

(Extrait de **Alice Desclaux et Bernard Taverne**, *Allaitement et VIH en Afrique*, 566 p. Tous droits réservés)

## Chapitre I

### Introduction

Alice Desclaux

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 subsaharienne 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'allaitement<sup>1</sup>. 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,

---

<sup>1</sup> Cf. chapitre II.

*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.

### ***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 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 intégrés<sup>2</sup> ; 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 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

---

<sup>2</sup> 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.

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 humain<sup>3</sup>. 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 ?

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 :

---

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

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 matrilineaire et du patrilineaire. 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 Wolof<sup>4</sup> (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 matrilineage. 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

---

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

(1984) ; cet auteur a également montré que ces thèmes 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<sup>e</sup> 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).<sup>5</sup> Le maternage est considéré comme un véritable travail 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

---

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

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.

### *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<sup>6</sup>. 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)<sup>7</sup>, 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

---

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

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

maternage, incluant l'allaitement<sup>8</sup>. 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 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***

---

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

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 CACP<sup>9</sup>. 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<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> 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

---

<sup>9</sup> Enquêtes quantitatives portant sur les Connaissances, Attitudes, Croyances, Pratiques.

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<sup>e</sup> 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 microsociale, 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 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 "lait artificiel" 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<sup>10</sup>, 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<sup>11</sup> (Jelliffe *et al.* 1988). L'allaitement devenait pleinement un objet de la médecine. Certes, jusqu'alors, l'allaitement, situé dans les pays développés entre

---

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

<sup>11</sup> Initiative Hôpitaux Amis des Bébés.

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 symétrie 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 œuvre (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

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<sup>12</sup>, 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,

---

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

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 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

œuvre 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 nourrit 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

---

<sup>13</sup> 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.

Mossi, Bobo Madare et Peul, vivant en zone rurale. La démarche est celle d'une ethnographie "classique", qui exige une 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)<sup>14</sup>. 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

---

<sup>14</sup> 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).

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 rapport avec les représentations de la procréation et de la lactation. Un moment essentiel de cette préparation est celui de l'écrasement des seins (*rungrî*), 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 patrilignage, 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 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, 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 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 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 elles le souhaitaient, 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<sup>15</sup>. 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. 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

---

<sup>15</sup> 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).

recrutement devait débuter en avril 1994, n'a pu être réalisé ; il a fallu attendre mars 2000 pour que les résultats de l'essai kenyan soient publiés<sup>16</sup>.

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 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

---

<sup>16</sup> Cf. chapitre II.

femmes doivent donc mettre en œuvre 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 œuvre.

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 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'efficacité, 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<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles)*. Paris, Le Livre de Poche. 1<sup>re</sup> 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.