

**« A CHACUN SON AME » : LES RAISONS DE LA DIFFICILE  
QUANTIFICATION DES COMPORTEMENTS DANS  
L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF AU BÉNIN.**

**« IN EACH THE A M E » : THE REASONS OF THE DIFFICULT  
QUANTIFICATION OF THE BEHAVIOR IN THE EXCLUSIVE  
BREAST-FEEDING IN BENIN.**

**Abou-Bakari IMOROU**

Enseignant-chercheur, Département de Sociologie-Anthropologie,  
Université d'Abomey-Calavi/LASDEL.  
aimorou@yahoo.fr

## **RÉSUMÉ**

Le texte vise à discuter la réalité des comportements relatifs à l'allaitement maternel exclusif (AME) au Bénin. En effet, l'allaitement maternel exclusif est présenté dans divers documents de promotion de la santé des enfants comme la pratique par excellence devant assurer une bonne santé et un bon développement aux enfants de premier âge. Diverses sources indiquent que la situation est critique en Afrique. Les conditions générales de vie et de survie de l'enfant ne sont pas toujours favorables à l'observation de l'allaitement maternel exclusif. Même en dehors des zones de famines et de conflits armés les enfants ne bénéficient pas toujours de cette prescription de santé publique. Une faible proportion de femmes est reconnue comme faisant l'effort de nourrir leurs enfants au lait maternel de façon exclusive pendant les six premiers mois de vie comme le prescrit les spécialistes en la matière. Au Bénin elles sont labélisées « mères modèles » par des agences qui soutiennent et promeuvent la pratique de l'AME. A partir de la description du quotidien de certaines d'entre elles, ce texte tente de relativiser ce qui est considéré comme AME en indiquant ces différentes formes et les logiques qui les portent. Le texte tente enfin de montrer en quoi la complexité de l'espace sociale définit par l'allaitement maternel rend périlleux l'effort de quantification des comportements se rapportant à l'AME.

**Mots-clés** : AME, Comportement, Contrainte structurelle, Quantification, Bénin.

-----

## **ABSTRACT**

*The text aims to discuss the reality of behaviors related to exclusive breastfeeding (AME) in Benin. Indeed, exclusive breastfeeding is presented in various promotional materials to children's health as the practice of choice to ensure good health and good development for children from infancy. Various sources indicate that the situation is critical in Africa. The general conditions of life and child survival are not always favorable to the observation of exclusive breastfeeding. Even outside the areas of famine*

*and armed conflict, children do not always benefit from this public health requirement. A small proportion of women is recognized as making the effort to feed their children with breast milk exclusively for the first six months of life as prescribed by specialists in the field. In Benin they are labélisées "parent model" by agencies that support and promote the practice of AME. From the description of daily life in some of them, this text attempts to relativize what is considered AME indicating these forms and logical wearing them. Finally, the text attempts to show how the complexity of the social space defined by breastfeeding makes the perilous the quantification effort related to the AME.*

**Keywords :** AME, behavior, structural constraint, quantification, Benin.

---

## INTRODUCTION

Ce texte réalise une lecture de l'univers de l'allaitement maternel exclusif (AME) tel que les agences et autres structures qui le promeuvent, l'explorent et le présentent et les difficiles conciliations des points de vue qu'on note entre les différents acteurs observés dans cet univers. Au-delà du Bénin, la question de l'allaitement est apparue comme une préoccupation de l'UNICEF dans d'autres pays africains (Keith & Koné, 2007). On note autour de l'allaitement exclusif des contradictions ou des écarts importants entre les connaissances chiffrées produites autour de la pratique et les observations réellement effectuées sur le terrain. Ces contradictions posent la problématique de la réceptivité des recommandations biomédicales sur les conditions de « bonne prise en charge » des enfants mais au-delà, la pertinence et la légitimité de certains chiffres en rapport avec des comportements humains supposées mesurables.

Les sciences biomédicales ont en effet produit des connaissances sur le lait maternel et son importance pour les premiers âges de l'enfant. Les écrits sur les caractéristiques biologiques du lait maternel et ses avantages pour le nourrisson s'inscrivent dans une démarche pédagogique. Avec les travaux de La Leche League International (1999) on est par exemple renseigné sur une gamme bien variée de facettes du lait maternel et de l'allaitement maternel. Au-delà des aspects techniques de l'allaitement, les connaissances produites renvoient souvent aux rôles des professionnels de la santé, des mères et aux autres acteurs familiaux (pères, sœurs, mères des mères, etc.), des décideurs et gestionnaires des politiques publiques de santé, dans la bonne application des principes qui sous-tendent cette pratique. Des institutions comme l'OMS se sont investies à *Aider les mères à allaiter* (OMS, 1996). Cet investissement est sous-tendu par l'idée que des mutations familiales font que certaines mères

manquent de soutien au sein des familles et de l'aide des aînées dans l'accomplissement de cette tâche. Ils estiment aussi que le fait d'accoucher à l'hôpital ou à la maternité et les pressions de la vie urbaine moderne justifient ce besoin d'aider les mères allaitantes (OMS, 1996). En général, l'accent est souvent mis sur la façon de commencer l'allaitement et l'importance du colostrum. Les aliments de complément et le sevrage sont aussi abordés dans cette littérature purement technique et pédagogique sur la question. Ainsi, peut-on retenir que Fischer (1987) a analysé les capacités immunologiques le lait maternel en soulignant que de nombreuses études ont démontré les effets bénéfiques de l'allaitement maternel en terme de protection contre les infections. Ainsi ce lait favorise la réduction de la fréquence des gastro-entérites bactériennes et virales et réduit la fréquence des hospitalisations chez les enfants.

Cette littérature technique, inscrite dans une posture normative et fondée sur l'idéologie dominatrice de la santé publique (Massé, 1995 ) est plus ou moins normative et définit dans une large mesure les comportements à adopter dans l'allaitement des enfants. Ainsi, est-on passé de la qualité du lait à la position à adopter pendant l'allaitement. Evoquant la question Fisher (Op cit) insiste sur le fait que la position du bébé au sein est le fondement d'un bon allaitement. Elle estime alors qu'une mauvaise position du bébé au sein peut faire échouer l'allaitement et amener à choisir un autre mode d'alimentation. Dans ces différentes analyse la réussite de l'allaitement est étroitement corrélée à la personne de la mère. Son envie, la fréquence de son contact avec son enfant sont des facteurs mis en avant pour justifier de la réussite ou non d'un allaitement (Dalou & Tourne, 1991).

L'environnement socioculturels est relégué au second rang dans la mesure où ses influences sont supposées indirectes. Or cette lecture de la réalité reste très relative dans un pays comme le Bénin. Dans les groupes sociaux rencontrés dans ce pays l'histoire de l'allaitement n'est pas une simple histoire qui se déroule aux travers du colloque singulier de la mère et de son enfant. Plus qu'une simple question d'alimentation de l'enfant, l'allaitement apparait comme un analyseur important des relations de pouvoirs entre divers acteurs au sein d'une famille. Il nous met au cœur des dynamiques résultant des construits sociaux en rapport avec les thérapies pédiatriques, les perceptions des médicaments et de la nourriture. Les constructions sociales de la maladie (Jaffré & Olivier de Sardan, 1999) ne sont pas du reste dans cet univers. On s'interroge ici sur les perceptions différentielles de l'allaitement exclusif au lait maternel pendant six mois et les comportements que cette prescription relevant

de la logique biomédicale induit chez différents acteurs ayant un lien avec la prise en charge des enfants de premier âge dans divers groupes sociaux. Les défis liés à l'adoption de cette prescription, les enjeux de santé publique que cela porte et les difficultés de son observation par les mères nous inscrivent dans un champ complexe qu'il convient de décrypter à partir d'une perspective socioanthropologique.

## 1. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Cette recherche, dans la mesure où elle se fonde sur une problématisation de la réalité de l'allaitement maternel exclusif, met en dialogue les prescriptions des agences avec la réalité des comportements des populations en rapport avec cette pratique. Il s'agit d'une réflexion inscrite dans le prolongement d'une enquête CAP<sup>1</sup> menée dans le cadre d'une convention entre le LASDEL et l'UNICEF. La démarche méthodologique adoptée est essentiellement qualitative et de type socioanthropologique. Une importance notable a été accordée aux contextes culturels en vue de bien comprendre l'ensemble des facteurs relatifs à l'allaitement maternel exclusif dans chacune des localités. La perspective a permis de faire la connexion entre plusieurs domaines de la réalité mais surtout de mettre l'accent sur ce qui, dans le quotidien des acteurs, occupe une place importante ou marginal relativement à l'objet.

Dans un premier temps il a donc été question de comprendre les perceptions que les populations ont de l'allaitement et de ses influences sur le bien-être de l'enfant. Il a été question aussi de produire des données précises et nuancées sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des acteurs autour de l'allaitement. La recherche a en outre accordé une place de choix aux cas réellement observés sur le terrain en vue d'illustrer les analyses. Les observations aident donc à systématiser les analyses en partant de l'émique. On construit donc un modèle compréhensif et interprétatif qui se base sur la qualité des informations, leur profondeur en se basant sur le principe de saturation qui évacue ainsi toute contrainte de représentativité statistique. La démarche est inductive et sa pertinence scientifique repose sur les précautions visant à aboutir à une compréhension des facteurs réels qui influencent directement

---

1- Une enquête sur les comportements, attitudes et pratiques sur les pratiques familiales essentielles (PFE) au nombre desquelles figure l'allaitement maternel exclusif (AME). Cette enquête a été menée dans le cadre d'un partenariat entre l'UNICEF et le LASDEL dans le courant du premier semestre 2012. Nous remercions l'UNICEF Bénin qui a suscité les interrogations au cours de ce texte et tous les collègues du LASDEL qui ont participé au processus.

ou indirectement l'allaitement dans les différents milieux sociaux investigués. Ainsi, les perceptions, les habitudes, les pratiques sociales et culturelles des groupes sociaux, l'organisation sociale et familiale, les relations sociales entre les membres des différents groupes sociaux, constituent les principaux descripteurs analysés dans le cadre de cette recherche.

La recherche vise à comprendre de façon exhaustive le sens et les finalités de l'action humaine se rapportant à l'allaitement maternelle dans les localités investiguées en s'inspirant de l'expérience de la vie quotidienne des acteurs interrogés. Elle se focalise donc sur l'analyse des processus sociaux, sur le sens que les personnes donnent à l'action.

Le processus d'échantillonnage qui assure la validité des données s'est effectué en étapes successives passant par le choix des sites de recherche et le choix des interlocuteurs dans chaque site. La recherche étant qualitative, les localités sont retenues selon un choix raisonné basé sur des indicateurs relatifs aux éléments historiques, culturels, géographiques, au niveau de développement économique et au niveau d'urbanité notamment. Ainsi le processus nous a conduit à retenir des localités rurales et urbaines, des localités enclavées et non enclavées, des localités jugées pauvres et moins pauvres, des localités caractérisées par leur homogénéité culturelle et des localités très hétérogènes etc. La représentativité ici n'est pas quantitative et renvoie donc au principe de saturation sur chaque descripteur et sur chaque catégorie d'acteurs. L'enquête s'est intéressée à la fois aux interlocuteurs privilégiés (Olivier de Sardan, 1995) et aux personnes anonymes susceptibles d'avoir un point de vue sur la question. La recherche ainsi conduite conjugue l'analyse des discours à celle des comportements.

Les personnes interrogées ont été préférentiellement identifiées au sein des ménages qui sont ainsi considérés comme les principales unités d'observation. Cependant l'enjeu de la recherche échappe à cette seule unité d'observation et a donc nécessité l'ouverture vers d'autres groupes stratégiques hors des ménages. Il s'agit de groupes qui ont de façon directe ou indirecte des liens avec l'allaitement. Ainsi les différents interlocuteurs interrogés appartiennent aux différents groupes stratégiques suivants : les mères d'enfants, les pères d'enfants, les autres membres de la famille, les associations dont les activités se rapportent à la promotion des pratiques essentielles, les leaders familiaux locaux, les agents de développement s'investissant sur les questions de santé et de nutrition. Nous avons aussi pris en compte les agents des services publics

de protection des enfants et des services de santé, les agents des services de santé d'hygiène et d'assainissement, les acteurs communautaires qui ont des liens avec les questions de santé et les enseignants et autres éducateurs opérant dans les localités.

La méthode adoptée mobilise un ensemble de techniques de recherche qui visent à accéder à l'intelligence du phénomène de l'allaitement maternelle vue comme un phénomène social qui échappe à la simple satisfaction d'un besoin physiologique limité dans un colloque singulier mère-enfant. Les données analysées dans ce texte sont le résultat d'une série d'entretiens (libres et semi-structurés) avec divers acteurs appartenant aux groupes stratégiques concernés et d'une série d'observations de situations réellement vécues par ces acteurs autour de l'allaitement. Certains entretiens sont individuels et d'autres collectifs tout comme certaines séquences d'observations sont directes alors que d'autres sont indirectes. Les séquences d'observation ont permis de recueillir des données qui échappent aux entrevues. L'observation a été systématique durant environ six semaines dans chaque localité d'investigation. Une durée relativement longue d'immersion dans les contextes locaux par les membres de l'équipe recherche a permis de produire des connaissances fines sur l'environnement social, culturel et politique de mise en œuvre des pratiques d'allaitement maternelle et exclusif. Les domiciles des «mères modèles» et les interactions qui s'y déroulent de façon continue autour des enfants ont fait l'objet d'attention particulière pendant l'enquête. Une douzaine de «mère-modèle» a fait l'objet d'observation systématique dans le quotidien des soins apportés aux enfants.

## **2. LES PRATIQUES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL VUES PAR LES ENQUÊTES QUANTITATIVES**

L'OMS et l'UNICEF ainsi que de nombreux partenaires en matière de santé, ont proposé de nombreux modules de formation en rapport avec l'allaitement à l'intention des agents de santé (UNICEF/OMS, 1993). Cette initiative de type incitatif vient couronner la série d'autres initiatives dans le même ordre de promotion de l'allaitement maternel depuis le début des années 1980. Le code international de commercialisation des substituts du lait maternel de 1981, la déclaration conjointe UNICEF-OMS, encouragement et soutien de l'allaitement maternel de 1989, la déclaration d'Innocenti de 1990 (les enfants doivent être nourris exclusivement au lait maternel de la naissance jusqu'à 4 ou six mois) et le sommet mondial pour les enfants de septembre 1990 qui plaide pour la

restitution d'un environnement permettant aux femmes d'allaiter sont autant d'initiatives qui visent à assurer la création d'un environnement plus favorable à l'allaitement des enfants. Les données présentées dans cette section sont collectées dans la littérature grise disponible au niveau des agences et autres structures s'intéressant aux questions de santé maternelle et infantile. Elles sont produites pour l'ensemble, à partir d'approches essentiellement quantitatives. Elles présentent donc une description chiffrée des comportements des populations vis-à-vis de l'allaitement.

Ainsi, selon ces sources qui renseignent sur la situation de l'allaitement maternel au Bénin, plus de 9 enfants sur 10, sont allaités au sein. Les informations quantitatives générales et nationales sur la fréquence et la durée de l'allaitement maternel sont fournies d'une part par les enquêtes démographiques et de santé (2001, 2006 et 2012) et par les statistiques sanitaires nationales d'autre part (MS 2011). En 2001, il ressortait de l'EDSB que 97% des enfants étaient allaités au sein maternel. En 2006 ce taux a été sensiblement revu à la baisse à 95% pour être estimé à 94% par EDSB IV publié en 2013 et présentant la situation de 2012. Les données de cette dernière enquête conduite par l'INSAE (tout comme les autres) indiquent que "Bien que 90 % des enfants de moins de six mois soient allaités, seulement le tiers le sont exclusivement (33 %). En 2001 déjà l'UNICEF estimait la proportion d'enfants exclusivement nourris au sein jusqu'à l'âge de 6 mois à 2 enfants sur 5. Au-delà, les différentes enquêtes démographiques de santé et statistiques sanitaires indiquent de façon tendancielle que ce sont les enfants dont les mères ont été assistées lors de l'accouchement par du personnel de santé, ceux dont la naissance a eu lieu dans un établissement sanitaire ainsi que ceux qui résident dans certains centres urbains qui ont été le plus fréquemment allaités dans l'heure qui a suivi la naissance. À l'opposé, c'est parmi les enfants dont la mère a accouché sans aucune assistance que cette proportion est la plus faible. EDSB-III réalisé en 2006 indique par exemple que parmi les derniers-nés allaités, un quart avait reçu des aliments au cours des trois premiers jours, avant le début de l'allaitement (25 %). Il apparaît aussi d'après les résultats de l'EDSB-III, que la proportion d'enfants exclusivement nourris au lait maternel passe de 66% avant les 2 mois à seulement 22% entre 4 et 5 mois. Avant les 6 mois, seulement 43% des enfants sont exclusivement allaités. En 2012, les données n'ont pas fondamentalement changées par rapport à ces différents comportements dans l'allaitement des enfants. Les principales substances qui s'ajoutent au lait maternel sont l'eau, les médicaments, les tisanes et progressivement les aliments de complément.

Une analyse de l'évolution du comportement maternel en rapport avec l'âge laisse ressortir une tendance plus ou moins stabilisée sur la chute du taux entre le deuxième mois et le quatrième mois. Par exemple d'après les résultats de l'EDSB-III, la proportion d'enfants exclusivement nourris au lait maternel passe de 66% avant les 2 mois à seulement 22% entre 4 et 5 mois. Avant les 6 mois, 25% d'entre les enfants se voient associer de l'eau au maternel et 21% ont consommé des aliments de complément en plus du lait maternel.

La méthodologie de réalisation de l'EDS est celle d'une enquête par sondage représentative au niveau national. Cette démarche fournit des informations dans plusieurs domaines dont l'allaitement maternel. Les informations sur l'alimentation de complément sont obtenues lors des enquêtes en demandant à la mère si son enfant est allaité et quel type d'aliments (solides ou liquides) il a reçu au cours des 24 dernières heures précédant le jour de l'enquête. Pour fournir des informations sur la connaissance, les attitudes et les comportements vis-à-vis de l'allaitement, l'enquête se limite à la dimension déclarative. Donc à la bonne foi des enquêtés et à ce qu'ils ont envie de dire de leurs expériences. Les limites du déclaratif et du discursif dans l'appréhension de la réalité d'un phénomène aussi complexe que l'allaitement se pose en termes de difficulté à cerner les rapports sociaux liant les femmes allaitantes aux autres membres de la famille et du groupe social et leurs influences sur les comportements des jeunes mères. Les statistiques sanitaires ainsi produites et leur utilisation renvoient à des enjeux majeurs (Fassin et al, 1991) qui peuvent aider à appréhender les tendances sur un comportement promu par les politiques publiques de santé ou en rapport avec une pathologie bien spécifique. Ces données n'offrent pas les profondeurs que l'observation permet de saisir. Ainsi les conditions générales de vie et de survie de l'enfant ne sont toujours favorables à l'observation de l'allaitement maternel exclusif. Une faible proportion de femmes est reconnue comme faisant l'effort de nourrir leurs enfants au lait maternel de façon exclusive pendant les six premiers mois de vie. Au Bénin elles sont labélisées « mères modèles » par des agences qui soutiennent et promeuvent la pratique de l'AME. A partir de la description du quotidien de certaines d'entre elles, on comprend toute la difficulté à observer les prescriptions de la santé publique en matière d'allaitement maternel exclusif. La triangulation des données d'observation et celles d'entretiens laisse relativiser ce qui est considéré comme AME en indiquant ces différentes formes et les logiques qui les portent. Et les explications qui en sortent donnent des indications sur la difficile quantification de l'AME tel que présenté par les agences.

### 3. LE PAQUET DE PERCEPTIONS AUTOUR DE L'ALLAITEMENT

Il existe dans les différentes localités un ensemble complexe de perceptions qui structurent les comportements des acteurs par rapport à l'allaitement des enfants. La perception du lait, des seins maternels et le colostrum dans un groupe social déterminent en effet les comportements des individus vis-à-vis de l'allaitement des enfants. Ces perceptions, comme toutes les autres, assurent dans une certaine mesure un contrôle social de l'allaitement, et gouvernent les rapports possibles aux prescriptions de la santé publique en matière d'allaitement maternel.

Dans un premier temps il apparaît dans l'ensemble des groupes sociaux observés que les valeurs sociales promues font de l'allaitement maternel une pratique quotidienne majeure pour la nourrice. Dans l'ensemble de ces groupes le lait maternel est le principal aliment de l'enfant. L'accompagnement de la nourrice se traduit ainsi par un ensemble de pratiques devant lui permettre d'être en condition convenable d'allaitement de son enfant. La bonne santé de la nourrice est donc présentée comme un facteur assurant la richesse et la bonne qualité de son lait. Cette bonne santé est elle-même liée aux conditions hygiéniques (hygiène corporelle et vestimentaire, hygiène du cadre de vie...) qui entourent la nourrice. Dans tous ces groupes il y a d'ailleurs très souvent la figure de l'ainée qui entoure la nourrice de l'attention nécessaire pour l'amener à prendre conscience dès les premiers jours de ces éléments importants pour la santé de l'enfant. Ces éléments intègrent aussi une bonne part des précautions alimentaires de la nourrice. De ce point de vue, ce que consomme la mère peut affecter l'enfant.

Ensuite apparaît l'idée que la bonne santé de l'enfant, son humanisme, son attachement à sa mère, la chance et le bonheur de l'enfant passent dans les subconscious collectifs par la qualité du lait maternel. Il en résulte d'ailleurs des réserves portées au lait maternel d'une femme enceinte considéré par certains comme étant très nuisible à l'enfant. Au nombre des connaissances profanes largement partagées figure l'idée que le lait est un aliment qui permet au nouveau-né de bien se porter. Le lait maternel est en général perçu comme un stimulant important de l'intelligence de l'enfant. Il est présenté comme un aliment qui permet d'éviter de nombreuses maladies à l'enfant. Dans nombre de groupes sociaux, il est déconseillé à la femme enceinte de continuer par allaiter son nourrice au cas où celui-ci n'était pas sevré avant la survenue de la

grossesse. Au-delà de la simple fonction nutritionnelle et affective, qu'il s'établit dans la relation mère-enfant, l'allaitement établit des relations de pouvoir entre les deux. Cette relation est fondée sur la perception du sein maternel auquel est conférée une dimension sacrée. L'acte de téter n'est pas donc pas un simple acte visant à satisfaire un besoin physiologique. Il consacre l'identité de l'individu qui peut à l'avenir témoigner de sa sincérité en jurant au nom des seins de sa maman : « je jure au nom des seins de ma mère que j'ai tété ». Il apparaît aussi dans de nombreux groupes sociaux que la malédiction d'une mère est des plus redoutée du fait du lait maternel qui a nourri l'enfant et fait de lui ce qu'il est. Une femme, de ce point de vue a un pouvoir symbolique plus fort que celui du père dans la relation entre l'enfant et le cosmos, entre l'enfant et les forces transcendantales susceptibles de gouverner son existence sur terre. Cette relation de pouvoir symbolique se construit aussi dans un parallélisme de forme avec les relations entre l'humain et la terre nourricière sur l'être humain. Au-delà donc du simple fait d'alimenter le nouveau-né, l'allaitement maternel participe à la construction d'une relation qui valorise la mère en conférant une identité à l'enfant. Les femmes interrogées dans les groupes sociaux ne voudraient s'en soustraire même si elles transforment les façons de faire.

Un dernier complexe de perceptions marquantes est relatif au colostrum. Cette substance à laquelle la médecine biomédicale reconnaît d'importantes vertus, fait l'objet d'une très grande diversité de point de vue pour l'ensemble des groupes sociaux investigués. Le colostrum fait l'objet d'une diversité de point de vue qui détermine largement la diversité des relations que les populations entretiennent avec lui. Sa consommation est promue par les animateurs du système biomédical pour sa très bonne qualité et ses bienfaits pour l'enfant. Les médecins et autres agents de santé indiquent que le colostrum est le meilleur lait parce qu'il contient des anticorps qui permettent à l'organisme du nouveau-né de résister aux attaques microbiennes. Certains ont indiqués que ce lait contient aussi le laxatif qui permet à l'organisme de l'enfant qui vient de naître de bien se vider. Il joue des fonctions comme celles de l'élimination des premières selles (*méconium*). Dans l'ensemble les vertus de ce lait constituent les principaux arguments de sa recommandation par les agents de santé. Les réalités quotidiennes observées indiquent clairement que peu de nourrices donnent le colostrum à leurs enfants. Sur l'ensemble des groupes sociaux interrogés par rapport au colostrum le discours présente un ensemble de divergences aussi bien au niveau des agents de santé que des différentes catégories sociales. Les divergences autour du colostrum participent de manière significative à la

diversité des comportements vis-à-vis de ce lait et plus spécifiquement à son rejet. Les perceptions autour du colostrum les plus répandues dans les différents groupes ne relèvent pas de la logique biomédicale. Elles sont le fait de l'entourage de la nouvelle mère. Les plus opérationnelles de ces perceptions sont celles véhiculées à travers les conseils des grand-mères, belles-mères et autres tantes et voisines ainées de la jeune mère. Les points de vue véhiculés par ces canaux sont d'autant plus fonctionnels qu'ils sont doublés d'une fonction de contrôle social exercé par ceux qui les portent. En règle générale l'interdiction de donner le colostrum vient de l'entourage immédiat de la primipare. Certaines femmes indiquent ainsi que le colostrum est du « lait fermenté » ou même qu'il est « gâté » parce qu'étant resté dans les seins pendant longtemps. Les jeunes mères s'en accommodent ainsi sans trop se poser de questions sur la véracité de ce qui leur a été communiqué. La dangerosité perçue reste donc l'élément de persuasion de la consommation du colostrum. Cette dangerosité proclamée est souvent présentée en lien avec le long séjour de ce lait dans les seins maternels et surtout l'effort à l'obtenir pour les primipares. Il y a donc, dans certaines aires culturelles, l'idée que ce lait devrait sortir le premier quelques heures au plus après la naissance de l'enfant. Le temps mis à l'attendre sortir est un facteur primordial de son rejet.

#### 4. L'AME DANS LA RÉALITÉ DES COMPORTEMENTS

Les propos des interlocuteurs et les observations faites sur le terrain laissent constater une tendance où, autour de l'AME, les populations écoutent les agents de santé et autres relais communautaires sans pour autant se conformer aux comportements qui sont attendu d'elles.

*« On accepte ce que les sages-femmes disent. Mais à la maison, on lui donne l'eau. Si l'enfant ne boit pas de l'eau il va mourir » (Une mère, Savé, 2012)*

Les pratiques réelles des mères d'enfants sont dissimulées aux agents de santé et autres acteurs qui souscrivent à la logique biomédicale. On remarque en effet que les comportements autour de l'AME ne sont pas toujours conformes aux discours des populations sur la question. La tendance à ne pas dire exactement ce qu'on fait réellement est manifeste quand on confronte les observations de situations réelles aux discours des acteurs. Le comportement au quotidien des mères d'enfants dans l'allaitement de leurs enfants tel qu'on peut l'observer dans les ménages n'est pas conforme à ce qu'elles donnent à voir en présence d'intervenants extérieurs. Il y a une forme de conformisme de politesse qu'elles

adoptent en présence des intervenants par rapport à l'AME. Elles font semblant de se comporter comme l'indiquent les recommandations biomédicales en présence des agents de santé et se comportent conformément aux indications des gardiennes de proximité lorsqu'elles sont chez elles. On remarque alors qu'elles donnent de la tisane, de l'eau et de la bouillie à leurs enfants à la maison tout en se défendant de le faire devant les agents de santé. Cette stratégie qui consiste à faire ce que les agents de santé veulent devant eux et faire ce que les groupes sociaux indiquent à la maison est largement partagée des nourrices. Il y a certes un refus d'adopter l'AME et de façon plus générale les innovations biomédicales mais il s'agit d'un refus qui n'est pas exprimé aux agents de santé. Sur la question de l'AME les agents de santé qui sont socialement proches des bénéficiaires de leurs interventions se rendent vite compte de cette attitude de dissimulation des comportements non conformes aux indications biomédicales. La dissimulation des vrais comportements est liée au fait que le discours biomédical est parfois accusateur de pratiques multiséculaires avec des arguments qui ne relèvent pas de logiques compréhensibles des populations à la base. L'allaitement renvoie à une attitude naturelle d'alimentation de l'enfant. Toutes les populations de toutes les contrées investiguées s'accordent à reconnaître que la valorisation de l'allaitement maternelle est une nécessité. L'analyse des attitudes montre toutefois que les messages véhiculés par le discours biomédical mettant en exergue la façon d'allaiter et la durée de l'allaitement ne rencontrent pas une adhésion et un engouement de ces populations. Les innovations biomédicales en matière d'allaitement ne sont pas forcément rejetées des populations. Elles connaissent plutôt des adaptations et participent à un empilement de logiques qui conduit à des pratiques hybrides qui ne relèvent plus ni de la construction savante biomédicale ni des constructions locales. Les populations réceptrices des messages de sensibilisation en matière d'AME retiennent de ces derniers les éléments susceptibles d'être conjugués avec les savoirs locaux en matière d'allaitement. Il en résulte des pratiques d'allaitement qui s'entremêlent selon une hiérarchisation bien définie.

## **5. LES FACTEURS QUI STRUCTURENT LES RAPPORTS COMPLEXES DES ACTEURS À L'AME.**

Les facteurs qui influencent les comportements des mères vis-à-vis de l'AME sont multiples. Selon les groupes ils exercent des influences différentes. Ces facteurs sont en lien à la fois avec les éléments structurant de l'organisation sociale et avec des aspects liés aux perceptions.

## 5.1. L'influence de l'organisation sociale dans la prise en charge de l'enfant

Le principal facteur qui apparaît comme un obstacle majeur à l'AME tel que promu par le discours biomédical est l'organisation sociale. Elle structure en effet les rapports autour de la mère et de son enfant. Il y a autour de ces deux êtres une organisation sociale qui rappelle que la mère n'est pas la seule responsable de l'état de son enfant. Dans l'ensemble des aires culturelles observées il est apparu une organisation sociale autour de l'enfant qui indique l'importance de ce dernier pour le groupe social dans lequel il vient de naître. Les pratiques d'allaitement sont fortement influencées par les perceptions que les groupes sociaux ont de l'enfant qui ne relève pas de la seule responsabilité des parents géniteurs. Dans tous les groupes sociaux apparaît une matrice plus ou moins stabilisée de perceptions présentant l'enfant comme une richesse. L'enfant est une ressource pouvant participer au renforcement des forces familiales de production mais aussi, à terme, à la reproduction de la lignée. Il en résulte que c'est donc toujours une joie d'avoir un enfant dans une famille. D'ailleurs dans nombre de sociétés le statut de femme ne s'acquiert qu'avec la maternité. La joie de la venue d'un enfant dans une famille se traduit dans une certaine mesure par la mobilisation sociale autour de l'évènement. La prise en charge et l'insertion de l'enfant dans son groupe social d'appartenance bénéficient largement de cette mobilisation. De façon statutaire et parfois en fonction des conjonctures particulières il y a un certain nombre d'acteurs qui se mobilisent autour de la mère pour l'aider dans la prise en charge de l'enfant dans les différents rites et autres actes devant assurer son insertion sociale. Les plus importants de ces acteurs qui apparaissent dans l'accompagnement la mère sont notamment :

- Les grands-mères (la mère de la jeune maman, belle-mère, les coépouses et d'autres femmes âgées de la famille et/ou du village) comme le premier groupe autour de la mère. Leur rôle est de laver le bébé et transmettre à la jeune mère les différentes connaissances indispensables à la maternité et à la socialisation primaire de l'enfant. En général, elles incarnent les formes locales de transmission des connaissances aux plus jeunes et elles estiment avoir pour mission d'initier les mères sur les conduites à tenir dans la prise en charge de leurs enfants.

- Le deuxième groupe est constitué des pères (le père de l'enfant, ses oncles). Ce groupe se charge d'enterrer le placenta et de semer ainsi les germes de la première identité de l'enfant. Il se charge d'assurer la mobilisation des ressources nécessaires à l'alimentation de la mère afin qu'elle puisse allaiter convenablement l'enfant. Dans certains milieux ce groupe ne s'approche ni de la mère, ni de l'enfant les premiers jours de la maternité.

- Le troisième groupe est constitué des amies, des sœurs et cousines de la femme, des femmes des amis de l'époux, d'autres amis et connaissances du quartier (pour l'essentiel il s'agit de femmes ayant déjà accouché), qui viennent partager leurs expériences avec la nouvelle maman. Ce groupe est aussi constitué des aînées sociales qui détiennent des savoirs liés à leurs expériences personnelles.

Les différents acteurs ainsi évoqués sont en relations sociales étroites avec les mères. Du fait de la proximité sociale qui les lie à la mère leurs influences sont souvent importantes. Elles le sont d'autant plus dans la conduite de la femme qu'il s'agit d'une primipare. La nouvelle mère rentre dans un processus d'apprentissage de la maternité et de ces exigences. Cet impératif explique d'ailleurs que les jeunes femmes sont souvent obligées de rentrer chez leur parent pour la gestion de leur premier geste. Dans d'autres cas elles sont accompagnées dans la maison conjugale par leur mère, tante ou leur belle-mère. Chez les multipares l'organisation sociale de la maternité exige qu'elles soient accompagnées dans le domicile conjugal après leur accouchement par leurs belles-mères ou une proche parente aînée. La plus part des primipares interrogées préfèrent apprendre auprès de leur propre mère. La gestion de la maternité s'inscrit ainsi dans une organisation sociale qui mobilise une grande diversité d'acteurs avec des niveaux d'implication différenciés selon les lieux. Une analyse des influences sur la jeune mère fait apparaître les belles-mères au rang de celles qui sont les plus en vue dans la gestion de la maternité et des pratiques initiatiques de la jeune mère. Les décisions des belles-mères n'est souvent pas simple à contester par la jeune mère considérée comme en initiation. Cette influence des belles-mères est très liée au caractère patrilocal des ménages dans l'ensemble des sites investigués. En effet les jeunes couples s'installent très souvent dans la concession familiale de l'époux ou une maison louée de lui. Il en résulte une cohabitation avec les parents de l'époux à qui la jeune femme doit un respect total. Le regard de la belle-mère est donc inévitable dans la socialisation de la jeune femme y compris dans la gestion de ses premières maternités. Les responsabilités sociales de la belle-mère vis-à-vis de sa bru sont étroitement liées à sa réceptivité et sa soumission à cette dernière. L'idéal de

femme valorisée est celle qui est en bons termes avec sa belle-mère, signe qu'elle n'est pas dans la contestation de ses conseils et décisions. Toute autre attitude a un coût social dans la mesure où cela engage la responsabilité personnelle de la jeune femme dans toutes les infortunes mettant en cause la bonne santé de ses enfants. Le raisonnement et les arguments sont donc classiques : il vaut mieux se conformer aux instructions des anciennes de la maisonnée pour avoir leur soutien dans la gestion des différentes épreuves de la maternité.

Il en résulte que nombre de jeunes femmes n'osent pas refuser de donner à boire à leur nouveau-né ce que les aînées leur donnent pour le bien-être de l'enfant. Très souvent d'ailleurs les aînées prennent soins directement des enfants et n'hésitent pas à leur donner ce qui leur paraît indispensable pour leur bien-être et leur développement. Tous les récits illustratifs de cette situation sont classiques et s'assimilent aux propos ci-dessous :

*« À partir du 4<sup>ème</sup> mois, ma belle-mère a commencé par donner de l'eau à l'enfant. Elle dit que l'enfant crie beaucoup parce qu'il a soif, c'est son argument ça ! Elle fait ça clandestinement, même mon mari ne savait pas. (...) Je l'ai laissé continuer son œuvre et parfois. J'ai décidé lui donner de l'eau parce que c'est déjà fait et je ne pouvais rien dire. Mon mari m'a accusé d'être en complicité avec ma belle-mère. (F. R., Hôpital de Sinendé).*

Si la résidence joue un rôle déterminant dans la soumission de la jeune femme à sa belle-mère, les observations ont aussi établi qu'il arrive que des couples vivent en dehors de la résidence familiale de l'époux et que les parents influencent leur pratique d'AME. En effet à l'occasion des événements comme la naissance d'un enfant les parents se déplacent vers le jeune couple et les interactions auxquelles on assiste sont semblables à celles observées dans les concessions familiales. En dehors de quelques rares cas, les pères d'enfants influencent moins les pratiques liées à l'AME. En général d'ailleurs il y en a d'ailleurs qui ne se sentent pas trop concernés par l'allaitement de leurs enfants et qui considèrent cela comme l'affaire des femmes.

## **5.2. Les interdits et les rites structurant des rapports à l'allaitement.**

Toutes les sociétés humaines africaines sont traversées par un important tissu d'interdits qui assurent la cohésion sociale. Il y a des groupes sociaux qui connaissent des interdits concernant l'allaitement de l'enfant et permettent de

comprendre des pratiques qui lui sont liées. Ainsi peut-on noter chez les Peuls par exemple l'existence d'interdits concernant les primipares autour de leur rapport avec leur enfant aîné considéré comme « un enfant de scrupule ». L'aîné est considéré comme l'enfant à qui la mère ne devrait pas consacrer beaucoup de son temps car cet enfant est inscrit dans une interaction sociale pudique : la mère doit avoir honte de montrer son attachement à cet enfant. Tout est donc mis en œuvre pour qu'elle garde une certaine distance vis-à-vis de cet enfant. Il n'a donc pas la chance d'être aux petits soins de sa mère. Il y a au contraire dans la relation entre cet enfant et sa mère primipare une sorte de « négligence symbolique » où ce qui est socialement valorisé c'est une forme d'indifférence de la mère vis-à-vis des plaintes de cet enfant. Il y a dans cet espace d'interaction, d'autres personnes pour s'occuper de lui. Il s'agit en général des grands-mères (soit la grand-mère maternelle, soit la grand-mère paternelle), des belles sœurs, des tantes etc. Le quotidien de l'enfant aîné est ainsi organisé sans l'hyper présence de la mère qui est d'autant plus félicitée qu'elle arrive à gérer cette distance qui lui est imposée avec son enfant aîné. Il est parfois demandé à la mère primipare de dissimuler tout sentiment ou tout attachement affectif à vis-à-vis de l'enfant. Ainsi lui demande-t-on de lui donner à téter sans le regarder sauf en cas d'extrême nécessité. Ou encore ne pas s'occuper spécialement de lui en présence de personnes susceptibles de le faire. Il va donc sans dire que, cette forme de socialisation de la mère peut fortement influencer l'observation de l'AME. En effet la « mère sociale » qui joue le rôle de substitue de la « mère biologique » peut introduire dans l'alimentation de l'enfant un aliment quelconque compromettant ainsi tout projet d'AME de la mère biologique astreinte à l'indifférence avec son aîné. Dans ce groupe social une femme ne médiatise son affection qu'à l'endroit de ses neveux. La relation tante-neveux est donc plus chargée d'attention et d'affection que la relation mère-enfant.

Par ailleurs des rites d'intégration sociale notés dans certains groupes sociaux participent à la complexification des pratiques d'AME. En effet, des rituels liés à toutes les naissances et qui ou même rendent impossible son observation. Les rituels compromettent tout projet d'AME parce que dans nombre de cas ils nécessitent la préparation de décoctions ou autre tisane à donner à boire au nouveau-né. La fonction sociale de ces rites est telle que les populations ont du mal à s'en passer. Dans certains groupes il s'agit de rituels qui sont déterminant dans l'identification sociale de l'enfant et son intégration dans le groupe social de ses parents.

### **5.3. Les pratiques complexes et déterminantes observées autour de l'allaitement.**

Les différentes pratiques observées autour de l'allaitement, tout en variant selon les localités sont structurées ici en tenant compte des phases pertinentes pour les spatialistes de la santé publique. Les observations nous ont permis de ressortir des catégories qui permettent de confirmer, infirmer ou nuancer les discours des acteurs sur leur observation ou non de l'AME. Les analyses faites sur les séquences comportementales suivantes :

#### ***La précocité de l'allaitement : une catégorie qui dépend des conditions et du lieu de l'accouchement.***

La précocité de l'allaitement est une recommandation importante largement documentée (Mohrbacher, 1990). La précocité de l'allaitement est effective quand elle est faite à au plus une heure après la naissance. La mise au sein des enfants est assez répandue du fait des accouchements de plus en plus nombreux dans ces centres de santé. Cependant il y a de nombreuses perceptions et contraintes qui ne facilitent pas toujours l'observance de cette pratique. Pour de nombreux agents de santé interpellés sur la question, la précocité n'est possible que lorsque l'accouchement s'est bien passé et que et la mère et l'enfant, se portent bien. Les femmes césarisées, ou malades des suites de l'accouchement ne mettent pas systématiquement leurs enfants au sein. Dans nombre de cas observés, l'allaitement ne s'est pas passé dans les délais prévus parce que l'accouchée a mis du temps pour récupérer l'énergie perdue par l'effort de l'accouchement ou que l'enfant est né fatigué et a dormi pendant plus d'une heure. Dans d'autres cas les problèmes de monté laiteuse ou autre pathologie affectant les seins sont à la base de défaut de mise au sein précoce. Enfin la période et le lieu de l'accouchement influencent le temps de la mise eu sein de l'enfant. Les observations montrent que les enfants nés très tard la nuit ne sont allaités que le lendemain matin. De même la mise au sein des enfants nés à domicile est souvent tardive.

#### ***L'exclusivité de l'allaitement jusqu'à 6 mois : une pratique à l'épreuve de la gestion sociale de la maternité.***

L'AME est une pratique mise en cause par un certain nombre d'usages socialement admis dans l'ensemble des groupes sociaux investigués. Elle

emprunte largement à la perception de l'enfant en milieu noir africain (Erny, 1987). Par principe, l'AME inscrit les acteurs concernés par la gestion de la maternité dans une dynamique de rejet des pratiques telles que donner de l'eau, la tisane et autres médicaments traditionnels à l'enfant. Elle indique de se limiter au lait maternel dans l'alimentation de l'enfant de moins de six (6) mois. Or dans la plupart de ces univers sociaux, l'enfant n'appartient pas qu'à ses seuls parents géniteurs et sa prise en charge n'est pas de leur seul ressort. Ainsi les grand-mères donnent aux enfants de la tisane qui occupe une place de choix dans l'assurance du bien-être de l'enfant et la quiétude de ses parents. Dans la pratique de la très grande partie des ménages visités, les femmes donnent la tisane et l'eau à tous les enfants y compris le nouveau-né. L'aveu fait souvent suite aux observations directes effectuées par les chercheurs sur le terrain. Toutes les femmes disent au premier venant qu'elles respectent le principe de l'AME avant d'avouer une fois confondues par l'observation qu'en réalité elles donnent de la tisane à leurs enfants. Les époux estiment qu'ils ne peuvent pas dissimuler le fait qu'on donne de la tisane aux enfants car il s'agit d'une pratique bénéfique pour la famille : les enfants se portent mieux et les parents économisent ce qu'ils auraient dépensé dans l'achat des médicaments. L'eau et la tisane sont les principales menaces de l'AME dans toutes les localités. Ces deux substances sont utilisées pour des raisons bien différentes. Les tisanes s'inscrivent dans des logiques thérapeutiques ou préventives alors que l'eau est utilisée parce que le lait est perçu comme un aliment qui crée la soif et donc la nécessité de l'étancher. Nombre d'agents de santé affirment que les femmes utilisent ces substances même à l'intérieur des centres de santé pendant qu'elles sont en observation post accouchement. Il y a cependant un effort de dissimulation de ce qu'elles font qui traduit le fait qu'elles sont conscientes du fait qu'il s'agit de pratiques déconseillées par la logique biomédicale. L'adoption ou non de l'AME n'est pas le simple choix des mères d'enfants. Le dispositif sociale le plus répandu est celui où dès les premières heures de la naissance, la nouvelle accouchée est assistée par ses proches parents considérés comme expérimentés (souvent les belles-mères). A l'annonce de la naissance elles se présentent avec un ensemble de produits visant à contrôler et réduire la vulnérabilité de l'enfant et de la mère. Il s'agit souvent de produits traditionnels (tisane à boire, à laver, divers savons, etc.) à utiliser aussi bien par la mère que par son enfant, afin de prévenir tout événement malheureux.

## ***Le prolongement de l'allaitement jusqu'à 24 mois.***

Autant la précocité et l'exclusivité de l'allaitement jusqu'à 6 mois est très problématique pour les mères du fait des différentes contraintes sus évoquées autant son prolongement jusqu'à 24 mois est beaucoup plus aisé pour les mères. La principale contrainte du prolongement et la survenue d'une grossesse. L'arrêt définitif de l'allaitement maternel dépend souvent aussi de l'enfant et de sa capacité à manger de façon autonome. Moins l'enfant est à l'aise dans la consommation d'autres aliments plus il continue de téter.

### **5.4. Les obstacles majeurs à adoption de l'AME.**

Une analyse de la temporalité de l'utilisation de l'eau et des tisanes laisse ressortir qu'elles sont administrées souvent à l'enfant pendant le bain et quelques fois au réveil. Cette observation permet de comprendre que la personne chargée du bain du bébé joue un rôle déterminant dans l'administration de l'eau et de la tisane à l'enfant. Et cela explique aussi le fait que c'est parfois à l'insu et contre la volonté de la mère que ces substances sont données à l'enfant. Dans certains groupes sociaux la mère est même interdite d'assister au bain de son enfant. La trop grande implication des jeunes mères peut conduire à la démission des vieilles qui administrent les soins quotidiens à l'enfant et cela entraîne des formes locales de marginalisation. Dans beaucoup de cas observés, la tisane du bain sert aussi de boisson. L'introduction précoce de la tisane à l'alimentation du nouveau-né est parfois liée à l'expérience personnelle de la mère. On observe cela chez certaines multipares qui disent donner très tôt de la tisane à l'enfant pour lui éviter les maux de ventre et bien d'autres malaises sources d'angoisse pour la mère. Il y a aussi l'idée que les tisanes facilitent la chute des restes du cordon ombilical. La prévention ou la guérison des maladies infantiles sont au cœur de l'association du lait maternel à la tisane. Même celles qui prétendent respecter scrupuleusement l'AME, associent divers sirops d'origine parfois douteuse aussi bien à titre préventif que curatif. Il y a ainsi des sirops qui sont donnés à l'enfant pour aiguïser son appétit ou pour l'aider à vite prendre du poids.

Le sentiment que l'alimentation de l'enfant au lait maternel exclusif sans les tisanes peut entraîner de nombreux malaises est largement partagé dans les groupes sociaux. Les comparaisons faites des expériences individuelles des femmes sont à la base de ce point de vue. Pour nombre de femmes qui ont fait cet exercice comparatif, les enfants pour lesquels elles ont tenté l'AME ont été

les plus difficiles à prendre en charge. Les discours sont presque identiques et se résument aux mêmes plaintes : « il avait souvent les maux de ventre et pleurait beaucoup », « il nous faisait beaucoup courir ». Il apparaît clairement donc que dans la confrontation entre le réalisme de l'expérience vécu et le discours des agents de santé le premier prend le pas sur le second dans la définition des comportements. L'expérience vécue et racontée dans les ménages associe à chaque malaise infantile une variété de plantes appropriées pour la guérison ou la prévention. Les tisanes utilisées dépendent également de l'âge du nourrisson et de la région. Les plaies buccales et annales (appelées *Mangnan dans le centre et le sud du pays*), les maux de ventre, l'indigestion (ballonnement du ventre), les convulsions, la chute des restes du cordon ombilical, la protection contre la rougeole et la varicelle sont autant de causes de l'administration de diverses tisanes aux enfants.

En règle générale, la fréquence des tétées dépend de l'enfant. Ses pleurs constituent pour nombre de mère la demande d'allaitement. Et le niveau de satisfaction de cette demande de l'enfant est fonction de la disponibilité de la mère. Il arrive aussi que la mère suscite la tétée de l'enfant même si celui-ci n'en exprime pas le besoin. Cela se fait de façon systématique au réveil de l'enfant et au bout d'un temps non régulier si ce dernier ne dort pas. L'allaitement cesse d'être exclusif dès lors que cela devient très contraignant pour la mère ou celle qui garde l'enfant. Ainsi dans la prise en charge des jumeaux on a assisté à une introduction précoce de la bouillie dès le 1<sup>er</sup> mois quand la mère n'a pas été capable de satisfaire la demande des deux enfants à la fois. Il est d'ailleurs mentionné que quand les jumeaux sont « méchants » à deux semaines, on leur donne la bouillie. La tendance générale est que l'enfant qui agresse les adultes prend la bouillie très tôt en plus de la tisane.

Les mères considérées comme modèles en matière d'AME par les agents de santé et autres relais communautaires n'ont souvent pas associé très tôt la bouillie. Mais nombre d'entre elles ont donné aussi bien de l'eau que des tisanes avant l'âge de 6 mois.

## **6. PERCEPTIONS POLYSÉMIQUES ET COMPORTEMENTS PLURIEL AUTOUR DE L'AME**

L'analyse du champ définit par l'AME fait ressortir un certain nombre de paradoxes qui peuvent renvoyer à certains implicites des critiques faites à la santé publique. En effet il y a dans les démarches de persuasion observées une

faiblesse de la prise en compte de la rationalité des acteurs. Cette rationalité nous enseigne que l'intention d'une personne d'adopter ou non un comportement est déterminée par son attitude à l'égard du comportement et l'importance qu'elle accorde à l'opinion des gens qui lui sont proches et surtout qui ont une certaine influence sur elle (Godin, 1991) La dimension exclusive de l'allaitement maternel renvoie dans la réalité des expériences et des discours à un champ de connaissance non uniforme et non consensuelle. Les clivages sont opérés tant à l'intérieur du savoir considéré comme biomédical qu'entre ce savoir et le savoir profane. Les principales lignes de fracture dans l'analyse de la connaissance de cette pratique se construisent autour de la « durée » de l'exclusivité et de la « nature » de l'exclusivité de l'allaitement maternel. Les clivages autour de la « durée » de l'exclusivité de l'allaitement sont observés à l'intérieur des détenteurs-promoteurs du savoir biomédicale constitutif du discours de santé publique. Nombre d'agents de santé réduisent la durée de l'AME dans leurs discours, la faisant passer de six mois à quatre ou à trois. Cette réduction de la durée de l'exclusivité de l'allaitement maternel ne relève pas d'une sous information de ces agents de santé. On se trouve avec ces agents de santé dans un univers où les normes formelles (Olivier de Sardan, 2001) tentent d'introduire des innovations difficiles à mettre en œuvre par les acteurs sociaux de base. Les normes pratiques dans ces conditions conduisent à relativiser les connaissances promues par les normes formelles. Les principaux facteurs qui conduisent les agents de santé à introduire ces adaptations sont notamment l'organisation sociale constatée autour du nouveau-né, les problèmes de santé et les limites des thérapies pédiatriques dans nombre de localités et les occupations professionnelles des mères. Alors que les documents et les discours officiels sur la pratique définissent la norme de l'AME à six mois, de nombreux agents de santé limitent l'exclusivité de l'allaitement maternel à 4 mois environ dans les instructions qu'ils donnent aux nourrices. Les arguments avancés quand ils se trouvent obligés d'avouer et de justifier leur position est le caractère « non réaliste » des six mois quand « on tient compte des contraintes » et conditions de vie dans différents milieux. Il apparaît à l'analyse une opposition entre ces « normes formelles » de santé publique qui définissent le comportement adéquat selon l'idéologie de la santé parfaite (Massé, 1995) « normes pratiques » qui se construisent à partir des expériences des agents de santé à l'échelle de leur localité de travail (Olivier de Sardan, 2001). Par ailleurs certaines mères d'enfant sur deux maternités ont connu des échanges autour de l'AME sur la base de deux protocoles différents : le premier indiquant trois mois d'exclusivité et le second invitant à six mois d'exclusivité

de l'allaitement maternel. Ces différences au niveau des instructions, au-delà de ce qu'elles ne favorisent pas la stabilisation des connaissances sur la durée de l'exclusivité de l'allaitement maternel, révèlent que les professionnels de la santé ne sont pas eux-mêmes des récepteurs passifs de recommandations à mettre en œuvre. Le fait qu'on présente le champ de l'intervention visant à introduire une innovation comme un espace homogène est donc un piège à éviter. Les connaissances appréciables à partir des observations indiquent que les agents de santé procèdent à des choix qui relèvent de constructions sociales à l'origine des doutes et des erreurs ainsi des dissonances dans le corps supposé tenir un langage « unique et homogène ». Corrélativement ces erreurs et ces doutes se ressentent sur les populations elles-mêmes dans leur façon de dire et de penser les instructions qu'elles reçoivent.

Les clivages observés au niveau des agents de santé par rapport aux connaissances sur l'AME le sont aussi au niveau des populations. En effet, les niveaux de connaissances sur l'AME sont très variés et les différences qu'on y note se structurent autour des sources d'information sur la pratique. Il y a ainsi des mères qui ne connaissaient rien de la durée de l'exclusivité de l'allaitement. Ces dernières, comme toutes les autres ont été cependant été informées au moins une fois sur cette pratique : « On nous a parlé de cela en hospitalisation, c'était les sages-femmes ». Le fait d'en entendre parler n'assure cependant pas la restitution de la connaissance. La principale dimension qui fait objet de doute et d'hésitation est la durée de l'exclusivité. Le manque de précision n'est pas à lier au simple phénomène d'oubli mais aussi aux phénomènes de modification du message noté chez les agents de santé. En effet dans le discours des agents de santé la durée de l'exclusivité de l'allaitement varie entre quatre et six mois dans certaines localités et trois à six mois dans d'autres. Donc la réduction de cette durée dans les discours des mères ne relève pas toujours d'une résistance au message de santé publique opéré à leur niveau. Dans l'ensemble, il ressort que les clivages autour de la nature de l'exclusivité de l'allaitement mettent en exergue la très grande divergence qu'on note dans les interprétations sur cette pratique. Les perceptions et des convictions des agents de santé par rapport aux messages diffusés par leur institution d'appartenance transparaissent dans ces divergences. Les différences de perceptions dévoilent le caractère hétérogène des porteurs de l'innovation biomédicale et montrent l'existence d'un espace politique différencié à l'intérieur de l'institution santé publique supposée porteuse d'une culture unique (Fassin, 1997, 2001). Les agents de santé de front (ceux qui sont en contact directe avec les populations) ne se retrouvant pas toujours dans les instructions

données par la hiérarchie. Ici apparaissent les discours sur le caractère inadapté des recommandations compte tenu de certaines contraintes sociales. Il en résulte alors des mécanismes d'adaptation de l'instruction aux réalités quotidiennes des acteurs. L'organisation sociale constatée autour du nouveau-né, les occupations professionnelles ou les activités des mères (Hartog et al., 1988) sont autant de facteurs qui ont des influences sur l'AME tel qu'indiquées par les spécialistes de la santé publique.

Au niveau des populations cibles des activités de sensibilisation sur l'AME, certains estiment que l'AME ne doit admettre aucune autre substance à donner à l'enfant, d'autres intègrent l'idée l'eau, les médicaments ne sont pas des aliments. Pour ceux qui donnent ces substances cela ne compromet en rien le caractère exclusif de l'allaitement.

*Une jeune mère qui obéit entièrement à sa belle-mère voit celle-ci donner de l'eau contre son gré à son nouveau-né. Elle tente vainement de faire lui faire comprendre que les agents de santé ont refusé ça. Quelques jours après, lors d'un entretien avec elle, elle déclare avec toute la sincérité que l'enfant est exclusivement nourri au lait maternel. Interpelée sur les observations du premier jour elle laisse entendre que l'eau n'est pas un aliment que par conséquent sa consommation par l'enfant ne compromet en rien l'AME. Par la même occasion la grand-mère assure qu'elle donne de la tisane à l'enfant parce que cela permet de prévenir le mal de ventre de l'enfant, de lui « enlever la fatigue » de l'accouchement puis de le rendre gros et robuste (Observations faites à Sègbana, mars 2012)*

La tisane est considérée comme un médicament comme les autres. Sa consommation n'est pas présentée par nombre de mères comme une mise en cause de l'exclusivité de l'allaitement. La construction des savoirs en œuvre au niveau des populations semble régie par trois types de contraintes : l'arrivée de l'enfant dans la sphère familiale, l'enfant fragile mobilisateur de sympathie et d'affection (localement admissible en termes de pratiques). On ne peut donc pas s'enfermer dans le respect d'instructions en sacrifiant ce qui est socialement faisable et approuvé de tous. Il faut que la pratique ait un sens aux yeux des populations pour qu'elles puissent espérer l'expliquer et donc se positionner par rapport à elle. Et la dimension sociale de l'AME est le trait commun à l'ensemble des groupes sociaux investigués. Cependant les actions de promotion de comportements visant à faire adopter et respecter la pratique de l'AME intègrent rarement les dimensions sociales qui organisent et structurent les attitudes des acteurs observés pendant cette recherche.

La trame globale des attitudes vis-à-vis de l'AME montre que les acteurs cibles des interventions et autres sensibilisations ne conçoivent pas les messages véhiculés par la santé publique comme un projet politique (Massé, 2001) visant à rejeter intégralement l'ensemble de leurs pratiques basées sur des savoirs populaires multiséculaires (« on a toujours fait ça comme ça et cela ne nous a pas tué »). L'approche d'intervention veut parfois que les populations abandonnent entièrement une pratique jugée néfaste mais elles adoptent des stratégies de combinaison de pratiques. Ainsi peut-on comprendre la résistance à l'abandon des tisanes dans l'alimentation des enfants qui sont supposés être sous allaitement exclusif. Toutes les femmes n'ont pas les mêmes histoires avec la pratique de l'AME. Alors que la logique biomédicale la valorise, il y a des groupes sociaux qui stigmatisent la mère d'enfant qui veut faire l'AME. Elle est accusée de vouloir faire courir des risques à son enfant et d'engager son conjoint dans des dépenses onéreuses d'achat de médicaments.

*Je suis une jeune maman... Mon fils a 2 mois et demi. Au cours de ma grossesse j'ai entendu l'appel du Ministre de la santé concernant l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois. J'avoue que je me suis dit comment concilier vie active et allaitement dans ces conditions ? J'ai accouché dans une clinique. Le lendemain, le pédiatre est venu nous imposer l'allaitement maternel exclusif, sans réellement répondre à nos interrogations. Du coup quand je suis rentrée à la maison, j'ai été confrontée à la pression familiale. Ma belle-mère a sorti les arguments traditionnels pour lui donner à boire allant jusqu'à acheter elle même l'eau minérale à lui donner. Je n'avais pas de lait alors mon époux et moi avons eu tout le monde à dos pour acheter du lait en pharmacie. Nous avons cédé, mais mon fils à refuser catégoriquement d'en consommer. Ensuite, c'était au tour de ma mère. « Ton bébé n'est pas rassasié, il ne grossit pas assez, il n'a pas bonne mine ! Il faut lui donner au moins deux biberons de lait par jour (...) Du coup à la visite du premier mois ça n'a pas été simple avec le pédiatre. Ce n'est qu'en ce moment que j'ai obtenu une partie des détails qu'il me fallait. Par exemple, ma mère me disait il faut que ton fils fasse ses selles deux fois par jour. Donc ma mère insistait pour lui donner du jus d'orange. C'est à cette visite que j'ai appris que le lait maternel était tellement adapté au besoin de l'enfant qu'il contenait moins de déchet que le lait artificiel. C'est là aussi que j'ai appris qu'on ne parle de constipation qu'à partir de 48H sans selles J'ai appris également que le lait se conserve 48H au frais et 8H à température ambiante et donc même en reprenant le travail, je pourrais continuer à l'allaiter sans problème. (...) Mon bébé va bien. Il est né à 2,550kg et 48 cm, il a deux mois et demi et pèse 5,600kg et mesure 56cm. Alors je souhaite que*

*l'information laconique de l'AME soit couplée à des campagnes d'information répondant surtout à toutes les interrogations à l'usage de toute la grande famille africaine, car bien souvent, ce ne sont pas les mères qui donnent les décoctions et les tisanes mais bien la grande famille. C'est à ce prix seulement que ce sera possible. (H.S. Cotonou, 2013)*

## CONCLUSION

Si l'allaitement maternel est une pratique familiale largement valorisée au Bénin et perçu comme pouvant aider à combattre certaines maladies pédiatriques, son exclusivité pendant six mois est largement compromise par de nombreux facteurs sociaux. Ces contraintes sont relatives aux connaissances reçues en rapport au lait maternel lui-même et aux divers compléments alimentaires, à leurs modes et qualité de transmission et aux rapports sociaux liant les femmes allaitantes aux autres membres de la famille et de la communauté. Les personnes âgées notamment les belles mères grands-mères qui interviennent dans la gestion de la maternité constituent parfois une barrière à l'adoption de l'AME. De plus, les femmes font l'objet d'un conditionnement qui construit en elle une perception très valorisé et une confiance très forte aux tisanes. Les comportements des mères en matière d'allaitement et plus spécifiquement en matière d'AME ne sont pas simplement liée à la conscience des avantages de l'AME ni aux conséquences de l'alimentation précoce des enfants. L'attitude au fondement des pratiques de non exclusivité de l'allaitement maternel est déterminée principalement par la somme des influences des perceptions, de l'évaluation profane de la pratique et de son efficacité à éviter certaines infortunes pédiatriques courantes dans les milieux. L'environnement concret où elle est supposée prendre corps influence notablement la pratique de l'AME. Ainsi, les tisanes sont introduites très tôt dans l'alimentation de l'enfant en vue de lui assurer un mieux-être physique selon les acteurs. L'OMS et l'UNICEF recommandent que les enfants soient exclusivement nourris au sein jusqu'à six mois. Les données produites par les enquêtes démographiques de santé en 2012 indiquent avec regret que seulement 33 % des enfants de moins de six mois étaient exclusivement nourris au sein. La crainte suscitée par les analyses qualitatives pour les promoteurs de l'AME est que ce taux quantitatif ne corresponde pas à la réalité du comportement tel qu'il est promu. Les observations faites du quotidien des mères qui sont présentées comme des modèles en matière d'allaitement maternel exclusif, les difficultés souvent dissimulées aux sujets allogènes mais restaurées et discutées avec les observations plus ou

moins longues invitent à une plus grande prudence dans l'analyse de l'AME. Les observations ont pu laisser comprendre que l'exclusivité des profanes n'est pas celle des professionnels porteurs du discours de santé publique. L'eau, les tisanes et autres décoctions liquides et de nombreux produits biomédicaux sont utilisés sans être présentés comme mettant en cause le déroulement de l'AME dans les déclarations des nombreuses mères. Le fait que ces dernières aient intériorisé le discours biomédical et les attentes en rapport avec l'idéologie de la santé parfaite n'est pas pour faciliter les déclarations spontanées sur ce qui se fait effectivement dans les processus d'allaitement des enfants.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Dalou, C. & Tourne, C.E., 1991, Motiver à l'allaitement maternel. Apport de la préparation des couples à la naissance. *Les dossiers de l'Obstétrique*, 183, Avril.
- Erny, P., 1987, *L'enfant et son milieu en Afrique Noire*. Paris: L'Harmattan.
- Fassin, D., & Cantrelle, P., Ferry, B., 1991, « Utilisation des statistiques sanitaires dans les structures périphériques des pays en développement ». In *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, T. 84, n° : 4, pp 368-374.
- Fassin, D., 1997, « L'internationalisation de la santé : entre culturalisme et universalisme ». In *Esprit*, n°229, fév. pp. 83-105.
- Fassin, D., 2001, « Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun ». In Dozon J-P. & Fassin D., *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris : Balland. pp. 181-208.
- Fischer, A. 1987, Immunité transférée par le lait maternel chez le prématuré. *La Presse Médicale*, 16 (12).
- Godin, G., 1991, « L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs ». In *Sciences Sociales et Santé*, vol. IX, n°1, mars, pp.67-94.
- Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J-P., (éd), 1999, *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'ouest*. Paris : PUF.
- Hartog, A. d., Mulder, N. v., & Wijk, H. V., 1988, *L'emploi du temps de la femme et l'alimentation infantile dans une commune rurale située au sud-ouest du Bénin*. Cotonou: Université Nationale du Bénin/Université agronomique Wageningen.
- INSAE, 2007, Enquête Démographique de Santé Bénin 2006 (EDSB III 2006). République du Bénin.
- INSAE, 2013, Enquête Démographique de Santé Bénin 2012 (EDSB IV 2012). République du Bénin.

- Keith, N. & Koné, M., 2007, Etude sur les connaissances, attitudes, comportements et pratiques des communautés/populations vis-à-vis de la nutrition, des soins primaires de santé pour la femme enceinte et le nourrisson, l'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement, l'accès aux soins de santé pour le jeune enfant dans la région de Maradi au Niger. Rapport final. Niamey, UNICEF
- La Leche League International, 1999, *Traité de l'allaitement maternel*. Illinois: Leche League International Inc.
- Masse, R., 1995, Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Montréal : Gaëtan Morin.
- Massé, R., 2001, « La santé publique comme projet politique et projet individuel ». In Hours, B., *Système et politique de santé*. Paris : Karthala, pp. 41-64.
- Ministère-de-la-Santé, 2011, Annuaire des statistiques sanitaires 2010. Borgou-Alibori. Ministère de la santé.
- Mohrbacher, N., 1990, Mythes et réalités de l'allaitement du prématuré. *Soins gynécologiques, obstétriques, puerpérales, pédiatriques* (113).
- Olivier de Sardan, J.-P., 1995, Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social. Paris, APAD-Karthala, 221p.
- Olivier de Sardan, J.-P., 2001, « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest ». In *Autrepart*, n°20, 61-73.
- OMS. (1996). *Aider les mères à allaiter*. Genève.
- UNESCO. (1984). *La nutrition de la mère et du petit enfant*. Paris.
- UNICEF/OMS. (1993). *Conduite Pratique et Encouragement de l'Allaitement Maternel dans un Hôpital Ami des Bébé*s.