

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

Chapitre XI

Le traitement de l'allaitement dans le système de soin

Alice Desclaux

Comment l'allaitement, acte "naturel" ayant un caractère d'évidence, soumis en Afrique jusqu'aux années 1980 à la compétence des « vieilles », est-il traité¹ par des professionnels de santé ? Qui sont les spécialistes médicaux de l'allaitement, quel est leur rôle et quelles sont leurs pratiques ? Quelle place est accordée à l'allaitement dans le système de soin ? Comment cette organisation a-t-elle répondu à l'émergence du VIH ?

L'histoire du traitement de l'allaitement dans le système de soin en Afrique est récente. C'est face à la diffusion internationale des laits en poudre, à partir des années 1960, que s'est élaborée une approche médicale de l'allaitement à portée "universelle". À cette époque, dans les pays du Sud de la période post-indépendances, l'allaitement au biberon s'étend avec le développement économique, l'implantation des firmes multinationales agroalimentaires et la généralisation du modèle culturel occidental. Dès les années 1970, les

¹ Le terme « traitement » est ici compris au sens de "traitement social" incluant les notions de "traitement conceptuel" et de "traitement matériel".

épidémiologistes constatent que l'allaitement au biberon est l'un des premiers facteurs de risque de mortalité infantile, notamment là où l'approvisionnement en eau potable n'est pas assuré et l'entretien des biberons n'est pas aisé, et pour les populations dont les ressources ne sont pas suffisantes pour acheter les quantités de lait adéquates. À la suite de C. Williams, D.B. et E.F.P. Jelliffe dénoncent alors la "malnutrition commercio-gène" et développent une école de pensée qui va produire des connaissances et proposer des stratégies de santé publique pour lutter contre le "déclin du lait maternel"². Cette approche ne se limite pas une critique de l'usage du lait en poudre et du biberon, mais accorde une importance majeure à l'allaitement au sein comme facteur de prévention des diarrhées et des malnutritions. C'est à ce moment-là que se structure le savoir médical sur les qualités biologiques, nutritionnelles et immunologiques du lait humain. L'OMS et l'UNICEF utiliseront ces travaux pour définir leurs actions en matière d'allaitement destinées à tous les pays, incluant l'Afrique. L'accent sera mis sur la promotion de "l'allaitement normal", reléguant au second plan la prise en compte des situations pathologiques et des cas où l'allaitement ne peut être pratiqué.

Note méthodologique

Ce chapitre repose sur une enquête menée de juin à août 1998, puis en janvier 1999, auprès des institutions et agents de santé ayant des fonctions en rapport avec l'allaitement ; elle est basée sur des entretiens (une cinquantaine), des focus groups (auprès des femmes d'une association), et des observations dans les services de soin (à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso). Les résultats de cette enquête ont été diffusés largement sous forme de rapport (Desclaux 1999) auprès des responsables sanitaires et professionnels burkinabè concernés, et discutés avec eux en janvier 1999. Avant cette enquête spécifique, des informations avaient été recueillies au cours de recherches menées entre 1991 et 1997 (20 mois de terrain environ), portant principalement sur le traitement social du sida chez l'enfant (Desclaux 2000a).

L'organisation sociale de la promotion de l'allaitement maternel

Le traitement de l'allaitement dans le système de soin a pris la

² Cicely Williams, médecin connue pour son travail pionnier en matière de malnutrition infantile, donnait en 1939 une conférence sur le thème "Milk and Murder" (Jelliffe *et al.* 1978).

forme institutionnelle d'un programme de santé publique vertical, c'est-à-dire un programme d'intervention centralisé, hiérarchisé, et défini autour d'un problème de santé unique. Ce type de programme repose sur la définition au niveau international de connaissances et de normes, de stratégies, de moyens, et de pratiques ; des représentants nationaux assurent l'adaptation du programme aux situations des pays et forment les professionnels de santé du système de soin, selon le principe d'une formation "en cascade" ; au niveau local, les professionnels de santé sont chargés de "l'intégration" du programme, c'est-à-dire de l'insertion des pratiques promues par le programme dans les activités de prévention et de soin des services de santé. La promotion de l'allaitement maternel constitue ainsi un "segment du système de soin" fondé, au-delà des connaissances et des pratiques médicales, sur des représentations et des valeurs fondant une "sous-culture" dont certains aspects sont spécifiques, distincte de la sous-culture d'autres segments du système de soin tels que les programmes de lutte contre le sida. Connaître l'histoire de l'élaboration du programme au niveau international est nécessaire pour comprendre sa forme locale. Son organisation s'est établie dans chaque pays par une négociation entre l'international et le "local", entre un modèle unique et des dynamiques institutionnelles diverses.

Les programmes internationaux

Les programmes de promotion de l'allaitement maternel ont été développés au cours des deux dernières décennies (Jelliffe *et al.* 1988). Après la réalisation des premières enquêtes épidémiologiques et la définition des recommandations en matière d'allaitement destinées aux professionnels de santé, les premières mesures prises par l'OMS sont de nature juridique. En 1981, l'Assemblée Mondiale de la Santé adopte le Code international de commercialisation des substituts maternels, qui prévoit l'interdiction de la publicité pour les laits en poudre et limite les contacts entre firmes productrices et jeunes mères pour l'ensemble des pays³ ; ce code n'a cependant valeur que de recommandation, non de réglementation, et doit être ratifié par chaque État. D'autres mesures, telles que l'inscription légale de l'aménagement des horaires de travail pour les femmes qui

³ OMS/WHO 1981. *Code International de commercialisation des substituts du lait*. Genève, 38 p.

allaitent, visent à assurer un environnement social favorable à l'allaitement au sein. Ces actions dans le domaine politique et légal succèdent à une dizaine d'années de combat des activistes contre Nestlé sur le même terrain⁴.

Dans le champ de la santé, en ce début des années 1980, c'est la stratégie des Soins de Santé Primaire (SSP) qui fonde les politiques en vigueur dans les organismes internationaux. L'hospitalocentrisme, et une médecine technique calquée sur celle des pays du Nord, inaccessible pour la majorité des populations du Sud, ont constitué le modèle des années post-indépendances. La déclaration d'Alma Ata vise à leur substituer une santé publique accessible au plus grand nombre, basée sur la prévention autant que sur le soin, avec pour objectif la "Santé pour tous en l'an 2000". L'approche globale des problèmes de santé qui sous-tend la stratégie des SSP conduit à mener des actions avec la population, complémentaires aux actions légales et sociales déjà entreprises. La perception de l'allaitement maternel comme "prévention naturelle" vient à point nommé s'insérer dans la nouvelle optique de "promotion de la santé" qui accorde un rôle essentiel à la participation communautaire.

En 1983, l'UNICEF adopte une approche sélective pour parvenir à une "Child Survival Revolution", en recentrant les interventions sanitaires sur un petit nombre de mesures peu coûteuses ayant fait la preuve de leur efficacité, qu'il faut rendre accessibles à l'ensemble des populations. L'allaitement maternel fait partie des stratégies prioritaires, retenues comme composantes de l'initiative GOBI (Growth monitoring, Oral rehydration therapy, Breastfeeding, Immunization). Il s'agit pour l'UNICEF d'étendre le recours à l'allaitement maternel, et d'enseigner que, bien que "naturelle", sa pratique est culturellement déterminée : une "bonne pratique" doit être apprise auprès des professionnels de santé et des « *leaders communautaires et des volontaires [qui] disséminent l'information en matière d'allaitement à travers leurs pays, des villes fourmillantes aux villages reculés* » (Grant 1988 : 227). La promotion de l'allaitement maternel auprès de la population est l'un des thèmes autour desquels les stratégies des deux organismes internationaux

⁴ Pour la description de ce conflit qui a opposé les militants pro-allaitement, les associations telles que La Leche League soutenues par des organisations confessionnelles et par le boycott des consommateurs, aux multinationales soutenues par le gouvernement américain, voir Van Esterik 1995 ; Palmer 1988.

(OMS et UNICEF) sont concordantes : GOBI et SSP, approche sélective et approche globale.

En 1990, la Déclaration d'Innocenti définit une politique internationale unique en matière d'allaitement⁵. L'année suivante, l'UNICEF et l'OMS développent leur action dans le secteur médical avec "l'Initiative Internationale en faveur de l'allaitement", ou IHAB : "Initiative Hôpitaux Amis des Bébé". Selon ce programme, les pratiques hospitalières doivent être modifiées, notamment pour éviter la séparation du nouveau-né et de sa mère dans les premiers jours de vie, pour suspendre les dons de substituts du lait, pour favoriser la mise au sein précoce, et pour améliorer les compétences et les pratiques des professionnels de santé en matière d'allaitement dans des circonstances normales et pathologiques. Pour être associée à l'Initiative et obtenir le label "Amis des bébés", une formation sanitaire doit respecter une procédure standardisée au plan international, basée sur la mise en pratique des "Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel"⁶ (voir encadré). Chaque pays doit progressivement étendre cette initiative à tous les hôpitaux, puis à toutes les formations sanitaires ayant un service de maternité et de Santé Maternelle et Infantile.

Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés devraient :

- 1 Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants,
- 2 Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique,
- 3 Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique,
- 4 Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance,
- 5 Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation, même si elles se trouvent séparées de leur

⁵ OMS/UNICEF 1990. *Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel*. Genève, 3 p.

⁶ OMS/UNICEF 1989. *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité. Déclaration conjointe de l'OMS et l'UNICEF*. Genève.

	nourrisson,
6	Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale,
7	Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour,
8	Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant,
9	Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ni sucette,
10	Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou du dispensaire.

Les organismes gouvernementaux chargés de la santé sont invités à mettre en place dans chaque pays une politique de promotion de l'allaitement intégrant les aspects juridiques, les aspects médicaux et l'intervention auprès de la population. Cette politique repose sur un ensemble de stratégies, comprenant la surveillance des tendances épidémiologiques, la modification de l'environnement hospitalier et des pratiques sanitaires, le soutien social envers les femmes qui allaitent, les incitations matérielles à allaiter, l'action sociale et juridique, et l'éducation et la formation des professionnels de santé et des mères (Wilmoth *et al.* 1995).

Des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux sont créés à cet effet, à l'initiative et sur financement de l'UNICEF, de l'OMS et de quelques organismes privés et coopérations, rassemblés depuis 1991 au sein de la coordination WABA (World Alliance for Breastfeeding Action). Dans la plupart des pays, c'est l'IBFAN (International Baby Food Action Network), association internationale créée en 1979 par six organisations non-gouvernementales en relation avec l'OMS et l'UNICEF, qui suscite la création d'un comité national, puis d'une association nationale de promotion de l'alimentation infantile. Un programme national de promotion de l'allaitement maternel doit ensuite être mis en place au sein du ministère de la santé, qui développera des activités avec l'aide de l'association, et proposera aux instances législatives la ratification du code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Enfin, la composante "communautaire" du programme repose sur la mise en place d'associations et de groupes de soutien aux mères.

Ainsi, le programme international de promotion de l'allaitement maternel est-il particulièrement représentatif des politiques de santé des années 1980, dans le sens où il n'accorde pas

une place dominante à l'intervention médicale technique mais repose sur une approche considérée comme "prenant en compte l'environnement social" et impliquant une "participation communautaire". Le choix de cette approche n'est pas étranger à une certaine méfiance vis-à-vis des professionnels de santé, qui ont un temps favorisé l'usage des substituts du lait maternel. Le programme international a pour priorité essentielle la lutte contre l'utilisation de ces produits.

La promotion de l'allaitement maternel au Burkina Faso

Au Burkina Faso, le segment de système de soin ayant pour mission la promotion de l'allaitement maternel est constitué de plusieurs niveaux : une organisation internationale, l'IBFAN-FAN (International Baby Food Action Network – French speaking Africa Network), basée à Ouagadougou, coordonne les associations IBFAN pour les pays d'Afrique francophone ; au plan national, une association, l'APAIB (Association pour l'Alimentation Infantile au Burkina) fait fonction de comité pour la promotion de l'allaitement maternel, et un programme national a été mis en place par le Ministère de la Santé ; au plan local, des Groupes de Soutien aux Mères sont censés mener des actions auprès de la population, et de nombreux services hospitaliers et services de Santé Maternelle et Infantile ont obtenu le label « Amis des Bébé ».

Les institutions spécialisées dans la promotion de l'allaitement maternel au Burkina Faso

L'IBFAN

L'International Baby Food Action Network (Réseau International des Groupes d'Action pour l'Alimentation Infantile) rassemble environ cent cinquante associations regroupées en six bureaux régionaux*. L'IBFAN-Afrique a été créée dans l'objectif de développer des programmes spécifiques dans les pays africains : sa première réunion, en 1989, portait sur l'allaitement maternel exclusif. Des branches nationales de l'IBFAN ont été progressivement mises en place dans les pays anglophones, puis francophones. La coordination régionale de l'IBFAN pour l'Afrique francophone (IBFAN-FAN), qui rassemble onze groupes installés dans dix pays, a été créée à Ouagadougou en 1993. L'équipe technique du bureau régional comprend quatre personnes ; ses sources de financement sont publiques (Directorat Régional de la Coopération pour le Développement du gouvernement hollandais) et privées (notamment confessionnelles : Comité d'Entraide oecuménique Hollandais qui joue de plus un rôle d'expertise, et les Églises Réformées). La Coordination Régionale de l'IBFAN, appuyée par un Conseil

Consultatif Régional composé de représentants de quatre pays, définit et évalue ses stratégies lors de réunions triennales, dont la première a lieu en juillet 1999 à Ouagadougou. L'IBFAN-FAN a pour missions principales :

- la coordination des activités des comités nationaux, la représentation internationale, l'information des groupes nationaux développée notamment dans le Bulletin de l'IBFAN-FAN**, et la documentation,
- la surveillance de l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ; la branche africaine de l'IBFAN participe chaque année à la publication d'un rapport mondial consacré aux violations du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel***,
- la réflexion sur les stratégies de promotion de l'allaitement maternel propres à l'Afrique,
- la formation des professionnels de santé (en premier lieu les coordonnateurs nationaux, formés notamment aux techniques de surveillance de l'application du Code et à l'évaluation de l'IHAB),
- la recherche en matière d'allaitement ; ces activités de recherche devraient être réalisées dans le cadre d'un Observatoire Régional de l'Allaitement Maternel, en projet.

* Mbabane pour l'Afrique anglo et lusophone, Ouagadougou pour l'Afrique francophone, Genève pour l'Europe, Penang pour l'Asie, Caracas pour l'Amérique du Sud et l'association Infact pour l'Amérique du Nord.

** *Courrier de l'IBFAN*. Le trimestriel du Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile, publié au Burkina Faso. Cinq numéros parus en juin 1999.

*** OMS/UNICEF / IBFAN / Réseau International des Groupes d'action pour l'alimentation infantile 1998. *Violations et distorsions du Code. Rapport Mondial sur les violations du Code International de commercialisation des substituts du lait maternel*. Penang, 54 p.

L'APAIB

L'Association pour la Promotion de l'Alimentation Infantile au Burkina Faso, créée en 1989, reconnue en 1990, et érigée en organisation non-gouvernementale en 1991, a des objectifs similaires à ceux de l'IBFAN. L'APAIB rassemble une quarantaine de membres bénévoles qui sont essentiellement des professionnels de la santé et de l'action sociale. Ces membres, notamment ceux qui appartiennent au Conseil d'Administration, assurent les activités de l'association. Le rôle que se définit l'APAIB comprend :

- la formation initiale et continue des professionnels de santé en matière d'allaitement maternel,
- la mise en place de moyens juridiques pour limiter les abus qui a conduit à l'adoption, en 1993, d'un décret portant commercialisation et pratiques y afférentes des produits de substitution du lait maternel, qui reprend l'essentiel du Code International,
- la mise en œuvre de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé dans tous les hôpitaux et dans quelques formations sanitaires, réalisée entre 1993 et 1995,
- la mise en place et le suivi de Groupes de Soutien aux Mères,
- l'organisation annuelle d'une semaine nationale de l'allaitement maternel, simultanée à la Semaine Mondiale de l'Allaitement, associée à une campagne de sensibilisation destinée au grand public, effective à partir de

1993,

- la réalisation d'études sur les pratiques d'allaitement au Burkina Faso.

Les activités de l'association sont étroitement liées à la disponibilité de financements, qui ne concernent que des projets particuliers tels que la Semaine Mondiale de l'Allaitement, régulièrement financée, notamment par l'UNICEF. L'APAIB a en projet la création d'une "Clinique de l'allaitement", qui permettrait de traiter des problèmes de la lactation et des pathologies mammaires.

Le Programme de Promotion de l'Allaitement Maternel

La Coordination du Programme de Promotion de l'Allaitement Maternel a été créée au sein de la Direction de la Santé de la Famille en 1993. Le poste du coordonnateur est cependant resté vacant pendant plusieurs années. Ne disposant pas de moyens spécifiques, la coordination assure le suivi des actions de promotion de l'allaitement menées en collaboration avec l'APAIB et le Centre National de Nutrition, autour d'activités ponctuelles disposant d'un financement extérieur spécifique. Au cours des deux dernières années, ces activités ont compris l'étude de l'application du décret "portant commercialisation et pratiques y afférentes des produits de substitution du lait maternel"*⁸, et l'organisation de manifestations à l'occasion de la Semaine Mondiale de l'Allaitement.

* Anonyme 1996. Rapport d'Étude sur l'application du décret n°93-279/PRES/SASE/MICM portant commercialisation et pratiques y afférentes des produits de substitution du lait maternel. Ministère de la Santé, Centre National pour la Nutrition, Ouagadougou, 86 p.

Les institutions spécialisées

La promotion de l'allaitement maternel réalisée par les institutions spécialisées (voir encadré) apparaît comme très organisée, structurée selon les directives internationales, légitimée par une représentation dans le secteur public, au sein du ministère de la santé, dans les services socio-sanitaires, comme dans le secteur associatif et auprès de la population.

Cependant cette légitimité apparente semble contrecarrée par le faible volume d'activités et la faible visibilité des institutions nationales qui ne disposent pas de financements réguliers pour leur fonctionnement, ni pour des activités concrètes concernant l'allaitement au niveau local.

Le "communautaire" : un groupe de soutien aux mères

Le versant "communautaire" du programme de promotion de l'allaitement maternel repose sur deux types de groupes dont les missions et activités sont précisément définies d'un point de vue

théorique par l'IBFAN : les Groupes de Soutien aux Mères et les Groupes Mères-Mères. En 1999, il existerait une vingtaine de GSM (Groupes de Soutien aux Mères) sur l'ensemble du pays mais un seul est actif à Ouagadougou. Constitué en 1998, ce groupe rassemble une quinzaine de femmes qui se réunissent tous les mois. Ces femmes ont reçu une formation initiale de quelques jours sur les "bonnes pratiques" en matière d'allaitement et sont censées retransmettre cette information aux mères, parentes, habitantes du même quartier, qu'elles rencontrent notamment à l'occasion des salutations du baptême. Leurs conseils portent sur l'usage du colostrum, l'allaitement exclusif, l'allaitement dans les situations particulières (pathologies du sein, jumeaux et prématurés...). Leur approche est pragmatique, et tend à considérer que l'expérience permet de venir à bout de la quasi-totalité des situations en maintenant l'allaitement maternel exclusif. Si le domaine de compétence commun à ces femmes se situe entre savoir populaire spécialisé et savoir professionnel, leur origine reflète cette situation "frontière" : alors que certaines d'entre elles sont infirmières ou assistantes sociales, d'autres femmes, qui ont des activités de couturières, dolotières⁷ ou commerçantes, ont une légitimité auprès des plus jeunes du fait de leur âge (compris entre 45 et 65 ans) et parce qu'elles-mêmes ont eu des enfants. Le volume de leur activité est peu important : chaque membre du GSM estime avoir conseillé une douzaine de femmes. Le GSM ne dispose d'aucun moyen matériel ou financier pour réaliser cette activité ; sa persistance tient manifestement à l'adhésion de ces femmes à la cause de la promotion de la santé, et à la cohésion du groupe due au fait que toutes sont originaires du même village. Les GSM font face aux mêmes difficultés que d'autres programmes conçus, selon les principes des SSP, comme des "activités communautaires" dans lesquelles des volontaires devaient s'engager sur la base du bénéfice sanitaire attendu pour l'ensemble de la communauté, en supportant eux-mêmes les frais de déplacement inhérents à leurs activités⁸. Les bénéfices symboliques secondaires à l'appartenance au GSM ne suffisent pas pour motiver la poursuite des activités ; les

⁷ Femmes qui préparent et vendent le *dolo* (bière de mil).

⁸ Sur l'analyse des dynamiques sociales autour de la participation communautaire et du rôle des agents de santé villageois, voir Soubeiga 1992. C'est en partie du fait des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la "participation communautaire" que la politique des Soins de Santé Primaire a été remplacée par l'Initiative de Bamako.

membres du GSM ont donc élaboré un “projet d’activités génératrices de revenus”, destiné à financer les visites aux mères et basé sur l’élevage et la vente de poulets, la préparation et vente de plats cuisinés. La soumission de ce type de projet aux bailleurs de fonds suit les règles de la “culture du Développement”. Le GSM adopte la même logique que de nombreuses autres associations féminines du Burkina Faso, non limitées au domaine de la santé : son organisation et sa fonction sociale sont en partie indépendantes de la “promotion communautaire” des conceptions biomédicales de l’allaitement, qui est sa raison d’être officielle. C’est vraisemblablement grâce à cette inscription sociale que se maintient ce groupe ; c’est, semble-t-il, parce qu’une configuration sociale similaire n’existait pas, que les nombreux groupes (GSM ou GMM) dont l’existence était planifiée n’ont pas réellement vu le jour ou maintenu leurs activités. Leur fonction et leur mode d’organisation les font apparaître comme une survivance de la politique de “santé communautaire” (Hours à paraître) dont ils attestent des limites.

Le “médical” : les services de soins

Les services de soin constituent le maillon “périphérique” du programme et son lieu d’articulation avec l’ensemble du système de soin, là où les activités spécifiques de promotion de l’allaitement “s’intègrent” dans les activités courantes des services de santé. Les services hospitaliers de gynéco-obstétrique et de pédiatrie et les maternités ont été les premiers concernés par l’Initiative Hôpitaux Amis des Bébé : en 1998, deux hôpitaux nationaux (sur deux), quatre hôpitaux régionaux (sur onze) et neuf maternités appliquent les “Dix conditions”, ce qui leur a permis d’obtenir le label. Une enquête réalisée par le Centre National de Nutrition en 1996 révélait que les pratiques de dons de substituts du lait maternel et les biberons ont disparu dans les services hospitaliers et les formations sanitaires publiques et privées, et que l’administration d’eau sucrée dès la naissance n’était plus pratiquée par les agents de santé au profit d’une mise au sein précoce⁹.

Les services de Santé Maternelle et Infantile ont aussi une mission en matière d’allaitement. Des « conseils en matière de

⁹ Anonyme 1996, idem. Il existe ça et là des pratiques limitées de promotion des substituts du lait maternel non autorisées par le décret sur la commercialisation.

promotion de l'allaitement maternel »¹⁰ doivent être donnés en consultation post-natale, selon des « standards » définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (1999). Les agents socio-sanitaires ont aussi pour mission, « dans les cas particuliers où l'allaitement artificiel est incontournable »¹¹, d'organiser des démonstrations pour les mères concernées, tout en veillant à « leur expliquer les dangers de l'allaitement artificiel, notamment celui au biberon ». Les conseils doivent être donnés aux mères tant au plan individuel au cours des consultations de nourrissons qu'au plan collectif lorsque des séances d'Information Éducation Communication sont réalisées dans les Centres de Santé et de Promotion Sociale et dans les Centres Médicaux. Au cours de ces « causeries », les thèmes développés concernent les avantages de l'allaitement maternel liés à sa gratuité, à ses capacités de lutte contre les infections, à son pouvoir contraceptif, à sa disponibilité permanente, et à l'apport nutritionnel suffisant et adapté qu'il représente. Le propos reprend les informations diffusées dans le cadre des formations de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés, tendant ça et là à l'exagération de ces avantages. Concernant le pouvoir contraceptif de l'allaitement, les pratiques sont cependant plus prudentes que les propos puisque les femmes sont reconvoquées pour la prescription d'une contraception, selon les sites, à 40 jours, trois mois, ou dès qu'elles le souhaitent, quel que soit le mode d'allaitement qu'elles déclarent.

Ainsi, l'organisation sociale de la promotion de l'allaitement maternel apparaît simultanément comme très hiérarchisée et centralisée, et comme tolérante à n'importe quelle femme – à condition qu'elle ait une expérience de « mère nourricière » – l'accès à cette organisation. Vestige de la politique de santé publique des années 1970 et 1980 valorisant les Soins de Santé Primaire et la Participation Communautaire, cette organisation est assez particulière : à mi-chemin entre la participation au « champ » de la santé publique des associations de personnes affectées par la maladie, telle qu'on l'observe au Nord, et la création d'associations ou de mouvements communautaires à partir de l'administration sanitaire, selon un modèle en vigueur au Sud. Ce type d'organisation, avatar de la

¹⁰ Anonyme 1992. *Politique et standards des services SMI/PF au Burkina Faso*. DSF, Ministère de la Santé, de l'Action sociale et de la Famille, Ouagadougou : 3.

¹¹ Anonyme 1992 idem : 19.

“mondialisation”, influe sur le contenu des discours et les pratiques d'allaitement.

De l'adaptation théorique à la réalité des interprétations locales

Selon les organismes internationaux, leurs recommandations, à portée universelle, doivent être adaptées en fonction de l'environnement épidémiologique et du contexte culturel local. Les directives subissent également des réinterprétations locales non planifiées, sous l'effet des perceptions préexistantes de l'allaitement et des contraintes institutionnelles et matérielles.

L'adaptation du programme : promotion de l'allaitement maternel exclusif

Au Burkina Faso, l'enquête nationale EDS réalisée en 1993 montre l'étendue de la pratique de l'allaitement maternel : sa prévalence est de 98 %, et la durée moyenne d'allaitement est de 25 mois (Sinaré *et al.* 1994 : 169-182). La prévalence de l'allaitement artificiel est très faible, égale à 1,2 % chez les nourrissons de moins de trois mois. D'autres études plus limitées ont produit des chiffres similaires, montrant par exemple que 91 % des mères allaitent leur enfant à Ouagadougou et 100 % dans une ville distante de 60 km de la capitale (Toé 1994). Ainsi, l'expansion de l'usage des substituts du lait maternel, qui motive les programmes internationaux, n'a jamais constitué un problème de santé publique dans ce pays. Cette pratique n'a été décrite que dans des milieux aisés très réduits, touchant des "fonctionnaires"¹² susceptibles de faire face au coût du lait maternisé. Le niveau socio-économique des populations, réduit notamment par la dévaluation du Franc CFA survenue en 1994, "protège" la population burkinabè de l'usage des substituts du lait maternel. Le Burkina Faso semble trop démuné pour que les firmes de fabrication ou de distribution des substituts du lait maternel y développent des stratégies promotionnelles agressives, ce dont pourrait témoigner l'absence de publicité dans les médias. Le problème de santé publique pourrait résider actuellement dans le fait que le secteur commercial

¹² En l'absence d'une catégorie sociale identifiée comme ayant des revenus élevés, et en l'absence d'un secteur économique privé important, avant le milieu des années 1990, les "fonctionnaires" ont été et sont encore souvent, dans les représentations de la population, considérés comme les plus favorisés.

vend de plus en plus de substituts du lait maternel directement, hors prescription médicale. Les infractions au Code de commercialisation, concernant essentiellement l'étiquetage des boîtes (indications en faveur d'une utilisation précoce du produit, imprécisions sur l'âge d'introduction recommandé pour certains aliments)¹³, n'en sont que plus dangereuses.

Cependant, selon les institutions biomédicales, la pratique populaire de l'allaitement maternel n'est pas optimale. Si l'importance accordée par les mères à l'allaitement de leur enfant n'est pas contestée, les modalités d'allaitement et les usages qui l'entourent sont dénoncés par les services sanitaires. Ainsi, le ministère de la santé établit les observations suivantes : « ...Ces indicateurs apparemment flatteurs cachent beaucoup de défaillances. En effet le taux d'allaitement maternel exclusif est encore faible (2 % chez les enfants de moins de six mois) avec une durée moyenne très brève (0,4 mois). Certaines pratiques néfastes sont encore fréquentes : première mise au sein tardive (plus de la moitié des enfants ne sont pas allaités le premier jour) ; rejet du colostrum ; administration au bébé de liquides divers avant la montée laiteuse ; introduction précoce ou tardive des compléments alimentaires ; aliments de sevrage inadéquats (faibles densités énergétiques et nutritionnelles) ; insuffisance du nombre de repas quotidiens ; nombreux interdits alimentaires à l'encontre des enfants. »¹⁴. La mise au sein tardive, le rejet du colostrum et l'administration de liquides avant la montée laiteuse sont répandus et décrits par des enquêtes localisées (Traoré *et al.* 1991 ; Sorgho 1997). Bien qu'il ne semble pas exister d'études qui analysent leur impact au Burkina Faso en termes de morbidité et de mortalité infantiles, ces "pratiques néfastes" sont considérées comme des facteurs de risque suffisants pour justifier des actions, notamment parce que les malnutritions et les diarrhées infantiles, conséquences attendues de ces pratiques, ont une prévalence élevée au Burkina. Par contre, les études ne se sont pas intéressées spécifiquement aux problèmes que pose l'alimentation des nourrissons qui ne peuvent pas être allaités par leur mère en cas de décès ou de maladie de celle-ci. Les Centres de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle, services spécialisés dans la prévention et la prise en charge de la malnutrition, n'ont pas été renforcés par le

¹³ Anonyme 1992 idem : 19.

¹⁴ Anonyme 1996 idem : 1.

programme de promotion de l'allaitement maternel pour leur rôle auprès des enfants qui ne peuvent pas être allaités, ou qui sont victimes de pathologies de l'allaitement.

Ainsi, l'adaptation de la promotion de l'allaitement maternel au contexte burkinabè réside en premier lieu dans le fait de promouvoir quelques "bonnes pratiques" centrées autour d'un allaitement maternel précoce et exclusif, qui correspondent aux recommandations 4 à 8 des "Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel". Identifiée par la première réunion régionale de l'IBFAN en 1989 comme la stratégie pertinente dans les pays africains où l'allaitement maternel est dominant, la promotion de l'allaitement exclusif est aussi l'élément principal des propos que les membres du Groupe de Soutien aux Mères tiennent au cours de leurs activités de sensibilisation.

Les interprétations des agents de santé : ambivalence envers l'allaitement maternel exclusif

Pour la quasi-totalité des agents de santé que nous avons interrogés (voir encadré), l'allaitement ne pose pas de problème majeur au Burkina Faso où, comme l'indique une infirmière, « *compte tenu du niveau de vie burkinabè, on n'a même pas besoin de faire de la sensibilisation car toutes les femmes allaitent* ». Pour eux, enseigner les "bonnes pratiques d'allaitement" ne justifie une consultation que dans des situations particulières, car « *la plupart des femmes ont déjà l'expérience* » et l'allaitement se déroule, en règle générale, sans problème. Les "situations particulières" sont de fait peu nombreuses : lorsqu'il faut mettre en œuvre un allaitement mixte ou enseigner à tirer le lait aux femmes qui travaillent en ville (notamment les "fonctionnaires") et ne peuvent emmener leur enfant avec elles pour le nourrir ; dans les cas de pathologies mammaires ou d'hypogalactie et d'agalactie survenant chez les femmes mal nourries, que les agents des SMI orientent vers les aides alimentaires ; auprès des primipares qui ne sont pas soutenues par leur mère ou belle-mère lorsqu'elles ne vivent pas avec elles.

Les perceptions des agents de santé concernant l'allaitement maternel exclusif sont marquées par une certaine ambivalence. Plus de la moitié d'entre eux critiquent cette recommandation en disant qu'elle ne peut pas être appliquée parce que la chaleur déshydrate l'enfant ; ils pensent que cette recommandation a été élaborée dans les

pays développés où, du fait de la température ambiante, les enfants ne courent pas le risque d'être déshydratés. Leurs perceptions se situent souvent entre les recommandations médicales internationales et les préceptes de la puériculture populaire : s'ils acceptent que la mère donne de l'eau au nourrisson, ils se prononcent contre les tisanes que la mère donne pour calmer son enfant, prévenir les maladies et éteindre sa soif¹⁵. D'autres agents de santé considèrent que cette recommandation n'étant pas suivie par les femmes, il vaut mieux réduire les risques en expliquant aux mères comment elles doivent faire bouillir l'eau que s'opposer à une pratique très répandue. D'autres agents de santé n'encouragent pas l'allaitement exclusif parce qu'ils contestent la définition de cette notion, notamment parce que la médecine lui tolère des exceptions telles que les Solutions de Réhydratation Orale, sans tolérer les tisanes de la médecine populaire. Enfin, certains agents de santé semblent ignorer tout de cette recommandation. Par contre, le thème des substituts du lait maternel est récurrent dans les propos des agents de santé¹⁶.

Les agents de santé ne semblent pas avoir développé un savoir théorique ni technique spécialisé très riche dans le domaine des "bonnes pratiques d'allaitement", où leur propos est limité essentiellement à l'incitation à la mise au sein

Enquête réalisée auprès des agents de santé des services de Santé Maternelle et Infantile au Burkina Faso

Cette enquête a été réalisée auprès des agents de santé qui assurent les consultations prénatales dans quatre centres ayant des activités de Santé Maternelle et Infantile au Burkina Faso. Ces centres ont été sélectionnés sur désignation par le Comité National de Lutte contre le Sida comme les centres les plus compétents dans le domaine du VIH en SMI. Cette compétence tient au fait que ces services ont été des sites de recrutement du projet DITRAME à Bobo Dioulasso (SMI de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, Centre Médical d'Accartville, Centre de Santé et de Promotion Sociale de Farakan) ; à Ouagadougou, la Clinique pour la Promotion de la Santé Familiale est perçue comme un service où le dépistage du VIH est proposé en consultation prénatale. Ces services sont pressentis comme des sites potentiels pour la mise en place d'un programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

L'enquête a constitué en entretiens directifs menés auprès de tous les agents de santé de chaque service, assurant des consultations prénatales et présents pendant la

¹⁵ Une enquête réalisée auprès des femmes de Saponé, à 40 km de Ouagadougou, montrait que la quasi-totalité des femmes pensent qu'un enfant a soif après sa tétée (Barry *et al.* 1995).

¹⁶ Le discours sur ce thème est analysé plus loin.

période d'enquête (mars 1999). Les entretiens portaient sur les perceptions de la situation de l'allaitement maternel au Burkina Faso, les connaissances en matière de transmission du VIH par l'allaitement, les pratiques concernant l'information sur le VIH ou le dépistage en consultation prénatale, l'expérience en matière de conseil et de prise en charge de personnes infectées par le VIH ; les mesures préventives de la transmission par l'allaitement proposées par ONUSIDA /OMS /UNICEF étaient discutées avec la personne interrogée, notamment au plan de leur faisabilité, de leur accessibilité et de leur acceptabilité au Burkina Faso ; enfin, l'entretien abordait les pré-requis nécessaires à la mise en place de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au Burkina Faso et les stratégies recommandées. 18 entretiens ont été réalisés, d'une durée comprise entre une demi-heure et une heure, avec prise de note simultanée. Des entretiens complémentaires apportant des éléments d'analyse du contexte ont été réalisés auprès des responsables de ces centres et auprès d'autres professionnels de santé.

Les personnes interrogées sont sages-femmes et maïeuticien diplômés d'état (9), accoucheuses auxiliaires (5), infirmière diplômée d'état (1), infirmières brevetées (2) et agent itinérant de santé (1). Elles ont en moyenne 37 ans, dont 13,5 années de service.

précoce et au conseil en cas de situations particulières, nécessitant quelques solutions pratiques qu'ils savent mettre en œuvre. Ils n'ont pas adopté la terminologie des spécialistes de la promotion de l'allaitement maternel, qui distingue : « allaitement exclusif », « allaitement principal », « allaitement total », « alimentation au biberon », « alimentation artificielle », « allaitement partiel », et « alimentation complétée en temps opportun »¹⁷ ; dans leurs activités quotidiennes, ils font essentiellement référence à l'opposition entre « allaitement maternel » ou « allaitement au sein » et « biberon » ou « lait artificiel », voire « allaitement artificiel ». Leur discours est dominé par une apologie de l'allaitement "normal" et une critique des substituts du lait maternel face à ce qu'ils considèrent comme des « contraintes culturelles »¹⁸.

L'impasse sur les limites de l'allaitement

Les situations où la mère ne peut pas allaiter, où sa production lactée est insuffisante, où la mère est absente, sont traitées par les CREN (Centres de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle), hors

¹⁷ Cf. chapitre I.

¹⁸ « Nous avons en Afrique des contraintes culturelles qui ne favorisent pas une bonne pratique de l'allaitement maternel » Titre d'un article de B. Barry, coordonnatrice de l'IBFAN-FAN. Bulletin de l'IBFAN, n°1, p. 6, 1998.

du programme de promotion de l'allaitement qui ne leur apporte ni soutien matériel ni appui technique. De plus, il semble que la méfiance envers les substituts du lait maternel introduite par le programme chez les professionnels de santé ait eu pour effet de les conduire à s'abstenir de suivre, sur le plan médical, une femme ou une famille qui n'aurait d'autre solution que ce mode d'alimentation. Les nouvelles dispositions administratives secondaires au Code de commercialisation des substituts du lait maternel limitent l'accès des services sanitaires à ces produits. Ceci conduit à une "dé-médicalisation" de "l'alimentation artificielle" du nourrisson, renvoyant hors du système de soin les parents concernés, avec pour effet – paradoxal eu égard aux objectifs de santé publique du programme – de les rendre plus vulnérables à la vente non contrôlée de laits en poudre non adaptés et aux inexactitudes des mentions figurant sur les étiquettes des substituts du lait maternel, dénoncées par la dernière expertise¹⁹.

De même que le programme ne se reconnaît pas pour mission de traiter des limites de l'allaitement, il n'a pas encore été remis en question par l'émergence du VIH. Si le problème de la transmission du VIH par l'allaitement a été évoqué pour la première fois auprès des membres de l'IBFAN à Ouagadougou en 1990 par un médecin burkinabé ayant des responsabilités dans la lutte contre le sida, la déclaration conjointe OMS-UNICEF parue deux ans plus tard fut interprétée comme une recommandation de maintien du *statu quo*. Ceci eut pour effet d'amener les professionnels de la promotion de l'allaitement maternel à "refermer le dossier du VIH", fût-ce temporairement. L'IBFAN Afrique décidait d'inaugurer une réflexion autour de la transmission du VIH par l'allaitement à partir de 1995²⁰, qui a été relayée par l'IBFAN-FAN à partir de 1998²¹ ; l'APAIB s'est intéressée à cette question en 1997, dès que ses membres ont eu connaissance des données épidémiologiques ; la Coordination de la promotion de l'allaitement maternel a été associée à des conférences

¹⁹ Anonyme 1996, *idem*.

²⁰ Anonyme 1995. *IBFAN Africa statement on HIV transmission and breastfeeding*. IBFAN Africa, Mbabane, 3p.

²¹ Anonyme 1998. *Réunion constitutive du Conseil Consultatif Régional IBFAN Afrique francophone*. 9-12 mars 1998, Abidjan, Rapport technique, 73p. Voir aussi l'article Kanon S. *Allaitement et VIH. Les questions qu'on se pose*. Courrier de l'IBFAN n°4, janvier-mars 1999, pp. 9 et 12. Le thème de la réunion de l'IBFAN-FAN du 26/07/99 à Ouagadougou était "Allaitement et sida".

internationales sur la question de la transmission du VIH par l'allaitement. Mais en 1999, ces institutions en sont toujours au stade de la réflexion et n'ont pas encore modifié leurs pratiques. Au plan national, la promotion de l'allaitement maternel est poursuivie à l'identique, et les discours publics concernant l'allaitement ne mentionnent pas le VIH. En 1998, la présentation de la Semaine Mondiale de l'Allaitement par la Télévision Nationale du Burkina débutait par l'annonce suivante : « Face aux maladies infectieuses, l'allaitement est un cordon sanitaire »²².

Ainsi, malgré les tentatives d'adaptation du programme aux réalités locales par une institution spécialisée telle que l'APAIB, qui a choisi de s'intituler "Association pour la promotion de *l'alimentation infantile* au Burkina Faso", le traitement de l'allaitement dans le système de soin reste limité à la promotion de l'allaitement normal, selon une acception restrictive excluant hors du programme les situations où l'allaitement ne peut être aisément appliqué. Situation paradoxale que de promouvoir le "normal" dans un système de santé centré sur la prise en charge de la maladie, et où les problèmes nutritionnels ne manquent pas ; cette situation conduit à questionner les fondements conceptuels et l'origine de la légitimité du programme.

La lutte contre l'allaitement artificiel, thème dominant

Le traitement de l'allaitement dans le système de soin repose en grande partie sur du discours, la part de l'intervention technique étant bien plus limitée que pour tout autre programme sanitaire. Ce discours s'affiche dans les services de soin "Amis des Bébé", où les "Dix conditions pour l'allaitement" tapissent les murs, déclinées en affiches calligraphiées, imprimées, photocopiées, en calendriers, parfois en pagnes imprimés. Un discours plus élaboré est proposé dans les documents destinés aux professionnels de santé (Courrier trimestriel de l'IBFAN, articles dans d'autres périodiques) et dans les médias, à destination de la population (messages radiophoniques, articles de presse). Bien que la stabilité de la prévalence de l'allaitement au sein au Burkina Faso soit connue et souvent mentionnée, la référence au "déclin de l'allaitement maternel" et à la

²² Journal télévisé, TNB (Télévision Nationale du Burkina), 1er août 1998, 20h05.

menace que représenterait "l'allaitement artificiel" est permanente dans ce discours. Le volume de ce discours public culmine lors de la Semaine Mondiale de l'Allaitement, qui est l'occasion de manifestations sur ce thème chaque année, au cours de la première semaine du mois d'août.

La célébration de la semaine mondiale de l'allaitement

Si les "Dix conditions" représentent le credo du programme international de promotion de l'allaitement maternel, la Semaine Mondiale de l'Allaitement en constitue la principale célébration. Cette semaine consiste en une succession de manifestations organisées simultanément au plan international, concernant les trois secteurs : spécialisé, médical et communautaire. Au Burkina Faso et en Côte-d'Ivoire, la session inaugurale rassemble des personnalités politiques, des responsables des ministères de la santé et des institutions spécialisées, et des représentants des institutions internationales. Les représentants des services de santé ayant le label "Ami des Bébé" et les Groupes de Soutien aux Mères présentent leurs activités. Les associations féminines et les associations participant à "l'éducation sanitaire" exposent leurs réalisations, que la population, notamment celle des femmes, est invitée à découvrir en écoutant les allocutions et en visitant les stands. La population est également conviée à participer à des manifestations culturelles et sportives, telles que, en 1998, un jeu de questions-réponses sur l'allaitement, des concours de poèmes et de pièces de théâtre, une course cycliste féminine, la projection de films sur l'allaitement, des conférences, et la remise de prix aux "mères des plus beaux bébés"... Les "autorités religieuses et politiques" sont mobilisées ; à Daloa, en Côte-d'Ivoire, des messages ont également été diffusés dans les églises, les temples et les mosquées ; à Ziniaré, au Burkina Faso, l'épouse du président de la république a participé à la session inaugurale, qui a eu lieu dans l'une de ses résidences.

La célébration de la Semaine Mondiale de l'Allaitement, et notamment sa journée inaugurale qui en constitue le temps fort, est un événement médiatique, relayé par la majorité des journaux, par les radios et par la télévision. Le caractère consensuel de la promotion de l'allaitement maternel permet de rassembler à cette occasion des représentants d'institutions et de catégories sociales diverses, dans une apologie commune de la figure de la Mère allaitante, transcendant

les hiérarchies sociales, de la femme la plus pauvre à l'épouse du chef de l'État. Simultanément, les rôles sociaux sont réaffirmés par le protocole, notamment lors des remises de prix et de médailles devant les caméras de télévision. La Semaine Mondiale de l'Allaitement permet également au programme d'affirmer son identité, ses participants ayant l'opportunité de situer leur intervention en cohérence avec le programme national et de présenter leur travail aux représentants des institutions internationales. L'importance sociale de cette manifestation pour les personnes engagées dans la promotion de l'allaitement maternel est d'autant plus grande que leur légitimité n'est pas parfaitement établie au quotidien, ni au plan des moyens, ni au plan des messages sur les "bonnes pratiques" qu'ils sont censés diffuser. C'est en participant à la célébration de l'allaitement maternel et en reprenant à leur compte les messages internationaux, définis pour d'autres contextes épidémiologiques, qu'ils affirment leur légitimité, même s'ils savent, de par leur connaissance du "terrain", que les priorités sanitaires sont autres. Il s'agit d'une célébration bien plus que d'une intervention sanitaire, les allocutions se terminant toutes par des félicitations pour les efforts accomplis ; en désignant les plus méritants, la remise de prix, labels et médailles, réaffirme les normes et valeurs du programme dans sa dimension internationale.

La Semaine Mondiale de l'Allaitement représente la principale manifestation publique du programme ; elle en constitue aussi l'activité principale sur le plan financier. Une manifestation de ce type correspond au modèle que suivent de très nombreuses "Journées Mondiales", activités préférentielles des organismes internationaux et de leurs relais locaux, qui scandent l'année pour le système mondial de gestion de la maladie²³. Pour des institutions telles que l'UNICEF, dont les équipes techniques dans les pays ont des moyens limités en termes de ressources humaines, il est plus aisé de financer une activité ponctuelle ayant une visibilité assurée que de soutenir des activités régulières mais touchant une population moins importante et nécessitant des compétences spécialisées pour la conception, la supervision et l'évaluation. Ainsi, la fonction sociale et symbolique de la célébration de la Semaine Mondiale de l'Allaitement semble

²³ On peut citer : Journée Mondiale de la Santé : 4 avril ; Journée Mondiale de la Tuberculose : 24 mars ; Journée Mondiale du Diabète : 14 novembre ; Journée Mondiale sans tabac : 31 mai ; Journée Mondiale des personnes âgées actives : 2 octobre ; Journée Mondiale de la maladie d'Alzheimer : 21 septembre ; Journée Mondiale du Sida : 1er décembre ; etc.

prévaloir sur sa fonction de santé publique²⁴. Dans cette optique, on peut supposer que l'actualisation des messages délivrés n'est pas une nécessité, dans la mesure où la lutte contre l'utilisation du lait artificiel fait l'objet d'un consensus.

Un discours univoque et défini au Nord

La lutte contre "l'allaitement artificiel" est le thème récurrent de la Semaine mondiale. Ce thème transparait "en creux" dans les mots d'ordre : ce fut le cas en 1997 : « *Allaitement maternel : allaiter ? naturellement* » [sous-entendu : par opposition à "allaiter artificiellement"] et en 1998 : « *Allaitement maternel : un meilleur investissement* » [sous-entendu "que l'allaitement artificiel"], aucun slogan n'ayant traité de l'allaitement exclusif depuis le début de cette manifestation. Les thèmes en sont définis au niveau international par WABA, qui diffuse également des recommandations détaillées concernant les allocutions et les messages qui devront être préparés pour les autorités et les médias dans chaque pays. L'examen attentif des mots d'ordre internationaux relayés en Afrique et des recommandations de WABA montre qu'ils ne sont pas seulement définis en fonction d'une menace épidémiologique présente sur tous les continents. Ils traitent de l'allaitement tel qu'il est pratiqué en Europe et en Amérique du Nord et semblent, sur certains points, relatifs à la culture de ces régions. Ainsi, lorsqu'en 1999, le thème choisi est "L'allaitement maternel : une école pour la vie", les recommandations diffusées par WABA concernent un contexte culturel où l'allaitement n'est pas la norme, où les mères n'osent pas allaiter publiquement, ce qui ne correspond pas à l'Afrique. De même, le portage de l'enfant et le fait de faire dormir le nourrisson avec sa mère, habituels en Afrique, figurent parmi les notions que WABA recommande d'inclure dans les messages d'éducation ; la dernière recommandation est formulée en ces termes : « *Dormir avec son bébé est une façon normale de s'occuper de lui, et non une mauvaise habitude qui encouragerait la dépendance* »²⁵. Cette recommandation ne favorise

²⁴ Qui supposerait, selon les règles propres à cette discipline, que les objectifs d'une telle intervention soient définis en fonction des besoins sanitaires locaux dûment précisés, et qu'une évaluation soit effectuée après la réalisation de l'activité.

²⁵ WABA, *Semaine mondiale de l'allaitement 1999*, Courrier de l'IBFAN n°4, janvier-mars 1999, p. 11.

pas l'allaitement maternel au dépend de "l'allaitement artificiel" ; elle ne prend son sens que si elle est interprétée à la lumière des dernières connaissances de la pédiatrie à propos de la prévention du syndrome de Mort subite du nourrisson, qui ne représente un problème de santé publique que dans les pays occidentaux²⁶. Les exemples sont nombreux, qui attestent du fait que les connotations des recommandations en faveur de l'allaitement maternel sont souvent ethnocentrées, au détriment d'une adaptation aux réalités africaines qui favoriserait l'allaitement exclusif.

De la prééminence de l'international à l'argumentation préventive

Comment expliquer que la lutte contre les substituts du lait maternel demeure prioritaire pour les autorités sanitaires, dans un pays où l'allaitement artificiel n'est quasiment pas pratiqué, au détriment d'actions plus spécifiques à la situation locale ? De nombreux éléments contribuent à cette situation. La promotion de l'allaitement maternel se situe dans le champ de la prévention, marqué par une rhétorique que reprennent à leur compte des professionnels de santé lorsqu'ils déclarent que « *si les femmes n'achètent pas du lait artificiel, c'est parce qu'elles ont été bien informées par le programme* » [ceci laisse entendre que les femmes seraient passées au "lait artificiel" en l'absence de programme]. Les limites méthodologiques de l'évaluation en éducation sanitaire et l'absence d'études réalisées dans ce domaine ne permettent pas de confirmer ou d'infirmer le rôle du programme dans la situation burkinabè, ni la survenue éventuelle d'une surconsommation de substituts du lait maternel en cas d'interruption du programme.

D'autre part, l'élaboration de messages d'éducation sanitaire est habituellement marquée par une simplification à visée

²⁶ La fréquence de la Mort subite du nourrisson est particulièrement élevée dans les pays occidentaux où elle représente la première cause de mortalité des enfants âgés de moins d'un an. Plurifactorielle, cette pathologie dépend étroitement des pratiques de maternage. L'isolement de l'enfant dans une chambre à part et la position de décubitus ventral au coucher sont, avec l'appartenance au sexe masculin, les principaux facteurs de risque liés à l'enfant. Ces observations ont conduit les spécialistes de la psychologie interculturelle à préciser l'importance du "co-sleeping" ("dormir avec") et à remettre en question les recommandations de pédiatres américains, reprises dans les autres pays occidentaux, en faveur d'un isolement de l'enfant destiné à l'habituer à la solitude et à le rendre indépendant, selon une approche en vigueur au début des années 1990 (Messer *et al.* 1997).

pédagogique, notamment lorsque ces messages sont destinés à la population. Or, la dialectique autour de la bonne conduite de l'allaitement maternel est complexe. La notion d'allaitement exclusif est difficilement acceptée par les professionnels de santé eux-mêmes, alors que l'opposition entre allaitement maternel et lait artificiel est compréhensible par tous, facile à exprimer et à représenter. C'est également la complexité des termes et des nuances pour les non-spécialistes de l'allaitement qui provoque, selon les responsables du Programme national de promotion de l'allaitement maternel ivoirien, quelques glissements dans les débats et interventions publiques à l'Assemblée Nationale ou au cours de la Semaine Mondiale, lorsque le Ministre de la Santé publique déclare, sans être discuté : « *Devant l'abandon de plus en plus fréquent de l'allaitement maternel, 98 % des mères allaitant dès la naissance contre 42 % à l'âge de deux mois et seulement 3 % à l'âge de quatre mois...* »²⁷, alors que ces chiffres correspondent en réalité aux taux d'allaitement exclusif. L'examen attentif des discours et des messages délivrés par les médias montre la fréquence de ce glissement d'un plaidoyer pour l'allaitement maternel exclusif au plaidoyer pour l'allaitement maternel – soit, implicitement, contre les substituts du lait maternel. Dès lors, la simplification des messages pourrait également être l'un des motifs de la persistance du même thème, quelle que soit la situation épidémiologique.

La lutte contre les laits artificiels est vraisemblablement portée par les représentations et les valeurs qui lui sont associées : l'analyse des discours montre que, au-delà du refus d'un produit "artificiel" au profit d'une production naturelle et humaine, le discours contre les substituts du lait maternel symbolise le choix de l'amour maternel préféré à la transaction marchande, la défense de l'Afrique vis-à-vis de pays riches dans une situation de néocolonialisme commercial, la défense de l'enfant innocent vis-à-vis des technocrates motivés par le profit, etc. Les valeurs qui sous-tendent ces représentations font l'objet d'un consensus général bien au-delà du secteur médical, que nul ne saurait contester ; elles sont réaffirmées à chaque manifestation de promotion de l'allaitement maternel. Ainsi, il est probable que ce consensus général en faveur de l'allaitement maternel autorise les approximations et les dérives ethnocentrées du programme.

²⁷ Allocution du Ministre ivoirien de la Santé Publique, Daloa, 7 août 1998.

Un discours stigmatisant pour les femmes qui n'allaitent pas

Par un effet de “glissement conceptuel”, le discours très critique sur l’usage des substituts du lait maternel que tiennent les soignants devient critique envers les femmes qui n’allaitent pas. Ce discours apparaît le plus souvent “en creux” : c’est lorsqu’ils parlent des avantages de l’allaitement que les soignants critiquent le fait de ne pas allaiter. Mais pour celles qui ne peuvent pas allaiter leur enfant, ces discours prennent toute leur valeur péjorative. Elles ressentent comme très culpabilisants des propos dont même des professionnels de santé *a priori* empathiques envers les femmes, tels que peuvent l’être de nombreux agents de santé des services de PMI, ne perçoivent pas le caractère désobligeant. Ceci tient aux connotations et aux excès d’un discours qui dépasse la simple transmission de connaissances scientifiques.

L’allaitement artificiel, le “mauvais choix” de la femme

Les agents de santé semblent considérer que l’allaitement artificiel est toujours la conséquence d’un choix de la mère, qui s’oppose ainsi à l’avis des services de santé. L’allaitement artificiel sur prescription médicale ne semble pour eux pas concevable, car l’usage des substituts du lait maternel est, selon eux, toujours dangereux pour l’enfant. Les raisons qui, selon les soignants, pousseraient les femmes à choisir ce mode d’alimentation sont futiles : beauté, désir d’imiter “les Blancs” ou de paraître “moderne”, ce que les ethnologues ont qualifié, à la suite de M. Mauss, de « imitation prestigieuse »²⁸. Lorsque le travail des mères est invoqué, il n’est pas considéré comme une raison suffisante pour renoncer à l’allaitement. Les soignants considèrent que les femmes doivent être “responsabilisées” pour qu’elles mesurent l’importance de l’allaitement maternel. Ces propos quotidiens apparaissent également, de manière explicite, dans les messages diffusés auprès de la population lors de la Semaine Mondiale de l’Allaitement²⁹. Les

²⁸ Mauss M. 1934. *Sociologie et anthropologie*. cité par Stork 1999 : 144.

²⁹ Les citations qui suivent ont été recueillies lors de la session inaugurale de la Semaine Mondiale de l’Allaitement à Daloa, Côte-d’Ivoire, le 1er août 1998, et des conférences et animations destinées à la population. Ces documents ont été recueillis et enregistrés par Annick Tijou.

femmes qui n'allaitent pas leur enfant sont présentées comme responsables de ce qui est considéré comme un "choix" personnel, et incriminées, parfois avec une certaine violence (voir encadré).

Poème créé à l'occasion de la Semaine Mondiale de
l'Allaitement Maternel (extrait).

Diffusé au cours de la session d'ouverture à Daloa, Côte-d'Ivoire, 1er août 1998

Suffit ! Suffit !
Toi, ton fils à toi. Ce petit enfant innocent est mort.
Te souviens-tu seulement de son visage, lorsque nous le descendions dans sa tombe.
Non !
Son visage était triste et mécontent. Un visage rancunier et frustré.
Il est mort de diarrhée, parce que tu lui as refusé ton sein au profit du biberon.
Et il est mort.
M'entends-tu ? Il est mort par ta faute.
Et toi. Rappelle-toi encore ton bébé de six mois, souriant comme la fiancée d'un prince la veille de ses noces.
Il est mort, mort avec son sourire, son rire, ses beaux yeux, petits, ronds et noirs, ses lèvres,
minces et roses.
Il est mort d'infection du poumon parce que tu lui as refusé ton sein.
Le lait de ton sein tu le lui as refusé, parce que tu voulais tes seins toujours tendus.
Et voilà !
Suffit donc ces pleurs !

Famille artistique Kaïdara, troupe de théâtre de Daloa chargée de l'animation éducative

“Allaiter : donner l'amour et la vie”

La notion d'interdépendance entre allaitement et amour maternel est utilisée de manière récurrente et insistante dans l'argumentation opposant les avantages du lait maternel aux inconvénients des substituts. L'allaitement maternel est présenté comme un indicateur de l'amour de la mère : « *L'allaitement maternel [est] un choix fondamental pour l'amour... qui permet de recevoir la nourriture [...] dans un climat d'amour, de réconfort et de sécurité* » (propos du représentant de l'UNICEF). « *Nourrissez malin... allaitez câlin* »³⁰. Les responsables sanitaires qui ont choisi des

³⁰ Affiches exposées lors de la Conférence de l'IBFAN Afrique, Ouagadougou, juin 1999.

slogans tels que « *Allaiter = donner l'amour et la vie* » n'ont vraisemblablement pas prévu une interprétation "en négatif" – qui indiquerait "Ne pas allaiter = ne pas donner l'amour et la vie". Mais le propos suivant, adressé dans un service de soin à une mère utilisant des substituts du lait maternel à Abidjan, atteste cependant de représentations de cette nature : « *On me disait : "Comment, tu n'aimes pas ton enfant ?"* ». De plus, les slogans et les propos des professionnels de santé avancent que l'allaitement maternel est indispensable au développement d'un amour réciproque chez l'enfant : une relation de tendresse entre l'enfant et sa mère ne pourrait être instaurée par l'utilisation du lait artificiel³¹. Les excès du discours vont même jusqu'à avancer que l'absence d'amour et de respect envers les mères, conséquence du supposé déclin de l'allaitement maternel, serait devenue un phénomène collectif, cause de bien des désordres sociaux : « *Il y a plusieurs générations qui ont été sacrifiées au lait artificiel. Aujourd'hui, partout où nous passons, nous constatons qu'il n'y a plus de respect, qu'il y a une rupture entre la société et les enfants que nous avons mis au monde* » (propos d'un médecin conférencier).

Ne pas allaiter : exposer l'enfant à un défaut d'humanité

En corollaire au discours sur la dimension d'amour que véhicule l'allaitement maternel, les propos insinuent que les substituts du lait maternel ne suffisent pas à la construction d'un être humain. Des médecins utilisent le terme de "lait de vache modifié". « *Ne mettons pas une vache entre nous et notre bébé* »³² recommande la Coordonnatrice de l'IBFAN pour l'Afrique francophone. Au cours de la Semaine Mondiale de l'Allaitement, des interventions laissent entendre que cette origine animale déterminerait le caractère des enfants : « *On fera boire à leurs enfants du lait de vache, et leurs*

³¹ Les travaux des éthologues ne montrent aucunement que l'allaitement au sein est indispensable mais, au contraire, soulignent « la diversité des sources ou mécanismes qui peuvent jouer dans l'attachement du bébé à sa mère. [...] Les compétences du nourrisson sont telles qu'il peut toujours établir, rétablir ou renforcer des liens forts et particuliers avec une personne soit par habitude et conditionnement, soit par transfert d'informations, soit par d'autres mécanismes. » (Montagner 1991 : 159).

³² Titre de l'éditorial. Barry B. Courrier de l'IBFAN n°2, juillet-septembre 1999, p. 3.

enfants seront des taureaux sans conscience et sans respect » (Famille artistique Kaïdara, animation éducative). Ces propos généraux sont relayés par les agents de santé lorsqu'ils reçoivent des mères qui ne peuvent pas allaiter leur enfant : « *On m'a dit que parce qu'il prenait le lait artificiel, mon enfant serait brutal, qu'il aurait le comportement d'un animal, qu'il n'allait pas me reconnaître, qu'il agirait comme un cheval.* » (une mère séropositive, Abidjan). En Côte-d'Ivoire, de tels propos ont conduit des femmes séropositives à dévoiler leur statut sérologique pour justifier le fait qu'elles n'allaitent pas auprès des soignants, alors qu'elles avaient jusqu'alors réussi à maintenir la confidentialité de leur statut. Ce type de discours a également eu pour effet d'inciter les femmes séropositives à cacher leurs pratiques d'alimentation du nouveau-né aux agents de santé (Desclaux 2000b).

Des propos aux confins de l'idéologique ?

Le caractère excessif des propos tenus notamment lors de la Semaine Mondiale de l'Allaitement maternel tient en partie à la volonté de "grossir le trait" dans un but pédagogique, attitude répandue chez les spécialistes en Information Éducation Communication. D'autre part, la culpabilisation des mères est récurrente lorsqu'il s'agit des maladies de l'enfant, en Afrique (Desclaux 1996) comme ailleurs³³, notamment parce que la figure de la "mauvaise mère" fait partie des archétypes facilement utilisés en éducation pour la santé.

Les professionnels de santé auraient-ils des leçons à donner aux femmes concernant l'amour qu'elles doivent porter à leur enfant ? Les plus rigoureux d'entre eux évoquent en termes biomédicaux "les interactions mère-enfant" dont la fréquence et la qualité auraient "un impact sur le développement psychomoteur de l'enfant", arguant du fait que "l'amour maternel" n'est que la traduction de ces concepts dans un langage populaire accessible aux femmes. Or, les études de psychologie transculturelle ont montré que le développement psychomoteur de l'enfant est différent en Afrique et dans les sociétés occidentales, les nourrissons africains étant en

³³ L'étude qu'ont menée G. Delaisi de Parceval et S. Lallemand sur les manuels de puériculture français du XX^e siècle met en évidence la même culpabilisation permanente (1980).

avance sur les normes euro-américaines, notamment pour certains aspects du développement moteur, jusqu'à l'âge du sevrage³⁴. En l'état actuel des connaissances, l'absence d'études comparatives transculturelles sur les relations entre interactions mère-enfant et allaitement au sein ou alimentation aux substituts du lait maternel fait que l'on ne peut pas affirmer que l'allaitement maternel est nécessaire pour un bon développement psychomoteur de l'enfant dans toutes les cultures. Une fois encore, les propos actuels semblent ethnocentrés et abusivement généralisés à l'Afrique.

« *Maintenant, à l'hôpital, c'est l'allaitement qui est obligatoire* ». Abusivement simplificateurs, comme l'atteste ce propos d'une sage-femme, ethnocentrés, déconnectés des besoins épidémiologiques réels, teintés de connotations morales : comment des messages sanitaires de cette nature ont-ils pu s'imposer et être préférés à des actions pourtant repérées comme prioritaires, telles que la réglementation du commerce et de la distribution des différents types de "lait artificiel", ou la promotion de l'allaitement maternel exclusif ? Des logiques sociales (maintien des institutions en place, intérêts des acteurs) ou culturelles (fondements idéologiques du discours) propres au système de soin biomédical sous-tendent ces messages que la raison biomédicale ne peut suffire à justifier.

Conclusion

³⁴ Cette avance est liée à la pratique d'exercices précoces (gymnastique, massages, jeux...) qui utilisent les compétences motrices et réflexes du nourrisson plus qu'en Occident. Elle est surtout liée à un mode de maternage proximal, qui maintient l'enfant en contact prolongé avec sa mère grâce au portage, tout en lui assurant des stimuli permanents ; lorsque la mère n'est pas disponible, la présence de membres de la famille élargie permet de poursuivre ces contacts. Ces pratiques sont opposées à un mode de maternage distal, qui, dans les pays occidentaux, conduit le nourrisson à passer la plus grande partie de son temps seul dans son lit ; dans ce cas, l'allaitement est un moment de contact corporel unique, que ne remplace pas l'alimentation au biberon. Ainsi, l'impact des interactions mère-enfant instaurées par l'allaitement sur le développement psychomoteur de l'enfant est essentiel dans les cultures où le mode de maternage distal est dominant (Stork 1999). L'importance de la dimension du contact corporel dans la valeur préventive de l'allaitement avait déjà été évoquée à propos de la mort subite du nourrisson : « One key of the SIDS [Sudden Infant Death Syndrome] enigma may be that the protective role of breastfeeding resides in the frequent contact between the infant and its mother initiated by the need for frequent feedings » (McKenna *et al.* 1995 : 277).

Les fondements épidémiologiques du programme mondial de promotion de l'allaitement maternel et certaines actions, telles que le contrôle juridique des activités de promotion des multinationales, sont sans doute légitimes et toujours d'actualité d'un point de vue de santé publique au plan international. Les bases conceptuelles du programme, s'opposant au recours aux substituts du lait lorsque l'allaitement maternel est possible et sûr, restent pertinentes sur tous les continents. Mais l'étude des représentations et des pratiques des professionnels de santé et des institutions spécialisées dans la promotion de l'allaitement maternel au Burkina Faso montre qu'en privilégiant une approche "standardisée" au plan international plutôt que l'adaptation des stratégies aux spécificités épidémiologiques et aux perceptions locales de l'allaitement, ce programme pourrait n'avoir eu comme impact que le fait de renforcer le caractère normatif de l'allaitement maternel. A-t-il eu d'autres effets que la généralisation de la mise au sein précoce et la démedicalisation de l'alimentation aux substituts du lait, qui renvoie dans les CREN, voire hors du système de soin, des enfants pour lesquels l'allaitement est impossible? Une évaluation utilisant les méthodes de la santé publique serait nécessaire pour répondre à cette question.

Les incertitudes sur la pertinence locale de ce programme et sa capacité à favoriser l'allaitement maternel exclusif ou à réduire le nouveau risque infectieux que comporte l'allaitement maternel n'ont cependant pas conduit à sa remise en cause, tant la lutte contre les substituts du lait maternel, leitmotiv du programme, fait l'objet d'un consensus général, qui dépasse largement le système de soin. Dès lors, on peut se demander si ce programme ne souffre pas d'un "excès de légitimité", comme si le crédit dont bénéficie l'allaitement maternel devait "naturellement" rejaillir sur sa promotion et sur ceux qui mettent en oeuvre ce programme. Ceci conduit à tolérer que des messages sanitaires tels que ceux diffusés au cours de la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel incitent à "jeter l'anathème" sur les femmes qui ne peuvent pas allaiter leur enfant.

Références bibliographiques

- Barry B., B. Essama, I. Kaboré *et al.*
1995 *Recherche opérationnelle sur les pratiques nutritionnelles du couple mère-enfant dans la province du Bazéga.* Ouagadougou, APAIB/WINS, 46 p.

- Delaisi de Parceval G. et S. Lallemand
 1980 *L'art d'accommoder les bébés. Cent ans de recettes de puériculture française.* Paris, Éditions du Seuil.
- Desclaux A.
 1996 « De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant ». In : J.Benoist (éd.), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical* : 251-280. Paris, Karthala.
 1998 *Allaitement et VIH au Burkina Faso. Enjeux pour les institutions sanitaires.* IRD Ouagadougou, août 1998, 70p.
- Desclaux A.
 2000a *Anthropologie d'un système de santé à l'épreuve du sida chez l'enfant à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.* Lille, Presses universitaires du Septentrion.
 2000b *Refuser d'allaiter pour protéger son enfant. La marginalité des femmes séropositives en Afrique.* Communication au Colloque "Allaiter à la marge", GDR Petite Enfance, Paris, 5 mai 2000.
- Grant J.
 1988 « UNICEF programmes in promotion of breastfeeding ». In : D.B. Jelliffe et E.F.P. Jelliffe (éds.), *Programmes to promote breastfeeding* : 227-234. Oxford, Oxford University Press.
- Hours B. (éd.)
 à paraître *Anthropologie des systèmes et des politiques de santé.* Paris, Karthala.
- Jelliffe D.B. et E.F.P. Jelliffe (éds.)
 1988 *Programmes to promote breastfeeding.* Oxford, Oxford University Press.
- Jelliffe D.B. et E.F.P. Jelliffe
 1978 *Human milk in the Modern World.* Londres, Oxford Press.
- McKenna J.J. et N.J. Bernshaw
 1995 « Breastfeeding and infant-parent co-sleeping as adaptive strategies : are they protective against SIDS ? » In : P. Stuart-Macadam et K.A. Dettwyler (éds.), *Breastfeeding. Biocultural perspectives* : 265-303. New York, Aldine de Gruyter.
- Messer J. et Stork H.E.
 1997 Pratiques de puériculture et mort subite du nourrisson : un éclairage transculturel. *Archives de pédiatrie* 4 : 3-7.
- Montagner H.
 1991 *L'attachement, les débuts de la tendresse.* Paris, Éditions Odile

Jacob.

- OMS
1999 *Données scientifiques relatives aux Dix Conditions pour le succès de l'Allaitement*. Genève, WHO/CHD/98.9, 122 p.
- Palmer G.
1988 *The politics of breastfeeding*. London, Pandora Press.
- Sinaré T. et M. Sinoussi
1994 « Sida ». In : D.L. Konaté, T. Sinaré, M. Séroussi. *Enquête Démographique et de Santé 1993* : 169-182. Ouagadougou : Institut National de la Statistique et de la Démographie.
- Sorgho M.
1997 *Étude de faisabilité de l'allaitement maternel exclusif dans le département de la Kantchari, province de la Tapoa*. École Nationale de Santé Publique, Mémoire SESSIO, Ouagadougou, 81 p.
- Soubeiga K.A.
1992 *Les stratégies de soins de santé primaires au Burkina. Mobilisation communautaire et logiques paysannes (l'exemple de la Sissili)*. Thèse pour le doctorat de sociologie, Université de Bordeaux II.
- Stork H.E.
1999 *Introduction à la psychologie anthropologique*. Paris, Armand Colin.
- Toé R.
1994 *Allaitement maternel au Burkina Faso. Étude comparative entre le milieu urbain et le milieu rural*. Thèse de Médecine n°25, Ouagadougou, Faculté des Sciences de la Santé.
- Traoré A., J. Sicard, F. Tall *et al.*
1991 *L'allaitement en milieu urbain au Burkina Faso*. CHNSS, Service de pédiatrie, Bobo Dioulasso, 55 p.
- Van Esterik P.
1995 « The politics of breastfeeding : an advocacy perspective ». In : P. Stuart-Macadam et K.A. Dettwyler (éds.), *Breastfeeding. Biocultural perspectives* : 145-166. New York, Aldine de Gruyter.
- Wilmoth T.A. et J.P. Elder
1995 An assessment of research on breastfeeding promotion strategies in developing countries. *Social Science and Medicine* 41 (4) : 579-594.

