérant les modes de transmission. Ce dépassement suppose, conjointement, un retour sur la nature des transmissions ainsi catégorisées comme « modes de transmission » et une avancée dans le détail des modalités et probabilités de transmission effectives. Le cas de la transmission de la mère à l'enfant s'avère ici particulièrement éclairant sur le type d'effort à fournir. Il s'agirait, concrètement, de situer à sa juste place l'allaitement comme un mode de contamination de l'enfant par sa mère infectée. Dans le même temps, l'information doit rappeler quelques données sur les mécanismes de la transmission : à savoir que le virus du sida se repère aussi dans le lait, comme il est présent dans le sperme, et pas uniquement dans le sang. Ensuite, des éléments de quantification et de hiérarchisation des probabilités de transmission méritent

d'être délivrés. Cela consiste, à la fois, à donner des indications sur les probabilités moyennes de transmission du VIH, par voie de transmission, et à en déduire que toutes les expositions ne sont pas porteuses du même risque de contamination. Une telle information n'en demeure pas moins fort sensible : elle ne peut bien évidemment se concevoir qu'accompagnée d'une insistance accrue sur les moyens de prévenir toute contamination par et toute transmission du VIH : la répétition du message préventif sera alors fondée sur une plus grande précision de son contenu, permettant de limiter les risques de lassitude, voire de renforcement du déni de la maladie découlant d'une communication sur le sida stéréotypée. Ceci, alors qu'ont été soulignés la richesse et le caractère évolutif des savoirs épidémiologique et commun sur la maladie.

Références bibliographiques

Barthélémy M.

1994 *Le sida : des homosexuels aux hémophiles, les étapes de la découverte d'une maladie nouvelle aux prémises d'un scandale de la vie publique.* Centre d'Études des Mouvements Sociaux (CNRS-EHESS), Rapport pour l'ANRS, 138 p.

Bélec L.

1996 La transmission post-natale du VIH via le lait maternel. *ANRS Information* 19 : 30-36.

Bourdelais P.

1989 Contagions d'hier et d'aujourd'hui. *Sciences Sociales et Santé* 7 (1) : 7-20.

Dozon J.-P.

1991 D'un tombeau l'autre. *Cahiers d'Études Africaines* 31 (121-122) : 135-157.

Fabre G.

1992 Les adolescents face à la prévention du sida. *Prévenir* 23 (2) : 105-113.

Farmer P.

1996 *Sida en Haïti. La victime accusée*. Paris, Karthala.

Grmek M.

1988 *Histoire du sida. Début et origine d'une pandémie actuelle*. Paris, Payot.

Héritier F.

1995 « Rapport général ». In : J.P. Dozon et L. Vidal (éds.), *Les Sciences sociales face au sida : cas africains autour de l'exemple ivoirien* : 295-300. Paris, Éditions ORSTOM.

Lenclud G.

1997 Médor et Minet. En lisant Jean Pouillon. *L'Homme* 143 : 123-131.

Mandelbrot L.

1996 Estimation du moment de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. *Transcriptase* 44 : 6-8.

Taverne B.

1999 Représentations de la transmission mère-enfant du sida, perception du risque et messages d'information sanitaire au Burkina Faso. *Cahiers Santé* 9 (3) : 195-199.

Vidal L.

1999 La transmission. Le sida et ses savoirs. *L'Homme* 150 : 59-84.

2000a *Femmes en temps de sida. Expériences d'Afrique*. Paris, PUF.

2000b « Le lien. De connaissances en pratiques, évaluer les risques du sida ». In : J.P. Dozon et D. Fassin (éds.), *Les cultures de la santé publique* (À paraître).

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

Quatrième partie. La prévention de la transmission du VIH
par l'allaitement.

Chapitre XVII

Conditions et enjeux de la prise en compte de la transmission du VIH par l'allaitement

par Alice Desclaux

[Retour à la table des matières](#)

Dans les années qui ont suivi la mise en évidence, par les épidémiologistes, de la transmission du VIH par l'allaitement, les organismes internationaux ont manifesté une grande prudence dans la prise en compte de ce mode de transmission, pour de multiples raisons : imprécision des connaissances scientifiques disponibles, risque sanitaire inhérent aux alternatives à l'allaitement, caractère marginal de ce mode de transmission eu égard aux représentations sociales du sida en vigueur, absence de mesure de prévention simple et facilement généralisable, poids des représentations préexistantes d'un allaitement maternel qui ne saurait être dangereux, volonté de ne pas mettre en péril les acquis de la lutte contre l'allaitement artificiel... Cette « prudence » a fait l'objet d'interprétations plus radicales : N. Eberstadt considérait « UNICEF's medical obtuseness as a cruel manifestation of bureaucratic inefficiency, a product of blinding ideology, a simple human tragedy, or some combination of the three. » (White 1999 : 137) ; E. Abrams voyait dans ce retard la marque d'un déni de la part de cet organisme (1977) ; M. Sianga considérait que les femmes des pays du Sud ne pouvaient échapper au risque de transmission du VIH « just because WHO

échapper au risque de transmission du VIH « just because WHO and UNICEF want to keep their programs flying » (Geloo 1998, cité par White 1999). Ces critiques sont restées dispersées, portées par des individus — médecins praticiens africains, scientifiques, spécialistes de l'allaitement, militantes des droits des femmes — sans trouver de relais auprès d'institutions. Enfin, en 1996, l'ONUSIDA reconnaissait l'importance du problème et la nécessité de prévenir cette transmission, même dans les pays où la malnutrition et les maladies infectieuses représentent un risque majeur pour les enfants (UNAIDS/WHO/UNICEF 1997). Deux ans plus tard, l'UNICEF accomplissait une révolution conceptuelle et s'engageait dans la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement et l'accès aux aliments de substitution (UNICEF 1998).

L'engagement d'une réflexion préventive au plan national n'a pas suivi la même chronologie dans tous les pays africains. Il semble que ce qui, au fil des années, devenait un "retard", tient d'abord au rapport étroit entre connaissance et action : l'on "entend" d'autant moins une information que l'on ne dispose pas des moyens d'agir concrètement en conséquence. Mais au-delà de ce principe général, la prise en compte de la transmission du VIH par l'allaitement dépend en premier lieu de la "construction sociale du risque" dans le système de santé de chaque sous-région et de chaque pays. Les pays anglophones d'Afrique australe ont critiqué l'UNICEF et l'OMS pour ne pas avoir promu d'interventions préventives ; en 1997, le ministre de la santé et du bien-être des enfants du Zimbabwe, T. Stamps, présentait une motion à l'Assemblée Mondiale de la Santé au nom de l'Angola, du Botswana, du Lesotho, du Malawi, de Maurice et de l'Afrique du Sud, déclarant : « Are we to accept that our children's survival should be compromised by the risk of infant AIDS in the cruelest sense through the promotion of unlimited, unmodified and unchallenged breast-feeding policies ? » (Stamps 1997, cité par White 1999). Cette mobilisation n'a pas atteint les pays francophones d'Afrique de l'Ouest.

L'examen attentif de la prise en compte passée et présente de la transmission du VIH par l'allaitement au Burkina Faso met en évidence le caractère "invisible" du problème dans le système de soin, qui semble expliquer (même si ce n'est pas le seul facteur) l'incapacité à "ouvrir ce dossier". Dans ce contexte, et du fait de la complexité du problème, la réflexion de santé publique autour de la prévention ne peut être réduite à la décision technique d'un expert : elle nécessite la mobilisation collective "d'acteurs" — professionnels de santé, représentants des

tion collective “d’acteurs” — professionnels de santé, représentants des associations, scientifiques — qui s’estiment spécifiquement concernés par ce risque. Le risque, et les réponses qui doivent lui être opposées, sont perçus différemment par chaque acteur, institution et groupe impliqué, en fonction des enjeux qui sous-tendent, pour chacun d’entre eux, la prévention de la transmission du VIH par l’allaitement. Dans ce domaine, l’expérience de la Côte-d’Ivoire et celle du Burkina Faso ont été distinctes. C’est à cette étape, celle de l’initiation d’une réflexion sur la prévention, et plus précisément aux conditions sociales de l’émergence d’une dynamique préventive en matière d’allaitement et VIH, que s’intéresse ce chapitre ¹⁸⁷. Après l’analyse de la situation burkinabè, les facteurs qui semblent déterminants dans l’évolution des attitudes de ces deux pays seront précisés ¹⁸⁸.

L’absence de visibilité de la transmission du VIH par l’allaitement dans le système de soin

Les observations effectuées au cours de cette enquête, qui complètent une étude menée entre 1991 et 1996 sur divers aspects du système de soin (Desclaux 1997a ; 1997b ; 2000), montrent que les obstacles à la prise en compte de la transmission du VIH par l’allaitement tiennent en premier lieu aux modalités de diffusion de l’information scientifique auprès des professionnels de santé et de la population, à l’organisation institutionnelle du système de soin, et aux représentations associées, chez les agents de santé, aux femmes enceintes séropositives.

¹⁸⁷ D’autres éléments entreront en ligne de compte dans l’élaboration, puis dans la mise en pratique d’une stratégie préventive qu’ils faciliteront ou limiteront ; leur identification relève d’une réflexion de santé publique, et sera abordée dans le chapitre XIX.

¹⁸⁸ La méthode d’enquête concernant le Burkina Faso a été présentée dans le chapitre XI. Une enquête spécifique a été menée en Côte-d’Ivoire auprès des professionnels de santé et des associations en rapport avec le VIH et l’allaitement en juin et décembre 1998, puis en février 1999.

L'information des professionnels de santé, retard historique et déficit majeur

Comme dans de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest, les services et associations spécialisés dans la lutte contre le sida au Burkina Faso n'ont pas été mieux informés que l'ensemble des professionnels de santé en matière de transmission du VIH par l'allaitement. Le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) n'a pas diffusé les informations scientifiques et les déclarations des organismes internationaux postérieures à la Déclaration OMS/UNICEF de 1992 (WHO 1992), ni mis en place de formation spécifique. Aussi, de nombreux professionnels de la lutte contre le sida et de la promotion de l'allaitement n'ont eu connaissance des taux de transmission du VIH par l'allaitement qu'en même temps que les professionnels de santé non spécialisés dans ce domaine, quatre à cinq ans après la publication de ces données ¹⁸⁹.

Tous les professionnels de santé n'auront pas été informés avec précision pour autant, comme le montrent les résultats de l'étude des connaissances d'agents de santé qui réalisent des consultations prénatales, effectuée en 1999.

La grande majorité des agents de santé des services de SMI dans lesquels s'est déroulée cette enquête, *a priori* les plus compétents au plan national en matière de VIH ¹⁹⁰, ignorent non seulement le taux de prévalence dans leur pays, mais également les notions élémentaires concernant la transmission de la mère à l'enfant. L'accès aux connaissances médicales des agents de santé que nous avons interrogés est le même que celui de la population qu'ils sont censés informer : ils s'informent par les journaux, la télévision, la radio, ou parfois « *lorsqu'un membre de la famille [leur] transmet des documents* ». Comme le déclare une sage-femme : « *Nous sommes des autodidactes* ». Il n'est donc pas étonnant que le niveau des connaissances des agents de santé et leurs perceptions diffèrent peu

¹⁸⁹ Ce n'est que début 1997 que cette information était largement diffusée et qu'un débat a eu lieu entre professionnels burkinabè, à l'occasion d'un Colloque International "Toxicomanie, Hépatites, Sida" (Ouagadougou, 22-25 janvier 1997).

¹⁹⁰ Ces services avaient été désignés comme tels par leur ministère de tutelle.

de ceux des femmes qu'elles conseillent. Il est difficile de préciser dans quelle mesure cette situation est représentative des pays africains, où les moyens disponibles pour la formation continue sont limités, et dans quelle mesure elle serait spécifique du système de soin burkinabè. Le déficit de formation continue des professionnels de santé est d'autant plus aigu que les connaissances scientifiques dans le domaine de la transmission mère-enfant ont évolué au cours des dernières années, ce qui nécessiterait la réactualisation périodique de la formation.

Connaissances des agents de santé des services de Santé Maternelle et Infantile en matière de transmission du VIH par l'allaitement au Burkina Faso

La population et la méthode d'enquête ont été présentées dans le chapitre XI.

La grande majorité des personnes interrogées (14 sur 18) déclarent ignorer le taux de transmission du VIH par l'allaitement et ne peuvent donner d'ordre de grandeur. Deux personnes pensent que la transmission a lieu dans 100% des cas, une personne pense qu'elle a lieu « *dans la moitié des cas, peut-être plus* » et une personne dans deux cas sur dix. Les connaissances concernant le risque global de transmission de la mère à l'enfant ne sont pas plus assurées : plus de la moitié des répondants ignorent ce taux, deux personnes donnent des chiffres acceptables (entre 20 et 30%), cinq donnent des chiffres compris entre 50 et 100%. Les facteurs qui favorisent la transmission par l'allaitement sont méconnus : seules deux personnes citent les ulcérations du mamelon ou de la bouche ; mais plusieurs citent très justement « *l'ignorance* ». C'est donc 17 personnes sur 18 qui ignorent le taux de transmission du VIH par l'allaitement, et 16 sur 18 le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

La majorité des répondants (10 sur 18) ignorent également le taux de prévalence du VIH dans la population générale et chez les femmes enceintes au Burkina Faso et se déclarent incapables de donner un ordre de grandeur. Une personne seulement connaît ce taux, et une autre donne des chiffres proches de la réalité (« *7% de la population générale et 4% des femmes enceintes* ») : toutes deux sont des sage-femmes qui viennent de terminer leur formation. Les autres répondants qui donnent des chiffres estiment la prévalence du VIH entre 25 et 70% de la population burkinabè, taux énoncés le plus souvent sans certitude mais parfois affirmés avec assurance. Une seule personne interrogée a donné une estimation (très éloignée des chiffres

nombre d'enfants atteints chaque année au Burkina Faso, les autres ayant déclaré n'en avoir aucune idée. C'est donc 16 personnes sur 18 qui ignorent le taux de prévalence du VIH dans leur pays*.

Les mesures qui permettent de réduire la transmission mère-enfant du VIH ne sont pas mieux connues : huit personnes n'en ont aucune idée. Cinq citent l'AZT, deux proposent de traiter les MST, trois de ne pas avoir d'enfant. Neuf personnes proposent l'allaitement artificiel, une personne mentionne le sevrage à six mois. Seulement une personne, infirmière, propose un ensemble de mesures : « *se faire dépister, traiter les infections, assister l'accouchement, l'allaitement artificiel, l'AZT, donner du fer* ».

Seulement deux personnes sur dix-huit déclarent avoir reçu une formation en matière de VIH/sida après leur formation initiale ; seules celles qui viennent de terminer leurs études ont des connaissances de base dans ce domaine. Le Projet DITRAME a assuré la formation des personnels des services dans lesquels il a été réalisé, mais du fait de la mobilité professionnelle, seule une personne est encore en poste dans le même service quatre ans plus tard. Aucune autre personne interrogée n'a reçu une formation spécifique sur la transmission mère-enfant du VIH et la conduite à tenir dans ce domaine, ni eu accès à des documents sur ce sujet.

* Le taux de prévalence du VIH est estimé à 7,17% au Burkina Faso fin 1997 (UNAIDS/WHO Epidemiological Fact Sheet June 1998, dernières données disponibles au 1.03.00).

L'organisation institutionnelle, écartelée entre programmes verticaux

Si les propos des agents de santé des SMI montrent qu'une formation de base sur le VIH leur est encore nécessaire douze ans après le début de l'épidémie dans leur pays, c'est aussi parce qu'une approche "spécialisée" a prévalu dans l'organisation du système de soin. L'absence de stratégie coordonnée dans tous les services auprès desquels nous avons enquêté et de directives nationales concernant la transmission du VIH par l'allaitement tient au fait que les services ministériels chargés de la santé de l'enfant ont longtemps considéré que la gestion du VIH relevait du Comité national de lutte contre le sida, comme la gestion de l'allaitement relève du Programme national de promotion de l'allaitement maternel. Or, si la direction ministérielle en charge de la santé des enfants (la

nel. Or, si la direction ministérielle en charge de la santé des enfants (la Direction de la Santé de la Famille) est responsable de ce dernier programme, aucun des services de cette direction n'a pour mission spécifique la lutte contre le VIH. La plupart des services et programmes verticaux préexistants ont en effet considéré, lorsque leurs activités étaient remises en question par l'émergence de l'épidémie de sida, qu'il revenait au CNLS, mieux structuré et disposant de financements sans commune mesure avec tout autre programme du domaine de la santé de la mère et de l'enfant, de définir les stratégies à mettre en Œuvre.

Au CNLS, la réflexion sur la prise en charge des enfants fut limitée pendant plusieurs années aux problèmes sociaux posés par les orphelins. Ceci tient au fait que le sida pédiatrique est longtemps resté "invisible" ; d'autre part, l'atteinte des enfants n'a pas été considérée par le CNLS comme une priorité. Plusieurs raisons à cela : la programmation des plans de lutte du PNLS respecte la rationalité que revendiquent les programmes verticaux en basant les stratégies sur des données épidémiologiques actualisées. Or, le test de dépistage du VIH est peu pratiqué chez les nourrissons du fait de l'absence de spécificité d'un résultat positif avant l'âge de 15 mois et parce que le coût de l'examen, non négligeable, reste à la charge des parents. Jusqu'en 1998, les cas de sida pédiatrique n'étaient pas notifiés systématiquement. D'autre part, le sida pédiatrique est largement sous-diagnostiqué, y compris sur le plan clinique, tant les médecins considèrent qu'un diagnostic précis ne change pas les modalités de prise en charge de l'infection opportuniste ou du syndrome de malnutrition qui a conduit l'enfant infecté vers les services de soin. Dans ces conditions, le diagnostic étiologique d'infection à VIH chez l'enfant n'aurait d'intérêt que parce qu'il apporte une indication sur l'éventuelle séropositivité de la mère. Mais les médecins sont réticents à conseiller le dépistage aux mères auxquelles ils estiment n'avoir aucune prise en charge à proposer, et préfèrent éviter les risques psychologiques et sociaux associés à la connaissance de leur séropositivité. Une enquête réalisée en 1994 auprès d'enfants gravement malnutris pris en charge dans le centre de rénutrition d'un service hospitalier pédiatrique montrait qu'aucun des enfants suspectés par les médecins d'être porteurs du VIH n'avait été testé (Desclaux 2000). Il semble que la situation ait peu changé depuis.

Le Comité national de lutte contre le sida a longtemps considéré que les stratégies de prise en charge définies pour les adultes pouvaient être appliquées ou

adaptées aux enfants. L'analyse des messages d'Information Éducation Communication (IEC) produits par le CNLS montre qu'ils s'adressent essentiellement aux hommes, secondairement aux femmes ; ils ne traitent presque jamais de l'atteinte des enfants. Ainsi, chaque institution classant les différentes populations auxquelles elle s'adresse en fonction d'une hiérarchie qui lui est propre, les adultes masculins et lettrés semblent les premiers concernés par les plans de lutte contre le sida, exceptionnellement orientés vers les enfants. Le sida pédiatrique n'a jamais fait l'objet d'une commission spécifique et les pédiatres ne sont pas représentés au sein du comité ; c'est en 1998, lorsque des programmes de prévention médicamenteuse ont pu être envisagés, qu'un membre de l'équipe technique du CNLS a été chargé pour la première fois de la prévention de la transmission mère-enfant. Un retard similaire est observé en Côte-d'Ivoire, où, bien que la prévention de la transmission mère-enfant figure parmi les objectifs d'un plan de lutte à l'autre à partir de 1987, aucune mesure nationale spécifique n'est mise en place à cet égard avant 1996 (Anonyme 1997).

Cet "écartèlement" de la prise en compte de la transmission du VIH par l'allaitement maternel entre programmes verticaux, en particulier le programme de lutte contre le sida et le programme de promotion de l'allaitement maternel, ne saurait être spécifique du Burkina Faso, car la même organisation institutionnelle prévaut dans les autres pays africains.

L'information destinée à la population, partielle et non planifiée

Les enquêtes Connaissances, Attitudes, Croyances, Pratiques (CACP) réalisées auprès de la population générale ou de femmes enceintes mettent en évidence le faible niveau des connaissances concernant la transmission du VIH de la mère à l'enfant. En 1994-1995, seulement 4,6% des femmes enceintes et 0,7% des prostituées déclarent connaître l'existence de la transmission mère-enfant lorsque ce mode de transmission leur est soumis parmi d'autres (Meda *et al.* 1998) ; dans une enquête réalisée au plan national en 1996, seulement 9,8% des personnes interrogées en zone urbaine et 3,7% en zone rurale citent ce mode de transmission (Sawadogo *et al.* 1996). Bien que les techniques d'enquête puissent expliquer un certain degré d'imprécision et que le niveau des connaissances ait pu

certain degré d'imprécision et que le niveau des connaissances ait pu augmenter depuis la date de ces enquêtes, l'ensemble des études en sciences sociales réalisées au Burkina laisse penser que la transmission mère-enfant du VIH, notamment par le lait, est encore largement méconnue de la population (Desclaux 1997a). De même, l'atteinte de l'enfant par le VIH semble constituer une "zone aveugle" dans les représentations populaires, les perceptions du sida pédiatrique n'étant alimentées ni par les messages d'IEC, ni par les discours publics ou les médias qui n'abordent pas ce thème, ni par l'expérience de cas qui demeurent confidentiels (Desclaux 1997b).

Les sources d'information sont en effet défailtantes dans ce domaine : les agents de santé que nous avons interrogés semblent embarrassés par ce thème, en premier lieu du fait de l'insuffisance de leurs connaissances sur un sujet que la plupart d'entre eux préfèrent évoquer rapidement : « *On en parle en gros, sans rentrer dans le détail* », ou partiellement, en n'évoquant que la « *transmission materno-foetale* ». Ce n'est qu'en 1998 qu'un dépliant d'IEC du Comité National mentionne pour la première fois l'allaitement comme mode de transmission du VIH ¹⁹¹. Mais toutes les associations et organisations non-gouvernementales qui mènent des actions d'information sur le sida ou la santé de la mère et de l'enfant ne suivent pas cette option. Ainsi, le dépliant "SIDA, ce que vous devez savoir" du Projet Santé Familiale et Prévention du Sida, publié en 1998, annonce : « *Le sida s'attrape [...] par transmission de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement* ». Le motif le plus souvent invoqué pour expliquer cette omission est l'absence de mesure de prévention à proposer et la peur que cette information ne manquerait pas de susciter dans la population. Même dans le cas où l'allaitement est mentionné comme mode de transmission, l'ampleur du risque, qui peut être représentée par le taux de transmission, n'est pas précisée. C'est là un trait général de l'IEC réalisée par la majorité des professionnels de santé et des associations de lutte contre le sida, qui ne hiérarchisent pas les modes de transmission et ne donnent pas d'ordre de grandeur du risque, favorisant, volontairement ou non, la notion d'un risque maximal.

¹⁹¹ *Etre séropositif*, dépliant, CNLS & MST/PPLS, non daté.

En 1999, plusieurs associations ¹⁹² signalent que l'auditoire de leurs sessions d'information pose des questions à propos de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et de la contradiction qui existe entre les messages diffusés par les médias au sujet de l'allaitement et du VIH. La perception la plus communément répandue semble être la notion d'une transmission du virus dans 100% des cas ; la transmission par l'allaitement serait considérée comme secondaire, le nouveau-né ayant déjà été contaminé pendant la grossesse. Ainsi, il semble que la diffusion d'une information imprécise et partielle et l'absence de stratégie coordonnée au plan national ait favorisé une certaine "confusion" dans la population, qui surestimerait le risque de transmission.

Au-delà de l'absence de directives, l'information sur la transmission mère-enfant du VIH diffusée dans les services de SMI est soumise aux représentations du sida en vigueur parmi les agents de santé. Lorsqu'une infirmière déclare : *« Non, on ne parle pas de sida dans les causeries de SMI, on ne parle que de l'allaitement maternel, de l'alimentation, de la contraception, des vaccins... Il y a une causerie sur les MST/sida, mais on ne parle que de la transmission sexuelle »*, ce que complète une accoucheuse en disant : *« on leur parle du vagabondage sexuel »*, leur propos témoignent du fait que le sida est encore présenté le plus souvent comme une maladie du sexe, de l'individu choisissant ses comportements "à risque", davantage que comme une maladie de la famille. Le discours social, voire moral, sur la maladie, est d'autant plus prégnant au cours des séances d'information que les aspects biologiques de la maladie et de sa transmission sont mal connus des intervenants. Ce discours oppose encore, comme dans les premiers temps de l'épidémie, une sexualité "coupable", transgressive des normes sociales, à la sexualité conjugale qui serait moins porteuse de risque. Bien que moins stigmatisants qu'il y a quelques années, les messages d'IEC et documents pédagogiques produits par le CNLS, par les associations de lutte contre le sida et les médias, sont encore ça et là porteurs d'un discours moral chargé des mêmes stéréotypes. Là aussi, le sida n'est pas présenté comme une "maladie de la famille" mais comme une "maladie du sexe". La transmission mère-enfant du

¹⁹² Association Burkinabè pour le Bien-Etre Familial (ABBEF), Association African Solidarité (AAS), associations ayant des activités d'information en matière de VIH auprès des jeunes et rassemblées par le CIC-Doc (Centre d'Information, de Conseil et de Documentation VIH/TB, Ouagadougou).

VIH est de ce fait un thème encore relativement négligé dans les sessions d'information auprès de la population.

Les perceptions concernant les femmes séropositives dans le système de soin

Pour les professionnels de santé, prendre en compte la transmission du VIH par l'allaitement, c'est, en premier lieu et concrètement, entrer en relation avec des futures mères et des mères séropositives : des femmes qui désirent avoir un enfant en étant séropositives ou qui découvrent leur séropositivité à l'occasion d'une consultation prénatale. Leur attitude envers ces femmes est marquée par une tension entre compassion et évitement, déterminée par les représentations associées à ces situations, en vigueur dans le système de soin.

Etre enceinte et séropositive

Paradoxalement, alors que les femmes enceintes reçues en consultation de SMI constituent l'une des populations sentinelles de la surveillance épidémiologique du VIH et que le taux de prévalence chez ces femmes est une information diffusée par le CNLS, alors que ce taux est élevé ¹⁹³, la séropositivité chez une femme enceinte reste une notion abstraite pour de nombreux agents de santé de SMI. Près de la moitié des agents auprès desquels nous avons enquêté n'ont jamais été confrontés concrètement à un problème d'infection par le VIH, ni dans le cadre de leur profession ni dans celui de leurs relations personnelles. Seulement quatre personnes sur dix-huit ont parlé avec une femme séropositive de son infection. Les autres déclarent que la situation ne s'est pas présentée, mais surtout que n'étant pas formés en « counselling », elles ne s'aventureront pas à ouvrir le dialogue sur le sujet pour plusieurs raisons : elles manquent d'informations sur ce qu'il faut faire, sur le message qu'il faut apporter, sur la

¹⁹³ Les derniers chiffres datent de 1998. Ils sont de 7,7% et 8,3% dans deux sites de Ouagadougou ; 7,7% et 9% dans deux sites de Bobo-Dioulasso. Ministère de la Santé, Ouagadougou, Mai 1999.

manière de le présenter « *pour être à l'aise sur un sujet délicat* », « *car c'est angoissant d'en parler en contournant le sujet* ». En 1999, la situation de la prise en charge du sida est, au Burkina Faso, analogue à celle de la Côte-d'Ivoire décrite en 1996 où, dans les services spécifiques pour le sida et dans les structures où il existe des cellules de prise en charge des séropositifs ou des projets de recherche (essais thérapeutiques surtout), le conseil de prévention du VIH/sida, l'annonce et le suivi psychosocial sont courants ; par contre, dans les services non spécifiques pour le VIH/sida, les conseils de prévention, le pré-test, l'annonce et le suivi psychosocial des séropositifs sont rares ou inexistants (Blibolo *et al.* 1996). « *C'est un sujet qui nous traumatise tous. On ne sait pas quoi dire, on ne sait pas quoi faire et on n'est pas à l'abri.* » La plupart des agents de santé des consultations prénatales de SMI semblent désarmés face à une femme enceinte séropositive, n'ayant sur le sujet ni connaissances particulières, ni conduite à tenir clairement définie, ni mission propre dans le cadre de leur rôle professionnel, ni acquis d'expérience au cours des dernières années. Ils ne sont pas à l'abri de la crainte de leur propre contamination sur les lieux de soin, partagée par les autres professionnels de santé. Ces éléments favorisent l'entretien du silence autour de l'infection à VIH, mais également le recours à un "diagnostic infirmier" bâti à partir d'éléments disparates, issus des connaissances scientifiques et des représentations populaires de la maladie, qui accordent peu de place à la séropositivité asymptomatique. Selon un agent itinérant de santé qui assure des consultations prénatales : « *On est confrontés [au VIH] mais on ne le sait pas, c'est pourquoi on se protège. Même si on soupçonne, elle [une femme séropositive] ne le dira pas, si c'est pas au tombeau. Personne ne le dira...* ». Ces propos attestent de l'inquiétude et des stratégies concrètes d'évitement par le silence adoptées par la majorité des agents de santé face à une personne présumée séropositive ; l'absence de connaissances précises concernant la prévalence du VIH, alors que cette information est disponible au Comité national de lutte contre le sida, pourrait attester d'une autre forme d'évitement.

Avoir un enfant dans le contexte du VIH

L'attitude des professionnels de santé vis-à-vis de la procréation chez les personnes vivant avec le VIH semble assez homogène, dans le sens d'une opposition, motivée par la difficulté pour une mère atteinte par le VIH de

s'occuper d'un enfant qui deviendra tôt ou tard orphelin, doublée du risque de contamination de l'enfant. Cette attitude est également partagée par les professionnels de santé spécialisés dans le domaine du VIH, qui ont un temps proposé l'interruption thérapeutique de grossesse chez les femmes séropositives, en contradiction avec le Code de la Santé Publique burkinabè (Ministère de la Santé 1995). Parfois, éviter une grossesse est la seule recommandation délivrée à une femme présumée infectée par le VIH sans même qu'une confirmation sérologique semble nécessaire, comme l'explique une accoucheuse : « *Quand on voit une femme comme cela, lorsqu'elle est fatiguée ou malade, quand elle n'a pas vu ses règles depuis plus d'un an... on la décourage de faire des enfants sans lui faire savoir que ça peut être ça* ». Ailleurs, au cours de sessions d'IEC, cette recommandation prend une valeur normative : selon une accoucheuse auxiliaire, « *au cours des causeries, on dit qu'une femme qui a le sida, normalement elle ne doit pas faire d'enfant, même si elle n'a pas de signe* ». C'est dire que les attitudes des professionnels de santé sont peu favorables à une femme qui, connaissant sa séropositivité, souhaiterait néanmoins avoir un enfant.



Ainsi, de multiples facteurs se conjuguent pour limiter la visibilité et la prise en compte de la transmission du VIH par l'allaitement dans le système de soin, et celle des femmes concernées par ce problème. Tant de la part des soignants que de la part des femmes séropositives, des stratégies d'évitement sont mises en oeuvre dans ce sens. C'est donc loin de l'expérience des services de soin de SMI, dans un cadre institutionnel spécialisé, que devra s'ouvrir une réflexion préventive.

L'émergence d'une dynamique préventive

Dans un système de santé peu favorable à la prise en compte de la transmission mère-enfant du VIH, seuls des "acteurs" spécialisés ou particulièrement concernés étaient à même de mener une réflexion sur ce thème. Outre les institutions consacrées à la promotion de l'allaitement ¹⁹⁴, les services

¹⁹⁴ Pour le Burkina Faso, ces institutions ont été décrites dans le chapitre XI.

de lutte contre le sida, et les services chargés de la santé de la mère et l'enfant, ces acteurs sociaux comprennent, au Burkina Faso et en Côte-d'Ivoire, des scientifiques qui ont mené des essais cliniques de prévention de la transmission mère-enfant (Projet DITRAME à Bobo Dioulasso et Abidjan, Retro-CI à Abidjan) et des associations de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ou de soutien aux PVVIH. La réalisation d'essais cliniques et la présence d'épidémiologistes créent un contexte particulièrement favorable, en permettant l'accès aux dernières avancées de la connaissance, en stimulant la réflexion de santé publique, en apportant des moyens matériels et relationnels pour mettre en oeuvre des projets d'intervention. L'existence des mêmes institutions sanitaires dans les deux pays, informées des mêmes directives internationales, ne s'est pas traduite par une même dynamique.

Burkina Faso et Côte-d'Ivoire. Deux modèles

Au Burkina Faso, des pédiatres ont soulevé la question de la transmission du VIH par l'allaitement dès 1994, et depuis, certains d'entre eux suivent au cas par cas des femmes séropositives dont quelques-unes ont opté pour les substituts du lait maternel. À partir de 1995, le Groupe de Recherche sur l'Infection à VIH (GRIV) du Centre Muraz a analysé les pratiques en matière d'alimentation du nourrisson des femmes incluses dans l'essai DITRAME. À partir de 1998, des réflexions ont été menées, de manière ponctuelle, par les associations de promotion de l'allaitement. Parallèlement à ces expériences, deux dates marquent la prise en compte de la transmission du VIH par l'allaitement : 1997, lorsque les professionnels de santé burkinabè ont débattu pour la première fois sur ce thème au cours d'un colloque international à Ouagadougou ; 1998, lorsqu'a eu lieu la première réunion consacrée à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, qui rassemblait des représentants des équipes de recherche (notamment du GRIV, à l'initiative de la réunion), des professionnels de santé publique du CNLS et de la direction ministérielle chargée de la santé de la mère et l'enfant (Meda *et al.* 1998). Dans l'attente d'un programme d'intervention expérimental, aucune stratégie n'avait encore été définie au plan national en matière d'allaitement et VIH fin 1999 : des recommandations qui font l'objet d'un consensus parmi les

scientifiques, telles que le fait d'informer les femmes séropositives au sujet de la transmission du VIH par l'allaitement, n'avaient pas encore été adoptées et diffusées. Les initiatives en matière de prévention de la transmission par l'allaitement, prises par les pédiatres cliniciens, l'APAIB (Association pour la Promotion de l'Alimentation Infantile au Burkina Faso), le GRIV, restent hétérogènes, voire non coordonnées.

En Côte-d'Ivoire, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH fait l'objet d'une réflexion coordonnée au niveau national depuis 1994. Cette réflexion est menée par la Cellule mère-enfant, cellule consultative du PNL/MST/Tuberculose, créée en juin 1993, qui rassemble des responsables de programmes verticaux, des gynéco-obstétriciens et pédiatres cliniciens, des épidémiologistes, des travailleurs sociaux et des représentants d'associations de personnes vivant avec le VIH. Cette cellule se rencontre mensuellement et la transmission du VIH par l'allaitement est régulièrement discutée. En 1994, la Cellule propose une stratégie qui sera complétée et précisée en 1998 (Cellule de réflexion auprès du PNL 1995) (voir encadré).

Stratégie proposée par la Cellule Mère-enfant
du PNL en Côte-d'Ivoire

• *Prévention de la transmission mère-enfant du VIH : éléments en vue de l'élaboration d'une politique nationale en Côte-d'Ivoire. Cellule de réflexion auprès du PNL. Rapport, 4 p., 1995 :*

En préalable, il apparaît clairement au groupe que la femme séropositive, quel que soit son stade d'infection et son statut socio-économique, doit être informée des avantages et des risques que comportent les solutions proposées (allaitement maternel ou alternatives) afin de pouvoir décider elle-même de ce qu'elle souhaite faire.

Le groupe propose la stratégie suivante :

1. Lorsqu'une femme est au stade sida durant la grossesse ou à la naissance, l'allaitement maternel sera déconseillé.

2. Les mères infectées par le VIH et asymptomatiques devront être informées des avantages et des risques liés à l'allaitement maternel ainsi que des alternatives possibles. Au cas par cas, il pourra leur être proposé un allaitement maternel ou artificiel selon la situation de la femme en prenant en considération en particulier son niveau d'éducation et son niveau socio-

économique.

3. Toute proposition d'alternative à l'allaitement maternel nécessite des mesures d'accompagnement. Il s'agira entre autres de fourniture ou de subvention du lait artificiel mais également et surtout d'un suivi particulier des enfants à l'allaitement artificiel. Les alternatives à l'allaitement maternel (stérilisation du lait, nourrice, élimination du colostrum, aliments locaux de remplacement) devront faire l'objet d'études scientifiques en termes d'innocuité et de faisabilité avant de pouvoir être proposées à une large échelle.

4. Lorsque les conditions de nutrition le permettent, le sevrage sera proposé à l'âge de six mois lorsque la femme est connue comme séropositive et l'enfant apparemment non infecté.

5. La transmission mère-enfant semblant plus importante lorsque la mère est récemment infectée, le problème de la transmission post-natale est encore l'occasion d'insister sur la nécessité de mettre en place des programmes de prévention ciblés sur les femmes en âge de procréer ainsi que l'intérêt de l'utilisation des préservatifs dans la période du *post-partum* chez des femmes pouvant être exposées au risque de contracter l'infection par le VIH.

• *Réflexion sur la politique de l'allaitement chez les mères séropositives.*
Shaw E., Sarda J., Kaba F., Gonhi C. 1 p., juin 1998

1. L'allaitement artificiel sera conseillé sur prescription médicale si les conditions socio-économiques des mères le permettent. La mère aura l'obligation de se faire suivre régulièrement dans une formation sanitaire ainsi que l'enfant dans un centre socio-sanitaire.

2. Entre la naissance du bébé et sa mise au sein, il a été conseillé un décalage de 48 h. Pendant ce temps, le bébé sera nourri à l'allaitement artificiel. Dans le même temps il faut :

- entretenir la sécrétion lactée
- maintenir l'accouchée [à l'hôpital] jusqu'à la mise au sein du bébé (2 à 3 jours)
- renforcer les conseils par un suivi régulier de la mère et de l'enfant

3. Pour le chauffage du lait maternel à 70°, le groupe s'est réservé de faire des commentaires à ce sujet du fait de sa complexité.

4. Le sevrage précoce de l'enfant au sein sera conseillé aux alentours de six mois.

En conclusion, le groupe a mis l'accent sur la nécessité d'établir une

relation fonctionnelle entre les PMI et les centres sociaux pour un meilleur suivi des enfants.

Ces propositions ont été discutées au plan international et prises en compte pour l'élaboration des recommandations d'Onusida ; elles n'ont cependant pas été entérinées par le PNLIS ¹⁹⁵ de Côte-d'Ivoire, la Cellule Mère-Enfant n'ayant qu'un rôle consultatif.

Les conditions d'une dynamique et les obstacles

Les sociologues qui ont analysé les politiques publiques face à des risques sanitaires émergents ont montré que l'on peut considérer qu'un risque est un danger qui a pris forme dans des dispositions, des controverses, des mobilisations, et s'est progressivement imposé comme un problème touchant la collectivité (Godard 1997). Ce danger est d'autant mieux pris en compte que les connaissances scientifiques sur le sujet se sont stabilisées, ce qui favorise l'acceptation collective d'une même interprétation du risque ; pour une institution, qu'il entre dans son champ de compétences et que sa prise en considération accroît sa légitimité ; qu'il existe des espaces d'échanges et de controverses ; qu'il existe une mobilisation et que des personnes ou des groupes affectés peuvent se faire reconnaître comme victimes par la collectivité. Quelles attitudes, interprétations, mobilisations, ont entouré le risque de transmission du VIH par l'allaitement au Burkina Faso et en Côte-d'Ivoire ?

L'interprétation du risque

Dans les deux pays, la diversité des interprétations concerne non seulement l'importance du risque sanitaire que représente la contamination d'enfants par le VIH, mais également la valeur du risque statistique. Dans ce domaine, les professionnels de santé ne se réfèrent pas tous à des données scientifiques

¹⁹⁵ Au 31 juin 1999.

actualisées ; même lorsqu'ils évoquent des données concordantes, voire les mêmes taux, leurs perceptions sont échelonnées selon une graduation qui fait dire aux uns : « *Sur dix enfants de mères séropositives, c'est un ou deux qui seront contaminés par l'allaitement, alors que huit ou neuf retireront un bénéfice du lait maternel* », et aux autres : « *16 ou 25% de transmission du VIH, c'est un risque trop important* ». Le risque est perçu comme plus ou moins important selon qu'il est considéré dans l'absolu ou relativement à d'autres risques et qu'il est invoqué pour se prononcer sur la procréation chez les personnes vivant avec le VIH ou sur la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement. Cette observation rejoint celle d'anthropologues qui ont montré comment les données statistiques, expression la plus simplifiée du "risque", font l'objet d'interprétations dans les sociétés qui ont une culture de la rationalité mathématique (Douglas 1992) comme dans celles où le concept probabiliste est d'importation récente (Heyman *et al.* 1998) : il s'agit là moins d'une interprétation culturelle des données quantitatives que d'une construction sociale, l'interprétation des chiffres étant prédéterminée par l'acceptabilité individuelle ou sociale du risque qu'ils représentent.

Les attitudes des professionnels et les enjeux institutionnels

Ces interprétations des chiffres sont indissociables des attitudes des professionnels de santé, dans un contexte d'incertitude concernant les mesures préventives qui était prévalent avant la publication des recommandations d'ONUSIDA ¹⁹⁶. La situation de ces professionnels est très différente de celle des pays du Nord où les moyens organisationnels et matériels permettent de mettre en place des politiques préventives et d'appliquer le « principe de précaution » ¹⁹⁷. Les attitudes sont parfois strictement individuelles ; parfois,

¹⁹⁶ Ces recommandations n'ont pas totalement résolu l'incertitude.

¹⁹⁷ Cette notion désigne « des comportements de prudence liés aux situations de forte incertitude scientifique ou technique » (Lascoumes 1997 : 129). De plus en plus adopté en Europe (notamment au cours des "crises" de l'Encéphalite Spongiforme Bovine anglaise, des dioxines dans la chaîne alimentaire belge et de la *Listeria* dans la chaîne française), ce principe

elles témoignent des enjeux que représente la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement pour le groupe ou l'institution d'appartenance du professionnel de santé qui s'exprime.

Des attitudes similaires sont observées au Burkina Faso et en Côte-d'Ivoire, où elles se distribuent différemment ; elles peuvent être classées en quatre catégories, selon le niveau d'acceptabilité du risque ¹⁹⁸:

- Le refus d'un risque surestimé, ou le passage d'un extrême à l'autre : « *Toute la promotion de l'allaitement maternel sera remise en cause, on devra même peut-être changer de nom* » (un responsable d'association de promotion de l'allaitement maternel de Ouagadougou). « *S'il faut carrément supprimer l'allaitement maternel pour les femmes séropositives, je ne sais pas si l'allaitement artificiel est faisable pour tous* » (un médecin, responsable administratif). « *Il va falloir se contredire, déjà qu'avant on donnait de l'eau sucrée au biberon, maintenant on revient encore sur ce qu'on a dit* » (une sage-femme). Certains professionnels de santé, se référant aux pays développés où l'alimentation aux substituts du lait maternel est la stratégie dominante, évoquent spontanément et en premier lieu le "tout allaitement artificiel" comme mesure préventive, et déclarent que le risque VIH justifie un changement total des pratiques d'allaitement et de promotion de l'allaitement maternel. Ceux qui émettent cette proposition n'ont généralement pas pu la mettre en pratique et soulignent les risques sanitaires d'une telle mesure. Selon la majorité d'entre eux, les conditions actuelles ne permettent pas de mettre en place une telle stratégie en Afrique de l'Ouest, et la prévention de la transmission par l'allaitement est renvoyée à un futur hypothétique. Pour les sage-femmes et les accoucheuses, ce volte-face annule le précédent changement de stratégie adopté il y a quelques années dans le cadre de la promotion de

conduit à prendre des précautions préventives même dans les cas où l'importance du risque sanitaire n'est pas connue avec précision.

¹⁹⁸ Ces résultats concernent une trentaine de professionnels de santé au Burkina Faso, une dizaine en Côte-d'Ivoire, ayant des fonctions de direction administrative des programmes concernés par l'allaitement et le VIH, de santé publique, ou une pratique clinique.

l'allaitement ; elles perçoivent cela comme une remise en cause, ce qui soulève pour elles des enjeux de légitimité professionnelle.

- La tolérance provisoire du risque motivée par la prudence stratégique : « *Tant qu'on n'a pas les résultats des essais thérapeutiques, on ne peut rien définir* » (un médecin praticien). « *Comme on ne peut pas dire, on ne fait que répondre aux questions* » (un responsable d'association ayant des activités d'IEC). Des professionnels et institutions s'en tiennent à des mesures limitées, mettant en place des stratégies d'évitement face aux aspects qu'ils ne s'estiment pas en mesure de prendre en compte. Rationalisation de l'impuissance ou alibi ? Cette prudence stratégique peut apparaître comme telle lorsqu'elle justifie la remise à plus tard de recommandations qui font l'objet d'un consensus, telles que l'interruption de l'allaitement chez des femmes au stade de la maladie.
- La mise en place de mesures pragmatiques pour réduire le risque : « *J'ai tenté le lait maternisé mais il y a des problèmes sociaux que nous sommes incapables de gérer* » (un médecin de service hospitalier). « *On a nourri [au lait maternisé] des enfants qui s'en sont bien sortis, même dans des quartiers éloignés où il n'y a pas l'eau potable* » (une responsable de CREN). Ces expériences sont diverses, émanant de pédiatres qui ont suivi la pratique d'alternatives à l'allaitement maternel chez quelques-unes de leurs patientes séropositives, de services de soin en Côte-d'Ivoire et au Burkina Faso, de membres de l'Association de Promotion de l'Alimentation Infantile au Burkina, de membres d'associations de PVVIH en Côte-d'Ivoire, et de projets de recherche. Ces tentatives, qui ont permis de tester à la fois la faisabilité et les limites des alternatives à l'allaitement maternel dans la communauté et l'organisation des services face à cette question, ont dans certains cas été suivies par la Cellule Mère-Enfant d'Abidjan ; au Burkina Faso elles restent individuelles, et n'ont pas encore été capitalisées, tant du point de vue de leurs acquis que de celui de leurs échecs dans des contextes variés.
- Le déni du risque et le maintien du statu quo : « *Le problème, ce n'est pas l'allaitement maternel, c'est les femmes qui sont séropositives* » (une responsable de programme de promotion de l'allaitement). Quelques services et institutions considèrent que le risque VIH peut être négligé

pour les femmes qui ne connaissent pas leur statut sérologique. En 1997, les responsables du Programme de promotion de l'allaitement maternel de Côte-d'Ivoire ont choisi pour objectif prioritaire l'adoption d'une "Déclaration de politique nationale pour la promotion, la protection et l'encouragement de l'allaitement maternel". Cette déclaration, présentée à l'Assemblée par le Ministre de la Santé Publique, n'évoque pas le VIH, et pose pour objectif le fait que « dès l'année 1998, 90% des mères donneront le sein dans la première heure suivant l'accouchement dans toutes les structures sociales et sanitaires du pays » (Secrétaire général du gouvernement 1997), alors que 15% des femmes enceintes sont séropositives à Abidjan (Welffens-Ekra *et al.* 1996). Des formes de déni plus subtiles sont perceptibles dans le refus de prendre en compte les taux de transmission du VIH reconnus au plan international, sous prétexte qu'ils seraient trop imprécis. L'attitude de ces professionnels montre qu'il existe un enjeu de légitimité institutionnelle dans le maintien d'une même stratégie inchangée malgré le changement du contexte épidémiologique.

Quelques scientifiques et pédiatres, directement confrontés aux demandes des femmes et des couples concernés, soulignent la nécessité de trouver rapidement des solutions. Mais aucun professionnel n'exprime la notion de responsabilité collective face au risque de transmission, ni d'enjeu institutionnel allant dans le sens d'une "urgence préventive". Contrairement aux propos tenus lors de la Conférence Internationale sur le Sida et les Maladies sexuellement transmises à Abidjan (CISMA) en décembre 1997, le spectre d'un "scandale du lait contaminé" ne semble pas représenter une menace.

L'existence d'espaces d'échange

L'existence d'espaces d'échange apparaît comme une condition essentielle pour la prise en compte de la transmission du VIH par l'allaitement, qui pourrait expliquer les différences entre les situations ivoirienne et burkinabè. Mais cette condition n'est pas suffisante dans un système qui, dans ce domaine, est hétérogène et peu structuré ; où les champs de compétences sont tels que plusieurs programmes sont concernés ; où les stratifications et les hiérarchies sont multiples de l'international au local, du public à l'associatif, du sanitaire au social, des

instances techniques aux instances décisionnelles ; où les logiques institutionnelles ne concordent pas toujours avec la réflexion commune. Le processus de planification des mesures préventives sur la base d'avis d'experts, préconisé en santé publique, peut être limité lorsqu'aucune institution ne "gère" la réflexion collective, comme c'est le cas au Burkina Faso ; ou lorsque les institutions ne parviennent pas à intégrer la réflexion spécifique à la transmission du VIH par l'allaitement dans les logiques de leurs propres programmes, comme c'est le cas en Côte-d'Ivoire pour le programme de promotion de l'allaitement maternel ¹⁹⁹.

*La mobilisation des personnes et des groupes affectés
et la reconnaissance par la collectivité*

En 1999, la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement ne représente un thème de mobilisation des associations ni au Burkina Faso, ni en Côte-d'Ivoire ²⁰⁰.

Au Burkina Faso, aucune association ne se présente comme une association de —Personnes Vivant avec le VIH“ mais plusieurs associations de soutien aux personnes infectées ou affectées par le VIH sont regroupées au sein d'un collectif, le CAS/VIH (Collectif des Associations de Soutien aux personnes vivant avec le VIH). Leur rôle essentiel est d'apporter une aide matérielle, psychologique, sociale et médicale aux personnes atteintes. La dimension de revendication publique est secondaire par rapport à l'activité d'aide, et encore très limitée. La question de l'allaitement n'a été abordée par deux associations particulièrement ouvertes aux femmes, REVS+ et ALAVI, que sous l'angle des informations à

¹⁹⁹ Ces informations concernent une situation observée début 1999.

²⁰⁰ Sur ce thème, notre enquête a concerné les associations suivantes : œ au Burkina Faso : REVS+ (Responsabilité Espoir Vie Solidarité +), ALAVI (Association Laafi La Vim), AFAFSI (Association des Femmes Africaines Face au Sida), AAS (Association African Solidarité), EVS (Espoir Vie Solidarité), Santé Pour Tous (en cours de constitution), ABBEF (Association Burkinabè pour le Bien-être Familial), IPC (Initiative Privée Communautaire) et le CAS/VIH (Collectif des Associations de Soutien aux personnes vivant avec le VIH), œ en Côte-d'Ivoire : Lumière Action, Club des Amis, GAP+PS, Amépouh, ASAPSU, SidAlerte Côte-d'Ivoire, AIDES (Alliance Ivoirienne pour le Développement Économique et Social), Renaissance Santé Bouaké.

diffuser sur ce thème auprès des personnes qu'elles soutiennent. En Côte-d'Ivoire, plusieurs associations sont engagées, depuis le début de l'épidémie, dans une démarche de témoignage des personnes atteintes et de défense publique des droits des PVVIH, parallèlement à la participation aux programmes d'information et de prévention du PNLS et, depuis 1998, aux programmes de prise en charge thérapeutique par les antirétroviraux. Mais la transmission du VIH par l'allaitement a d'autant moins constitué un motif de mobilisation que la procréation chez les PVVIH a longtemps fait l'objet d'une ambivalence. En 1999, les associations sont encore marquées par la vision normative de l'ensemble du corps social selon laquelle une personne atteinte ne devrait pas avoir d'enfant du fait des risques qu'encourrait celui-ci. De plus, une association telle que Lumière Action exige de ses membres une attitude exemplaire en matière de prévention, ce qui lui fait percevoir la survenue d'une grossesse comme une transgression de la norme préventive selon laquelle toute relation sexuelle doit être protégée : une grossesse a été un motif d'exclusion de l'association. Depuis que Hubert N'Goran Kouadio et sa femme Christelle, puis Christine Gonhi et son mari, ont décidé d'avoir un enfant malgré l'attitude de désapprobation générale, et mené à bien la grossesse puis l'alimentation de leurs enfants, les associations ont tendance à assouplir leur position, d'autant plus qu'elles ont approuvé la Déclaration sur le droit à la procréation des personnes vivant avec le VIH.

L'expérience de parents ayant choisi d'avoir un enfant malgré le VIH à Abidjan

Hubert et Christelle, tous deux séropositifs, ont eu deux enfants, en 1996 et en 1998. Hubert décrit ainsi sa première expérience : « Le désir d'avoir un enfant est né dans notre couple alors qu'on connaissait notre statut sérologique, et on a approché les médecins pour cela. On est allés voir plusieurs médecins qui nous ont d'abord renseignés sur la procréation chez une femme séropositive, et nous ont donné des articles et des revues sur le sujet. Un autre médecin nous a donné beaucoup de conseils, en nous expliquant qu'il y avait un risque de transmission. ce moment-là on parlait de 30% de risque de transmission mère-enfant du VIH. Trois chances d'avoir un enfant atteint et sept qu'il ne soit pas atteint, il y avait quand même un choix à faire. On savait aussi que si on prenait le lait artificiel, ça réduisait

davantage le risque, alors le choix n'a pas été très compliqué. On était tous les deux d'accord pour que la grossesse soit très bien suivie. Surtout, on nous a dit que le VIH ne causait pas de malformations chez l'enfant. J'en ai aussi beaucoup discuté à la conférence des PVVIH à Capetown. On a aussi écouté les assistants sociaux et les sage-femmes. Je pense que si l'on est bien portant, avoir un enfant n'est pas impossible. Et on ne peut rien faire d'autre si on a ce désir. Christelle est restée deux mois à l'hôpital avant l'accouchement pour qu'il soit bien préparé, et à l'hôpital, les agents de santé ont bien encadré l'accouchement. On était le premier couple qui se déclarait séropositif et on a été très bien suivis. Un médecin que nous avons rencontré en fin de la grossesse était très décourageant. Il nous a parlé des risques et de l'AZT, et nous avons pu avoir le traitement, mais je lui ai dit que ça ne se passerait pas forcément comme il le disait et qu'on avait le droit d'être optimistes. L'enfant est né le 2 octobre 1996, on l'a appelé Challenge. Il n'est pas contaminé.

Pour l'allaitement, on y avait pensé depuis longtemps. J'ai écrit des projets dans ce sens, dans le cadre de l'association GAP+PS, pour financer l'allaitement de sept enfants. Je me suis arrangé pour que Christelle ait du lait dès l'accouchement. Comme le projet n'a pas été financé, l'hôpital a donné une boîte de lait. Puis une amie nous a donné quelques boîtes de lait. Ensuite l'association a eu un financement pour une assistance directe envers les PVVIH, qui a permis d'acheter le lait pour ceux qui en avaient besoin. On a été beaucoup aidés, car cet enfant était tellement attendu. »

L'expérience de ces deux couples, qui ont "ouvert la voie", a sans doute permis aux professionnels de santé et aux associations de réaliser concrètement qu'un enfant dont les parents sont séropositifs peut être indemne si la prévention est assurée. Cette expérience a pu avoir lieu grâce à la détermination de ces personnes qui sont aussi des militants de la défense des droits des PVVIH, à l'appui d'associations internationales de PVVIH, et à l'aide apportée à titre personnel par des professionnels de santé sensibilisés.

Cependant, la transmission du VIH par l'allaitement n'est pas un thème de revendication, ni même un thème de discussion pour les associations de PVVIH les plus importantes en Côte-d'Ivoire ; si GAP+PS a été la première association à s'intéresser à la question, c'est parce que son président était directement concerné. Le statut de "victimes" n'est reconnu ni aux femmes séropositives ni à leurs enfants ; les associations ont encore tendance à considérer que la prévention de la

transmission du VIH par l'allaitement est à la charge des femmes ou des couples séropositifs qui ont décidé d'avoir un enfant, plutôt que de la collectivité ou de l'État au travers de ses services de santé.

Dans ces conditions, quelques femmes ont monté une nouvelle association pour faire face aux questions associées à la prévention de la transmission mère-enfant, ainsi que d'autres questions concernant particulièrement les femmes. L'association Amépouh²⁰¹ a été créée en janvier 1998 dans des circonstances que décrit Christine Gonhi, sa secrétaire générale : *« J'ai ensuite décidé de créer une association de femmes séropositives, pour qu'on dise aux femmes que le sein transmet le virus. J'amenais mon enfant en pédiatrie et je voyais les femmes qui donnaient le sein à leur enfant jusqu'à six mois. Cela m'a fait tellement mal que je suis allée voir le médecin pour lui demander s'il donnait réellement l'information. Comme je sentais que les femmes vivaient dans l'ignorance sur la transmission mère-enfant, j'ai commencé à aller faire de l'information à la consultation prénatale et à la pesée près de chez moi. J'ai fait cela pendant quatre mois, et j'ai écrit un projet impliquant dix femmes qui faisaient de l'information au cours des consultations prénatales à Abidjan. »* La position de l'association concernant la grossesse dans le contexte du VIH est différente de celle des autres associations : sans opposition de principe, les femmes qui dirigent l'association considèrent *« qu'il faut au moins donner aux femmes séropositives la chance d'avoir un enfant dans leur vie »*. Leur point de vue est nuancé, et peut être résumé ainsi : *« Pour avoir un enfant quand on est séropositive, c'est pas facile. Il faut avoir les moyens pour les visites médicales deux fois par mois, pour traiter les petites maladies, pour les transports, etc. Il faut aussi être fort psychologiquement pour tout raconter aux agents de santé plusieurs fois, et il faut résister. La grossesse affaiblit aussi. Je n'encourage pas les femmes séropositives à avoir un enfant, je ne les décourage pas non plus, mais je les informe sur tous ces aspects. »* La tolérance de l'association envers le désir d'enfant et sa mobilisation pour que soient mises en place des mesures de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, notamment par l'allaitement, en font un moteur de la réflexion collective ; de plus, l'association a une expérience en matière d'alimentation du nourrisson et de mesures de prévention. Ses membres

²⁰¹ Terme signifiant « Nous vaincrons » (la maladie, les difficultés, etc...) en langue guéré.

acquièrent également une expertise concernant la gestion des mesures préventives, les ruptures de la confidentialité dans le système de soin, les besoins en formation des professionnels de santé qu'elles rencontrent. Bien que ce dynamisme et cette expérience soient limités par les contraintes matérielles, le rôle de l'association est essentiel dans la mobilisation collective pour la mise en place de la prévention, car ses adhérentes instaurent des relations en leur nom, puis au nom de l'association, notamment avec les membres des équipes de recherche ou des services de soin, qui, d'abord interpersonnelles, conduisent progressivement à l'implication des institutions dans la réflexion préventive.

L'existence d'une "volonté politique"

L'existence d'une volonté des responsables de la politique de santé d'accorder à la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement le statut de priorité est déterminante pour "l'ouverture du dossier". Cette volonté est elle-même construite à partir des représentations des "décideurs" sanitaires concernant les objectifs de la lutte contre le sida, de leurs perceptions des rôles respectifs des institutions nationales et des équipes de recherche internationales, et de l'existence d'une volonté gouvernementale. Au Burkina Faso comme en Côte-d'Ivoire, la lutte contre le sida ne constitue pas un "enjeu politique" ; les risques de "procès du lait contaminé" que pourraient encourir les dirigeants des comités nationaux de lutte contre le sida semblent négligeables au secrétaire permanent du Comité national de lutte contre le sida. Cette volonté politique n'est pas suscitée par une "mobilisation sociale"

Conclusion. Le droit d'être optimistes

Ainsi, alors que la Côte-d'Ivoire et le Burkina Faso sont dans une situation privilégiée par rapport à d'autres pays africains car ils disposent d'équipes scientifiques, la dynamique préventive est difficile à lancer, en amont des problèmes de santé publique que ne manquera pas de poser la définition d'une stratégie. Ceci tient à l'attitude collective face au risque de transmission du VIH par l'allaitement, à l'absence de visibilité de ce risque et des femmes et enfants

qu'il concerne, mais aussi à l'organisation du système de soin, et au fait que la prévention de cette transmission n'est pas un enjeu pour les institutions ni pour la majorité des associations.

Dans ce contexte, les expériences individuelles d'Abidjan ont sans doute "ouvert la voie" en permettant aux personnes atteintes qui souhaitent avoir un enfant, ainsi qu'aux femmes qui découvrent leur séropositivité à l'occasion d'une consultation prénatale, de penser qu'elles ont « *le droit d'être optimistes* », selon les propos d'Hubert N'Goran Kouadio. Cette interprétation du risque, parfaitement légitime d'un point de vue statistique compte tenu des taux de transmission lorsque des mesures de prévention sont mises en pratique, pourrait être l'un des éléments essentiels de la dynamique préventive. En incarnant cette notion, le témoignage public de personnes vivant avec le VIH qui ont pu avoir un enfant indemne est peut-être aussi important en terme de "mobilisation" du corps social en faveur de la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement que la diffusion des recommandations préventives définies par les organismes internationaux.

Références bibliographiques

Abrams E.

1997 UNICEF is all trick and no treat. *Washington Times*, 31 octobre.

Anonyme

1997 *Sida et secteur de santé : analyse des conséquences et stratégies de réponse. Le cas de la Côte-d'Ivoire. Rapport final.* Abidjan, CIDEF/Ministère de la Santé Publique de la Côte-d'Ivoire/UE. Octobre 1997. Cyclostylé.

Blibolo A.D., M.I. Coulibaly, A. Kakou *et al.*

1997 *Sida et secteur de santé en Côte-d'Ivoire : L'offre et la demande de prestations liées au VIH dans les services de santé d'Abidjan, de Dabou et de San Pedro en 1996.* Abidjan, Rapport UE/CIDEF.PNLS. Cyclostylé.

Cellule de réflexion auprès du PNLS

- 1995 *Prévention de la transmission mère-enfant du VIH : éléments en vue de l'élaboration d'une politique nationale en Côte-d'Ivoire.* Rapport. Cyclostylé.

Desclaux A.

- 1997a Dix ans de recherche en sciences sociales sur le sida au Burkina Faso. Éléments pour la prévention. *Cahiers Santé* 7 : 127-134.
- 1997b « Prévention et prise en charge du sida chez l'enfant : analyses d'un ajournement ». In : *Le sida en Afrique, recherches en sciences de l'homme et de la société* : 161-168. Paris, ANRS-ORSTOM.

Desclaux A.

- 2000 *L'épidémie invisible. Anthropologie d'un système de santé face au sida chez l'enfant à Bobo Dioulasso, Burkina Faso*. Lille, Presses universitaires du Septentrion.

Douglas M.

- 1992 *Risk and blame. Essays in cultural theory*. London, New York, Routledge.

Geloo Z.

- 1998 HIV and breastfeeding : reigniting an old controversy. Women's Feature Service. *Women's International Net Magazine*.
<http://www.geocities.com>

Godard O. (éd.)

- 1997 *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*. Paris, INRA, MSH.

Heyman B., M. Henriksen et K. Maughan

- 1998 Probabilities and health risks : a qualitative approach. *Social Science and Medicine* 47 (9) : 1295-1306.

Lascoumes P.

- 1997 La précaution, un nouveau standard de jugement. *Esprit* 11 : 129-140.

Meda N., L. Sangaré, S. Lankoandé *et al.*

- 1998 L'épidémie à VIH au Burkina Faso : situation actuelle et niveau des connaissances de la population sur le sida, 1994-1995. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 46 : 14-23.

Meda N. et P. Van de Perre

1998 *Réunion informelle sur la stratégie d'intégration de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans le Paquet Minimum des soins maternels et infantiles au Burkina Faso.* Compte rendu. Bobo Dioulasso, 17 Août 1998.

Ministère de la Santé

1995 *Guide pour la prise en charge médicale et psychosociale de l'adulte infecté par le Virus de l'Immunodéficience Humaine,* Secrétariat Général, Comité National de Lutte contre le Sida.

Sawadogo R.C., N.C. Coulibaly, S. Coulibaly *et al.*

1996 *Enquête de connaissances, attitudes, pratiques (CAP) sur la Planification Familiale, le Sida les Maladies Sexuellement Transmissibles et l'Éducation à la vie familiale. Rapport final.* Ouagadougou, MEFP/SPCNP/PPLS/Sud Consult. Cyclostylé.

Secrétaire général du gouvernement

1997 *Déclaration de politique nationale pour la promotion, la protection et l'encouragement de l'allaitement maternel.* 16 octobre 1997.

Stamps T.

1997 *Address to the World Health Assembly.* Genève, Suisse, Mai 1997.

UNAIDS/WHO/UNICEF 1997 *HIV and infant feeding. A joint Policy Statement.*

UNICEF

1998 *New HIV/AIDS treatment will save thousands of children.* New York, March 26.

Welffens-Ekra C., P. Msellati, G. Tanoh *et al.*

1996 *HIV testing among african pregnant women in the context of a tolerance study on AZT in Abidjan, Côte-d'Ivoire.* Abstract TUC2457, XIe Conférence Internationale sur le Sida, Vancouver, Canada, 7-12 juillet 1996.

White E.

1999 *Breastfeeding and HIV/AIDS. The research, the politics, the women's responses.* Jefferson and London, Mc Farland & Company Publishers.

WHO

1992 *Consensus statement from the WHO/UNICEF consultation on HIV transmission and breast-feeding.* Geneva, 30 april-1 may 1992. WHO/GPA/INF/92.1.

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

Quatrième partie. La prévention de la transmission du VIH
par l'allaitement.

Chapitre XVIII

Enjeux concernant l'information donnée aux femmes dans le Kwazulu- Natal, Afrique du Sud

Gill Seidel ²⁰²

[Retour à la table des matières](#)

En Afrique du Sud, un pays en pleine transformation, tout est pluriel et se discute en termes de droits, mais les priorités sont parfois conflictuelles. Je me réfère ici en particulier aux représentations plurielles du corps féminin, de la fonction et de la place d'une "femme" (comme ressource familiale et nationale, ou comme citoyenne responsable elle-même de son corps), ainsi qu'aux représentations de la "maternité". Ces représentations ont été investies par le discours sur les droits, lesquels sont parfois en compétition (droits des femmes à la santé, droits des enfants, droit d'allaiter au sein), et par l'expérience historique anticapitaliste (anti-Nestlé notamment) qu'ont vécue l'ancien Kwazulu et le Natal dans les années 1970 à 1980. Une certaine mémoire de cette lutte continue de mobiliser l'action en faveur de l'allaitement au sein et renforce l'autorité que représente la promotion de l'allaitement maternel par les sage-femmes, en dépit de l'épidémie à VIH. Toutes ces représentations et constructions sociales influent sur les réponses au problème de la transmission mère-enfant, et modèlent en

²⁰² Traduction : M. Ricard et A. Desclaux.

particulier la question de l'allaitement, dans un contexte où la plupart des femmes et mères séropositives sont jeunes et vulnérables, et où les rapports entre infirmières et patientes sont en général verticaux. Contrairement aux études de santé publique plus conventionnelles selon lesquelles les conseils que les agents de santé doivent donner à une femme séropositive peuvent se résumer et peuvent être évalués sous forme de "checklist", nous tenons ici à mettre en lumière l'importance de "l'information", considérée non pas comme un élément neutre, mais avant tout comme des relations entre infirmières et patientes (relations de classe, et parfois d'ethnies, marquées par l'héritage de l'apartheid). Nous voulons également montrer l'importance de ces constructions et ces discours, et des valeurs qui les soutiennent.

La transmission du VIH par l'allaitement en Afrique du Sud

En Afrique du Sud, où le VIH est transmis en premier lieu par les contacts hétérosexuels, on pense que la transmission mère-enfant est maintenant le deuxième mode de transmission par ordre de fréquence. Elle représenterait entre 12 et 43% des cas de transmission de la mère à l'enfant, avec un taux moyen de 25% (McIntyre 1997 ; Gray *et al.* 1996). Il n'existe pas de statistiques fiables concernant la pratique de l'allaitement en Afrique du Sud, peu d'études ayant clairement défini l'"allaitement exclusif" (UCT 1997). Le Kwazulu-Natal, où cette recherche a été conduite, est la province la plus affectée par l'épidémie. Approximativement un tiers des femmes qui viennent en consultation anténatale, où des études de séro-surveillance sont menées en routine, sont séropositives ²⁰³. Les résultats des essais des Centers for Diseases Control en Thaïlande en 1998,

²⁰³ Selon la neuvième enquête nationale de séro-surveillance concernant les femmes en consultation prénatale, le taux de séroprévalence au Kwazulu-Natal est de 32,5 % en octobre/novembre 1998, alors qu'il était de 26,9% en 1997. Ce taux est encore plus élevé au King Edward Hospital de Durban, parmi les femmes qui se présentent en consultation prénatale hors délai, c'est-à-dire après le troisième mois de la grossesse : 45% sur six mois en 1998 (Communication personnelle de D. Moodley, janvier 1999). Ce sont surtout des femmes âgées de 15 à 25 ans qui sont affectées.

concernant des populations qui n'allaitent pas, ont suscité une demande pour accroître l'accès à l'AZT. Ceci a conduit à des controverses amères en Afrique du Sud et sur le plan international. Pour quelques membres du gouvernement ²⁰⁴ les risques de transmission mère-enfant sont faibles par rapport au coût des médicaments, toujours astronomique ²⁰⁵. La toxicité de l'AZT, en particulier, est maintenant soulignée par le gouvernement ²⁰⁶. Des informations encourageantes, même si elles sont très récentes, issues de l'essai NIH-HIVNET en Ouganda (Guay *et al.* 1999), à propos de la névirapine, très abordable, pourraient avoir changé les paramètres. Mais pour le ministre de la santé, la névirapine ne fait pas avancer la question, puisque des enfants seraient orphelins : « *Trouvez-moi une solution pour les mères* », tel fut son commentaire ²⁰⁷ ; ce propos met en cause le droit des enfants à la santé et à la vie.

De toutes façons, la question de l'alimentation du nourrisson doit encore être traitée, et elle est loin d'être résolue. Dans le même temps, la question associée de l'approvisionnement en substituts du lait maternel, pour les mères qui choisissent de ne pas allaiter mais qui n'ont pas les moyens d'acheter du lait en poudre sous forme générique ou autres, a reçu une attention insuffisante. L'idée de fournir des substituts du lait maternel sous forme générique serait en accord avec la politique du gouvernement sud-africain qui développe les médicaments génériques ²⁰⁸. Un programme opérationnel de prévention de la transmission mère-enfant financé par l'UNICEF, puis par le Fonds de Solidarité Thérapeutique International, à Abidjan, en Côte-d'Ivoire, a déjà pris cela en compte (Msellati *et al.* 2000). Mais cette option n'a pas été prise en compte en Afrique du Sud ou en Afrique australe, où la prise en charge des substituts du lait maternel n'est pas prévue. La solution controversée qu'envisagent l'Ouganda et le Zimbabwe est d'acheter les

²⁰⁴ Cette position a été relayée au cours d'une conférence des ministres de la SADC à Johannesburg en Novembre 1999.

²⁰⁵ Certains cliniciens sud-africains ont des points de vue différents sur la faisabilité de l'utilisation de l'AZT pour les femmes enceintes. Voir McIntyre *et al.* 1998 et Wilkinson *et al.* 1998.

²⁰⁶ Déclaration de l'ANC, 9 septembre 1999.

²⁰⁷ Commentaire rapporté par C. Evian, communication personnelle, février 2000.

²⁰⁸ *Daily Mail et Guardian*, Johannesburg, 10 février 1999.

médicaments, mais le “lait artificiel” n’a pas été mentionné²⁰⁹. G. Gray de l’hôpital Chris Hani Baragwanath a constamment demandé que l’ONUSIDA et le gouvernement procurent des substituts du lait maternel aux femmes dans le besoin, et a accusé ONUSIDA d’avoir opté pour la solution de facilité en ne s’engageant pas davantage²¹⁰. Mais l’influence du lobby de l’allaitement maternel a été telle que sa voix est presque restée solitaire.

En 1998, de nouvelles recommandations internationales, et une première version de déclaration stratégique en matière d’allaitement et VIH en Afrique du Sud, tout en continuant de souligner les bénéfices de l’allaitement maternel, mettaient en avant un nouveau droit : le droit des femmes à pouvoir faire un choix informé concernant le meilleur moyen de nourrir leur bébé, et à être soutenues dans leur choix. On a cherché à développer la place, dans les discours et les politiques, des “droits” et du “choix” reproductifs, ce qui implique un droit individuel de la femme à l’auto-détermination concernant son corps et sa vie reproductive. Des médecins ont remarqué que ce discours en termes de droits est l’un des traits distinctifs de ces documents stratégiques (Pillay 1999).

Ce changement de politique de l’ONUSIDA/OMS/ UNICEF constitue une réévaluation majeure de la position de l’OMS, selon laquelle les mères séropositives vivant dans des pays développés ne devraient plus allaiter, alors que celles des pays les moins développés devraient continuer à le faire. Pour ceux qui l’ont critiquée, la première position de l’OMS n’était pas tant une stratégie qu’un abandon (Desclaux 1994). En Afrique du Sud, l’ouvrage *Primary AIDS care* de C. Evian (1993), un court article paru dans “Aids Bulletin” (Gray *et al.* 1994) et une conférence internationale sur le transmission mère-enfant et l’alimentation du nourrisson tenue à Durban en 1996 (Pillay 1996), ont très tôt alerté les professionnels de la santé sur les risques de transmission mère-enfant. Cinq ans plus tard, une version provisoire d’un document stratégique, différent mais comparable, également basé sur les droits, était ébauchée et a circulé au nom du STD/AIDS Directorate et du Nutrition Directorate (Evian 1998). Cependant, ce document n’a pas été mis en pratique et, d’après des déclarations récentes de

²⁰⁹ Novembre 1999.

²¹⁰ “In War against AIDS, Battle over Infant Formula flares again”, *New-York Times*, 8 juin 1997 : 12.

l'African National Congress, il semble maintenant largement ignoré dans ce qui apparaît clairement comme un contexte politique ²¹¹ traversé de tensions.

Discours concurrents sur les droits des femmes et les représentations de la “maternité”

Ces débats à propos de l'alimentation des nourrissons ne soulèvent pas seulement des questions biomédicales et nutritionnelles, bien que ce soit l'impression donnée par les commentaires convenus de professionnels de santé et, de fait, par la plupart des réseaux VIH-sida. Toutes sortes d'engagements et de représentations sont en jeu, parmi lesquels la célébration et la défense d'un certain passé triomphal majeur, où l'allaitement constituait une “good news story” pour les pays en développement, incluant l'ancien Kwazulu. La lutte contre les multinationales qui a vu le triomphe de David contre Goliath dans les années 1970 peut être considérée comme une lutte politique exemplaire qui a modelé l'identité des agents de santé dans le Kwazulu-Natal ; beaucoup d'entre eux occupent maintenant des postes d'autorité en nutrition. Cet épisode a fait de l'allaitement maternel un acte “symbolisant la culture de la santé”. Bien que le sida soit dépeint officiellement comme “la nouvelle lutte”, pour beaucoup d'agents des services de santé de la mère et de l'enfant, en particulier des nutritionnistes, le nouveau combat n'est pas le sida. Il demeure l'allaitement maternel et sa promotion ininterrompue. Cela induit un conflit de priorités qui peut être résumé à une opposition entre allaitement maternel et sida. Alors que les études cliniques internationales ont toutes, jusqu'à présent, insisté sur le fait que n'importe quelle période de l'allaitement est porteuse de risque (Burns et Mofenson 1999), le fil conducteur dans le Kwazulu-Natal a été “de rendre l'allaitement maternel sûr”. Cette position a été défendue par les Professeurs H. Coovadia et A. Coutsoodis en Pédiatrie à Durban ²¹², non en termes de droits, mais en termes de priorités nutritionnelles (Coovadia *et al.* 1996 ; Coutsoodis *et al.* 1999). C'est aussi à Durban que la première étude majeure sur les

²¹¹ Au sens de “policy”.

²¹² Medical School, University of Natal.

déterminants de la transmission mère-enfant a été conduite (Bobat *et al.* 1997). Cette position a été considérée comme “la troisième voie”²¹³. L'étude de l'effet de la vitamine A réalisée à Durban (Coutsoudis *et al.* 1999) a montré que l'option la plus sûre est celle d'un allaitement exclusif pendant trois mois. Cette étude a attiré beaucoup d'attention, car c'est la seule à être arrivée à cette conclusion, bien qu'elle n'apporte aucun élément lorsque la durée d'allaitement est plus longue. Cette étude a été bien accueillie dans le Kwazulu-Natal et par le lobby de l'allaitement maternel. Une déclaration révélatrice sur les priorités des chercheurs a été faite par H. Coovadia en février, durant la Durban VIH Update Conference, juste avant la publication des résultats de l'étude concernant la vitamine A : « *Nous avons résolu la question de l'allaitement maternel. Maintenant il nous faut considérer le sida* ».

La formation en matière d'allaitement maternel fait l'objet d'un investissement important, y compris dans le cadre de l'Initiative “Hôpitaux Amis des bébés” de l'UNICEF, selon laquelle les biberons ne doivent pas être admis sur les lieux de soin (WHO/UNICEF 1992). Du fait d'un important lobbying datant des années 1970, l'allaitement maternel a été exalté comme un droit, tout comme le droit à la vie pour les enfants et les mères. Cette approche a été promue en Afrique du Sud dans des initiatives multisectorielles, comme la “Nutrition strategy” et le “National Plan of Action for Children”. L'allaitement maternel a été réaffirmé comme un droit dans le contexte de la “Convention for Elimination of Discrimination against Women” (CEDAW) et de la Plateforme d'Action de Beijing en 1995.

Indépendamment de la légitimité nutritionnelle réaffirmée de l'allaitement maternel, les controverses qui entourent le VIH et l'alimentation du nourrisson engagent aussi des discours antagonistes sur le corps des femmes et les représentations de la “maternité”. Les discours promotionnels universels autour de l'allaitement maternel véhiculent un ensemble de significations et de valeurs à propos de ce qu'est un comportement approprié pour une femme. Ces représentations sont basées sur une vision “traditionnelle” de la femme, restreinte à la sphère domestique. Dans cette perspective, les femmes *sont* des ressources “naturelles”. Le phénomène de l'épuisement physiologique des femmes qui

²¹³ Halpern Af-Aids communication, Novembre 1999.

allaitent ²¹⁴ est “indicible” (Maher 1996), alors que les “besoins”, incluant les besoins nutritionnels d'une mère qui allaite, ou son besoin de rechercher un emploi rétribué, sont toujours contestés (Fraser 1989). Ce discours est en contradiction avec le discours des droits reproductifs et les débats sur le genre et la citoyenneté (McClintock 1991 ; Williams 1992 ; Walby 1994 ; Lewis 1999).

«-Je regrette énormément le déclin de l'allaitement au sein de ma communauté, par exemple.

- Pourquoi l'allaitement maternel a-t-il décliné ?

- Parce que les femmes disent qu'elles veulent faire autre chose de leur temps ».

Entretien avec le Professeur H. Coovadia, Durban, 1998. En réalité, beaucoup de femmes sont obligées de chercher du travail pour des raisons économiques ; elles ont probablement tendance à favoriser l'alimentation au biberon pour cette raison. Ceci apparaît clairement dans les données de notre étude dans le Kwazulu-Natal, réalisée à partir d'entretiens avec des femmes en consultation infantile. Les agents de santé de la région de Pietermaritzburg nous ont informé que c'était généralement le cas, aussi, pour la plupart des mères écolières soutenues par leur parents ; l'alimentation au biberon leur permet de continuer leurs études. En faisant comme cela, elles mettent en cause les représentations hégémoniques du “rôle” et de “la place” des femmes, de la fonction du corps (reproductif) des femmes, et de la “maternité”. De nombreux aspects de cet ordre concernant le genre n'ont pas été pris en compte dans les publications scientifiques sur la transmission mère-enfant. Une nouvelle tournure a été donnée à une représentation dominante particulière de la “maternité”, qui fait appel à différents registres : “Allaiter pour construire une nation en bonne santé” (“Breastfeed for a healthy nation”). Des versions idéalisées de la maternité et de la naissance ont été utilisées comme des métaphores puissantes pour les changements politiques et idéologiques en Afrique du Sud. À propos de l'invention des discours nationaux, de l'idéologie et des politiques, la sociologue S. Meintjes a écrit :

« En Afrique du Sud, les femmes sont identifiées comme “mères de la nation”. Dans ce sens les femmes blanches et noires ont pu

²¹⁴ “Maternal depletion”.

influencer la substance de la politique dans leur communauté propre.[...]. Cependant, le discours idéologique employé pour définir la sphère d'action des femmes était basé principalement autour de la maternité, et de la responsabilité concernant les enfants. [...] C'était un discours national qui existait à l'intérieur des différents groupes politiques.[...] Pour le succès du projet national, que ce soit chez les Afrikaners ou chez les nationalistes africains, il était essentiel que les femmes fassent partie du processus. Ceci reflétait la signification donnée à leur rôle nourricier, les femmes étant considérées comme nourrissant la nation. Il était impératif que les femmes soient pourvoyeuses de ce nationalisme pour les garder dans le "patrimoine". Ceci a donné aux femmes une place particulière et vénérée, mais a aussi permis leur subordination continue au projet nationaliste plus large. Reconnaître et vénérer les mères était leur dénier l'autonomie et l'autorité au-delà de l'espace domestique » (Meintjes 1998 : 68-69).

Tous ces thèmes soulèvent des interrogations plus générales à propos des représentations dominantes du corps féminin, de ses utilisations, de ses abus, et de sa régulation dans la sphère domestique et publique, y compris sous le regard médical. Les décisions des professionnels de la santé et le conseil qu'ils apportent aux femmes individuellement – ceci ne concernant pas seulement les conseillers en matière de VIH – n'ont pas encore fait l'objet d'études détaillées localement. La plupart des femmes continuent à s'interroger à propos de ce que signifie leur séropositivité pour elles et leurs familles (Tallis 1997 ; 1998). Alors que de nombreux quartiers sont encore sous-équipés, et qu'un souci de santé publique bien établi vise à mettre en avant les risques importants liés à l'alimentation artificielle dans ces quartiers ²¹⁵, d'autres, y compris dans la même ville ou la même région rurale, ont été aménagés et ont accès désormais à l'électricité et à l'eau potable (May *et al.* 1998). Mais beaucoup d'infirmières ne connaissent pas les quartiers où vivent la plupart de leurs patientes. Dans l'orthodoxie de l'allaitement maternel, elle continuent à affirmer que « *les femmes d'ici n'ont pas le choix* ». Ceci correspond peut-être à une vision stéréotypée de leurs patientes et des endroits où elles vivent. Beaucoup d'infirmières continuent de prendre des décisions à la place de leurs patientes selon le paradigme d'une autorité verticale qui prévaut dans la biomédecine.

²¹⁵ Les indicateurs de ce risque sont les gastro-entérites, les diarrhées et les infections des voies respiratoires supérieures.

La recherche dans le Kwazulu-Natal

Notre approche est ici centrée sur des données issues d'observations, d'entretiens et de discussions avec des agents de santé de différentes catégories dans le Kwazulu-Natal, principalement dans la région de Pietermaritzburg. Pietermaritzburg est la seule ville du Kwazulu-Natal, après Durban. Dans les années 1980 et depuis, la région de Pietermaritzburg a été le lieu de troubles extrêmes, avec un important exode de réfugiés, pour la plupart des femmes et des enfants (Marks 1970 ; Bekker *et al.* 1992 ; Morell *et al.* 1996). Ce que je propose de montrer ici à partir des résultats de l'étude est que :

- Les mères vulnérables et célibataires ont tendance à être jugées, et parfois durement, par les agents de santé (Jewkes *et al.* 1999), quel que soit leur statut VIH. La perception des infirmières concernant ces femmes a été modelée par un "discours médico-moral" (Seidel 1993) qui valorise la compliance, mais pas les droits individuels. Comme l'a montré le travail de Marks, beaucoup d'infirmières, pour la plupart mariées, ont peu de contact avec les "femmes ordinaires" (Marks 1998), du fait de leur socialisation professionnelle, de leur statut, et de leur lieu de résidence.

- À cause de la définition des identités sous l'apartheid, et de la création et l'exploitation politique de communautés "raciales" séparées, des représentations négatives et statiques d'autres "cultures" sont toujours reproduites chez certains agents de santé, ce qui renforce certaines hiérarchies. Ces représentations ont un impact sur la vie des jeunes patientes vulnérables. Je me réfère, par exemple, aux représentations qu'ont certaines infirmières d'origine indienne à propos des femmes de communautés zulu, dans des cliniques urbaines du Pietermaritzburg où beaucoup d'infirmières sont d'origine indienne.

Dans des contextes où beaucoup de femmes sont censées allaiter, au moins au début, et où elles doivent s'expliquer si elles ne le font pas – ce qui compromet la confidentialité –, conseiller les femmes séropositives sur la meilleure façon de nourrir leur bébé est un des problèmes éthiques les plus complexes en matière de santé aujourd'hui.

Cadre théorique et méthode

Notre base théorique est le constructivisme social nourri de la théorie discursive, en particulier par les apports de Foucault et son approche des lieux de pouvoirs multiples (Foucault 1973, 1976, 1980, 1989) et par les approches féministes en anthropologie et sociologie (cf. Caplan 1988 ; Moore 1994, 1998 ; et particulièrement Guillaumin 1981, 1995). Une palette de méthodes qualitatives a été utilisée, comprenant : l'observation, notamment lors de séances d'éducation sanitaire des femmes enceintes ; des entretiens avec des informateurs clés et avec différentes catégories d'agents de santé sur la base de grilles d'entretiens semi-structurés aux questions ouvertes ; des éléments de récits de vie ; et des techniques plus innovantes avec certains sous-groupes utilisant des vignettes, aussi bien que des commentaires interactifs sur des éléments de contes ("storytelling"), comme cela a été décrit dans une étude pilote (Seidel 1999 ; Seidel *et al.* 1999). Quand les contraintes liées au temps disponible pour les infirmières, et lorsque l'absence d'espace privé, ont empêché de réaliser des entretiens ouverts, l'approche adoptée a été le groupe de discussion focalisée ("focus group"). Dans cet article, l'accent est mis sur les données issues de l'observation et d'entretiens individuels. La majorité des entretiens avec les agents de santé étaient conduits en anglais par le chercheur principal ; ceci a minimisé le biais inhérent au recours à différents enquêteurs. Pour la recherche, dont une partie seulement est traitée ici, d'autres rapports, des documents stratégiques et issus des organisations non-gouvernementales, des discussions avec les responsables des politiques de santé publique, et des dossiers cliniques, là où ils étaient accessibles, ont aussi été recueillis dans l'objectif d'apporter un éclairage multiple sur les données, les témoignages et récits.

Données issues des hôpitaux et dispensaires de Pietermaritzburg

De courts extraits d'entretiens avec des infirmières, dans des services de maternité et de soins prénataux, et des dispensaires, suggèrent quelques-unes des manières dont elles marginalisent et "singularisent" les femmes séropositives, comme si ces femmes ne constituaient pas une préoccupation légitime. L'entretien réalisé dans un centre de soin "ami des bébés" (dans le Kwazulu-Natal du sud) attire l'attention sur la suspicion associée à toute information "venant de l'extérieur". L'exemple le plus explicite montre comment des identités ethniques, soutenues par l'apartheid et par certaines formes de nationalisme ethnique, peuvent déterminer les perceptions de patients issus d'autres "cultures"²¹⁶. Les données présentées ci-dessous proviennent d'entretiens et d'observations réalisés dans les centres de santé urbains de Pietermaritzburg, administrés par le Transitional Local Council.

En général, les conseillers sont les seuls à connaître le statut VIH d'un patient, du fait de l'application du code de confidentialité ; ce code est critiqué par un certain nombre d'infirmières (Seidel 1996) : « *Comment pouvons-nous l'aider [la patiente] si nous ne connaissons pas son statut ?* ». En pratique, les conseillers sont surtout des "infirmières-conseillères" qui exercent ces deux tâches. En consultation prénatale, la responsabilité de la réalisation du test VIH appartient à la patiente, qu'elle demande le test ou accepte un test qui lui est proposé.

²¹⁶ Le terme "culture" est problématique dans la langue anglaise des milieux sud-africains anglophones démocratiques qui soutiennent le nouveau gouvernement, à cause du projet des législateurs de l'apartheid qui était de définir et de séparer les "cultures" selon des distinctions linguistiques et racialisées. Pour cette raison, ce terme est évité, de même que les catégories "Zulu", "Xhosa", "Noirs", "Blancs". Ceci crée des difficultés quand on veut parler d'ethnicité dans ces milieux. Consciente de ces susceptibilités, je me réfère ici aux "locuteurs du zulu", ou "femmes des communautés de langue zulu" car le terme "Sud-africains", politiquement correct, ne conviendrait pas ici.

Quelques infirmières interviewées dans des centres de santé de Pietermaritzburg critiquent les mères qui ne sont pas d'accord pour faire le test, comme si celui-ci permettait de résoudre tous les problèmes de santé des femmes.

« Nous leur offrons un test. C'est gratuit. Nous leur donnons aussi une contraception gratuite. Mais, vous voyez, elles tombent quand même enceintes. Elles n'agissent pas comme des personnes responsables. Elles savent ce qu'elles font. Elles sont au courant de la contraception. Maintenant nous ne pouvons pas les aider [...] Nous avons ces affiches [Aucune ne mentionne la transmission du vih par l'allaitement]. Mais nous ne pouvons pas leur donner une information individuelle. Nous ne pouvons pas les conseiller à moins qu'elles ne demandent à faire le test. C'est à cause de ce "machin" de la confidentialité. Si c'est le vih, et je pense qu'il y en a beaucoup comme cela, alors elles doivent voir le conseiller et faire le test. Alors elles auront l'information sur la manière de rester en bonne santé, pour elles et leur bébé. On ne peut pas les aider ».

Ce qui manque dans cette attitude, qui est à la fois bureaucratique est porteuse de jugement, est un éclairage sur la construction du genre et la violence, y compris dans les relations sexuelles (Wood *et al.* 1997), alors que ces mêmes infirmières s'occupent régulièrement de femmes maltraitées. Il faut aussi reconnaître qu'une certaine hostilité est manifestée à l'égard des jeunes célibataires qui demandent une contraception (Karim *et al.* 1992 ; Wood *et al.* 1997). D'autres discussions montrent que les infirmières sont bien conscientes de la stigmatisation liée au VIH, mais apparemment à un niveau abstrait. Elles se positionnent dans un modèle purement médical de la maladie, critiquant la patiente pour n'être pas venue rechercher ses résultats, ou n'avoir pas dévoilé son statut à un membre de sa famille, alors qu'ailleurs, à la suite d'une étude importante au Kenya, "ne pas savoir" [le résultat de VIH] a aussi été considéré comme un droit (Temmerman *et al.* 1995) :

« Nous disons que les femmes qui veulent être testées auront plus d'information et recevront un conseil (au sens de counselling). Mais peu viennent d'elles-mêmes, ou viennent pour leur résultat. Que pouvons-nous faire avec ce truc de la confidentialité ? On ne peut pas faire plus ».

Le deuxième exemple venant d'un centre de santé de Pietermaritzburg est un échange individuel entre une infirmière et une femme enceinte pour la première fois qui voulait se renseigner sur l'allaitement du bébé. Le statut vih de la femme était inconnu de l'infirmière, selon la norme. Le dialogue illustre la distance sociale et "politico-culturelle" entre l'infirmière et la jeune patiente.

– L'infirmière : Nous espérons que vous allez allaiter.
Nous disons toujours que l'allaitement est le meilleur.

Quand le bébé est né, vous avez immédiatement un attachement avec votre bébé quand vous le tenez dans vos bras il ne regarde personne d'autre.

Si vous comparez le coût du lait en poudre, l'allaitement au sein est moins cher. C'est à peu près 20 Rands une boîte, ou plus à l'ère poids n'est pas donné.

Si vous allaitez, le bébé n'est pas sujet à des maladies infantiles (sic). Il n'y a pas de préparation. Le lait de la mère a toutes les substances nutritives, et dans les bonnes proportions. Vous regagnez aussi votre ligne plus rapidement.

Quand le bébé tète, l'utérus (sic) se contracte. C'est aussi bon contre le cancer : cela aide à éviter le cancer du sein. C'est plus facile de téter au sein qu'au biberon.

Nous disons aussi que les mères séropositives peuvent transmettre. Savez-vous cela ? (la patiente donne quelques signes d'assentiment aux questions quand l'infirmière s'arrête, mais elle semble hésitante).

Savez-vous quelque chose sur le sida ?

– La patiente : Non

– L'infirmière : (explique d'abord comment le sida ne peut pas se transmettre)

Vous le contractez par les fluides corporels. [Elle emploie des termes très abstraits et médicaux, notamment si le patient peu informé ne connaît pas les modes de transmission. Elle parle alors de "soldats" dans le sang, qui protègent le sang, mais sont attaqués]

Vous l'attrapez en ayant trop de partenaires sexuels. Ça augmente. Mais si quelqu'un est séropositif, il peut mener une vie normale et garder la santé en mangeant bien et en faisant ce que je suis en train de vous dire. Vous pouvez vivre longtemps cela dépend de votre système immunitaire. Si vous voulez avoir des relations sexuelles, il est plus prudent d'utiliser un préservatif. Le VIH augmente. Il y a beaucoup d'adolescents qui sont séropositifs.

Un enfant peut être placé en nourrice, et pourrait être adopté.

Mais la durée de sa vie sera écourtée.

Quand vous avez des relations sexuelles avec trop de partenaires, vous attrapez cette maladie, comme les gens de chez vous [« like your people »].

Le sida est comme une forme de cancer. Les garçons viennent avec beaucoup de MST ; et les hommes viennent aussi avec des “choux fleurs”. Certains disent qu'ils ont trois partenaires. Ils disent qu'ils ont le sentiment “d'être des hommes” s'ils vont avec beaucoup de filles. Avec les gens que je vois ici, c'est commun dans votre peuple [« among your people »]. C'est un mode vie, ou quoi ? La Patiente : Je n'ai pas fait ça. Maintenant j'ai un

seul homme. Mais certaines disent que les préservatifs ne marchent pas.

– L'infirmière : C'est bien. C'est bien d'avoir un seul homme, et d'avoir un bébé de cet homme. [Elle se tourne vers GS] Vous voyez, celle-ci est une bonne fille. Il n'y en a pas beaucoup comme elle. Elle a seulement un homme. Si vos amies ne peuvent pas s'arrêter d'avoir d'autres hommes, c'est mieux d'avoir un préservatif.

Au sujet de l'allaitement. Vous avez demandé à ce sujet-là, n'est ce pas ? Il y a un risque que le bébé l'attrape par le lait maternel.

Qu'en pensez-vous ?

[S'adressant à GS qui répond avec un hochement de tête clair].

Mais nous disons toujours que “le lait maternel est le meilleur”. Et pour le premier bébé, de la naissance jusqu'à deux ans. Le premier lait est collant mais très nourrissant. Vous devez le donner à votre bébé. Vous devez aussi masser les mamelons, pour que le bébé puisse les attraper. Le bébé a moins de chances d'avoir des coliques si vous faites cela.

Et puis avec le lait maternel, c'est facile – il n'y a pas de préparation ! et pas de microbes – pas comme les biberons qui peuvent tomber par terre. La seule chose que vous avez à faire est de nettoyer les mamelons.

– La patiente : Est-ce qu'il y a des livres sur l'allaitement ?

– L'infirmière : Je dois regarder. Je suis pas sûre si on en a encore.

[L'infirmière commence alors à donner des conseils nutritionnels, en insistant sur l'importance des protéines, et des fruits et des légumes frais, qui sont tous chers].

Avez-vous d'autres questions ?

– La patiente : Non, pas d'autres questions.

L'infirmière, dans ce centre de santé urbain, d'origine indienne, parlait très vite et utilisait des mots techniques et un langage parfois très formel, issu de manuels anglais, pour parler à cette jeune patiente de langue zulu (par exemple : "utérus", "fluides corporels"). La connaissance de l'anglais par la patiente était assez bonne, mais il n'est pas certain qu'elle ait pu tout comprendre, à cause du vocabulaire employé et de la prononciation de l'infirmière. La patiente n'ose en général pas poser d'autres questions, car cela nécessite des aptitudes linguistiques et une relation sociale particulière. Cette infirmière, qui avait une expérience "communautaire", a adopté un ton plaisant – un ton qui n'était pas froid. Cependant, l'information apportée par l'infirmière, et la manière de la donner, ne peuvent être dissociées d'un acte de jugement, et de stéréotypes concernant les comportements sexuels, considérés comme relatifs à une certaine origine ethnique.

Le centre de Santé "Ami des Bébés"

Dans le Kwazulu-Natal, beaucoup de nouveaux centres de santé doivent être accrédités prochainement comme "Amis des Bébés", et leurs infirmières ont déjà reçu une formation spécialisée dans ce domaine. Dans ce centre de la côte Sud, il n'y avait pas de possibilité pour que les femmes soient informées des risques de transmission mère-enfant par l'allaitement et fassent un choix éclairé concernant l'allaitement. Ceci dans un contexte où les taux de prévalence du VIH sont élevés, et sont en augmentation ; où les infirmières ne connaissent pas le statut sérologique de leurs patientes ; où beaucoup de patientes sont séropositives et ne le sauront pas. Des affiches disposées un peu partout rappelant les étapes qui doivent être franchies dans le programme "Hôpitaux Amis des Bébés" donnent le ton, comme si cela faisait partie d'une règle indiscutable. Un entretien avec les infirmières de ce centre se révèle sans ambiguïté.

L'extrait suivant est représentatif des positions exprimées :

« Non, je ne pense pas que l'allaitement soit un grand risque pour le bébé si la mère est séropositive. Peut être juste un petit risque ? Je pense que c'est ce qu'ils disent. Mais est-ce que c'est vrai ? Qui dit cela ? des gens d'ici ?
Pourquoi est-ce qu'ils disent cela ?

[Pause]

Mais de toutes façons c'est meilleur qu'elle allaite. C'est bien et c'est ce qu'on fait ici. Les gens s'attendent à cela. Si elle l'allait, le bébé reçoit tous les éléments nutritifs dans les bonnes proportions. Il est protégé vis-à-vis de tellement d'infections. Tout est tout comme il faut. Même la température. »

Une grande partie de ce discours a été appris par cœur, et reproduit le contenu des manuels. “Les gens s’y attendent” est une forme de raccourci qui permet d’éviter la remise en question du discours sur l’allaitement maternel. Cela semble faire écho à un autre raccourci : l’utilisation de la notion de “peuple” (“people”) présenté comme une voix homogène et démocratique par l’anc. Bien que contestable en tant que catégorie analytique (comme le terme “communauté”, très utilisé), cette notion peut servir pour établir du lien plutôt que pour diviser. À un certain niveau, l’infirmière semble argumenter que l’allaitement fait partie de sa culture, et, en même temps, est “naturel” et merveilleux : c’est-à-dire une synergie entre nature et culture. En discutant ou en rejetant la culture, elle ne rejette pas nécessairement la science cosmopolite (occidentale), ni des connaissances cliniques, mais, au-delà, le statut de cette connaissance parce qu’elle n’a pas été produite localement, et pour cette raison manque de légitimité ; selon ses propres termes, elle vient de “gens qui ne sont pas d’ici”. Ceci entre en contradiction avec ses pratiques au centre où tant les connaissances que les pratiques de promotion de l’allaitement maternel sont bien d’origine locale (issues du Kwazulu-Natal et de l’ancien Kwa-Zulu), et pour cette raison sont considérées comme complètement acceptables et légitimes.

Dans sa réponse, apparaissent des accents de “conscience noire” (“Black Consciousness Movement”), qui est une affirmation d’une identité distinctive non-européenne. Dans une autre lecture, particulièrement dans cette région, où les expressions “nos gens”, ou “les gens d’ici”, se rapportent souvent à la communauté de langue zulu, la valeur unique accordée au savoir local pourrait aussi être interprétée comme une réponse ethno-nationaliste (ce qui signifie qu’une connaissance qui n’est pas originaire du Kwazulu n’a pas de valeur et l’on ne doit pas lui faire confiance). Est-ce que, pour quelques infirmières, ceci peut apparaître comme une réponse “ethno-nationaliste” ?

Comme nous l'avons vu, les identités ne sont pas fixées, mais constamment fluctuantes. Beaucoup de gens ont été forcés d'adopter une identité ethnique par la violence et le conflit, qui leur ont attribué une appartenance à un groupe particulier. G. Mare a soutenu que dans ce cas, il est plus approprié de parler de "catégorisation" dans une identité ethnique plutôt que d'appartenance à un groupe particulier (Mare 1992). De plus, il est important de différencier les ethnicités "dominantes" et "dominées". Cependant, ethnies dominantes et dominées peuvent être les lieux d'autres inscriptions du pouvoir (pouvoir de classe, patriarcal, etc). Les questions et les remarques des infirmières, "des gens d'ici ?", nécessitent quelques explications. En questionnant le statut et "les usages" du savoir concernant l'allaitement des bébés qui, selon elles, vient "d'ailleurs", des Blancs, est-ce qu'elles reconnaissent aussi l'expérience des femmes noires face aux excès des multinationales ? Est-ce qu'elles reconnaissent et réaffirment l'une des principales suites de cette expérience, qui est la promotion de l'allaitement maternel, symbole de la "culture sanitaire" ?

C'est une interprétation, qui pourrait être la "lecture préférentielle" pour ceux qui cherchent "une troisième voie" pour prévenir la transmission mère-enfant. Elle intervient ici comme une "rupture culturelle". La difficulté est à double tranchant, car certaines représentations, associées à une certaine fierté historique et culturelle, peuvent parfois être manipulées par un nationalisme ethnique, qui sous certaines formes peut être inséparable de la répression de la "différence" et d'une xénophobie. Cela construit aussi des représentations négatives des femmes qui ne se conforment pas à un cadre hiérarchique, et celles-ci feraient appel à une violence accrue à l'encontre des femmes "rebelles". Certaines connotations aux sens multiples appellent des commentaires et doivent aussi être disséquées. Comme l'ont montré nos entretiens avec un groupe de soutien de femmes séropositives qui se rencontrent à l'hôpital King Edward de Durban, celles qui n'allaitent pas peuvent être battues et insultées par un membre masculin de la famille pour les forcer à faire ce qu'il leur dit (Seidel *et al.* 2000).

Conclusions

Une vision plus large dans notre région d'étude suggère que les slogans "Le sein est le meilleur" et "Allaitez pour une nation en bonne santé" sont des manifestations d'une orthodoxie largement partagée, en dépit du risque de transmission mère-enfant du VIH. C'est comme si le mouvement contre les laits artificiels des années 1970 ne s'était jamais arrêté, et comme si le sida était une question tout-à-fait marginale, quelque chose comme une distraction irritante vis-à-vis de la mission actuelle : la promotion universelle de l'allaitement. Cependant, il semble que quelques personnes au gouvernement soient conscientes de ces contradictions ²¹⁷.

L'identité politique des agents de santé dans le Kwazulu-Natal, leurs attitudes concernant l'activité sexuelle des femmes avant ou en dehors du mariage, et l'information qu'elles mettent à la disposition des mères sur la transmission mère-enfant par l'allaitement, sont modelées par ces conflits et les représentations antérieurs. Leur propre sens de l'autorité et leur investissement institutionnel dans l'allaitement au sein, et certains *a priori* liés au genre, influent également sur les discours et les pratiques des infirmières. Il est juste, dans certains cas, de considérer qu'il s'agit d'une *idéologie de l'allaitement*. Par idéologie, je me réfère non seulement à des éléments dans un système de croyance et un processus de production du sens, mais à un moyen par lequel les contradictions et les irrationalités sont réajustées ou rendues inapparentes (Barrett 1980 : 87 ; Thomson 1995). Bien que les identités sociales et culturelles soient plus diversifiées et "pluralistes" dans la société moderne, la manière dont les agents de santé agissent face aux femmes vulnérables a été façonnée essentiellement par un ensemble particulier de discours hégémoniques. En outre, le stress et les contraintes que subissent les infirmières s'occupant des centres de santé surchargés, la violence à différents niveaux, les restrictions budgétaires, et la tension que ceci représente, peuvent être combinés pour provoquer une démotivation de nombreux agents de santé.

²¹⁷ Cf. la Déclaration de l'ANC, *Johannesburg, 9 novembre 1999*, Af-Aids posting, 22 novembre 1999.

La prévention du sida renvoie à des questions médicales, sociales, et relatives au genre. Alors que l'inscription selon le genre prend partout le corps sexué féminin et masculin comme cible et comme moyen d'expression, là où les questions clés pour les femmes sont censées être exclusivement la reproduction et la "maternité", faisant partie intégrante de "l'idéologie de la famille", il y a chevauchement entre le sexe biologique et le genre (Guillaumin 1989). Un volume croissant de travail a été réalisé par les femmes africaines sur ces questions. Ce développement a été significatif au cours des vingt dernières années (Baylies *et al.* 1993). Dans chaque culture, le corps n'est pas seulement un "texte", comme les philosophes l'ont écrit ; c'est aussi un lieu de contrôle social pratique, direct. Ceci implique inévitablement des notions conflictuelles de droits collectifs, de droits individuels, et de droit relatif au genre ; là, les droits associés à la citoyenneté attirent d'abord l'attention sur les droits individuels.

Ces représentations, le pouvoir qu'elles véhiculent, et les discours concurrentiels (Levett *et al.* 1997) continueront à être combattus par un militantisme démocratique (Williams 1992 ; Walby 1994 ; Gouws 1999 ; Lewis 1999 ; Friedman 1999). Mais il est fort probable que les droits des femmes les plus pauvres ne seront pas réexaminés dans le cadre de la politique néo-libérale et des priorités des programmes gouvernementaux actuels sud-africains (Azeldah 1996 ; RSA Government 1997), alors que la pauvreté rurale des femmes était une préoccupation du Programme de Reconstruction et du Développement (ANC 1994). Cette stratégie économique pourrait avoir les mêmes effets négatifs pour les femmes et les enfants que les programmes d'ajustement structurel imposés par la Banque Mondiale (Due *et al.* 1991 ; Elson 1992 ; Kanji *et al.* 1993 ; Sparr *et al.* 1994). Un autre problème est le paradigme vertical de la santé. Alors que, officiellement, la priorité a été donnée en Afrique du Sud à la restructuration des services de santé de première ligne, dans un cadre qui se veut désormais davantage participatif, il reste un long chemin à parcourir.

Il a été dit que le VIH/Sida représentait un "challenge" puissant pour l'ingéniosité des scientifiques cherchant un vaccin. Il l'est aussi pour l'autorité que les professionnels de santé ont acquise vis-à-vis de leurs patients, dans une certaine continuité historique, et pour la construction sociale du corps reproductif.

« Que le sens du sein varie selon le temps et le lieu ne devrait pas être surprenant [...]. Le sein a été, et continuera à être, l'origine des valeurs de la société. Avec le temps, il a assumé et porté des nuances différentes chargées de prétextes religieux, érotiques, physiques, psychologiques, et commerciaux [...]. Comme le sein a été le signifiant [...] de la vie et de l'acte de nourrir, il est devenu le vaisseau de la maladie et de la mort. Le sein ne sera pas celui de nos ancêtres – parce que les femmes auront quelque chose à dire sur sa signification et son utilisation. » (Laloum 1997 : 278).

Remerciements

Cette recherche a été financée par l'ANRS (Agence nationale de recherches sur le sida), Paris, en 1998-1999. Ce travail a été réalisé dans le cadre du Laboratoire Sociétés, Santé, Développement, Université Bordeaux II, Upres À 5036 CNRS, et accueilli par le Department of Paediatrics and Child Health, University of Natal, Durban. Une autorisation concernant les aspects éthiques a été obtenue auprès du Ethics Committee of the Medical School, University of Natal, Durban.

Références bibliographiques

African National Congress

1994 *National Reconstruction and Development Programme*. Johannesburg, Umanyano Publications.

AHRTAG

1997 *Caring with Confidence. Practical information for health workers who prevent and treat HIV infection in children*. London, ARHTAG.

Azeldah A.

1996 From the RDP to GEAR : the gradual embracing of neo-liberalism in economic policy. *Transformations* 31 : 66-95.

Barrett M.

1980 *Women's Oppression Today : Problems in Marxist Thought*. London, Verso.

Baylies C. et J. Bujra

1993 Challenging gender inequalities in Africa. *Review of african political economy* 56 : 3-10.

Bekker S. (éd.)

1992 *Capturing the events. Conflict trends in the Natal region, 1986/1992*. Durban, Indicator SA issue focus.

Bobat T., D. Moodley, A. Coutsooudis *et al.*

1997 Breastfeeding by HIV-1 infected women and outcome in their infants : a cohort study from Durban, South Africa. *AIDS* 11.

Burns D.N. et L.M. Mofenson 1999 Paediatric HIV-1 infection. *Lancet* 354 (suppl II) : 1-6.

Caplan P.

1988 Endangering knowledge : the politics of ethnography. *Anthropology Today* 14 (5) : 8-12 ; (6) : 14-17.

Coovadia H.M. *et al.*

1996 *Consequences of maternal HIV-1 infection on ante-natal, perinatal and postnatal outcomes, with specific reference to the effects of breastfeeding on the mothers' and infants' health*. Wellcome Trust Proposal, n°4, Population Studies and Reproductive Health.

Coutsooudis A., K. Pillay, E. Spooner *et al.*

1999 Influence of infant feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa. *Lancet* 353-354 : 471-

476.
Child Health Policy Institute

1997 *A review of the Literature on Breastfeeding : Implications for Policy and Research*. University of Cape Town, Child Health Policy Institute.

Department of Health

1997 *White paper for the Transformation of the Health System in South Africa*. Government Gazette 17910, 16 April.

Desclaux A.

1994 Le silence comme politique de santé publique ? Allaitement maternel et transmission de VIH. *Sociétés d'Afrique et Sida* 6 : 2-4.

Due J.M. et C.H. Gladwin

1991 Impacts of structural adjustment programs on African women farmers and female headed-households. *American Agricultural Economics Association* 73 (5) : 1431-1349.

Elson D.

1992 « Structural adjustment : Its effect on Women ». In : T. Wallace et C. March (éds.) *Changing Perceptions* : 39-56. Oxford, Oxfam.

Evian C.

1998 *Policy Guideline and recommendations for feeding on infants of HIV positive mothers*. Report prepared for the Breastfeeding Task Group and for the HIV/AIDS and STD Directorate, Pretoria.

Evian C. *et al.*

1993 *Primary AIDS Care*. Johannesburg, Jacana Editions.

Foucault M.

1973 *The Birth of the Clinic : an archaeology of medical perception*. London, Tavistock.

1976 *The History of Sexuality : an introduction*. London, Penguin Books.

1980 *Power/Knowledge : Selected interviews and other writings, 1972-1977*. New York, Pantheon.

1989 *The Archaeology of Knowledge*. London, Routledge.

Fraser N.

1989 *Unruly practices : Power, discourse and gender in contemporary social theory*. Cambridge, Polity Press.

Friedman M.

- 1999 Effecting equity : translating commitment into practice. *Agenda Monograph* : 3-17.

Gaitskell D.

- 1982 « Waiting for Purity ». In : Marks S. et S. Rathbone (éds). *Industrial and Social Change in South Africa*. London, Longmans.

Gaitskell D. et E. Unterhalter

- 1989 « Mothers of the nation : a comparative analysis of nation, race and motherhood in Afrikaaner nationalism and the African National Congress ». In : Yuval-Davies N. et F. Anthias (éds). *Women-Nation-State*. London, Macmillan.

Gouws A.

- 1999 Beyond the equality and différence : the politics of women's citizenship. *Agenda* 40 : 54-65.

Gray G., H. Salojee et J. McIntyre

- 1994 Breastfeeding and HIV transmission. *AIDS Bulletin* 3 (1).

Gray G., J.A. McIntyre, S.F. Lyons

- 1996 *The effect of breastfeeding on vertical transmission of HIV-1 in Soweto, South Africa*. Proceedings of the XI International Conference on AIDS, Vancouver, July 7-12 1996 (Abstract # Tu.C.342).

Guay L.A. *et al.*

- 1999 Intrapartum and neo-natal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda : HIVNET 01 randomised trial. *Lancet* 354 : 759-802.

Guillaumin C.

- 1981 The practice of power and belief in Nature. 1 : The appropriation of women ; 2 : Naturalist discourse. *Feminist Issues* 1 (2) : 3-28; 1 (3) : 87-109. 1995 *Racism, Sexism, Power, and Ideology*. London, Routledge.

Hassim S.

1992 *Family, Motherhood and Zulu Nationalism : The Politics of the Inkhata Women's Brigade*. Durban.

Jewkes R. *et al.*

1998 Why do nurses abuse patients ? Reflections from South African obstetric services. *Social Science and Medicine* 47 (11) : 1781-1795.

Kanji N. et N. Jazdowska

1993 Structural adjustment and women in Zimbabwe. *Review of African Political Economy* 56 : 11-26.

Karim Q.A. *et al.*

1992 Teenagers seeking condoms at family planning services. *South African Medical Journal* 82 : 356-359.

Kuhn L. et Z. Stein

1997 Infant survival, HIV infection, and feeding alternatives in less developed countries. *American Journal of Public Health* 87 (6) : 926-931.

Laloum M.

1997 *A History of the Breast*. London and New York, Harper Collins.

Levett A., A. Kottler, E. Burman *et al.*

1997 *Culture, power and difference -Discourse analysis in South Africa*. London and New Jersey, Zed Books.

Lewis D.

1999 Gender myths and citizenship in two autobiographies by South African Women. *Agenda* 40 : 38-44.

Maher V.

1996 « Breastfeeding and maternal déplétion ». In : V. Maher (éd.), *The anthropology of breastfeeding. Natural Law or Social Construct ?* : 151-180. London, Berg.

Mare G.

1992 *Ethnicity and politics in South Africa*. London, Zed Books.

Marks S.

1998 *Divided sisterhood. Race, class and gender in the South African nursing profession*. Johannesburg, University of Witwaterstrand Press.

May J.

1998 *Poverty and inequality in South Africa*. Report prepared for the Office of the Deputy President and the Inter-Ministerial Committee for Poverty and Inequality, Pretoria (Zed Press, à paraître).

McIntyre J.

1997 *Report back on the Ghent Working Group on Mother-to-Child transmission of HIV-1 : Affordable options for the prevention of mother to child transmission of HIV-1 from research to clinical care.*, Conference, National AIDS Programme and Perinatal HIV Research Unit, 19-20 November 1997, Johannesburg.

McIntyre J. et G. Gray

1998 The feasibility of short-course anti-retroviral therapy for the prevention of mother-to-child transmission in Soweto, South Africa. *AIDS Bulletin* 7 (2) : 31.

Medical Research Council

1998 *Summary results of the eight national survey of women attending antenatal clinics of the public health services in South Africa in 1997*. MRC, Durban.

Meintjes S.

1998 « Gender, nationalism and transformation : difference and commonality in South Africa's present and future ». In : R. Wilford et R.L. Miller (éds.), *Women, ethnicity and nationalism* : 62-86. London, Routledge.

Moore H.L.

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

1994 *A Passion for Difference*. Cambridge, Polity Press.

Msellati P., G. Hingst, F. Kaba *et al.*

2000 *Projet Interim UNICEF 1998-1999. Phase intermédiaire entre un projet de recherche (essai ANRS 049) et un programme de Santé Publique dans le domaine de la prévention de la transmission du VIH-1. Rapport final*, Abidjan, Côte d'Ivoire. Janvier 2000.

Pillay K.

1996 *Breastfeeding Choices for the HIV seropositive mother*. Report of an international Workshop, Durban (May 20-21).

1999 *HIV and infant feeding choices*. Communication à la HIV Update Conference, Durban, April 1999.

RSA Government

1997 *Growth, Employment and Distribution, A Macro-Economic Strategy (GEAR)*. Department of Finance, Pretoria.

Seidel G.

1993 The competing discourses of AIDS in Africa. *Social Science and Medicine* 26 (3) : 175-194.

1996 Confidentiality and HIV status in KwaZulu-Natal : implications, resistances, challenges. *Health Policy and Planning* 11 (4) : 418-427.

1998 Making an informed choice – discourses and practices surrounding breastfeeding and AIDS in South Africa. *Agenda* 39 : 645-681.

1999 « Stories to optimise care for HIV+ women and extending the gendered rights' discourse, with illustrations from a pilot study in rural KwaZulu-Natal ». In : C. Becker, J.P. Dozon, M. Touré, C. Obbo (éds.), *Vivre et penser le sida en Afrique* : 475-491. Paris, Codesria/IRD/Karthala.

Seidel G. et R. Coleman

1999 « HIV, gender, support and uses of storytelling in rural KwaZulu-Natal ». In : P. Aggleton, G. Hart, P. Davies (éds.), *Families and Communities Responding to AIDS*. London, UCL Press.

Seidel G., V. Sewpaul et B. Dano

- 2000 Experiences of breastfeeding and vulnerability among a group of HIV+ women – discussions with a peer support group of HIV+ mothers at King Edward Hospital, Durban. *Health Policy and Planning* 15 (1) : 24-33.

Sparr P. (éd.)

- 1994 *Mortgaging Women's Lives. Feminist Critiques of Structural Adjustment*. London, Zed Press.

Tallis V.

- 1997 *An exploratory investigation into the psycho-social impact of an HIV positive diagnosis in a small sample of pregnant women, with special reference to KwaZulu-Natal*. MA Thesis, Department of Social Work, University of Natal, Durban.
- 1998 *The psycho-social impact of HIV on pregnancy*. Abstract 24237, Twelfth World AIDS Conference, Geneva.

Temmerman M. *et al.*

- 1995 The right not to know HIV test results. *Lancet* 345 : 969-970.

UNAIDS/WHO/UNICEF

- 1998 *Consensus statement on HIV and infant feeding*. April 27, Geneva.

WHO/UNICEF

- 1992 *The global criteria for the WHO/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative*. Geneva.

Walby S.

- 1994 Is citizenship gendered ? *Sociology* 28 (2) : 379-396.

Williams S.

- 1992 « From "Mothers of the Nation" to Women in their own Right : South Africa Women in the Transition to Democracy ». In : T. Wallace et C. March (eds.), *Changing Perceptions* : 118-131. Oxford, Oxfam.

Wood K. *et al.*

1997 Adolescent sex and contraceptive expérience : perspectives of teenagers and clinic nurses in the Northern Province. Pretoria, CERSA Women's Health, MRC.

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

Quatrième partie. La prévention de la transmission du VIH
par l'allaitement.

Chapitre XIX

Perspectives de prévention en Afrique de l'Ouest

Alice Desclaux, Bernard Taverner ²¹⁸

[Retour à la table des matières](#)

En juin 1998, l'ONUSIDA, en collaboration avec l'UNICEF et l'OMS, édite un ensemble de guides de recommandations concernant l'alimentation du jeune enfant dans le contexte du VIH (UNICEF/UNAIDS/WHO 1998a, 1998b, 1998c). Ces recommandations présentent les grands principes sur lesquels doivent se fonder les stratégies préventives, les questions auxquelles les "décideurs" et les responsables sanitaires doivent faire face, les étapes de la planification et de la mise en oeuvre des programmes préventifs, et les options concernant l'alimentation de l'enfant. L'approche repose sur la prise en compte des connaissances épidémiologiques disponibles, du cadre logique régissant les programmes de lutte contre le sida, d'éléments de connaissance concernant les options alimentaires pour les nourrissons, et des présupposés en termes de droits sur lesquels les programmes devront se baser. Les recommandations sont suffisamment générales pour pouvoir être pertinentes dans tous les contextes : au Nord et au Sud, dans des pays de prévalence haute ou basse, aux ressources

²¹⁸ Ce chapitre prend en compte les contributions de tous les auteurs de cet ouvrage.

sanitaires limitées ou suffisantes, aux sociocultures les plus diverses. Pour conduire des interventions de santé publique dans une région ou un pays à partir des recommandations de l'ONUSIDA, ces dernières doivent être confrontées au contexte épidémiologique, sanitaire et socioculturel, de cette région ou de ce pays. Ce chapitre propose une adaptation de ces recommandations sur la base des données exposées dans les parties précédentes de cet ouvrage. Il s'appuie sur l'évaluation de la situation au Burkina Faso et en Côte-d'Ivoire ; mais au-delà d'une application à une socioculture donnée, ce travail permet d'enrichir la réflexion concernant l'adaptation des recommandations aux autres contextes sociaux et culturels de l'Afrique de l'Ouest. En introduction, sont rappelés le cadre théorique de la prévention et des principes de sa mise en oeuvre tels qu'ils sont définis par l'ONUSIDA. Sur cette base, notre réflexion comprend ensuite quatre volets :

- l'examen des mesures préventives qui ont été proposées (alimentation de l'enfant et conseil en allaitement) ;
- l'analyse des stratégies de santé publique nécessaires en préalable à la mise en oeuvre de la prévention de la transmission par l'allaitement ;
- l'analyse des stratégies de prévention de la transmission par l'allaitement et celle des obstacles pressentis par les épidémiologistes et professionnels de santé publique ;
- enfin, l'examen des pistes actuelles pour la prévention.

L'approche de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH

Pour l'ONUSIDA, l'approche de la transmission du VIH par l'allaitement doit être intégrée dans une approche plus globale de la prévention du VIH. La prévention de la transmission mère-enfant doit être basée d'abord sur la prévention primaire de l'infection chez les femmes en âge de procréer. Cette prévention comporte une série de mesures :

- « - le développement et la promotion des services de conseil et de dépistage VIH qui respectent le consentement éclairé et la confidentialité
- le renforcement des services de soin anténatal notamment dans le domaine du VIH -la mise en place d'interventions de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant -le renforcement des services de planification familiale
- la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel qui est le meilleur choix alimentaire pour les enfants de femmes non infectées par le VIH et de statut sérologique inconnu
- la prévention des pressions commerciales en faveur de l'alimentation aux substituts du lait maternel » 219 .

Toujours selon l'ONUSIDA, les interventions qui permettent de réduire la transmission de la mère à l'enfant lorsque la séropositivité de la mère est connue comprennent les mesures suivantes :

- « - le traitement par les antirétroviraux (ARV). L'efficacité des ARV a été démontrée chez des enfants qui n'étaient pas allaités mais l'efficacité en cas d'allaitement maternel est encore inconnue.
- une réforme des soins obstétricaux, incluant la restriction du recours à des méthodes invasives pour réduire l'exposition de l'enfant au sang de la mère infectée. Ces mesures peuvent être mises en place pour toutes les femmes, quel que soit leur statut sérologique, donc avant que les services de conseil et de dépistage soient fonctionnels partout.
- le recours à des alternatives à l'allaitement. Les femmes ont besoin de conseil à propos de l'alimentation de leur enfant et de soutien lorsqu'elles ont pris leur décision. Elles peuvent avoir besoin d'aide pour les alternatives à l'allaitement si elles choisissent de ne pas allaiter.

D'autres possibles interventions à l'étude et qui peuvent être bénéfiques pour les femmes infectées et les femmes non-infectées par le VIH comprennent :

- la supplémentation en vitamine A dans les zones de prévalence du déficit en vitamine A

219 UNICEF/UNAIDS/WHO 1998 : p. 5-7. Traduction A. Desclaux.

- la désinfection de la filière vaginale à la chlorhexidine pendant le travail et l'accouchement. » ²²⁰

La prévention de la transmission du VIH par l'allaitement repose donc sur une palette d'interventions qui concernent des niveaux différents du système de soin. Sur ces bases, le groupe de Gand a proposé un ensemble de mesures de santé publique "intégrées", applicables dans les pays en développement (Dabis *et al.* 2000 : 39). Ces mesures sont les suivantes ²²¹ :

- « 1 Définir une stratégie optimale et spécifique à chaque pays associant des interventions spécifiques au VIH et le renforcement des soins de santé maternelle et infantile.
- 2 L'objectif fondamental de cette stratégie intégrée devrait être de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles de manière globale.
- 3 Un régime court de traitement antirétroviral et d'autres moyens de prévention de la transmission verticale devraient être pris en compte maintenant, notamment dans les zones de prévalence du VIH élevées.
- 4 Le dépistage volontaire du VIH et le conseil doivent être largement disponibles pour les femmes.
- 5 Des programmes pilotes doivent être progressivement mis en place et des projets de recherche opérationnelle démonstratifs doivent être conduits.
- 6 Les stratégies appropriées concernant les options alimentaires pour l'enfant doivent être utilisées et évaluées.
- 7 Des recherches complémentaires sont nécessaires concernant la transmission postnatale du VIH par l'allaitement et d'autres problèmes non résolus (effets à long terme des traitements antirétroviraux, orphelins...)
- 8 Pas de discrimination dans la prise en charge des femmes enceintes séropositives au VIH.
- 9 Améliorer les "standards de soin" pour les enfants nés de mères infectées par le VIH et promouvoir leur utilisation.

²²⁰ UNICEF/UNAIDS/WHO 1998 : 6.

²²¹ Traduction A. Desclaux.

- 10 Prévenir la transmission mère-enfant implique l'engagement à long terme des donateurs, des gouvernements et des professionnels de santé en faveur des conditions de vie de chaque individu et chaque famille. »

L'évaluation de la situation locale

Pour choisir des stratégies appropriées et définir les modalités de leur mise en oeuvre, il est nécessaire d'évaluer "la situation locale". Le type d'informations à recueillir pour cela est ainsi défini dans le guide d'ONUSIDA destiné aux "décideurs" (UNICEF/UNAIDS/WHO 1998a) :

« L'évaluation de la situation doit reposer sur :

- *L'identification des parties intéressées et des acteurs clés -tels que les experts et les ONG qui interviennent dans le domaine de l'allaitement, les agents de santé des hôpitaux "amis des bébés", les producteurs d'aliments pour les enfants appartenant par exemple à l'industrie des produits laitiers, les pédiatres, les nutritionnistes, ceux qui travaillent dans le champ du VIH/sida, les logisticiens -et des rôles qu'ils pourraient jouer dans la mise en place d'une stratégie. Les producteurs et distributeurs de produits d'alimentation infantile ne devraient pas décider des stratégies mais contribuer à leur mise en pratique effective.*
- L'estimation du nombre de mères et d'enfants susceptibles d'être affectés, basée sur la prévalence du VIH, la population et le taux de fertilité,
- *L'évaluation du degré de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, et les éventuelles barrières sociales et culturelles au conseil et au dépistage ainsi qu'aux alternatives à l'allaitement maternel,*
- L'évaluation de la fréquentation des services prénataux, de planification familiale et des services proches qui peuvent offrir la possibilité d'accéder à un conseil et dépistage VIH aux futurs parents,
- Combien y a-t-il d'hôpitaux "Amis des Bébé" ? Peuvent-ils être impliqués dans la mise en place du conseil et du dépistage VIH, et dans le conseil concernant les alternatives à l'allaitement maternel ?

- La disponibilité du conseil et du dépistage VIH anonyme et volontaire,
- Un état des lieux des pratiques d'allaitement incluant :
 - les taux d'allaitement maternel
 - la disponibilité et le coût (relativement aux revenus des familles) des alternatives à l'allaitement et de la supplémentation en micronutriments,
 - la morbidité et la mortalité associées à l'allaitement artificiel,
- L'accès des familles à l'eau potable, à la sanitation et au pétrole pour apprécier la faisabilité de la préparation d'aliments de remplacement,
- L'estimation des quantités de substituts du lait maternel nécessaires pour les femmes infectées par le VIH, compte tenu de la prévalence locale du VIH, des taux de fertilité, et de l'acceptabilité attendue du dépistage VIH,
- La disponibilité des financements. Plutôt que réorienter des ressources antérieurement consacrées aux programmes sanitaires pour la mère et l'enfant, les décideurs devraient utiliser cette opportunité pour intégrer ces nouvelles tâches (conseil et dépistage VIH, conseil en alimentation infantile pour les mères infectées) pour renforcer les soins maternels de base, le soutien à l'allaitement maternel, le soin aux enfants, les services de planification familiale et les services de soutien aux personnes infectées par le VIH » ²²².

Le travail présenté dans ce rapport, concernant le Burkina Faso et secondairement la Côte-d'Ivoire, apporte des informations concernant les points 1 et 3 (en italiques ci-dessus). Au-delà d'une simple évaluation préalable à l'utilisation d'un guide de planification préétabli, ces résultats permettent de dégager des notions pertinentes pour l'Afrique de l'Ouest, et de discuter les recommandations internationales.

²²² UNICEF/UNAIDS/WHO 1998 : 20.

Les mesures proposées

Les mesures préventives que nous analyserons concernent l'alimentation de l'enfant et le conseil en allaitement. Cette analyse est basée principalement sur l'étude des perceptions professionnelles et maternelles des options alimentaires, sur les débats autour du conseil en allaitement tenus au cours d'une réunion internationale de l'IBFAN-Afrique ²²³, et sur les observations présentées dans les chapitres précédents.

Les options alimentaires pour l'enfant

Nous avons soumis les "options alimentaires" définies par l'ONUSIDA ²²⁴ (à l'exception du recours aux lactariums, inexistants en Afrique de l'Ouest) aux agents de santé des services de Santé Maternelle et Infantile du Burkina Faso ²²⁵, et aux mères séropositives ayant participé au projet DITRAME à Abidjan et à Bobo-Dioulasso ²²⁶. Chaque agent de santé et chaque femme rencontré(e) devait se prononcer, sur la base de son expérience, à propos de la faisabilité, l'accessibilité et l'acceptabilité de chaque mesure, et sur les conditions nécessaires pour qu'elle puisse être mise en place sans générer de risque sanitaire supplémentaire. Les données présentées correspondent donc à des perceptions, non à des pratiques ; elles ont été recueillies en l'absence de tout programme favorisant l'accès aux substituts du lait maternel.

²²³ Première Réunion Régionale IBFAN-FAN(International Baby Food Action Network, Réseau Afrique francophone), sur le thème "Allaitement sida/Breastfeeding and HIV", 26 au 30 juillet 1999, Ouagadougou.

²²⁴ Cf. chapitre II.

²²⁵ Concernant la méthode, voir chapitre XI.

²²⁶ Concernant la méthode, voir chapitre XIV.

Perceptions des propositions ONUSIDA par les agents de santé et les mères

1. Le rejet du colostrum

Cette mesure paraît d'autant plus faisable aux agents de santé qu'elle est encore spontanément pratiquée par une partie des femmes qui accouchent chez elles. Elle ne pose pas de problème majeur de surcoût, et n'exige pas d'investissement supplémentaire en temps. Cette mesure nécessite cependant que des substituts du lait maternel soient utilisés pendant les premières 72h., ce qui exige de mettre en place une alimentation de substitution là où a lieu l'accouchement (service hospitalier d'obstétrique, Centre Médical avec Antenne chirurgicale, Centre de Santé et de Promotion Sociale). Ceci suppose que les services de santé puissent fournir les substituts du lait maternel, l'équipement et le matériel pour les préparer, faute de quoi le nourrisson pourrait ne recevoir que de l'eau pendant les deux à trois premiers jours, ce qui est fréquent hors du contexte du VIH. Dans ce cas, l'hospitalisation serait nécessaire, ce qui pourrait être favorable aux femmes dans un contexte sanitaire où la mortalité maternelle est importante. Le risque de stigmatisation par l'entourage serait alors limité aux personnes rencontrées dans ces services. Cependant, cette mesure semble peu acceptable pour les soignants, qui, depuis 1992, enseignent aux femmes qu'il faut donner le colostrum. Ils déclarent : « *C'est un problème de contradiction* », « *Maintenant qu'on a les affiches un peu partout pour dire qu'il ne faut pas le jeter, comment on va faire ?* », « *Cela ne va pas poser de problèmes aux femmes, mais aux agents de santé* ». La mesure est d'autre part perçue comme insuffisante pour fonder une stratégie, car elle paraît susceptible, au mieux, de réduire le risque de transmission de quelques points.

Pour les femmes, qui ont entendu les messages répétés pendant les séances d'IEC [information, éducation, communication] le colostrum est utile parce que, du fait de sa "toxicité", il permet de purger le nouveau-né du méconium, et parce qu'il contient des vitamines. Même si les propos des agents de santé ont été réinterprétés et si leurs injonctions n'ont pas été immédiatement suivies de changements dans les pratiques, ces discours ont été "intégrés" et, contrairement à ce que pensent certains soignants, il serait bien difficile de revenir à l'état antérieur des représentations. Aussi l'acceptation de cette mesure nécessitera des explications claires. De plus, les femmes se demandent ce qu'elles pourront donner au nouveau-né en remplacement du "premier lait" : les substituts du lait maternel ont été tellement critiqués qu'elles ne les évoquent pas, même pour une utilisation en milieu hospitalier. Abidjan, le regard des soignants et les critiques éventuelles

semblent peu gênants car les femmes qui se sont exprimées n'ont passé que quelques heures à l'hôpital après l'accouchement.

2. L'alimentation aux substituts du lait maternel

Pour les agents de santé, l'utilisation des substituts du lait maternel semble très difficile dans les conditions actuelles, et nécessite des pré-requis tels que le fait de subventionner les substituts, voire de l'équipement et du matériel nécessaires, et la mise en place d'un suivi sanitaire de l'alimentation du nourrisson. Cette difficulté tient aux risques sanitaires infectieux et nutritionnels lorsque les conditions ne sont pas remplies pour assurer l'hygiène de la préparation et de la conservation du lait, qu'il soit donné à l'enfant avec un biberon ou une tasse. Ce risque sanitaire est socialement déterminé : il dépend du niveau d'équipement et des revenus du foyer, de la disponibilité et de la compétence de la mère ou de la personne qui s'occupe de l'enfant. Pour les agents de santé, il s'agit donc de repérer quelles sont les mères qui pourront mener à bien cette alimentation sans prendre de risque. Ce "diagnostic social" suppose de bien connaître la femme et ses conditions de vie, ce qui nécessite *a priori* une première visite à domicile. Du point de vue des soignants, l'utilisation des substituts du lait maternel semble *a priori* peu acceptable pour les femmes tant le "lait des Blancs" est perçu comme insuffisant pour un bon développement de l'enfant. Mais la majorité des agents de santé estiment que cette mesure est la meilleure et serait la plus appréciée des mères, car elle est la seule qui permette d'être sûr que la transmission n'aura pas lieu. C'est d'ailleurs la mesure que 13 agents de santé sur 18 choisiraient pour eux-mêmes s'ils se trouvaient dans cette situation. Pour les soignants, ce mode d'alimentation est accessible à condition que les substituts du lait maternel soient fournis par les services de soin ; sinon, les parents risqueraient d'utiliser des laits en poudre non maternisés. Il est acceptable à condition qu'il soit possible d'exercer un suivi régulier de l'enfant, basé sur des démonstrations et une visite à domicile préliminaires à l'utilisation des substituts du lait maternel, suivies de visites régulières complétant les consultations de nourrissons de SMI mensuelles. Du fait de son efficacité, cette mesure apparaît aux agents de santé comme une stratégie majeure qu'il est nécessaire de rendre accessible, tout en assurant les conditions de sa sécurité.

Du point de vue des mères, cette mesure est à la fois la plus acceptable pour elles parce qu'elle annule le risque, et la moins faisable du fait des aspects économiques, des risques sanitaires, et parce qu'elle est soumise au regard des autres. Les perceptions de cette mesure ne sont cependant pas dénuées d'ambivalence, car les femmes pensent que les "laits artificiels" n'ont pas les qualités du lait maternel : même si un enfant se développe correctement sur le plan pondéral, on ne peut être certain qu'il aura acquis la "force" que lui aurait donnée le lait humain. Il est cependant difficile de faire

la part, dans ces représentations, de ce qui relève d'une rationalisation dans une situation où les femmes qui se sont exprimées ne pouvaient pas utiliser les substituts du lait maternel pour des raisons économiques. Il est possible que de telles représentations soient labiles lorsque les substituts seront disponibles. Les craintes concernent aussi des aspects matériels tels que la qualité du produit utilisé ou la capacité des femmes à préparer le lait correctement œ interrogations qui n'apparaissent pas à Abidjan, où quelques femmes ont nourri leur enfant aux substituts du lait maternel en étant suivies par l'équipe soignante.

3. L'extraction et la stérilisation du lait maternel

Certains agents de santé ont l'expérience de l'expression du lait maternel avec un tire-lait dans quelques cas exceptionnels d'abcès du sein, ou, sur de plus longues périodes, chez des femmes qui travaillent et ne peuvent allaiter l'enfant au sein au cours de la journée. La mesure leur semble possible, mais difficile ; c'est surtout la stérilisation du lait qui leur semble poser des problèmes matériels. Comme pour l'utilisation de laits animaux ou de substituts du lait maternel, chauffer le lait exige du temps et des moyens pour acheter le combustible. Dans le cas particulier du chauffage du lait maternel, la précision nécessaire, qui exige l'emploi d'un thermomètre si la mère n'a pas de réfrigérateur, semble difficile pour les mères illettrées. Il faut de plus se procurer un tire-lait, ustensile onéreux, qui devrait être mis à la disposition des mères (éventuellement en location) par les services de soin qui devraient également assurer les démonstrations et le suivi des enfants, notamment à domicile. La manipulation d'un liquide extrait du corps peut être perçue comme le médium d'une attaque sorcellaire, et la stérilisation du lait après extraction pourrait être peu acceptable, pour cette raison, aux yeux des "femmes de la brousse". Pour les agents de santé, cette mesure n'a d'intérêt que parce que le lait maternel est toujours disponible, ce qui n'est le cas ni des laits animaux ni des substituts du lait maternel. Mais le traitement par la chaleur et l'utilisation de la tasse ou du biberon éliminent les anticorps, les "vitamines" et la "chaleur de l'allaitement au sein", qui constituent la supériorité de l'allaitement maternel sur les autres modes d'alimentation du nourrisson. Dans ce cas, les bienfaits du lait maternel ne sont plus suffisants pour prendre le risque d'une transmission du VIH toujours possible compte tenu de la précision technique exigée par la manipulation. Du fait de sa complexité technique, cette mesure apparaît aux agents de santé comme secondaire, mais cependant adaptée à des cas particuliers de femmes qui disposent des moyens matériels nécessaires.

Les femmes considèrent que cette pratique n'est pas acceptable, parce qu'elle est difficile, qu'elle nécessite du temps, que les qualités du lait humain disparaissent quand on le chauffe, et que cette mesure n'échappe pas au regard des autres. Cependant, aucune des femmes qui se sont prononcées n'avait essayé de "tirer le lait".

4. L'utilisation de lait animal

L'utilisation du lait animal est bien accueillie par les soignants pour les femmes qui vivent en brousse, « *là où il y a des Peul* » [donc du lait]. Certains agents de santé citent des cas d'enfants nourris de cette façon qu'ils ont suivis. Les mêmes limites et conditions inhérentes à la nécessité de faire bouillir le lait, déjà énoncées pour les deux mesures précédentes, sont perçues pour le lait animal. Si cette dernière mesure semble un peu plus acceptable socialement que les deux autres, exceptionnellement pratiquées jusqu'à présent, elle n'en demeure pas moins une mesure délicate, qui demande une manipulation du lait exigeant un apprentissage auprès des services de santé. Du fait de la disponibilité limitée des laits animaux, cette mesure apparaît aux agents de santé comme adaptée à des cas particuliers, concernant notamment des femmes vivant en brousse.

L'utilisation des laits animaux est très peu acceptée par les femmes d'Abidjan ; elle l'est un peu davantage à Bobo-Dioulasso. Les perceptions des femmes y sont relativement similaires, considérant que le lait animal n'apportera pas à l'enfant les qualités qui lui sont nécessaires pour devenir pleinement humain. Les aspects matériels, notamment l'hygiène et la conservation du lait, s'ajoutent à ces perceptions pour justifier les réticences quasi généralisées à Abidjan.

5. Le recours à une nourrice

Le recours à une nourrice ne semble possible aux agents de santé qu'à la condition que celle-ci soit une parente de la mère. Mais dans le cas du VIH la nécessité de pratiquer le dépistage auprès de la nourrice restreint encore les possibilités. De plus, les agents de santé pensent que les femmes refuseront d'allaiter l'enfant si elles savent que le problème de santé en cause a trait au VIH, car elles auront peur que l'enfant ne les contamine. Pour toutes ces raisons, et parce qu'avoir recours à une nourrice lorsque la mère est vivante est très difficilement acceptable, la grand-mère maternelle et peut-être, dans certaines ethnies, la grand-mère ou une tante paternelle et sera la seule nourrice possible. Ceci pose le problème des conditions de la relactation et de son efficacité biologique. Mais cette mesure vient, comme l'éviction du colostrum, contredire des messages d'éducation sanitaire des années précédentes : « *On disait que les vieilles ne devaient plus allaiter à cause de la tuberculose. Elles étaient très touchées par la tuberculose* ». Pour améliorer l'acceptabilité du recours à une nourrice en présence de la mère, une sage-femme propose de tirer le lait de la nourrice pour que la mère puisse nourrir l'enfant à la tasse ou au biberon. Cette proposition ne permet pas d'éviter le dépistage du VIH chez la nourrice, qui pourrait être difficilement acceptable. Cette mesure apparaît donc aux agents de santé comme ayant des indications

très restreintes, applicable aux seules femmes qui ont des relations très étroites avec leur mère, belle-mère ou belle-soeur.

Cette mesure ne semble pas davantage acceptable aux femmes d'Abidjan et Bobo-Dioulasso que la mesure précédente. Pour justifier la sollicitation auprès d'une femme autre que la mère, il faudra trouver un prétexte si la mère ne veut pas dévoiler sa séropositivité, car le "don" d'un enfant à une mère de substitution alors que la mère est vivante et semble bien portante est lu socialement comme un abandon de l'enfant. Même dans le cas où des femmes pensent qu'elles auraient pu solliciter leur propre mère, les questions que cela aurait généré leur ont paru insurmontables. Dans ce cas aussi, elles n'ont pas voulu prendre le risque social de dévoiler leur séropositivité, et, plus encore, d'évoquer avec leur parente la nécessité de faire le test de dépistage du VIH.

6. La réduction de la durée d'allaitement

Cette mesure apparaît à la majorité des agents interrogés comme la plus faisable, même si elle suppose de réduire de près de 19 mois la durée moyenne de l'allaitement à Bobo-Dioulasso. Le relais, au moment du sevrage, par des bouillies enrichies éventuellement complétées par du lait artificiel, leur semble comporter peu de risques nutritionnels, à la condition que les nourrissons soient suffisamment suivis. L'acceptabilité d'une telle mesure pour la mère et son entourage n'est pas beaucoup plus favorable que celle des substituts du lait maternel, tant il est ancré dans les représentations que l'enfant doit être allaité au moins jusqu'à ce qu'il ait fait ses premiers pas. Mais à cet âge, une "stratégie de communication" peut être mise au point entre les soignants et la mère pour que celle-ci soit protégée des questions gênantes auxquelles il est plus difficile de faire face dans les premiers mois de vie de l'enfant. six mois, le nourrisson est considéré par les soignants comme suffisamment "assuré" pour poursuivre sa croissance sans lait maternel. Mais l'absence d'efficacité absolue en terme de réduction de la transmission du VIH de cette mesure, qui apparaît comme l'option "faute de mieux", empêche de la considérer comme une stratégie totalement acceptable pour les agents de santé.

Pour les femmes d'Abidjan, cette mesure est socialement acceptable et peut être défendue par la mère vis-à-vis de son entourage ; mais elle ne protège pas l'enfant suffisamment. Bobo-Dioulasso, il semble que sevrer l'enfant à six mois nécessiterait les mêmes précautions sociales (justification des motifs, stratégies d'évitement, etc.) que l'absence totale d'allaitement. Le coût de toutes les alternatives au lait maternel, seul aliment gratuit, est encore évoqué à cet âge.

Les perceptions des agents de santé

Ni les agents de santé ni les mères ne sélectionnent *a priori* l'une des options alimentaires proposées à l'exclusion des autres. Les agents de santé distinguent un certain nombre de facteurs qui indiquent préférentiellement telle ou telle mesure pour chaque femme : contexte rural ou urbain, disponibilité du lait animal, capacités du système de soin à mettre en place un appui pour telle ou telle mesure, niveau de "compétence" de la mère, équipement du foyer, disponibilité d'une grand-mère susceptible de jouer le rôle de "mère nourricière". Certains d'entre eux proposent aussi des mesures panachées qui combinent les avantages, telles que l'allaitement par une mère nourricière pendant les 72 premières heures, ou l'extraction du lait d'une mère nourricière qui sera ensuite donné à la tasse ou au biberon par la mère biologique (c'est d'ailleurs là le principe des banques de lait développées sur d'autres continents...).

Le choix des agents de santé est *a priori* marqué par une approche réaliste, et ils se réfèrent souvent à leurs souvenirs d'expériences personnelles lorsqu'ils se prononcent en faveur d'une mesure. Il est aussi remarquable que, pour les autres comme pour eux-mêmes, les agents de santé choisiraient les mesures qui leur semblent les plus efficaces en termes de prévention de la transmission mère-enfant, même si elles nécessitent des aménagements importants et sont peu accessibles. Les agents de santé soulignent le fait que la quasi totalité des mesures proposées, notamment celles qui nécessitent la stérilisation du lait (quel que soit son origine) et des ustensiles, exigent l'intervention d'un professionnel de santé avant leur mise en oeuvre et un suivi régulier de l'enfant, qui pourrait être basé sur des visites à domicile. Cette palette de mesures constituera le matériau du "conseil en allaitement".

Les avantages et limites de ces options alimentaires tels que les perçoivent les agents de santé peuvent être présentés sous la forme d'un tableau synoptique.

Avantages et limites des options alimentaires proposées par ONUSIDA.
Perceptions des agents de santé du Burkina Faso

	Rejet du colostrum	SLM*	Extraction du lait	Laits animaux	Nourricie	Allaitement six mois
Faisabilité pour la mère	+++	+	-	+		++
Efficacité sur la transmission du VIH	?	+++	++	+++	+++	+
Risque sanitaire non VIH	-		-	?	++	-
Surcoût	+++				+++	+
Temps supplémentaire nécessaire	++	-			0	0
Disponibilité	++	+	+	+	-	++
Risque de stigmatisation	-			-		++
Acceptabilité sociale pour la mère	+++	++	+	++		++
Acceptabilité pour les soignants		+	0	++	++	++
Acceptabilité pour l'entourage	++	-	-	-	-	++
Pré-requis concernant le système de soin	+		-	-	-	++
0 : indifférent ; + : favorable ; - : défavorable ; * Substituts du Lait Maternel						

Les perceptions des femmes

Chaque mère s'est d'abord prononcée sur la faisabilité, l'accessibilité et l'acceptabilité de chaque mesure dans son propre cas. Les perceptions des mères diffèrent de celles des agents de santé chaque fois que les relations entre mères et agents de santé sont concernées. Ainsi, lorsque les agents de santé estiment que l'éviction du colostrum est faisable et acceptable pour les mères, elles-mêmes déclarent qu'il n'en est rien, non seulement parce qu'elles sont nombreuses à

avoir “intégré” les représentations biomédicales favorables au colostrum, éventuellement en les réinterprétant, mais surtout parce qu’elles pensent qu’elles auront du mal à faire face aux injonctions des professionnels de santé à ce propos. Ceci renvoie au thème complexe des relations entre mères et agents de santé dans les services de soin, et à leurs dimensions multiples : le caractère autoritaire de la relation, la difficile gestion de la confidentialité concernant le VIH, la combinaison chez les agents de santé de la crainte et de l’empathie face aux personnes vivant avec le VIH, la complexité des relations lorsque plusieurs professionnels interviennent au moment et dans les suites de l’accouchement... ²²⁷

Le point de vue des soignants, selon lequel il serait possible d’indiquer préférentiellement l’une ou l’autre des mesures selon le contexte social et sanitaire dans lequel vit chaque femme, ne concorde pas avec le point de vue des mères, selon lesquelles l’élément déterminant de la décision semble l’attitude du conjoint et de l’entourage, outre l’accessibilité des substituts du lait maternel. Aucune alternative à l’allaitement n’échappant au regard social, l’attitude des proches est évoquée de manière répétitive par les femmes. Ceci présume de l’importance du “conseil”, tout en laissant pressentir les limites d’un conseil qui ne concernerait que la mère ou d’un conseil qui serait réalisé au cours d’un entretien unique, alors que la mise en place des conditions sociales de la prévention apparaît comme un processus impliquant plusieurs personnes et pouvant nécessiter du temps.

Pour les agents de santé et pour les femmes, les options alimentaires proposées paraissent très hétérogènes du point de vue de leur faisabilité, disponibilité, accessibilité et acceptabilité. Les différences entre les représentations des mères et celles des agents de santé laissent préjuger de la difficulté du conseil en allaitement.

²²⁷ Concernant les relations entre femmes et soignants dans les dispensaires et les services d’obstétrique et de santé maternelle et infantile en Afrique de l’Ouest, voir notamment Jaffré *et al.* 1993 ; Olivier de Sardan *et al.* 1999 ; Desclaux 1999, 2000.

La définition du conseil en allaitement

L'ONUSIDA a publié des propositions longues et détaillées concernant le contenu du conseil en allaitement, assorties d'une revue des nombreux aspects matériels que nécessite le recours aux alternatives à l'allaitement maternel prolongé (UNICEF/ UNAIDS/WHO 1998b : 17-18). En 1999, le projet Linkages (USAID, Academy for Educational Development) propose une présentation simplifiée de ces recommandations.

Propositions concernant le conseil en allaitement

Ces propositions ont été reprises et publiées par l'IBFAN-FAN ²²⁸ (voir encadré).

Ces éléments d'orientation doivent permettre aux professionnels de santé d'adapter au mieux le "conseil" aux situations de chaque femme en fonction de son statut sérologique, du niveau des services de soin et de l'accessibilité des substituts.

Trois appréciations peuvent être portées sur ce "cadre logique". La seconde appréciation concerne la nature du "conseil". Dans la culture de santé publique en matière de lutte contre le VIH/sida, le "conseil" correspond à un type d'intervention sanitaire assez spécifique, qui a été défini et précisé autour du dépistage VIH ²²⁹. Cette intervention suppose la création d'une relation entre conseiller et conseillée qui a été qualifiée de "horizontale" par opposition à une relation verticale autoritaire entre un professionnel de santé qui se considérerait comme —savant" et considérerait le patient comme "ignorant". Cette interaction doit comprendre une part importante d'écoute de la part du soignant et d'échange autour de la situation personnelle de la patiente, en complément à la part

²²⁸ Kanon S., 1999, *Orientations pour le conseil en allaitement*, Courrier de l'IBFAN n°5, avril-juin 1999, p. 10. Ce tableau est inspiré du document intitulé "Fiche de questions posées fréquemment sur l'allaitement et le VIH/sida" produit par le Projet Linkages.

²²⁹ Voir notamment OMS 1991 ; Desclaux *et al.* 1997.

d'information délivrée par le soignant. Enfin, la dimension empathique de l'attitude du soignant est une composante essentielle, qui doit permettre d'établir une relation de confiance, inscrite dans la durée. La présentation des "éléments d'orientation" de Linkages ne développe pas ces différents aspects, et propose une liste de directives qui peuvent être interprétées comme la délivrance de "conseils"²³⁰, émis au cours d'une consultation unique. Or, les résultats de nos enquêtes montrent combien la prise de décision, comme la mise en pratique des mesures de prévention, nécessitent un travail portant sur les relations entre la femme et son conjoint, la femme et son entourage, la femme et les professionnels de santé qu'elle devra consulter, pour qu'elle puisse faire accepter sa décision à ces personnes. Ce travail doit entrer dans les objectifs du conseil, qui peut permettre à chaque femme d'élaborer les stratégies les plus pertinentes pour elles. Ainsi, l'approche du "conseil en allaitement" proposée par Linkages devra être élargie, précisée, et bâtie sur d'autres bases relationnelles.

²³⁰ Au sens commun du terme, c'est-à-dire d'avis donnés par celui qui sait à celui qui ne sait pas ; ce sens est à l'opposé du sens spécialisé de "counselling".

Éléments d'orientation pour le Conseil en allaitement dans le contexte du VIH	
Situations	Directives pour l'agent de santé
<p>1 Statut sérologique méconnu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tests confidentiels ne sont pas disponibles ou ne sont pas utilisés (on ne sait pas si la mère est séropositive) 	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir l'utilisation des tests - Promouvoir l'allaitement comme comportant moins de risques que l'alimentation artificielle - Enseigner à la mère comment éviter l'exposition au risque d'infection par le VIH
<p>2 Mère séropositive</p> <ul style="list-style-type: none"> - Produits de remplacement disponibles, abordables et sans danger (Conditions de préparation réunies) - Soins de santé adéquats, disponibles, accessibles 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de produits de remplacement comme comportant moins de danger - Aider les mères à choisir la méthode et le produit le plus adapté et le plus sain - Promouvoir l'allaitement pour le reste de la population - Enseigner à la mère comment éviter l'exposition au risque d'infection par le VIH
<p>3 Mère séropositive</p> <ul style="list-style-type: none"> - Produits de remplacement inaccessibles ou trop dangereux 	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion de l'allaitement comme présentant moins de danger pour la santé de l'enfant - Enseigner à la mère comment éviter l'exposition au risque d'infection par le VIH
<p>4 Mère séronégative</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion de l'allaitement - Enseigner à la mère comment éviter l'exposition au risque d'infection par le VIH

La troisième appréciation concerne le niveau (individuel ou collectif) auquel les éléments d'orientation proposés doivent être appliqués, et leur inscription dans une analyse instantanée ou dynamique des situations. Ces éléments d'orientation sont destinés au conseil individuel : ils ne définissent pas de stratégie de santé publique collective. Or, il semble que lorsqu'ils sont interprétés au niveau collectif et de manière statique, ils puissent d'une certaine manière entériner le *statu quo* actuel. Ainsi, en juillet 1999 au Burkina Faso, après avoir fait le constat que le dépistage prénatal était quasiment inexistant dans le pays, des professionnels de santé spécialisés dans les questions d'allaitement maternel, en venaient à considérer que toutes les femmes se trouvaient dans la catégorie 1 ("statut sérologie méconnu") et qu'il n'y avait donc pas lieu de changer quoi que ce soit dans leur pratique de conseil prénatal ! Il est donc essentiel de rappeler, en préalable à l'utilisation de ce tableau, que tous les moyens disponibles doivent être mis en oeuvre pour connaître le statut sérologique des femmes. Ceci nous conduit à préciser plus loin quelques "pré-requis" à la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement.

Information, avis, choix : composantes du conseil en allaitement

Les résultats de l'étude sur les perceptions de la transmission du VIH par l'allaitement chez les femmes séropositives d'Abidjan et Bobo-Dioulasso montrent que les informations données par les professionnels de santé ont été en partie ignorées ou oubliées, en partie réinterprétées par les femmes, en fonction des mesures qu'elles ont pu prendre. Ceci souligne l'importance de la contextualisation de l'information face aux mécanismes psychiques de déni ou d'oubli sélectif. Les agents de santé ont la charge d'apporter une information juste, concrète, qui hiérarchise les risques²³¹. Cette information doit être articulée avec les contextes d'énonciation, et répétée si nécessaire lorsque la femme aura pu mettre en place les conditions qui lui permettent de la prendre en compte. Le conseil doit pouvoir être poursuivi au cours de plusieurs entretiens, il est indispensable que tous les "acteurs" du conseil disposent de l'information scientifique.

²³¹ Cf. chapitre XVI.

Même si les recommandations internationales mettent en avant la notion de “choix“ par la femme du mode d'alimentation de son enfant, leur traduction dans des directives destinées aux agents de santé introduit la notion de sélection par les agents de santé, distinguant les femmes qui pourront choisir de celles auxquelles il est inutile de proposer le choix, “l'alimentation artificielle“ étant hors de leur portée. Les critères de sélection qu'appliquent les agents de santé à ce stade ont trait au contexte sanitaire et aux capacités intellectuelles des femmes relatives à la préparation des substituts du lait maternel. La préparation du “lait artificiel“ à partir des substituts du lait maternel nécessite en effet des conditions matérielles (eau potable, énergie de chauffage, niveau d'hygiène général suffisant) et un savoir-faire précis pour le respect d'un ensemble de règles ; si ces règles ne sont pas appliquées, le “lait artificiel“ peut être sur-ou sous-concentré et bactériologiquement souillé.

Le critère le plus souvent évoqué concernant l'environnement sanitaire est l'accès à l'eau potable. Or, dans un pays tel le Burkina Faso, très peu de personnes ont accès à une eau potable distribuée par canalisation. En milieu rural, les conditions de sanitation de la population générale ne sont pas différentes de celles des services de santé : les professionnels de santé (infirmiers, sages-femmes, etc.) en poste dans les “dispensaires de brousse“ ne disposent ni d'eau courante ni d'électricité ; ils parviennent néanmoins, en appliquant des règles élémentaires d'hygiène, à assurer le nettoyage et la stérilisation de leur matériel. En matière de capacités à préparer le “lait artificiel“ et à assurer les conditions d'hygiène, les critères évoqués ou mentionnés dans les publications de santé publique font référence au “niveau d'éducation“, “d'alphabétisation“, voire de “scolarisation“ des femmes, à “la pauvreté“... Si ces aspects ne sont pas indifférents, les femmes africaines n'en sont pas moins capables de comprendre et de respecter les règles de préparation, même si elles sont pauvres et analphabètes, à condition d'y être formées par un apprentissage rigoureux et d'adapter ces règles aux conditions locales. Les règles de préparation des substituts du lait maternel ne sont pas beaucoup plus compliquées que celles qui s'appliquent à certaines recettes de confection de médicaments à propriétés magiques qui nécessitent de nombreuses manipulations sans contact avec les doigts ou avec certains objets... L'interprétation de ces “caractéristiques et facteurs environnementaux“ comme des critères de sélection et leur application de manière

trop étroite et rigide risquent de priver des femmes qui en ont besoin de l'accès aux options préventives.

Enfin, la notion de "choix" des femmes doit être discutée, tant on a vu que la décision de la femme reposait davantage sur une option, souvent insatisfaisante pour elle, dans une situation de contraintes multiples. Dans un contexte où les relations soignants-soignés sont asymétriques, le point de vue des professionnels de santé étant chargé de toute l'autorité associée à leur légitimité médicale, l'avis du professionnel de santé risque d'être perçu par les mères comme une prescription. Il incombe aux professionnels de mener un travail de réflexion sur la marge de discussion qu'ils peuvent établir avec les femmes concernant leurs choix. Le conseil en allaitement est analogue en cela au conseil post-test VIH dans ses dimensions de prévention secondaire.

Les mesures que sont les options alimentaires et le conseil en allaitement seront intégrées dans des stratégies qui concernent l'ensemble du système de soin. Certaines stratégies doivent être mises en oeuvre en préalable aux programmes de prévention de la transmission du VIH par l'allaitement.

Des stratégies préalables

Pour que la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement puisse être envisagée, certaines mesures préalables sont indispensables tant pour des raisons de santé publique que pour des raisons éthiques. Ces mesures dépendent d'une part d'aspects relevant exclusivement de la santé publique (existence et pertinence des stratégies de lutte contre l'infection à VIH, couverture sanitaire et accessibilité des services de soin, de suivi prénatal et de soins péri-nataux...), d'autre part d'aspects sociaux et culturels. Ces deux domaines sont distingués ici pour la clarté de l'analyse, la contribution de cet ouvrage portant essentiellement sur les aspects sociaux et culturels ; dans la réalité, ils sont étroitement intriqués. Les résultats dégagés par notre recherche ne conduisent pas à redéfinir les priorités présentées dans l'introduction de ce chapitre ²³², mais donnent des indications sur "la manière de" mettre en oeuvre ces mesures. Dans quelques cas, ils amènent à

²³² Cf. UNICEF/UNAIDS/WHO 1998 ; Dabis *et al.* 2000.

mettre en avant des aspects qui n'étaient pas apparus dans les recommandations des épidémiologistes et professionnels de santé publique.

Là encore, une analyse statique ne doit pas tenir lieu d'alibi : si de telles mesures ne sont pas encore en place, la mise en oeuvre de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, dont le caractère "consensuel" a été évoqué dans un autre chapitre, pourrait constituer le motif d'une "remise à niveau" du système de soin dans ce domaine, selon une approche "globale" de la prévention ²³³. L'aspect "intégré" des stratégies proposées n'est pas tant un principe qu'une nécessité pour que les mesures préventives soient efficaces.

Développer le dépistage VIH et le conseil

D'un point de vue de santé publique, la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement ne peut se réaliser "à l'aveugle" : le conseil et le dépistage prénatal sont indispensables. Chaque femme, qu'elle soit séropositive ou séronégative, doit connaître son statut sérologique pour que son enfant puisse être protégé. Le dépistage doit être largement accessible aux femmes ²³⁴, en termes de distance et de coût, y compris en dehors des essais thérapeutiques et des programmes d'intervention. En 2000, c'est encore loin d'être le cas dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest : au mieux, le conseil et dépistage sont pratiqués dans les capitales, à des tarifs souvent prohibitifs... Au Burkina Faso, le dépistage n'est pas proposé systématiquement dans le cadre des consultations prénatales, même dans les services de santé les plus "performants".

Même là où il est disponible, très peu d'agents de santé des services de SMI auprès desquels nous avons enquêté ont l'expérience d'avoir eux-mêmes proposé ou prescrit un dépistage du VIH. cette absence de proposition, les agents de santé évoquent plusieurs raisons qui ont trait aux conditions actuelles de réalisation du dépistage. La première raison est le manque d'accessibilité du test, la barrière éco-

²³³ Cf. les recommandations n°1 et 2 du Groupe de Gand.

²³⁴ Cf. la recommandation n°3 du Groupe de Gand.

nomique étant très dissuasive ²³⁵. Le coût du test VIH s'ajoute à celui des autres examens paracliniques que chaque femme devrait effectuer en consultation prénatale : gratuits il y a une dizaine d'années, ces tests sont devenus payants, et toutes les femmes ne parviennent pas à les réaliser. Ainsi, même lorsque le tarif du test de dépistage VIH est modéré, les tarifs demandés pour l'ensemble des examens biologiques de suivi d'une grossesse peuvent dissuader les femmes de se faire suivre médicalement ²³⁶. Des aspects apparemment annexes de l'accès au suivi prénatal peuvent ainsi constituer une première barrière à la prévention.

Mais les difficultés d'accès économique au test ne sont pas la seule limite à la proposition du dépistage VIH en consultation prénatale. Les agents de santé estiment que la pratique du dépistage peut être dangereuse pour les femmes lorsque certaines conditions sociales ne sont pas remplies. Pour eux, l'expérience de DITRAME a une valeur exemplaire : si les femmes ont largement accepté le dépistage dans le cadre de ce projet (45,6% des femmes d'Abidjan et 75,6% des femmes de Bobo-Dioulasso sont venues rechercher leurs résultats [Cartoux *et al.* 1998 ; Msellati *et al.* 1998]), c'est que le counselling était bien fait, que le test était gratuit, qu'elles pouvaient être suivies et obtenir une indemnité de transport et, à Bobo-Dioulasso, ont été recontactées chez elles si elles n'étaient pas venues rechercher le résultat de leur test... conditions particulières que les agents de santé des SMI souhaiteraient pouvoir proposer à leurs consultantes. D'autres études ont montré l'impact de ces "conditions particulières" sur l'acceptabilité du dépistage en consultation prénatale dans des pays tels que le Kenya et la Zambie : les taux de participation des femmes (ou de retour pour rechercher les résultats) varient de manière importante en fonction de ces conditions (Temmerman *et al.* 1995 ; Fylkesnes *et al.* 1999). Abidjan, les taux de participation au dépistage et de retour

²³⁵ Ouagadougou, les femmes réalisent leur test VIH au Centre Hospitalier National Yalgado Ouedraogo) où il coûte 3000 FCFA, et dans les laboratoires privés où il coûte jusqu'à 16 000 FCFA.

²³⁶ Bobo Dioulasso, où un programme de coopération bilatérale a permis d'améliorer l'accès à la prise en charge du VIH, les tests sont réalisés à l'hôpital (Centre Hospitalier National Sanou Souro) et dans un centre de dépistage (Centre Anonyme de Dépistage et d'Information), au tarif de 500 FCFA. Les tarifs sont de 5200 FCFA pour les examens prénataux — recommandés" (examens de base incluant Groupage Rhésus, BW, Electrophorèse, ECBU et albuminurie, dépistage VIH), soit le quart du montant mensuel du salaire minimum.

pour en rechercher les résultats dans le cadre du projet DITRAME ont augmenté au fur et à mesure que l'équipe améliorait son savoir faire (Msellati 2000).

Si de nombreuses femmes ont accepté de réaliser le test de dépistage en consultation prénatale, notamment au Burkina Faso, ce taux est "logiquement" susceptible d'être encore plus élevé lorsque les femmes sauront qu'elles pourront bénéficier, en cas de séropositivité, d'un traitement médicamenteux et de mesures préventives qui protégeront leur enfant à naître (Le Coeur 2000) ²³⁷. Mais même si la participation augmente, l'acceptabilité du dépistage pourrait ne pas s'accroître proportionnellement, les femmes étant dans une situation de double contrainte ²³⁸. En effet, le dépistage en consultation prénatale fait porter à la femme toute la charge du VIH : nos enquêtes montrent qu'elles sont le plus souvent les premières à évoquer le VIH avec leur conjoint, et qu'elles sont souvent seules à connaître leur statut sérologique et à gérer la prévention pour leur enfant, tant elles craignent les réactions de rejet. Ainsi, la démarche de réduction du risque biologique pour l'enfant semble indissociable de la genèse d'un risque social pour la mère (et secondairement pour l'enfant). La dimension "post-test" du conseil, ainsi que la possibilité d'un soutien inscrit dans la durée, après la naissance de l'enfant, voire plusieurs années plus tard, apparaissent essentielles, non seulement pour établir les mesures préventives pour l'enfant, mais aussi pour réduire le risque social que prend la mère — ces deux aspects étant interdépendants. En terme de dispositif, ceci suppose d'appuyer, notamment matériellement, les "clubs post-test" et associations de personnes vivant avec le VIH qui réalisent ce soutien.

²³⁷ C'est ce qu'ont observé V. Noba et ses collaborateurs au cours du programme d'intervention qui a pris la suite du projet DITRAME : des résultats préliminaires concernant 4773 femmes montrent que 77% des femmes auxquelles il a été proposé ont accepté le dépistage et 79% d'entre elles sont venues en rechercher le résultat (Noba *et al.* 1999).

²³⁸ Assimiler l'acceptabilité du dépistage à des taux de participation, ce qui est fréquemment le cas dans des enquêtes de santé publique, pourrait être abusif : ceci revient à négliger les femmes qui, "contraintes sans y être forcées", effectuent le test dans l'intérêt de leur enfant, parce qu'elles pensent qu'il vaut mieux ne pas refuser ce que leur propose un médecin, ou parce que faire le test comporte quelques bénéfices secondaires en termes d'accès à la prise en charge. Ces avantages associés à la pratique du test de dépistage n'en annulent pas certains inconvénients, tels que le coût où le risque social afférent, que les femmes supportent sans forcément les accepter.

Le dépistage en consultation prénatale a été proposé avec le motif de la mise en Œuvre d'une prévention de la transmission mère-enfant ; une démarche de prévention cohérente conduirait à proposer le dépistage VIH avant une grossesse. La grossesse, période de vulnérabilité biologique et sociale, n'est peut-être pas le meilleur moment pour apprendre sa séropositivité. L'examen prénuptial peut être une circonstance de proposition du test. Mais la configuration des rapports sociaux de genre en Afrique de l'Ouest et ses effets observés au cours de notre enquête laissent penser que la découverte d'une séropositivité dans un couple pourrait avoir davantage de conséquences néfastes pour la femme que pour l'homme. Il semble actuellement nécessaire d'engager une réflexion sur les modalités du dépistage dans le couple, et sur le meilleur moment pour réaliser le dépistage, afin d'en réduire les risques sociaux, notamment pour les femmes.

Dans un pays tel le Burkina Faso, où le dépistage VIH en consultation prénatale ne fait pas encore partie des objectifs du Comité national de lutte contre le sida, il semble nécessaire de mettre en place une politique nationale de promotion du dépistage. Les stratégies les plus appropriées et les principes essentiels dans le respect desquels le dépistage doit se situer — volontariat, confidentialité — sont précisés depuis longtemps (OMS 1991 ; Desclaux *et al.* 1997) ; les essais cliniques et programmes pilotes ont permis de préciser les modalités du dépistage en consultation prénatale (Msellati 2000). Les motifs évoqués pour expliquer le retard actuel (difficultés de financement, absence de visibilité de cette action...) laissent penser que l'insuffisance du dispositif de dépistage concerne également d'autres pays d'Afrique de l'Ouest.

Assurer la prise en charge médicale des femmes et des enfants infectés par le VIH

Les propos des agents de santé montrent que pour eux, le dépistage en consultation prénatale n'a pour motif que la prévention de la transmission mère-enfant. C'est dire combien les agents de santé eux-mêmes font peu confiance à la prévention et à la prise en charge des infections opportunistes que la connaissance de sa séropositivité devrait permettre à chaque femme. Les perceptions des professionnels de santé concernant le sida ont longtemps été dominées par

l'impuissance, opposant les pays africains aux pays du Nord censés maîtriser la maladie grâce aux antirétroviraux. Ce déficit de confiance dans un suivi thérapeutique, fût-il limité aux affections opportunistes, parmi les agents de santé non spécialisés dans la prise en charge du sida, constitue un obstacle au traitement. Dans ce domaine également, les outils conceptuels et les moyens techniques existent depuis le milieu des années 1990 : algorithmes et guides de prise en charge, médicaments génériques... Sans dénier les obstacles financiers et politiques, il semble que l'on puisse avancer que les représentations des soignants "freinent" la prise en charge. Les avancées dans ce domaine sont essentiellement le fait, au Burkina Faso, de quelques dizaines de médecins sensibilisés et d'associations de personnes infectées ou affectées par le VIH et engagées dans la "prise en charge communautaire", sur fond d'immobilisme général du système de soin (Taverne 1997). Ce déficit concerne particulièrement la prise en charge des femmes, pour lesquelles les agents de santé "en première ligne" semblent méconnaître les spécificités cliniques du VIH. Des soignants et les associations de personnes vivant avec le VIH considèrent qu'il y a là un enjeu éthique : le dépistage VIH doit profiter non seulement à l'enfant, mais aussi à la mère ; pour eux, ceci est une condition préalable à la mise en oeuvre de la prévention de la transmission mère-enfant.

Assurer la prise en charge médicale exige en premier lieu la formation des professionnels de santé. La plupart d'entre eux ignorent encore des notions essentielles concernant l'infection à VIH. Les enquêtes menées au Burkina Faso révèlent que les connaissances d'un certain nombre d'entre eux ne diffèrent pas notablement de celles des personnes de même niveau socio-économique ; leur savoir se limite souvent au seul contenu des messages d'information véhiculés par les médias lors des campagnes nationales. La majorité d'entre eux se sentent totalement démunis face à des personnes vivant avec le VIH, craignant la "contagion" et ne sachant pas quelle est la "conduite à tenir". C'est particulièrement le cas des agents des services de SMI, qui n'ont pas été concernés par les premiers programmes de formation, le sida étant essentiellement considéré comme une pathologie des adultes. Au-delà des notions théoriques, une réelle "culture du VIH" est indispensable aux professionnels de santé afin qu'ils puissent jouer leur rôle. Les formations théoriques ayant montré leurs limites, l'apprentissage dans ce domaine devrait être basé sur l'enseignement par des

professionnels déjà expérimentés dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, sur le modèle des réseaux de prise en charge ²³⁹.

Compte tenu des insuffisances du système de soin mises à jour au Burkina Faso, il serait nécessaire de réaliser une évaluation comparative de la prise en charge aux différents stades de l'infection, selon le sexe des patients. Le point de vue éthique rejoint l'exigence de santé publique pour considérer que les femmes, sur lesquelles reposent la prévention de la transmission à l'enfant, les soins à domicile pour les membres de la famille et le soin aux enfants, doivent avoir une prise en charge au moins égale à celle dont peuvent bénéficier les hommes.

Mettre en oeuvre la prévention de la transmission mère-enfant du VIH

La prévention de la transmission du VIH par l'allaitement doit s'articuler avec d'autres mesures spécifiques de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH présentées en introduction de ce chapitre, et non spécifiques du VIH, telles que le renforcement de la planification familiale et des soins prénataux, l'application des régimes courts de traitement antirétroviral pendant la grossesse, une réforme des soins obstétricaux... L'enquête conduite à Abidjan a révélé les insuffisances des services de santé en matière de planification familiale ²⁴⁰ ; ces observations réalisées auprès de femmes séropositives reflètent des besoins non spécifiques, qui concernent l'ensemble des femmes. Il apparaît également essentiel de redéfinir le conseil en matière de planification familiale pour les femmes séropositives : l'intérêt de l'espacement des grossesses doit être discuté avec les femmes sans ignorer leur désir d'enfant qui peut être amplifié par leur connaissance de leur séropositivité ; une protection contraceptive doit être mise en place notamment pour la période précédant le retour de couches ; la question de l'avortement devrait être abordée au cours des consultations postnatales compte

²³⁹ Au Burkina Faso, le Centre d'Information, de Conseil et de Documentation en matière de Tuberculose et VIH (CIC-Doc) de Ouagadougou, soutenu par la coopération française, développe une stratégie de formation et participation en réseau de ce type.

²⁴⁰ Cf. chapitre XV.

tenu de la fréquence de cette pratique, qui peut avoir des conséquences d'autant plus grave qu'il est illégal et souvent effectué dans de mauvaises conditions sanitaires.

La survenue de grossesses non désirées chez des femmes séropositives conduit à penser d'une part que les stratégies de planification familiale doivent être réexaminées compte tenu de leur faible efficacité ; d'autre part que le thème de la santé reproductive doit être inclus dans le conseil auprès des femmes séropositives, et abordé en articulation avec le thème de l'alimentation de l'enfant, pour les femmes qui découvrent leur séropositivité en consultation prénatale. D'autre part, les difficultés auxquelles les femmes séropositives ont dû faire face au cours de leur hospitalisation pour l'accouchement mettent en évidence la nécessité de considérer ces aspects de manière intégrée ²⁴¹. En terme de dispositif, ceci suppose la mise en place d'une réflexion commune entre différents secteurs du système de santé.

Des stratégies de prévention de la transmission par l'allaitement

Les résultats de notre étude nous conduisent à considérer trois aspects : l'introduction des options alimentaires dans le système de soin, proposée au plan international ; la révision des programmes de promotion de l'allaitement maternel, qui apparaît comme une nécessité au vu des résultats de notre étude ; la lutte contre la stigmatisation en rapport avec le VIH, qui fait partie des recommandations du groupe de Gand et constitue un principe fondamental pour l'ONUSIDA. Enfin, nos observations nous amènent à discuter la crainte de la généralisation des substituts du lait maternel.

²⁴¹ Cf. chapitre XVII.

Introduire les options alimentaires dans le système de soin

Les recommandations internationales prévoient de proposer toutes les options alimentaires aux femmes et de mettre en place l'accès aux substituts du lait maternel dans le système de soin.

L'accès aux substituts du lait maternel

Actuellement, le prix de vente des substituts du lait maternel est tel que ces produits sont inaccessibles à la majorité de la population. La politique de promotion de l'allaitement maternel étant en partie basée sur l'opposition à la diffusion des substituts du lait maternel, cette barrière économique n'a jamais été jugée comme un obstacle à la santé. Les itinéraires de recherche d'une alternative à l'allaitement maternel en milieux rural et urbain révèlent pourtant clairement le contraire ²⁴². De nombreux récits témoignent de ce que des nourrissons vont devoir être séparés de leur famille, ou mourir, parce que ces dernières ne peuvent assumer le prix des substituts du lait maternel. La réflexion sur l'accès aux substituts du lait maternel, ouverte dans le cadre de l'infection à VIH, doit s'étendre à toutes les situations dans lesquelles l'allaitement maternel est impossible, notamment pour les enfants orphelins.

Toute stratégie de réduction de la transmission du VIH par l'allaitement passe par une plus grande accessibilité aux substituts du lait maternel pour les femmes et les enfants qui en ont besoin. Il ne s'agit bien évidemment pas de favoriser une promotion sans discernement des substituts du lait maternel, mais d'en permettre l'usage à certaines personnes. Un accès contrôlé, sous la forme de substituts du lait maternel génériques délivrés sur prescription médicale, assorti d'un suivi clinique et nutritionnel de l'enfant et d'une formation adéquate de la "mère de substitution" à leur usage, représente la solution la plus favorable. L'obstacle économique est cependant majeur ; de nombreuses femmes que nous avons interrogées à Bobo-Dioulasso et Abidjan soulignent la nécessité de mettre des

²⁴² Cf. chapitres IX et X.

aides à la disposition des mères pour l'achat des ustensiles nécessaires à l'alimentation artificielle.

La possibilité de ne pas donner le colostrum

L'éviction du colostrum est une mesure apparemment simple, mais susceptible de susciter des difficultés dans les services de soin. Elle suppose en effet de proposer une alimentation de remplacement à l'enfant, sous peine de voir l'enfant maintenu à jeun pendant plusieurs jours lorsque l'hospitalisation est nécessaire, comme en atteste l'itinéraire d'un nourrisson relaté précédemment ²⁴³. Ainsi, cette mesure suppose l'introduction des substituts du lait maternel dans les services de soin non spécialisés dans le suivi de l'alimentation infantile. Cette mesure suscite des réticences de la part de professionnels de santé qui craignent de voir réapparaître des usages qui leur ont été reprochés ; de plus, elle suppose que les attitudes de stigmatisation envers les personnes atteintes par le VIH ont pu être éradiquées et que la gestion de la confidentialité est assurée dans ces services. Contrairement à ce que l'on pourrait penser au vu d'études mettant en évidence des représentations populaires du colostrum favorables à son éviction, les représentations de diverses ethnies en la matière ne sont pas similaires, et notre étude montre que les messages sanitaires biomédicaux ont largement entamé la perception d'un colostrum dangereux pour l'enfant. Une formation des professionnels de santé et l'organisation matérielle de la mise à disposition d'alternatives au colostrum seront nécessaires pour que cette option puisse être proposée.

Le conseil en allaitement dans le parcours des femmes

Le contenu du conseil en allaitement a été précisé plus haut. Son insertion dans le parcours des femmes et dans le système de soin dépend de son contenu et de ses modalités. L'enquête réalisée auprès des femmes séropositives d'Abidjan et de Bobo-Dioulasso montre que pour les mères, même bien informées de la transmission du VIH par l'allaitement, le choix d'une option alimentaire n'est pas aisé. Ce choix doit être fait pendant la grossesse, suffisamment tôt pour que les

²⁴³ Cf. chapitre XVII.

dispositions puissent être prises et que la femme puisse informer le père de l'enfant et discuter avec lui non seulement des modalités d'alimentation, mais aussi de son atteinte. Le "conseil en allaitement" ne peut donc se réduire à une consultation unique. Il est essentiel que la femme puisse rencontrer le conseiller à plusieurs reprises si elle l'estime nécessaire, éventuellement avec son conjoint ou un autre membre de l'entourage si cela lui semble souhaitable. Le conseil alimentaire, dont les modalités ont été évoquées plus haut, doit aussi s'articuler avec le conseil post-test ; il s'agit d'une intervention comportant des aspects sanitaires et des aspects sociaux. Comme le conseil en matière de VIH, l'intervention du conseiller comporte une part d'information ; elle comprend surtout une part d'écoute, de soutien, de conseil concernant les relations avec l'entourage, voire d'intervention auprès des proches à propos de la mise en Œuvre de l'alimentation du nourrisson. Des conseillères "référents" dans les services de santé maternelle et infantile peuvent jouer ce rôle ; de même, des membres expérimentés et formés d'associations de PVVIH ou d'associations de promotion de l'alimentation infantile peuvent assurer ce conseil. Au plan du dispositif, ceci exige de mettre en place des collaborations avec le secteur associatif. De nombreux membres des associations de PVVIH ont acquis des compétences en matière de stratégies d'évitement et de défense face à la discrimination, ainsi qu'un savoir-faire en matière de communication sur des sujets sensibles, qui pourront aider chaque femme à faire face aux critiques et aux difficultés qu'éprouvent celles qui n'allaitent pas.

Le conseil en allaitement (ou en alimentation des nourrissons) ne sera pas réservé aux femmes vivant avec le VIH ; il devra être proposé aux pères, "mères de substitution" et tuteurs d'enfants orphelins, et aux femmes qui, pour diverses raisons, ne peuvent allaiter leur enfant. Il s'agit donc d'une intervention qui devra être intégrée dans le système de soin.

Les services chargés du suivi nutritionnel des enfants

Mettre en place un système de distribution de substituts du lait maternel sur prescription médicale, selon des modalités et un réseau de diffusion similaires à ceux des médicaments essentiels génériques, exige une médicalisation de l'alimentation du nourrisson. Les organismes internationaux considèrent que les

services "Amis des bébés" sont les plus à même de gérer cette médicalisation car leurs personnels ont été formés aux "bonnes pratiques". Les centres de récupération et d'éducation nutritionnelle (CREN) ont les compétences nécessaires et l'expérience du suivi nutritionnel d'enfants nourris aux substituts du lait maternel, bien qu'ils n'aient pas tous le label "Amis des Bébés".

La délivrance des substituts du lait maternel doit s'accompagner d'un temps d'apprentissage suffisamment long, qui ne soit pas limité à quelques conseils, afin que la personne qui s'occupe de l'enfant ait pleinement acquis le savoir faire concernant la préparation. La méthode employée dans une formation sanitaire privée du Burkina Faso (le dispensaire de Loumbila) est à ce titre exemplaire : la femme et l'enfant résident sur place pendant les deux à quatre semaines nécessaires afin que la femme prépare les substituts du lait maternel correctement avec les ustensiles qu'elle utilisera à son domicile : poterie en terre, chauffage au bois, etc. Cet apprentissage doit se faire sous le contrôle attentif des professionnels de santé. Les CREN semblent particulièrement indiqués pour assurer ce type de formation.

Le suivi des enfants, tel qu'il est organisé dans les CREN, est particulièrement pertinent pour les enfants nourris aux substituts du lait maternel ou par toute autre alternative à l'allaitement, car il combine suivi nutritionnel et suivi clinique, ce qui permet de prendre en charge les conséquences infectieuses de la mise en pratique des "options alimentaires". De plus, les personnels des CREN sont formés à la prise en charge de "petites pathologies" de l'enfant telles que le muguet buccal, fréquent chez les nourrissons malnutris, qui a été identifié comme facteur favorisant la transmission du VIH par l'allaitement (Meda 2000).

Dans le cas où ils seraient distincts, l'organisation du suivi d'enfants de mères séropositives suppose une collaboration entre les services chargés de la distribution des substituts du lait maternel et ceux chargés de la prise en charge nutritionnelle. Ces réorganisations institutionnelles et les nouvelles pratiques afférentes ne manqueront pas d'introduire des changements dans les rôles professionnels d'agents de santé qui, jusqu'alors, n'étaient pas explicitement engagés dans la prévention ou la prise en charge du VIH. Les CREN devraient ainsi participer officiellement à la prise en charge du VIH, alors que, bien que souvent "débordés" par les prises en charge d'enfants pour lesquels ils soupçonnent qu'une infection par le VIH est à l'origine de la malnutrition, ils

n'ont pas encore, hormis quelques exceptions, fait l'objet de mesures ou disposé de programmes d'appui pour les aider à mettre en oeuvre cette prise en charge (Desclaux 1996a).

La charge de travail supplémentaire et l'investissement professionnel et personnel que nécessitent la réalisation du conseil et du suivi de la part des conseillers et agents de santé doivent être reconnus et pris en compte dans la définition des missions ; fort de l'expérience d'Abidjan, P. Msellati suggère la mise en place d'un appui psychologique aux équipes pour éviter le syndrome d'épuisement professionnel (2000).

Redéfinir les programmes de promotion de l'allaitement maternel

Notre étude a montré que les programmes de promotion de l'allaitement maternel, tels qu'ils sont actuellement définis et réalisés au Burkina Faso et en Côte-d'Ivoire, peuvent, par certains aspects, être peu pertinents en matière d'allaitement et contre-productifs en matière de prévention de la transmission du VIH. La première condition à leur pertinence est de les redéfinir sur des bases moins manichéennes, reconnaissant que l'allaitement maternel n'est pas toujours le plus approprié pour l'enfant. Sans aller jusqu'à remettre en question le terme de "promotion de l'allaitement maternel", il pourrait être modifié en faveur de "promotion de l'allaitement et de l'alimentation infantile", ou d'une autre formulation plus juste. Il est également nécessaire d'adapter ces programmes et d'y intégrer la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement.

Adapter les programmes de promotion de l'allaitement maternel aux réalités épidémiologiques et sanitaires locales

Ajuster les programmes de promotion de l'allaitement aux réalités sanitaires actuelles suppose d'examiner les messages internationaux en fonction des contextes locaux, ce qui devrait conduire à focaliser les actions d'IEC, qui constituent l'essentiel de ces programmes, sur les "bonnes pratiques d'allaitement", et notamment l'allaitement maternel exclusif. Si les connaissances

disponibles ne permettent pas d'affirmer avec certitude que le caractère exclusif de l'allaitement maternel a un effet protecteur vis-à-vis de la transmission du VIH, cette éventualité devrait conduire à remettre l'allaitement exclusif au premier plan ; sa promotion est actuellement négligée dans les pratiques quotidiennes des agents de santé ²⁴⁴. Cette mesure est d'autant plus nécessaire qu'elle n'exige pas de moyens techniques supplémentaires et peut être généralisée à toutes les femmes, indépendamment de leur statut sérologique. Le programme doit aussi pouvoir améliorer la prise en charge des enfants qui ne peuvent être allaités par leur mère (en cas de décès maternel, d'agalactie ou de pathologie mammaire grave) ; la mise en place des alternatives à l'allaitement maternel et de leur suivi dans le système de soin permettrait ainsi de rétablir une certaine équité vis-à-vis des nourrissons concernés. Des réajustements devront concerner la formation des professionnels de santé, le choix des actions prioritaires, et le contenu des messages.

Former les professionnels de santé en matière d'allaitement

Alors que la promotion de l'allaitement maternel fait partie des stratégies de santé publique de la plupart des États africains depuis de nombreuses années, les enquêtes menées au Burkina Faso révèlent que les professionnels de santé n'interviennent finalement que très peu dans ce domaine au-delà de la seule répétition de la nécessité de pratiquer l'allaitement maternel. Hormis dans quelques services mobilisés par l'association burkinabè de promotion de l'alimentation infantile et dans quelques centres de santé maternelle et infantile, il n'existe pas de réel suivi des femmes qui allaitent. En zone rurale, la plupart des femmes que nous avons rencontrées ne reconnaissent aucune compétence aux professionnels de santé dans ce domaine, et vont chercher ailleurs les solutions aux difficultés qu'elles rencontrent lors de l'allaitement.

De même que pour l'infection à VIH, une véritable "culture de l'allaitement" est à promouvoir parmi le personnel de santé. Elle ne pourra se construire qu'en rapport avec les problèmes de santé réels que rencontrent les femmes, non dans la promotion d'un allaitement exclusif idéalisé qui ne correspond pas aux pratiques, ni dans la crainte de la menace hypothétique du déclin de l'allaitement, alors que

²⁴⁴ Cf. chapitre XI.

les substituts du lait maternel sont actuellement hors de portée de la majorité des familles ouest-africaines. Les professionnels devront dépasser leur "croyance" en la valeur inégalée de l'allaitement et prendre en compte les faibles performances de l'allaitement partiel, délaissier une affirmation simpliste ("Breast is Best") pour une démarche plus complexe de conseil auprès des femmes. Ceci nécessite des connaissances approfondies en matière d'allaitement, moins manichéennes que les messages délivrés aux agents de santé jusqu'à présent.

La lutte contre les utilisations inappropriées des substituts du lait maternel doit se poursuivre à d'autres niveaux (législatifs, économiques, institutionnel, etc.) où elle "n'entre pas en concurrence" avec l'information sanitaire en monopolisant le discours éducatif, comme c'est actuellement le cas. Les réseaux et structures de formation établis par le programme de promotion de l'allaitement maternel devraient pouvoir assurer la formation des professionnels en matière d'allaitement et VIH.

Lutter contre la stigmatisation des femmes qui n'allaitent pas

Dans les sociétés où l'allaitement maternel est pratiqué par la quasi totalité des femmes, ne pas allaiter un enfant est source d'interrogations de la part de l'entourage, voire même de fortes contraintes à l'endroit des femmes afin qu'elles allaitent ou donnent des explications sur leur attitude. Les messages de promotion de l'allaitement maternel s'appuient largement sur la norme sociale qui valorise le lait maternel. L'usage des substituts du lait maternel est combattu, sans même que soient évoquées les raisons pour lesquelles des femmes pourraient y avoir recours.

« *Le lait maternel, c'est la santé de votre bébé* » ; « *Allaiter = donner l'amour et la vie* » ; « *Allaitement maternel : une école pour la vie* » ; « *Bébé bien au sein = bébé vraiment sain* » : la rhétorique abusivement simplificatrice des messages de promotion de l'allaitement maternel, ainsi que le vocabulaire employé, font appel aux notions de bien et de mal, d'amour maternel, de "bonne mère", du lien affectif, etc. La femme qui allaite cumulerait les valeurs positives. De manière implicite, ces messages désignent les femmes qui n'allaitent pas comme des mauvaises mères, coupables de ne pas prendre soin de leur enfant. Les processus de stigmatisation s'enracinent dans des interprétations inconscientes de cet ordre. Lorsque la prévalence du VIH est non négligeable, l'équation "lait maternel =

santé de l'enfant“ n'est plus médicalement juste. Les messages de ce type renforcent une norme qui s'oppose à la prévention. L'abandon de ces messages plus idéologiques que scientifiquement exacts paraît d'autant plus nécessaire qu'ils ne sont d'aucune utilité pour la promotion de l'allaitement exclusif.

Les messages perçus comme les plus violents par les femmes séropositives rencontrées au cours de cette étude sont ceux qui assimilent l'allaitement au sein à l'amour de la mère pour son enfant. Une femme d'Abidjan ayant nourri son enfant aux substituts du lait maternel rapporte : « *On me disait "Comment, tu n'aimes pas ton enfant ?" alors qu'on peut aimer sans allaiter. L'amour n'est pas au bout du sein seulement* ». E. White rapporte l'observation du groupe de Soweto, qui a suivi une cohorte de femmes séropositives dont certaines allaitaient leur enfant alors que d'autres le nourrissaient aux substituts, selon laquelle deux femmes séropositives sur 100 avaient des difficultés à établir une bonne relation affective avec leur bébé (Urban 1997 cité par White 1999 : 83). L'on peut s'attendre à ce que des femmes qui viennent d'apprendre leur atteinte par une maladie potentiellement létale, soucieuses du risque de transmission du VIH à leur enfant, dont elles portent la responsabilité car elles ont "choisi" son mode d'alimentation, éprouvent des difficultés à établir aisément une relation d'attachement avec leur bébé. Dans cette étude, les deux femmes concernées avaient allaité leur enfant ; il n'y avait pas de cas similaire dans le groupe des femmes ayant utilisé les substituts. Aucune conclusion ne peut être tirée de cette observation en terme d'association significative entre le mode d'alimentation et l'établissement de "l'attachement" de la mère à l'enfant ; l'on doit simplement conclure que dans le cas des femmes séropositives, l'allaitement maternel ne doit pas être considéré comme la garantie d'une relation meilleure ; les messages tels que « *Allaiter = donner l'amour et la vie* » sont non seulement inexacts mais encore cruels pour les femmes séropositives, et relèvent d'attitudes moralisatrices et stigmatisantes du même type que celles qui, accusant la victime, ont été fréquemment dénoncées à propos de la transmission sexuelle.

Peut-on, par des actions sanitaires ou sociales autres que la révision des messages de promotion de l'allaitement, réduire au plan individuel la stigmatisation envers les femmes qui n'allaitent pas ? L'on sait le peu d'impact de messages directs et directifs tels que « *J'ai le sida. Ne m'abandonnez pas* ». Dans un travail mené à Haïti en vue d'un essai clinique, J. Coreil proposait une stratégie

de "camouflage" des raisons pour lesquelles les femmes ne peuvent pas allaiter (1998). Au-delà de propositions de ce type qui ne peuvent être définies qu'au cas par cas, c'est l'attitude de l'ensemble du corps social qui est en cause. Une première étape stratégique consiste à assurer la qualité de l'information délivrée par les agents de santé.

Mettre une information juste à la disposition des femmes

La critique des messages diffusés jusqu'à présent conduit à s'interroger sur les notions qu'il serait nécessaire de délivrer aux femmes dans le cadre de l'IEC. Dans ce domaine, la définition de stratégies justes n'est pas aisée tant la question est complexe et les aspects à prendre en compte varient selon les contextes. La position qui a prévalu jusqu'à présent dans la plupart des pays, qui consistait à ne diffuser aucune information sur la transmission du VIH par l'allaitement en l'absence de propositions préventives, n'est plus d'actualité : les femmes ont le droit à l'information et elles en ont besoin pour améliorer la santé de leur enfant. Cependant, diffuser l'information largement et de manière brute, comme c'est souvent le cas dans le domaine du sida, comporte deux risques : celui de renforcer la stigmatisation des femmes qui n'allaitent pas, et celui d'amener les femmes qui se perçoivent à risque sans connaître leur statut sérologique à opter pour les laits de substitution afin de protéger leur enfant, phénomène qualifié de "spillover" par plusieurs auteurs (Walraven *et al.* 1996).

Dans un contexte de forte stigmatisation des femmes qui n'allaitent pas, il paraît souhaitable de ne pas mener de campagnes actives d'information de la population générale dans les médias sur le risque de transmission du VIH par l'allaitement. Cette information devrait être donnée en consultation prénuptiale, pré et post-natale, ou à la demande, de manière contextualisée. La notion qu'il semble essentiel de promouvoir largement auprès de la population est légèrement différente. Elle est triple : l'allaitement maternel doit être exclusif ; il existe des indications médicales d'alimentation de l'enfant aux substituts du lait maternel ; l'utilisation des substituts du lait maternel exige un suivi nutritionnel.

Il en est autrement dès lors que des informations sur la transmission du VIH par l'allaitement circulent dans la population, véhiculant des notions souvent erronées d'un point de vue scientifique, surestimant le risque VIH ou négligeant

les risques nutritionnel et infectieux liés à l'alimentation artificielle. Dans ce cas, une information juste sur la transmission du VIH par l'allaitement, largement délivrée par les professionnels de santé, est préférable à des rumeurs ; cette information devrait être associée à l'information sur "les bonnes pratiques d'allaitement", incluant les avantages et les inconvénients objectifs des substituts du lait maternel.

Améliorer la prise en charge des pathologies mammaires

Les observations concernant les pathologies mammaires en pays mossi et bobo madare ²⁴⁵ attestent du fait qu'elles sont essentiellement traitées dans le secteur traditionnel. Des enquêtes complémentaires seraient nécessaires pour savoir comment ces pathologies sont soignées en milieu urbain, et pour préciser quels traitements sont appliqués dans les services de soin. Si les thérapeutes traditionnels sont consultés pour "balayer" les seins ou inciser les abcès, c'est peut-être que les agents de santé ne proposent pas de traitement plus efficace dans les dispensaires des zones rurales. Ces pathologies favorisant la transmission du VIH de la mère à l'enfant, il est essentiel d'améliorer leur traitement, notamment en assurant la disponibilité et l'accessibilité des antibiotiques, ainsi que l'asepsie lorsque des actes de petite chirurgie doivent être réalisés ; il pourrait être nécessaire d'améliorer la reconnaissance de ces pathologies, éventuellement leur dépistage clinique par les agents de santé. Ces mesures, qui ne nécessitent pas de moyens techniques sophistiqués ni de connaître le statut sérologique des femmes, devraient entrer dans le cadre du programme de promotion de l'allaitement.

Organiser la prévention de la transmission par l'allaitement au plan institutionnel

De par leur organisation, leur légitimité au plan international largement supérieure à celle des services de prévention et de prise en charge de la malnutrition, et leur caractère intégré dans les services de soin, les programmes de promotion de l'allaitement maternel semblent particulièrement pertinents pour organiser et mettre en oeuvre la prévention de la transmission du VIH par

²⁴⁵ Cf. chapitres VI et IX.

l'allaitement, qui fait théoriquement partie de leurs missions. Ceci suppose d'examiner toutes les mesures préventives qui ont été proposées et de redéfinir ces programmes en conséquence. Cette démarche nécessite l'ouverture d'espaces d'échange entre professionnels et "acteurs" compétents²⁴⁶, appartenant aux secteurs sanitaires et associatifs de la santé maternelle et infantile, de la lutte contre le sida et de la promotion de l'alimentation infantile.

Les mesures proposées ici concernent essentiellement la prévention de la transmission lorsque la femme a été contaminée avant la grossesse. Pour les cas où la primo-infection a lieu pendant l'allaitement, l'amélioration de l'accès au dépistage volontaire et de la prise en charge des pathologies mammaires, et la promotion de l'allaitement maternel exclusif, sont pertinentes. Une réflexion spécifique sur la prévention dans cette situation est nécessaire au niveau des programmes nationaux et internationaux.

Réduire la discrimination en rapport avec le VIH dans le système de soin

La crainte d'être critiquées dans les services de soin, ou d'y voir sa séropositivité divulguée, revient fréquemment dans les propos des femmes que nous avons rencontrées. En effet, de l'ignorance des agents de santé non spécialisés évoquée plus haut, résultent des attitudes de crainte et d'évitement vis-à-vis des consultants, et des pratiques qui négligent les règles éthiques fondamentales telles que le respect de la confidentialité, ou favorisent la discrimination envers les personnes atteintes²⁴⁷. Les dispositions qui ont dû être mises en oeuvre par le projet DITRAME, notamment à Bobo-Dioulasso, pour assurer le maintien de la confidentialité concernant le statut sérologique des femmes dans les services de soin, sont contraignantes : elles reposent sur le recours à des agents spécialisés dans la prise en charge du VIH et à la mise en oeuvre de circuits de circulation de l'information spécifiques ; ces dispositions ne

²⁴⁶ Cf. chapitre XVII.

²⁴⁷ À propos de la discrimination dans les services de soin, voir Desclaux 1996b ; des attitudes des agents de santé des services de pédiatrie, voir Desclaux 1999.

pourront être instaurées en pratique courante lorsque la prévention de la transmission mère-enfant du VIH sera étendue à d'autres services. De plus, le maintien "d'espaces de confidentialité"²⁴⁸ très limités protège chaque femme dans un premier temps, mais il a pour "effet pervers" de restreindre les échanges entre les personnes concernées par le même problème, ou entre les femmes et les professionnels de santé. Deux exemples relevés dans cette étude attestent du fait que les "espaces de confidentialité" doivent être élargis :

- le déclin de Sya Solidarité, l'association des femmes "concernées par le VIH" de Bobo-Dioulasso, alors qu'Amépouh, l'association des femmes vivant avec le VIH d'Abidjan, s'est développée, pourrait être dû, entre autres raisons, au fait que Sya Solidarité était exclu des espaces de confidentialité. Chaque membre de l'association gardant le secret sur son statut sérologique, des problèmes spécifiques aux personnes vivant avec le VIH ne pouvaient être spécifiquement abordés au sein de Sya Solidarité.
- le cas de la femme d'Abidjan qui, souhaitant reprendre une contraception, a attendu le retour du médecin chargé de son suivi pour le VIH, et entre temps commencé une nouvelle grossesse, atteste des risques inhérents à l'existence de modalités de suivi spécialisées.

La prévention de la transmission mère-enfant du VIH en période pré et post-natale doit être réalisée par des équipes spécialisées, fût-ce pour une période de transition. Il semble cependant indispensable de mettre en oeuvre très rapidement des actions pour que les attitudes de l'ensemble des agents de santé ne soient plus défavorables aux femmes vivant avec le VIH. Il n'est pas acceptable que certaines mesures préventives ne soient pas envisagées par crainte de ces attitudes, qui pourraient prendre de l'ampleur dès lors que davantage de personnes auront été dépistées et que de nombreux agents de santé en seront informés. terme, tous les agents de santé des services de SMI devront aborder la question du VIH au cours des consultations pré et post-natales. L'amélioration de leurs compétences est nécessaire à l'instauration d'une familiarisation avec la prise en compte du VIH, préalable d'une proximité avec les personnes atteintes, parfois qualifiée d'approche "empathique", sur le même modèle que celle qui a pu être instaurée par les équipes de DITRAME.

²⁴⁸ Cf. chapitre XIV.

Certes, des attitudes de discrimination, telles que celles qui ont été décrites en Afrique du Sud ²⁴⁹, sont liées à des rapports sociaux de classe ou à l'histoire politique d'un corps professionnel ; elles pourraient également être liées à des rapports de genre ou d'ethnicité : en cela, les rapports sociaux à l'oeuvre dans le système de soin sont le reflet de ceux en vigueur dans l'ensemble du corps social. Mais la discrimination est également entretenue par la méconnaissance des risques de transmission qui entretient la crainte de la "contagion", par la méconnaissance de l'épidémiologie du VIH qui entretient les jugements moraux envers les personnes atteintes suspectées "d'avoir mérité" d'être infectées, par le déficit de compétence des professionnels de santé qui entretient l'évitement face aux personnes atteintes. N'étant pas mieux informés que les catégories sociales auxquelles ils appartiennent, les agents de santé en partagent souvent les stéréotypes et les préjugés.

D'autres attitudes de discrimination œ qu'elles consistent en violations du secret professionnel, en évitement vis-à-vis des femmes atteintes ou en critiques envers les femmes séropositives qui souhaitent avoir un enfant œ sont liées au fait que la plupart des professionnels de santé, à l'exception de certains d'entre eux situés en première ligne face au VIH, n'ont pas été "socialisés" dans la culture éthique internationale qui s'est élaborée autour du sida. Ils ont envers les personnes vivant avec le VIH les mêmes attitudes qu'envers des patients atteints d'autres pathologies ; or, le respect du secret professionnel n'est pas banalisé dans la plupart des services de soin ouest-africains. Un troisième niveau de discrimination n'est pas fondé par l'ignorance mais résulte de la remise en cause que représente l'épidémie de VIH pour les professionnels de santé et leurs programmes, qui conduit à rationaliser l'évitement en tenant les femmes séropositives pour responsables de leur atteinte et en leur faisant porter la charge matérielle et symbolique de la prévention de la transmission par l'allaitement. Ceci contribue au fait que des professionnels perçoivent les femmes atteintes par le VIH comme des femmes distinctes des patientes "ordinaires", constituant une population à part, qui vient perturber les services de soin, comme le laissent entendre ces mots d'un responsable de programme : « *Le problème, ce n'est pas l'allaitement, c'est les femmes qui sont séropositives* » ²⁵⁰. Plus subtil, ce dernier

²⁴⁹ Cf. chapitre XVIII.

²⁵⁰ Cf. chapitre XVII.

type de discrimination amène à considérer que les femmes séropositives n'ont le droit de faire des choix que lorsque ceux-ci correspondent aux perceptions des professionnels de santé, ou devraient elles-mêmes financer la prévention en "payant" l'alimentation artificielle pour leur enfant.

À ces trois niveaux de représentations entretenant la discrimination, trois types de réponses peuvent être apportées :

- au premier niveau, l'ignorance est l'une des causes des attitudes de discrimination auxquelles les programmes de formation peuvent aisément remédier.
- au niveau de la "culture" en matière de VIH et des représentations concernant les personnes atteintes, les échanges avec des associations de personnes vivant avec le VIH, qui permettent des rencontres concrètes dans un contexte différent d'une relation de soin, et qui permettent de mesurer l'importance des actions des associations dans le domaine de la prise en charge communautaire, peut favoriser cette "socialisation" qui fait actuellement défaut aux professionnels de santé non spécialisés.
- au niveau de la considération à l'égard des femmes séropositives dans les programmes de soin, c'est essentiellement l'échange avec les personnes atteintes et les professionnels de santé publique extérieurs au programme qui peut permettre une prise de conscience de ces manquements à l'éthique.

À ces trois niveaux, le rôle des associations de personnes vivant avec le VIH est essentiel.

Reconsidérer la crainte de la généralisation des substituts du lait maternel

Si notre étude montre l'importance de certains "obstacles socioculturels" à la prévention, elle montre aussi que certaines craintes des professionnels de santé publique concernant les dangers ou les effets pervers de programmes de prévention de la transmission du VIH par l'allaitement pourraient avoir été surestimées dans le contexte de l'Afrique de l'Ouest. Les professionnels de santé

qui sont engagés depuis plusieurs années dans la promotion de l'allaitement maternel redoutent que l'emploi des substituts dans les services de soin soit perçu comme une forme de promotion de ces produits et que leur usage chez des femmes séropositives puisse avoir un effet "d'entraînement" pour d'autres femmes.

L'inaccessibilité actuelle des substituts du lait maternel est en elle-même fortement dissuasive pour les parents de nourrissons. Nous avons observé que même les parents qui en auraient objectivement besoin ne les utilisent pas, faute de pouvoir les acheter ²⁵¹. Une délivrance sur prescription médicale de substituts "génériques" ne changerait pas radicalement le circuit de commercialisation et les modalités d'accès aux substituts commerciaux, pas plus qu'elle ne réduirait les tarifs pratiqués. D'autre part, les différentes enquêtes réalisées en milieu rural comme en milieu urbain montrent que le lait en poudre est véritablement considéré comme un lait inférieur, utilisé par défaut. Le lait maternel est unanimement jugé irremplaçable, notamment parce qu'au-delà de l'aspect nutritionnel, déjà important aux yeux des femmes, il véhiculerait divers éléments indispensables à l'incorporation sociale de l'enfant, dans sa famille et dans son lignage, et aurait une fonction "humanisante". Les nombreuses représentations favorables au lait maternel sont inscrites au plus profond des normes sociales et culturelles ; elles sont bien antérieures aux actuels messages de promotion de l'allaitement maternel, qui ne viennent que conforter des opinions largement partagées et fortement ancrées. S'il est reconnu que les "laits artificiels" peuvent sauver un enfant lorsqu'aucune femme ne peut l'allaiter, le consensus social actuel leur accorde une moindre qualité par rapport au lait maternel. La norme sociale qui valorise l'allaitement maternel, et la crainte de la stigmatisation associée à toute femme qui n'allait pas, constituent deux éléments supplémentaires venant limiter l'usage des laits en poudre. La crainte de la généralisation des substituts du lait maternel s'avère injustifiée au Burkina Faso et en Côte-d'Ivoire, comme vraisemblablement dans les autres pays d'Afrique de l'Ouest dont le niveau économique est peu différent ²⁵², eu égard aux tarifs de

²⁵¹ Cf. chapitres IX et X.

²⁵² Dettwyler, qui fait partie des anthropologues —engagés pour la promotion de l'allaitement maternel— avait fait la même observation au Mali (Dettwyler 1988).

“l'alimentation artificielle“²⁵³. Il échoit aux programmes de promotion de l'allaitement maternel de s'assurer par des moyens juridiques que les multinationales ne basent pas leur publicité sur l'indication des substituts pour les femmes séropositives ; compte tenu des risques de stigmatisation, elles auraient peu d'intérêt à le faire.

Des pistes pour la prévention

L'état des lieux des compétences et les premiers résultats d'un programme pilote mis en place à Abidjan permettent de proposer quelques observations et d'établir des recommandations.

Des compétences actuelles aux résultats d'un programme pilote

L'enquête réalisée au Burkina Faso montre que les compétences existent en matière de gestion de l'alimentation artificielle des nourrissons, de dépistage du VIH, de soutien social proposé aux personnes vivant avec le VIH, mais qu'elles sont dispersées. La gestion de l'allaitement et la lutte contre le sida font appel à deux secteurs du système de soin qui étaient jusqu'à présent indépendants. De plus, les modes de structuration des deux programmes sont différents : le programme de promotion de l'allaitement est défini et centralisé au niveau international, alors que le programme de lutte contre le sida est organisé au niveau national. Ces programmes ont un “poids“ inégal en termes de moyens, de réalisations effectives et de crédibilité scientifique. Aucun des deux programmes n'a jusqu'à présent pris en charge la définition d'une stratégie de prévention de la transmission du VIH par l'allaitement. Aussi, les compétences sont-elles encore méconnues et non capitalisées.

²⁵³ Le salaire mensuel minimum n'excède pas 60 000 FCFA dans ces pays : il est peu supérieur au coût mensuel de l'alimentation aux “laits artificiels“.

La prévention de la transmission du VIH par l'allaitement maternel ne peut pas être mise en oeuvre indépendamment de l'ensemble du système de soin. Elle nécessite l'avancée simultanée et coordonnée d'un ensemble d'actions : formation du personnel en matière d'allaitement et de VIH ; disponibilité, accessibilité et acceptabilité du conseil et dépistage ; accessibilité des alternatives à l'allaitement maternel ; disponibilité, accessibilité et acceptabilité de la prise en charge du VIH ; etc. Ces actions nécessitent l'amélioration des compétences en matière de VIH de l'ensemble des agents de santé. Certes, les performances attendues dans ce domaine particulièrement complexe ne sauraient être meilleures que dans l'ensemble du système de soin. Au Burkina Faso, à l'exception de quelques lieux dans lesquels des personnes motivées s'investissent de manière importante dans leur activités, l'attractivité du système de santé auprès de la population a diminué depuis dix ans : le taux de fréquentation des formations sanitaires est passé de 31,9% en 1986 à 21,1% en 1996, après avoir atteint 18,1% en 1995 (Direction des Études et de la Planification 1999 : 80), ce qui traduit la désaffection de la population. La précarité de l'état sanitaire de la population s'accroît comme en témoignent la remontée du taux de mortalité infanto-juvénile qui passe de 187 pour mille en 1993 à 219 pour mille en 1999, et l'augmentation, durant cette même période, de 31,5 à 36,3% de la prévalence de l'insuffisance pondérale modérée et sévère (-2 ET et -3 ET du poids par rapport à l'âge) des enfants de moins de 3 ans (Konaté *et al.* 1993 ; Barrère *et al.* 1999). Le système de santé ne paraît pas avoir la capacité d'améliorer ces indicateurs ; l'épidémie de sida ajoute un lourd fardeau à un système de soin déjà peu performant. L'absence de données objectives concernant la prise en charge des personnes vivant avec le VIH dans le système de soin atteste des incapacités du système de soin public dans ce domaine, alors qu'une part importante de la prise en charge des malades du sida est réalisée par les associations et organisations à base communautaire. Dans ces conditions, les actions qui pourront être menées dans le domaine de la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement devront s'appuyer sur des initiatives associatives ou bâties autour de professionnels de santé engagés au plan personnel, et sur l'intervention scientifique, logistique et technique, d'institutions du niveau international.

Parallèlement aux stratégies nationales qu'il est urgent de définir, des "programmes pilotes" sont mis en place en Afrique de l'Ouest, à l'initiative des

instances nationales ou d'autres instances selon l'état de la lutte contre le sida dans les pays, sur la base des recommandations présentées en introduction (UNICEF/UNAIDS/WHO 1998 ; Dabis *et al.* 2000) et des observations rapportées ici. Les premiers résultats du programme pilote mis en place à Abidjan (voir encadré) attestent de la faisabilité, de l'accessibilité et de l'acceptabilité de la prévention lorsque les moyens matériels et logistiques sont disponibles, lorsque les professionnels de santé sont formés et compétents, et lorsque les équipes ont intégré des membres d'associations de personnes vivant avec le VIH qui assurent un véritable conseil et un suivi en matière d'alimentation de l'enfant et de VIH.

L'expérience de prévention communautaire de prévention de la transmission mère-enfant à Abidjan

À partir d'octobre 1998, un programme pilote a été progressivement mis en place, dans les suites de l'essai DITRAME, pour assurer en routine la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Ce programme, développé par l'UNICEF en partenariat avec le PNLs/CI et l'équipe DITRAME-ANRS, a concerné quatre formations sanitaires d'Abidjan. Dans ces formations sanitaires, ont été mis en place :

- un dépistage systématiquement proposé en consultation prénatale, assorti d'un conseil réalisé par une équipe de sages-femmes et d'assistantes sociales ayant une expérience de plusieurs années dans ce domaine,
- une chimioprophylaxie par la zidovudine en régime court, assurée par l'équipe médicale,
- la mise à disposition de substituts du lait maternel et d'ustensiles pour la préparation de l'alimentation artificielle des nourrissons,
- un suivi hebdomadaire des nourrissons nourris aux substituts du lait maternel, en complément du suivi médical des femmes et enfants,
- un soutien psychologique auprès des femmes au cours de visites à domicile réalisées par des conseillères issues d'une association de personnes vivant avec le VIH.

Le rapport final publié début 2000 (Msellati *et al.* 2000) met en évidence des taux d'acceptation des alternatives à l'allaitement maternel élevés : près de trois femmes sur quatre ont choisi cette mesure de prévention. Ce mode d'alimentation n'a pas eu de conséquences sanitaires préjudiciables pour les

enfants suivis.

Cette expérience montre l'importance de trois aspects qui ont guidé l'élaboration de ce programme :

- l'accessibilité des substituts du lait maternel : elle apparaissait comme un pré-requis ; le programme montre que lorsqu'ils sont accessibles, les substituts du lait maternel sont choisis par les femmes. D'autre part, ils peuvent être utilisés sans danger lorsque leur utilisation fait l'objet d'une éducation préalable et d'un suivi sanitaire.
- la nécessité d'une information et d'un "conseil" : le conseil a reçu une attention particulière dans le cadre de ce programme. Un premier conseil pré-test est réalisé en groupe, puis suivi d'un conseil individuel. En post-test, c'est un conseil individuel qui est assuré par l'équipe soignante. Le suivi assuré par les conseillères permet d'inscrire cette intervention dans la durée.
- la participation au programme de conseillères issues du milieu associatif, qui complètent le savoir apporté par l'équipe soignante, par leur expérience. De l'avis des conseillères, la discussion avec les femmes autour de leur propre expérience (discussion entre "pairs") joue un grand rôle pour la motivation à adopter les mesures préventives. Deux conseillères expliquent leurs propres cas aux femmes qu'elles rencontrent : l'une d'elles a allaité son enfant, qui a été contaminé ; l'autre a utilisé les substituts du lait maternel, et son enfant est séronégatif et bien portant. En complément à l'information sur les taux de transmission, ce que les conseillères montrent aux femmes, c'est, selon leurs termes, « qu'elles peuvent croire aux mesures préventives qu'on leur propose ».

Le Fonds de Solidarité Thérapeutique International s'est engagé dans la même direction depuis avril 1999 en proposant, dans deux formations sanitaires, d'une part un programme de prévention de la transmission mère-enfant selon les mêmes modalités que celles décrites ci-dessus, et d'autre part une prise en charge globale de la femme vivant avec le VIH et de son enfant, avec accès aux traitements antirétroviraux hautement actifs. Les premiers résultats concernant la prévention de la transmission mère-enfant ont été rapportés au cours de la Conférence de Paris (Gonhi 1999 ; Noba 1999).

***Dix mesures pour prévenir la transmission
du VIH par l'allaitement***

Les résultats de notre enquête et l'expérience du programme pilote présentée ci-dessus conduisent à définir dix mesures de santé publique pour la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement (voir pages 540-541). Ces propositions complètent les recommandations internationales de UNICEF/ UNAIDS/WHO et du groupe de Gand. Elles résultent de nos observations concernant les aspects socioculturels de l'allaitement dans la culture et l'organisation sociale des populations d'Afrique de l'Ouest auprès desquelles nous avons enquêté, et dans la culture et l'organisation sociale du système de soin biomédical, tel qu'il existe dans cette région. Ces recommandations sont suffisamment générales pour être également pertinentes pour d'autres régions de l'Afrique, voire des pays du Sud, sous réserve de leur adaptation aux situations locales.

Ces recommandations reposent sur deux "pré-requis" incontournables si l'on considère que la priorité doit être donnée à la préservation de la santé des femmes et des enfants :

- adopter le principe de précaution qui veut que l'on ne diffère pas la mise en Œuvre de mesures préventives éprouvées, même si l'on ne dispose pas de connaissances scientifiques détaillées et exhaustives,
- faire passer le principe de réalité avant des points de vue idéologiques qui amènent à considérer les connaissances épidémiologiques et la production scientifique concernant la transmission du VIH par l'allaitement comme faisant l'objet d'une conspiration d'intérêts commerciaux.

Ces "pré-requis" ne font pas encore l'objet d'un consensus généralisé dans le domaine de la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement. En atteste la Résolution WHA53.14, fruit du travail de la cinquante-troisième Assemblée Mondiale de la Santé qui s'est tenue en mai 2000, intitulée : "VIH/SIDA : faire face à l'épidémie".

Concernant la prévention de la transmission mère-enfant, l'Assemblée demande instamment aux États Membres « de poursuivre les recherches [sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH] et d'intégrer les actions de prévention dans les services de soins de santé primaires, y compris les services de santé génésique, dans le cadre de programmes de prise en charge globale des femmes enceintes infectées par le VIH et du suivi postnatal de ces femmes et de leur famille, *en veillant à ce que cette recherche soit dénuée de tout intérêt*

particulier susceptible de biaiser les résultats et que toute participation commerciale soit clairement annoncée » (OMS 2000 : 4).

Néanmoins, la réalité de la transmission du VIH par l'allaitement a été suffisamment documentée au plan scientifique pour que les efforts portent désormais sur la définition et la mise en oeuvre des mesures de prévention, dans la voie proposée par l'ONUSIDA, en priorité dans les régions les plus touchées par l'épidémie.

**Dix mesures pour prévenir la transmission du VIH
par l'allaitement en Afrique de l'Ouest**

- 1 Mettre en oeuvre la prévention de la transmission mère-enfant du VIH par l'allaitement simultanément et de manière articulée à la mise en oeuvre des autres mesures de prévention de la transmission pré et post-natale.
- 2 Considérer que la prise en charge médicale et le soutien psychosocial pour la mère concernant son atteinte par le VIH est une condition essentielle de la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement.
- 3 Définir une stratégie optimale de prévention de la transmission du VIH par l'allaitement pour chaque pays en mettant en place des actions spécifiques et en améliorant et/ou renforçant les soins de santé maternelle et infantile, les actions de promotion de l'allaitement maternel et les actions de lutte contre le VIH.
- 4 Redéfinir les programmes de promotion de l'allaitement maternel pour les adapter aux contextes épidémiologiques et sanitaires locaux, en favorisant la promotion de l'allaitement maternel exclusif, la prise en charge des pathologies mammaires, la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement, et l'alimentation des enfants qui ne peuvent être allaités par leur mère.
- 5 Rendre disponibles et accessibles les substituts du lait maternel et mettre en place un circuit de distribution de substituts "génériques" dans le système de soin, avec délivrance sur prescription médicale.
- 6 Définir les modalités du conseil en alimentation infantile destiné aux femmes séropositives et aux parents et "mères de substitution" pour les nourrissons qui ne peuvent être allaités par leur mère ; former les agents de santé et les membres d'associations qui agissent dans le champ de la petite enfance, de l'alimentation infantile et du VIH, à ce conseil.
- 7 Mettre en place des modalités de formation des mères et "mères de substitution" à l'usage des substituts du lait maternel et aux options alimentaires dans les centres de santé maternelle et infantile, en priorité dans les centres de récupération et d'éducation nutritionnelle ; définir les modalités de suivi des nourrissons soumis à ces modes d'alimentation.
- 8 Développer le conseil psychosocial à long terme pour les femmes séropositives et y intégrer les aspects liés à la transmission du VIH par l'allaitement et aux options alimentaires ; pour cela, mettre en place des collaborations entre équipes sanitaires et associations de soutien aux personnes infectées et affectées par le VIH, associations de PVVIH et

associations de promotion de l'allaitement maternel ; donner à ces acteurs de prévention les moyens (matériels, logistiques et de formation) de réaliser ces actions.

- 9 Réduire le risque social qu'encourent les femmes qui suivent les recommandations de prévention de la transmission du VIH par l'allaitement, en luttant contre la stigmatisation à l'égard des personnes atteintes par le VIH et des femmes qui n'allaitent pas. Cela passe par l'élaboration de nouveaux messages d'information sanitaire et la formation des professionnels de santé.
- 10 Considérer que la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement ne relève pas que de la responsabilité des mères, mais relève en premier lieu de la responsabilité des États au travers des institutions sanitaires et des programmes nationaux de lutte contre le sida et de promotion de l'allaitement.

Références bibliographiques

Barrère B., G. Mboup, M. Ayad

1999 *Enquête Démographique et de Santé/Demographic and Health Survey (DHS)*. Calverton, Macro International Inc.

Cartoux M., P. Msellati, N. Meda *et al.*

1998 Attitude of pregnant women towards HIV testing in Abidjan, Côte-d'Ivoire and Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *AIDS* 12 : 2337-2344.

Coreil J.

1998 Cultural feasibility studies in preparation for clinical trials to reduce maternal-infant HIV transmission in Haiti. *AIDS Education and Prevention* 10 : 46-62.

Dabis F., M.L. Newell, L. Fransen *et al.*

2000 Prevention of mother-to-child transmission of HIV in developing countries : recommendations for practice. *Health Policy and Planning* 15 (1) : 34-42.

Desclaux A.

- 1996a Le traitement biomédical de la malnutrition au temps du sida. *Sciences Sociales et Santé* 14 (1) : 73-101.
- 1996b « La recherche anthropologique peut-elle contribuer à la lutte contre la discrimination envers les personnes atteintes par le VIH ? ». In : J. Benoist et A. Desclaux (éds.), *Anthropologie et sida : bilan et perspectives* : 267-281. Paris, Karthala.
- 1999 « Des infirmières face au sida. Impact de l'épidémie sur les rôles professionnels dans un service de pédiatrie du Burkina Faso ». In : C. Becker, J.P. Dozon, M. Touré, C. Obbo C. (éds.), *Vivre et penser le sida en Afrique* : 541-558. Paris, Karthala, IRD-CNLS-CODESRIA.
- 2000 *L'épidémie invisible. Anthropologie d'un système de santé à l'épreuve du sida chez l'enfant à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso*. Lille, Presses universitaires du Septentrion.

Desclaux A. et Cl. Raynaut

- 1997 *Le dépistage VIH et le conseil en Afrique au sud du Sahara*. Paris, Karthala.

Dettwyler K.A.

- 1988 More than nutrition : Breastfeeding in urban Mali. *Medical Anthropology Quarterly* 2 (2) : 172-183.

Direction des Etudes et de la Planification 1999 *Statistiques 1996*. Ouagadougou, Ministère de la Santé, SG/DEP.

Fylkesnes K., A. Haworth, C. Rosensvard *et al.*

- 1999 HIC counselling and testing : overemphasizing high acceptance rates, a threat to confidentiality and the right not to know. *AIDS* 13 : 2469-2474.

Gonhi C., V. Noba, I.M. Coulibaly *et al.*

- 1999 *Prise en charge psycho-sociale à domicile des femmes enceintes VIH positif : l'intervention des personnes vivant avec le VIH/sida dans le cadre du programme FSTI en Côte-d'Ivoire*. 4ème Conférence internationale sur la prise en charge extra-hospitalière et communautaire

des personnes vivant avec le VIH/sida. Paris, 5-8 décembre 1999, Abstract 759.

Jaffré Y. et A. Prual

1993 Le "corps des sage-femmes", entre identités professionnelles et sociales. *Sciences sociales et santé*, 9 (2) : 63-80.

Konaté D.L., T. Sinaré, M. Séroussi

1993 *Enquête démographique et de santé/Demographic and Health Survey (DHS)*. Calverton, Macro International Inc. Ouagadougou, Institut national de la statistique et de la démographie.

Le Coeur S.

1999 Attitudes des femmes africaines vis-à-vis du dépistage VIH. *Transcriptase* 73 : 28-30.

Meda N.

2000 Lait maternel et risque VIH. Facteurs de diminution du risque lié à l'allaitement. *Transcriptase* 81 : 52-56.

Msellati P.

2000 Conseil et dépistage volontaire. Les enseignements d'une expérience menée à Abidjan. *Transcriptase* 81 : 58-60.

Msellati P., G. Hingst, F. Kaba *et al.*

2000 *Projet Interim UNICEF 1998-1999. Phase intermédiaire entre un projet de recherche (essai ANRS 049) et un programme de Santé Publique dans le domaine de la prévention de la transmission du VIH-1. Rapport final*, Abidjan, Côte-d'Ivoire. Janvier 2000.

Msellati P., R. Ramon, I. Viho

1998 Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Africa : uptake of pregnant women in a clinical trial in Abidjan, Côte-d'Ivoire. *AIDS* 12 : 1257-1258.

Noba V., I.M. Coulibaly, E. Aoussi *et al.*

1999 *Activités de dépistage et de prise en charge de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes en consultation prénatale : l'intervention du Fonds de solidarité thérapeutique international en Côte-d'Ivoire.* Communication. 4ème Conférence internationale sur la prise en charge extra-hospitalière et communautaire des personnes vivant avec le VIH/sida. Paris, 5-8 décembre 1999, Abstract 760.

Olivier de Sardan J.P., A. Moumouni et A. Souley

1999 "L'accouchement c'est la guerre". De quelques problèmes liés à l'accouchement en milieu rural nigérien. *Bulletin de l'APAD* 17 : 71-93.

OMS

1991 *Guide pour le conseil dans l'infection à VIH et le sida.* Série technique OMS Sida n°8, Genève.

2000 *VIH/SIDA : faire face à l'épidémie.* Résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé. Genève, WHA53.14, 20 mai 2000.

Seidel G.

1999 *HIV/AIDS and strategies to prevent mother-to-child transmission in South Africa : a study of practices, representations, discourse, gender, ethics, rights and health policy.* Final report. Bordeaux, Laboratoire Sociétés, Santé, Développement, Université Victor Segalen.

Taverne B.

1997 Quelle prise en charge pour les malades séropositifs ou sidéens en milieu rural au Burkina Faso ? *Cahiers Santé* 7 (3) : 177-186.

Temmerman M., J. Ndinya-Achola, J. Ambani *et al.*

1995 The right not to know HIV-test results. *Lancet* 345 : 969-970.

UNICEF/UNAIDS/WHO

1998a *HIV and infant feeding. Guidelines for decision-makers,* WHO/FRH/NUT 98.1, UNAIDS/98.3.

1998b *HIV and infant feeding. Guidelines for health care managers and supervisors,* WHO/FRH/NUT 98.2, UNAIDS/98.4.

UNICEF/UNAIDS/WHO

1998c *HIV and infant feeding. A review of HIV transmission through breastfeeding.* WHO/FRH/NUT 98.3, UNAIDS/98.5.

Urban M.

1997 *Attitudes and practices of infant feeding in HIV-1 infected women in Soweto.* Communication. Conference on affordable options for the prevention of mother-to-child transmission of HIV-1, Johannesburg, 19-20 novembre.

Walraven G., A. Nicoll, X. Njau *et al.*

1996 The impact of HIV-1 infection on child health in sub-saharan Africa : burden on health services. *Tropical Medicine and International Health* 1 : 3-14.

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

POSTFACE

Par Françoise Loux ²⁵⁴

[Retour à la table des matières](#)

Il n'est pas simple de prendre la plume à la fin d'un livre, quand tout a été dit, avec force, et quand, de plus, on n'est pas spécialiste des questions abordées.

Cependant, je voudrais tout d'abord insister sur le caractère fondamental de cet ouvrage que je recommande, au-delà des personnes directement concernées en Afrique de l'Ouest, aux soignants, aux décideurs en matière de santé publique, qui y trouveront matière à réflexions ; quant aux anthropologues cela devrait être pour eux un véritable modèle.

Il alerte, à juste titre, sur la situation dramatique dans laquelle se trouvent les femmes dans les pays d'Afrique. Il contribue à combattre des préjugés qui confortent la bonne conscience des pays nantis, sur l'incapacité de prévention, l'ignorance, la nocivité des coutumes et des pratiques traditionnelles. Mais les conclusions qu'on peut en tirer entraînent à des questionnements encore plus vastes, dépassant les inégalités flagrantes entre le Nord et le Sud, souvent pieusement dénoncées mais sans propositions concrètes de solution. En cela, une fois de plus, le sida, dans le face à face avec la mort d'êtres jeunes qu'il impose, joue un rôle de révélateur social, tout comme d'ailleurs l'a été l'allaitement dans les sociétés européennes traditionnelles.

²⁵⁴ Ethnologue. Centre d'Ethnologie française. Musée national des Arts et Traditions populaires. Paris.

En premier lieu, ce livre offre une bonne mise en miroir de recherches ethnographiques avec des données épidémiologiques et une réflexion et des recommandations de santé publique. Une telle entreprise, de plus réussie car véritablement intégrée, ne va pas de soi. Sous prétexte de garder la “bonne distance”, les chercheurs hésitent souvent – à tort à mon avis – à étendre leurs conclusions à la proposition de mesures de santé publique, comme celles qui figurent dans les dernières pages de ce livre. Mais la “bonne distance” réside sans doute dans le fait de ne pas mélanger les genres, de ne pas être en même temps chercheur et décideur ; elle n’interdit pas, bien au contraire, de prendre part, en tant que citoyen, à un débat qui devrait être public, ni d’apporter des éléments clairs à ce débat, en tant que chercheur. Il s’agit donc là d’un véritable modèle pour des recherches anthropologiques qui – surtout dans des domaines comme ceux de la santé et de la maladie – ne peuvent se contenter de descriptions, si fines soient elles, ou d’envolées théoriques. Réciproquement, l’intérêt du livre est de montrer qu’une politique de santé publique ne peut se passer ni de descriptions mettant en lumière la variabilité des situations, ni d’une dimension critique, insistant sur le caractère idéologique, ou trop simpliste, de certaines campagnes.

En lisant les pages qui précèdent, j’ai souvent trouvé remarquable que certaines représentations de l’allaitement en Afrique de l’Ouest soient si proches de celles que j’ai rencontrées en étudiant la France traditionnelle. On y mettait également en relation forte le sang et le lait ; on pensait qu’il s’agissait du même fluide : sang du cordon avant la naissance, lait de l’allaitement ensuite. Il y avait également un interdit sur les relations sexuelles pendant la période de l’allaitement, de crainte d’un mélange du lait et du sperme.

Enfin, ces craintes, ces représentations, prenaient racine sur un même fond dramatique : la forte mortalité infantile, le caractère indispensable de l’allaitement au sein avant la mise en application des recommandations pastoriennes. Dans les pays riches ces croyances semblent maintenant avoir disparu, les femmes ayant la possibilité de choix entre divers types d’allaitement pour leur enfant. Mais est-ce aussi simple ? Sous prétexte que maintenant “cela va mieux”, on a pu noter que de nouvelles stigmatisations apparaissent par rapport aux malades “non compliants” alors que l’on commence seulement à se préoccuper des effets secondaires des traitements et de leur vécu. De même, qu’en est-il de la prise en compte du désir de maternité chez les femmes séropositives, de leur désir éventuel d’allaitement et

du jugement culpabilisant qui, de toutes façons, pèse sur elles quant au fait de pouvoir être mères, et de “bonnes mères” ? Par ailleurs, le caractère idéologique des campagnes de promotion de l’allaitement maternel, en Afrique, ne renvoie-t-il pas à toutes ces craintes anciennes, à une image de la “bonne mère”, d’autant plus prégnante que la mortalité infantile est forte et que le VIH apporte une angoisse de plus.

Le livre montre bien comment ces angoisses, ces incertitudes, se traduisent, au niveau de la santé publique, par des campagnes simplistes ou incohérentes, par une absence de contact entre les responsables : d’une part allaitement, d’autre part VIH. Mais là également ne s’agit-il pas d’un miroir grossissant de certains dysfonctionnements de nos sociétés européennes ?

En contrepartie, il apparaît clairement que, comme d’ailleurs le sida, l’allaitement est un fait total, également culturel, symbolique et mettant en jeu tout l’environnement social. Une expression relevée sur le terrain est significative : « le lait, c’est la parenté ». D’où, bien sûr, la nécessité, pour une politique de prévention, de tenir compte de cet ensemble, de donner, par exemple, une place au père de l’enfant dont le rôle est à plusieurs reprises souligné. Pour la France traditionnelle également, sous prétexte que le père n’assistait pas à l’accouchement, on a négligé son rôle symbolique dès la naissance, en termes de socialisation, et son influence dans les décisions vitales. Le livre montre bien combien il est nécessaire que les politiques de santé publique tiennent compte de ce rôle, pour reconnaître au père une place qu’il occupe de toutes façons, et aussi pour permettre à la femme de lutter contre la coercition sociale qui pèse sur elle.

Sur ces points également, la description anthropologique fine montre bien comment le réseau familial et social traditionnel intervient totalement en dehors du secteur biomédical pour aider à résoudre les nombreuses difficultés de l’allaitement. À cette prise en charge habituelle s’oppose la solitude des mères atteintes du sida. On pense que leur enfant est nécessairement malade, avant même l’allaitement, car contaminé par leur sang, et la crainte de la maladie dont on l’estime porteur freine son entrée dans le réseau de solidarité familiale et sociale.

On en arrive ainsi aux notions de stigmatisation bien décrites dans l’ouvrage. On s’aperçoit que, comme souvent, les stigmatisations – ou leur crainte – se cumulent et se renforcent. La femme craint que, si elle n’allait pas son enfant,

cela dévoile un statut que, très souvent, elle tient à garder secret, même à l'égard de son conjoint car elle craint la répudiation. De plus, une constatation importante du livre qui donne d'ailleurs des pistes intéressantes sur la généalogie de la notion de contagion, est que les croyances sur la "contagiosité" du sida proviendraient peut-être d'un report, sur le sida, de représentations construites à propos de la tuberculose. Mais, de plus, la femme craint d'être stigmatisée comme "mauvaise mère". Ainsi, à la souffrance morale qu'éprouve une femme à voir son enfant malade, à la crainte que représente le fait de devoir lui donner une alimentation extérieure à son propre corps, peut s'ajouter la disparition du rôle de support d'un environnement social qui, au contraire, deviendrait rejetant, l'accusant de ne pas être une bonne mère ; c'est-à-dire, en plus de lui avoir transmis, par son sang, sa maladie, de ne pas lui donner cet amour, cette filiation que seul l'allaitement pourrait donner.

Ces recherches de terrain confirment également qu'en matière de prévention il n'y a pas de choix simple entre deux conduites : l'une totalement sans risques et l'autre dangereuse. Ce n'est que de l'extérieur que l'on peut poser de tels choix "rationnels". Mais il n'y a pas de "risque zéro" dans la réalité car tout l'environnement culturel et social de la personne doit être pris en compte. Cela a été amplement montré en matière de sexualité ; pourtant l'adoption du préservatif pourrait apparaître comme un choix simple. Les pages qui précèdent montrent bien que l'alternative est encore moins évidente entre les risques sociaux et vitaux du non-allaitement et les risques de transmission par l'allaitement. Face à l'éventualité de mort, il est toujours facile de stigmatiser et de condamner de l'extérieur. En France, de l'extérieur, on condamnait la pratique courante des mères de prendre la nuit leur enfant avec elles, dans leur lit. En effet, il y avait là un risque non négligeable d'étouffement. Certains historiens ou journalistes, analysant ces pratiques à l'aune de nos connaissances actuelles, ont conclu que les accidents qu'elles provoquaient étaient en fait des tentatives déguisées d'infanticide. Mais en les réexaminant, en tentant de se placer à l'intérieur des croyances anciennes, on s'aperçoit que, pour ces femmes, laisser seul leur enfant dans son berceau pendant la nuit, l'exposait à des risques de mort encore plus certains. Il y avait – et il y a souvent – un choix difficile à faire entre deux maux. C'est à cela que sont confrontées les femmes africaines, alors que, trop souvent extérieures, les campagnes de prévention ne savent pas hiérarchiser les risques.

Un dernier point ressort avec force de ce livre : il va à l'encontre des stéréotypes habituels sur le poids et la rigidité des traditions, sur une situation culturelle identique pour toute l'Afrique. Les observations, à partir de cas précis, montrent au contraire, sous un fond de représentations communes et peut-être universelles (puisque'on en rencontrait certaines également dans la France traditionnelle) la variété des pratiques et leur souplesse d'adaptation. Une leçon des pages que l'on vient de lire est donc de souligner la capacité d'adaptation de femmes trop souvent considérées comme ignorantes, leur "compétence" en quelque sorte. Il est par exemple noté que les règles de préparation des substituts du lait maternel ne sont pas beaucoup plus compliquées que certaines règles de préparation des thérapeutiques traditionnelles auxquelles les femmes savent très bien se conformer. Pour toutes ces raisons, en plus d'être d'une utilité certaine, en raison des dix recommandations de santé publique déduites de ces recherches, et par le fait qu'il brise le silence gêné qui recouvrait ce problème, ce livre constitue un excellent exemple d'anthropologie "impliquée".

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest.
De l'anthropologie à la santé publique.

POSTFACE

Par Françoise Loux ²⁵⁵

[Retour à la table des matières](#)

Il n'est pas simple de prendre la plume à la fin d'un livre, quand tout a été dit, avec force, et quand, de plus, on n'est pas spécialiste des questions abordées.

Cependant, je voudrais tout d'abord insister sur le caractère fondamental de cet ouvrage que je recommande, au-delà des personnes directement concernées en Afrique de l'Ouest, aux soignants, aux décideurs en matière de santé publique, qui y trouveront matière à réflexions ; quant aux anthropologues cela devrait être pour eux un véritable modèle.

Il alerte, à juste titre, sur la situation dramatique dans laquelle se trouvent les femmes dans les pays d'Afrique. Il contribue à combattre des préjugés qui confortent la bonne conscience des pays nantis, sur l'incapacité de prévention, l'ignorance, la nocivité des coutumes et des pratiques traditionnelles. Mais les conclusions qu'on peut en tirer entraînent à des questionnements encore plus vastes, dépassant les inégalités flagrantes entre le Nord et le Sud, souvent pieusement dénoncées mais sans propositions concrètes de solution. En cela, une fois de plus, le sida, dans le face à face avec la mort d'êtres jeunes qu'il impose, joue un rôle de révélateur social, tout comme d'ailleurs l'a été l'allaitement dans les sociétés européennes traditionnelles.

²⁵⁵ Ethnologue. Centre d'Ethnologie française. Musée national des Arts et Traditions populaires. Paris.

En premier lieu, ce livre offre une bonne mise en miroir de recherches ethnographiques avec des données épidémiologiques et une réflexion et des recommandations de santé publique. Une telle entreprise, de plus réussie car véritablement intégrée, ne va pas de soi. Sous prétexte de garder la “bonne distance”, les chercheurs hésitent souvent – à tort à mon avis – à étendre leurs conclusions à la proposition de mesures de santé publique, comme celles qui figurent dans les dernières pages de ce livre. Mais la “bonne distance” réside sans doute dans le fait de ne pas mélanger les genres, de ne pas être en même temps chercheur et décideur ; elle n’interdit pas, bien au contraire, de prendre part, en tant que citoyen, à un débat qui devrait être public, ni d’apporter des éléments clairs à ce débat, en tant que chercheur. Il s’agit donc là d’un véritable modèle pour des recherches anthropologiques qui – surtout dans des domaines comme ceux de la santé et de la maladie – ne peuvent se contenter de descriptions, si fines soient elles, ou d’envolées théoriques. Réciproquement, l’intérêt du livre est de montrer qu’une politique de santé publique ne peut se passer ni de descriptions mettant en lumière la variabilité des situations, ni d’une dimension critique, insistant sur le caractère idéologique, ou trop simpliste, de certaines campagnes.

En lisant les pages qui précèdent, j’ai souvent trouvé remarquable que certaines représentations de l’allaitement en Afrique de l’Ouest soient si proches de celles que j’ai rencontrées en étudiant la France traditionnelle. On y mettait également en relation forte le sang et le lait ; on pensait qu’il s’agissait du même fluide : sang du cordon avant la naissance, lait de l’allaitement ensuite. Il y avait également un interdit sur les relations sexuelles pendant la période de l’allaitement, de crainte d’un mélange du lait et du sperme.

Enfin, ces craintes, ces représentations, prenaient racine sur un même fond dramatique : la forte mortalité infantile, le caractère indispensable de l’allaitement au sein avant la mise en application des recommandations pastoriennes. Dans les pays riches ces croyances semblent maintenant avoir disparu, les femmes ayant la possibilité de choix entre divers types d’allaitement pour leur enfant. Mais est-ce aussi simple ? Sous prétexte que maintenant “cela va mieux”, on a pu noter que de nouvelles stigmatisations apparaissent par rapport aux malades “non compliants” alors que l’on commence seulement à se préoccuper des effets secondaires des traitements et de leur vécu. De même, qu’en est-il de la prise en compte du désir de maternité chez les femmes séropositives, de leur désir éventuel d’allaitement et

du jugement culpabilisant qui, de toutes façons, pèse sur elles quant au fait de pouvoir être mères, et de “bonnes mères” ? Par ailleurs, le caractère idéologique des campagnes de promotion de l’allaitement maternel, en Afrique, ne renvoie-t-il pas à toutes ces craintes anciennes, à une image de la “bonne mère”, d’autant plus prégnante que la mortalité infantile est forte et que le VIH apporte une angoisse de plus.

Le livre montre bien comment ces angoisses, ces incertitudes, se traduisent, au niveau de la santé publique, par des campagnes simplistes ou incohérentes, par une absence de contact entre les responsables : d’une part allaitement, d’autre part VIH. Mais là également ne s’agit-il pas d’un miroir grossissant de certains dysfonctionnements de nos sociétés européennes ?

En contrepartie, il apparaît clairement que, comme d’ailleurs le sida, l’allaitement est un fait total, également culturel, symbolique et mettant en jeu tout l’environnement social. Une expression relevée sur le terrain est significative : « le lait, c’est la parenté ». D’où, bien sûr, la nécessité, pour une politique de prévention, de tenir compte de cet ensemble, de donner, par exemple, une place au père de l’enfant dont le rôle est à plusieurs reprises souligné. Pour la France traditionnelle également, sous prétexte que le père n’assistait pas à l’accouchement, on a négligé son rôle symbolique dès la naissance, en termes de socialisation, et son influence dans les décisions vitales. Le livre montre bien combien il est nécessaire que les politiques de santé publique tiennent compte de ce rôle, pour reconnaître au père une place qu’il occupe de toutes façons, et aussi pour permettre à la femme de lutter contre la coercition sociale qui pèse sur elle.

Sur ces points également, la description anthropologique fine montre bien comment le réseau familial et social traditionnel intervient totalement en dehors du secteur biomédical pour aider à résoudre les nombreuses difficultés de l’allaitement. À cette prise en charge habituelle s’oppose la solitude des mères atteintes du sida. On pense que leur enfant est nécessairement malade, avant même l’allaitement, car contaminé par leur sang, et la crainte de la maladie dont on l’estime porteur freine son entrée dans le réseau de solidarité familiale et sociale.

On en arrive ainsi aux notions de stigmatisation bien décrites dans l’ouvrage. On s’aperçoit que, comme souvent, les stigmatisations – ou leur crainte – se cumulent et se renforcent. La femme craint que, si elle n’allait pas son enfant,

cela dévoile un statut que, très souvent, elle tient à garder secret, même à l'égard de son conjoint car elle craint la répudiation. De plus, une constatation importante du livre qui donne d'ailleurs des pistes intéressantes sur la généalogie de la notion de contagion, est que les croyances sur la "contagiosité" du sida proviendraient peut-être d'un report, sur le sida, de représentations construites à propos de la tuberculose. Mais, de plus, la femme craint d'être stigmatisée comme "mauvaise mère". Ainsi, à la souffrance morale qu'éprouve une femme à voir son enfant malade, à la crainte que représente le fait de devoir lui donner une alimentation extérieure à son propre corps, peut s'ajouter la disparition du rôle de support d'un environnement social qui, au contraire, deviendrait rejetant, l'accusant de ne pas être une bonne mère ; c'est-à-dire, en plus de lui avoir transmis, par son sang, sa maladie, de ne pas lui donner cet amour, cette filiation que seul l'allaitement pourrait donner.

Ces recherches de terrain confirment également qu'en matière de prévention il n'y a pas de choix simple entre deux conduites : l'une totalement sans risques et l'autre dangereuse. Ce n'est que de l'extérieur que l'on peut poser de tels choix "rationnels". Mais il n'y a pas de "risque zéro" dans la réalité car tout l'environnement culturel et social de la personne doit être pris en compte. Cela a été amplement montré en matière de sexualité ; pourtant l'adoption du préservatif pourrait apparaître comme un choix simple. Les pages qui précèdent montrent bien que l'alternative est encore moins évidente entre les risques sociaux et vitaux du non-allaitement et les risques de transmission par l'allaitement. Face à l'éventualité de mort, il est toujours facile de stigmatiser et de condamner de l'extérieur. En France, de l'extérieur, on condamnait la pratique courante des mères de prendre la nuit leur enfant avec elles, dans leur lit. En effet, il y avait là un risque non négligeable d'étouffement. Certains historiens ou journalistes, analysant ces pratiques à l'aune de nos connaissances actuelles, ont conclu que les accidents qu'elles provoquaient étaient en fait des tentatives déguisées d'infanticide. Mais en les réexaminant, en tentant de se placer à l'intérieur des croyances anciennes, on s'aperçoit que, pour ces femmes, laisser seul leur enfant dans son berceau pendant la nuit, l'exposait à des risques de mort encore plus certains. Il y avait – et il y a souvent – un choix difficile à faire entre deux maux. C'est à cela que sont confrontées les femmes africaines, alors que, trop souvent extérieures, les campagnes de prévention ne savent pas hiérarchiser les risques.

Un dernier point ressort avec force de ce livre : il va à l'encontre des stéréotypes habituels sur le poids et la rigidité des traditions, sur une situation culturelle identique pour toute l'Afrique. Les observations, à partir de cas précis, montrent au contraire, sous un fond de représentations communes et peut-être universelles (puisqu'on en rencontrait certaines également dans la France traditionnelle) la variété des pratiques et leur souplesse d'adaptation. Une leçon des pages que l'on vient de lire est donc de souligner la capacité d'adaptation de femmes trop souvent considérées comme ignorantes, leur "compétence" en quelque sorte. Il est par exemple noté que les règles de préparation des substituts du lait maternel ne sont pas beaucoup plus compliquées que certaines règles de préparation des thérapeutiques traditionnelles auxquelles les femmes savent très bien se conformer. Pour toutes ces raisons, en plus d'être d'une utilité certaine, en raison des dix recommandations de santé publique déduites de ces recherches, et par le fait qu'il brise le silence gêné qui recouvrait ce problème, ce livre constitue un excellent exemple d'anthropologie "impliquée".

Fin du texte