

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

## Chapitre IX

# **Les détenteurs du savoir et les alternatives à l'allaitement en milieu rural mossi**

Bernard Taverne

Dans un pays tel le Burkina Faso, où il est habituel de rencontrer dans chaque unité domestique au moins une femme qui donne le sein à un enfant, les jeunes filles acquièrent progressivement de nombreuses connaissances sur l'allaitement, et cela bien avant leur première grossesse. Néanmoins, et contrairement aux apparences, allaiter n'est jamais facile. Les incidents et les difficultés sont nombreux, les complications sont souvent très douloureuses sinon graves.

Une femme qui allaite demande et reçoit de nombreux conseils, et ce d'autant plus qu'il s'agit de son premier enfant. Son entourage n'est jamais indifférent à cet événement. Nombreuses sont les personnes qui, selon leur expérience et leur compétence, vont guider la femme, lui suggérer – ou lui imposer – diverses pratiques pour assurer ou améliorer l'allaitement, ou la guider vers des personnes détentrices de connaissances plus précises lorsque des difficultés ou des complications surviennent.

Parfois, l'allaitement se passe mal ou est totalement

impossible. La sécrétion lactée n'apparaît pas, elle est insuffisante ou se tarit soudainement ; la mère ne peut assumer son rôle nourricier, ou dans la pire des situations elle décède alors que son enfant n'est pas encore sevré. L'entourage de la mère est alors obligé de trouver rapidement une alternative à cet allaitement défaillant. Il s'agit d'une urgence, la survie de l'enfant en dépend.

Quelles sont les personnes qui conseillent une femme qui allaite ? Quel type de connaissance peut-elle trouver selon les difficultés qu'elle rencontre, et auprès de qui ? Comment réagit l'entourage d'une femme qui ne peut allaiter ? Qui va nourrir un enfant orphelin s'il n'est pas encore sevré ? Ce chapitre apporte des réponses à ces questions à propos de la population Mossi du Burkina Faso.

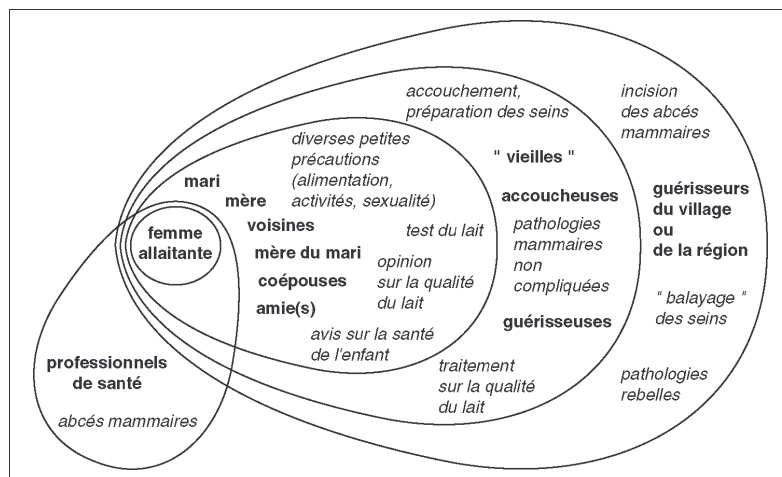
### **Les détenteurs du savoir sur l'allaitement**

En pays Mossi, il n'existe pas de « spécialiste » de l'allaitement maternel à proprement parler, c'est-à-dire de personne détentrice d'un savoir spécifique et global qui s'appliquerait à tous les aspects de l'allaitement maternel (préparation de l'allaitement, qualité du lait, pathologie du sein, etc.) ; un savoir qui conférerait à la personne le détenant un statut social distinct du reste de la population, ou des autres guérisseurs.

Les connaissances sur l'allaitement maternel sont partagées et réparties parmi un ensemble assez large d'individus. La jeune femme, enceinte pour la première fois ou allaitant son premier enfant, a autour d'elle diverses personnes qui sont susceptibles de la conseiller et de la soutenir dans son rôle procréateur et nourricier : son mari, sa mère et la mère de son mari, ses voisines et amies du même âge, ses soeurs, l'accoucheuse du quartier, les « vieilles » du quartier et parmi elles les guérisseuses et guérisseurs du village ou de la région, et les professionnels de santé. Ces différentes personnes entretiennent des rapports de proximité variable avec la jeune femme. Leurs interventions auprès de la femme à propos de son allaitement dépendent de cette proximité. Il est possible de répartir les différents acteurs en quatre ensembles distincts selon la nature de leur influence (voir schéma).

Les trois premiers niveaux sont représentés de manière concentrique parce que les conseils et les soins qui peuvent être

obtenus de chacun d'eux sont cohérents : il n'y a jamais de contradiction totale entre les indications fournies par les acteurs appartenant à deux niveaux différents ; les modèles explicatifs de référence sont identiques. De plus, le recours à des thérapeutes du niveau suivant se fait toujours en accord et sur le conseil de l'entourage de la femme concernée. Il en va différemment avec le recours aux professionnels de santé ; c'est pourquoi ce niveau de recours est schématisé par un tracé sécant par rapport aux autres niveaux. En effet, il arrive que les conseils donnés par les professionnels de santé entrent en totale contradiction avec les représentations populaires sur l'allaitement (par exemple à propos des bienfaits du colostrum), et le recours au dispensaire se fait parfois contre l'assentiment de certains proches de la femme.



Répartition par aires d'influence des personnes intervenant dans la conduite de l'allaitement maternel.

### ***Dans l'unité d'habitation et son entourage immédiat***

On retrouve, dans l'entourage immédiat de la jeune femme, certaines personnes avec lesquelles elle cohabite dans l'unité domestique : son mari, les éventuelles coépouses, la mère de son mari ; et des personnes qu'elle a l'occasion de rencontrer fréquemment à proximité : les voisines ; par affinité : les amies ; et dans le cadre des liens de parenté : sa mère et ses soeurs.

Ces personnes jouent le rôle de garant de l'application et du respect des principales précautions : la pratique du *rungr* (serrer les seins dans un pagne dès la découverte la grossesse), le massage des seins après l'accouchement, l'alimentation, la sexualité, les modalités d'allaitement, etc. Il s'agit d'une sorte de surveillance quotidienne qui s'applique à la femme et son enfant. À la moindre difficulté, la jeune femme se réfère à son mari et à la mère de son mari. Cette dernière peut prendre l'initiative de lui apporter des plantes pour les lavements et gavages de l'enfant, de conseiller des aliments ou le repos à la jeune femme, etc. Il arrive parfois que la jeune épouse et la mère du mari partagent la même habitation, dorment ensemble, pendant les premiers mois de vie de l'enfant.

Si l'enfant présente des signes qui font suspecter une altération de la qualité du lait, c'est souvent la mère du mari qui propose et effectue les tests du lait avec la fourmi *nyesga* et la coque du fruit de karité. Si le test traduit une altération, elle peut, en fonction de ses connaissances, conseiller une consultation auprès d'une guérisseuse du quartier ou expliquer elle-même à la jeune femme comment réaliser le traitement et lui montrer les plantes nécessaires. Ces anomalies relèvent des pratiques de soin domestiques.

L'allaitement n'est pas seulement une affaire de femme ; le mari est toujours soigneusement tenu informé de la manière dont il se déroule. En effet, il est de son devoir « d'être devant », c'est-à-dire de prévoir les éventuelles difficultés en consultant régulièrement les devins. Ce devoir de consultation est d'autant plus important lorsque la grossesse a été longuement désirée et lorsque d'autres enfants sont décédés en bas âge : les prescriptions rituelles peuvent être nombreuses, compliquées et coûteuses, elles sont cependant respectées avec attention et considérées comme le prix à payer pour la vie de l'enfant. Les jeunes maris sont toujours bien au fait des

complications survenues à leur épouse lors de l'allaitement (*biis-siido*, *biis-moogo*, *biis-guya*, etc.) car c'est également à eux que revient la nécessité « de tourner », c'est-à-dire de se déplacer pour trouver un guérisseur qui puisse soigner une pathologie rebelle.

Les maris âgés, qui ont plusieurs épouses et de nombreux enfants, sont moins attentifs au suivi de l'allaitement d'une jeune épouse. Leur mère est décédée et la surveillance en revient alors à leur première épouse, la *pug-kiema*, elle-même souvent âgée et ménopausée.

Les relations de proche voisinage sont également l'occasion de conseils et d'échanges permanents sur les soins à l'enfant et l'allaitement. Lorsqu'il n'y a pas de travail agricole, il arrive souvent que des voisins du même âge se regroupent aux heures chaudes de la journée dans la case de l'une d'entre elles, chacune ayant son dernier enfant sur les genoux ou dans les bras. Ces ambiances exclusivement féminines sont propices aux discussions sur la maternité, la santé des enfants, l'échange de recettes thérapeutiques, etc.

### ***Dans le quartier***

Lorsque les compétences des membres de l'habitation et du proche voisinage sont dépassées, il est fait appel à celles de l'accoucheuse ou d'une « vieille » du quartier. Il se trouve pratiquement dans chaque quartier une femme qui a le rôle d'accoucheuse et une « vieille » capable de soigner quelques-uns des maux de l'allaitement. Ces deux fonctions ne sont pas nécessairement associées chez une même personne. L'accoucheuse est appelée au moment de l'accouchement, et celui-ci terminé, elle participe parfois à la douche de la femme et au massage des seins. Son rôle peut se limiter à ce moment. La guérisseuse est sollicitée pour indiquer les recettes à effectuer si une anomalie de la qualité du lait est identifiée, pour les pathologies du sein non compliquées (stimulation de la lactation, *biis-moogo*, *biis-guya*) – en fait toute pathologie ne nécessitant pas d'incision – et le traitement des diarrhées du nourrisson (dont certains traitements préventifs en cas de reprise d'une activité sexuelle entre les époux).

### ***Dans le village ou les villages voisins***

À ce niveau, il est fait appel à des guérisseuses ou des guérisseurs, qui, sans être des spécialistes de la lactation, possèdent des compétences peu répandues sur quelques aspects précis concernant l'allaitement.

Il s'agit des personnes qui traitent la pathologie des seins nommée *guya*, et notamment de femmes qui « balayent les fourmis » ; elles sont considérées spécialistes du traitement de cette affection qui ne concerne pas seulement les maladies des seins, mais aussi certaines pathologies oculaires. Leur domaine de compétence est étroit, il ne concerne aucun autre aspect de l'allaitement.

On trouve aussi les guérisseuses et les guérisseurs spécialisés dans l'infécondité, la pathologie des enfants et les défauts de lactation. Ces trois domaines sont liés car ils sont considérés sous la dépendance des génies (*kinkirsi*). Ces thérapeutes fondent leurs interventions sur le pouvoir qu'ils ont acquis par l'intermédiaire de leur relation privilégiée avec les génies. Ils peuvent les solliciter lors de consultations divinatoires mais aussi entrer en contact avec eux durant le sommeil. Ce sont les génies qui désignent les plantes à prescrire à l'enfant et les sacrifices à réaliser.

Enfin les guérisseurs généralistes constituent un troisième groupe de thérapeutes. Il s'agit presque exclusivement d'hommes. Ils traitent un grand nombre d'affections, jusqu'à une trentaine et parfois plus, identifiées à partir des catégories nosographiques populaires chez les adultes et les enfants des deux sexes ; certains réduisent les fractures et incisent les abcès. Dans le domaine de l'allaitement, ils interviennent dans les défauts de lactation, dans les traitements préventif et curatif des troubles de la qualité du lait dus à la reprise de la sexualité (*podrem*), et dans le traitement des abcès par application externe de remède ou par incision. La pathologie de l'allaitement ne représente qu'une part minime de leur activité, ils ne rencontrent les femmes allaitantes que pour quelques demandes très précises. Comme corollaire, les entretiens avec eux révèlent une moindre connaissance des finesses sémiologiques à partir desquelles les femmes distinguent et classent les pathologies de l'allaitement. Ils considèrent l'allaitement maternel comme un sujet peu important pour lequel ils n'ont pas grand chose à dire et dont ils ne tirent pas de notoriété, c'est un sujet qu'ils évacuent rapidement des conversations.

### ***Les professionnels de santé***

### *Le dispensaire*

Dans la région d'enquête, les professionnels de santé du dispensaire n'ont, selon leur propre constat, « *pratiquement jamais aucune conversation avec les femmes à propos de l'allaitement maternel, car tout cela est réglé directement par les femmes entre elles, sous le contrôle des plus âgées* » précise un infirmier. Le thème de l'allaitement maternel n'est jamais abordé lors des consultations prénatales car il est tenu pour évident que toute femme allaite son enfant et que « *cela se fait tout seul (...) les jeunes femmes ne posent pas la moindre question à ce sujet* ».

Les quelques femmes qui accouchent à la maternité ne reçoivent pas d'autres conseils que ceux des femmes plus âgées qui les accompagnent. Lors de l'accouchement, le rôle de la « matrone » du dispensaire ou de l'infirmier consiste à assurer la naissance de l'enfant, la délivrance de la mère, les éventuelles sutures du périnée – en cas d'épisiotomie ou de déchirure spontanée – et à imposer une durée de repos minimale de quelques heures avant le lever de l'accouchée. Les femmes âgées, qui accompagnent l'accouchée, se chargent des autres soins, dont la douche qui comprend le massage des seins et l'expression du colostrum. Sur ces pratiques, les professionnels n'interviennent pas ; ils ont renoncé à répéter les conseils concernant la mise au sein précoce et l'allaitement de l'enfant par le colostrum. À l'occasion d'entretiens sur le sujet, ils restituent pourtant intégralement le message sanitaire officiel sur les bienfaits du colostrum, mais ils jugent « *qu'il n'y a rien à faire pour demander aux femmes de le garder, au moment de la douche, elles le jettent* ».

Les professionnels de santé du dispensaire apparaissent à la fois résignés et pragmatiques. Ils sont bien placés pour apprécier le faible impact de la plupart des messages d'information sanitaire qu'ils sont censés transmettre à la population. Aussi, sur le thème de l'allaitement et des soins au nouveau-né – essentiellement la pratique des gavages et lavements, dont ils doivent recommander l'abandon – ils préfèrent garder le silence pour ne pas dissuader les quelques femmes qui se décident à venir accoucher à la maternité : « *On ne peut pas leur demander ne pas faire les lavements, sinon elles ne viendront plus ici, ou elles partiront le faire chez elles* » constate l'un d'entre eux. Or la fréquentation de la maternité du dispensaire est très faible, il peut se passer un mois sans qu'aucune femme n'y vienne

accoucher<sup>1</sup>...

Le nombre de consultations au dispensaire pour des demandes liées à l'allaitement est minime : pour l'année 1997, l'étude des registres de consultations révèle un total de 3 consultations pour des pathologies mammaires (abcès du sein). Il apparaît ainsi que même ces graves complications, pourtant fréquentes, entraînent peu de demandes de soins auprès du dispensaire.

#### *Le centre médical*

Hormis les hospitalisations en urgence, demandées par l'infirmier du dispensaire (les « évacuations ») lors d'un problème médical grave (tel un accouchement dystocique), les femmes des villages où a eu lieu l'enquête ne se rendent jamais au centre médical pour y rechercher une information sur l'allaitement ou pour une consultation médicale sur ce sujet. Les conseils qu'elles y recevraient ne seraient pas sensiblement différents de ceux qu'elles obtiennent au dispensaire, même si les compétences médicales de certains professionnels de santé y sont théoriquement supérieures.

Lors des consultations prénatales, on y affirme avec un peu plus de véhémence l'inutilité du *rungri*, le caractère néfaste des lavements et des gavages du nouveau-né, la nécessité de donner le colostrum et de l'allaitement exclusif, etc. Mais en pratique, après l'accouchement, ce sont encore et toujours les femmes qui accompagnent l'accouchée qui s'occupent d'elle, qui vont la doucher, presser ses seins et effectuer les premiers lavements et gavages de l'enfant.

Comme leur collègue du dispensaire, les professionnels du centre médical déplorent « *la persistance de ces pratiques néfastes* », et constatent leur impuissance à les modifier. Ainsi reconnaît une sage-femme : « *même ici les femmes continuent de faire les gavages, elles vont faire ça la nuit, ou très tôt le matin, avant que l'on arrive c'est déjà fait. (...) Je ne sais pas comment on va faire pour changer ça, il va peut-être falloir attendre une nouvelle génération de*

---

<sup>1</sup> Sur une période de 12 mois (du 1/07/93 au 30/06/94) 54 accouchements ont eu lieu au dispensaire. Pendant la même période, 193 enfants vivants ont été déclarés à l'État Civil ; le registre est tenu par l'infirmier responsable du dispensaire pour l'aire sanitaire et administrative correspondante. On peut estimer de 70 à 80 % des accouchements se déroulent à domicile.

*femmes... encore que celles de maintenant sont déjà en train d'apprendre ça ! ».*

Selon le personnel, les consultations motivées par des pathologies de l'allaitement sont peu fréquentes. Leur nombre exact est impossible à préciser car les registres de consultations ne sont pas systématiquement complétés...

### **Les alternatives à l'allaitement maternel**

#### ***Les circonstances d'arrêt de l'allaitement maternel et les stratégies de remplacement***

Les circonstances lors desquelles une femme arrête d'allaiter son enfant avant l'âge habituel du sevrage sont peu nombreuses. Un inventaire exhaustif a permis d'identifier les cinq situations suivantes :

- une anomalie de la lactation (hypo- ou agalactie),
- des troubles psychiques graves qui entraînent des comportements de la mère incompatibles avec son rôle maternel,
- le décès maternel,
- une séparation précoce du couple mère/enfant,
- une altération majeure et irréversible de la qualité du lait.

Dès lors que la mère ne peut pas assurer l'allaitement, l'enfant risque de ne pas survivre ; il faut dans l'urgence trouver une alternative à l'allaitement maternel. Selon le motif de l'arrêt de l'allaitement maternel, les stratégies mises en œuvre seront différentes.

#### ***Incapacités de la mère à assurer l'allaitement***

Les deux principales raisons qui peuvent conduire une femme à ne pas allaiter son enfant sont un dysfonctionnement de la lactation qui peut se traduire par une hypogalactie ou une agalactie complète, et certains troubles psychiques de type psychotique (psychose puerpérale).

Bien que les circonstances qui entraînent l'incapacité maternelle à allaiter soient différentes, les deux récits qui suivent montrent que les alternatives à l'allaitement maternel sont organisées de manière similaire :

- dans l'urgence il est fait appel à des nourrices pour allaiter l'enfant tandis que le père, avec l'aide de son entourage, tente de résoudre la cause initiale (le manque de lait, le trouble psychique),
- les nourrices ne sont pas des coépouses mais des « voisines », en fait des épouses des frères des hommes concernés, donc des femmes extérieures au ménage ; pourtant dans ces deux situations, les coépouses sont un peu plus âgées que les femmes atteintes, elles ont déjà eu plusieurs enfants, il pouvait sembler logique qu'elles tentent d'assurer l'allaitement, au besoin en stimulant leur lactation comme cela se fait dans d'autres circonstances (cf. infra). Tout au plus acceptent-elles d'assurer le maternage de l'enfant.
- l'allaitement par les nourrices est considéré comme une mesure transitoire car elle place les parents et l'enfant dans une situation de dépendance : « les femmes étaient d'accord pour allaiter l'enfant, mais entre temps on a réfléchi que les femmes pouvaient avoir envie de voyager ou devoir aller chez leurs parents, et on ne peut pas les obliger à rester ici pour allaiter l'enfant, elles peuvent partir et nous laisser dans la souffrance » précise un père. Il est donc nécessaire de trouver une solution plus durable.
- la solution qui permet aux parents d'échapper à la dépendance du voisinage passe par l'acceptation de la dépendance à une structure sanitaire anonyme. Seul, dans la province de l'Oubritenga, le dispensaire protestant de Loumbila permet une prise en charge suivie et presque gratuite de l'allaitement, dans les situations d'urgence. Cependant, la condition minimale fixée par le dispensaire – la présence d'une femme pour assurer la prise en charge de l'enfant – peut se révéler difficile à satisfaire. Ainsi, A. n'est pas parvenu à « trouver la femme ».

### L'agalactie de K.

Agriculteur, O. a deux épouses : S., la première, a deux enfants ; K., la deuxième, est âgée de 19 ans. Après une grossesse sans complication, pour laquelle elle s'est rendue quelques fois à la consultation de SMI (santé maternelle et infantile) du « dispensaire », elle accouche à domicile sans difficulté notable, avec l'aide de quelques vieilles femmes du quartier. Au décours de l'accouchement, elle reçoit les soins habituels (douche, massage des seins, consommation de *zom-koom* pour stimuler la sécrétion de lait). Sa poitrine est bien développée et apparemment normalement constituée. Les premiers massages ne parviennent pas à extraire de colostrum, l'enfant est tout de même mis au sein, « il mâche » sans résultat. Les seins vont être de nouveau massés, des soupes sont données sans effet. Vers le troisième ou quatrième jour, il est demandé à une voisine, puis à une deuxième, d'allaiter l'enfant en attendant de trouver une solution.

Pendant ce temps, O. s'engage dans une série de consultations de guérisseurs et de devins et réalise de nombreux rituels : « Quand tu as un problème comme ça, les gens disent : "il faut faire ça, il faut aller là-bas"... J'ai tout fait, je suis allé partout... Des devins ont dit que les génies (kinkirsi) avaient caché le lait, j'ai fait des sacrifices ; d'autres ont dit que c'était les ancêtres du côté de la femme, je suis allé demander aux vieux de sa famille de faire un sacrifice avec une poule pour leurs ancêtres qui sont sous terre afin qu'ils donnent le lait à leur fille ; on est allés tuer des poulets et des chèvres devant le *ten-kugri* (autel de terre) pour demander le lait, mais on n'a rien eu... J'étais fatigué et découragé, l'enfant allait mourir, les gens ont vu que je souffrais... Et puis des voisins m'ont conseillé d'aller au dispensaire protestant de Loumbila ». L'enfant avait alors 20 jours, depuis sa naissance il était allaité alternativement par deux femmes, épouses de frères du mari, qui ont chacune son propre nourrisson.

O. se rend d'abord au dispensaire, à 5 km de son domicile, pour enregistrer la naissance de l'enfant à l'État Civil. Avec l'accord de l'infirmier, il va alors avec son épouse et l'enfant au centre médical de la ville voisine, Ziniaré, à 17 km : « Là, ils nous ont regardé passer seulement, ils ont dit que l'on doit aller à Loumbila » qui se trouve 15 km plus loin. « Quand on est arrivés là-bas, ils nous ont dit que l'on avait un peu trop attendu pour venir et que l'enfant avait maigri, mais qu'il était encore bien. Ils nous ont reçus et il nous aident jusqu'à aujourd'hui ».

La mère et l'enfant font un premier séjour d'un mois. Ils sont hébergés sur place, l'enfant est nourri avec du lait en poudre maternisé donné au biberon. Les premiers biberons sont réalisés par le personnel du dispensaire, puis très rapidement, la mère apprend à préparer elle-même les biberons. Lorsque l'état nutritionnel de l'enfant est jugé satisfaisant et que le personnel a la certitude que la mère sait préparer les biberons correctement, ils sont autorisés à rentrer chez eux. Ils repartent avec l'obligation pour le père de revenir tous les 28 jours chercher les boîtes de lait et donner des nouvelles de l'enfant. Vers le 7<sup>ème</sup> mois, l'enfant a eu de la diarrhée pendant quelques jours. O. ramène son épouse et l'enfant à Loumbila. Ils y restent 26 jours.

Le jour de l'entretien, l'enfant a environ 10 mois, il semble en meilleure santé que les autres nourrissons du même âge que l'on peut voir dans l'habitation. Selon O. la prise en charge a été totalement gratuite, actuellement il reçoit des boîtes de bouillie Cérélac® en plus des boîtes de lait pour le mois. La date du prochain rendez-vous où l'enfant devra être montré est fixée pour le mois suivant.

### La psychose de R.

A. est agriculteur, il a deux épouses : T. la première a trois enfants, son dernier né est décédé il y a 7 mois ; R. est la deuxième épouse, elle est âgée de 18 ans. Elle est mariée depuis une année, selon un rite musulman, à la suite d'un mariage décidé entre les parents. Sa grossesse a débuté peu de temps après le mariage, elle s'est déroulée sans complication, l'accouchement a eu lieu au domicile sans difficulté, selon le père. Douze jours après l'accouchement, alors que l'allaitement était bien établi, R. « *est devenue folle* », elle débute une psychose puerpérale probable : délire, confusion, agitation, elle refuse de s'occuper de l'enfant et de l'allaiter, « *elle veut jeter l'enfant* ». Le nouveau-né est alors nourri par deux voisines, qui sont des épouses des frères de A.

Les désordres psychiques de R. sont interprétés comme étant dus à l'action des génies, ce que confirment divers devins. Après plusieurs traitements inefficaces, dix jours après le début de la maladie, A. décide de conduire son épouse au dispensaire. Là-bas, il lui est fait une « injection » et conseil lui est donné de « *chercher des remèdes traditionnels* »... Il décide alors de la conduire auprès d'un guérisseur de Koupéla (250 km, parcourus en bicyclette et bus) qui a la réputation de faire une injection miracle (coût total, environ 15 000 FCFA l'injection seule coûte 4000 FCFA\*). À son retour à domicile, quatre jours plus tard, son état empire, il la conduit alors à une quinzaine de kilomètres du domicile familial chez un « guérisseur-devin par les *kinkirsi* » (*kinkir-baga*) qui la garde auprès de lui. Au bout de quelques semaines son état s'améliore, elle demande à voir son enfant et souhaite l'allaiter « mais les seins sont devenus secs, on lui a donné un remède, le lait est revenu, l'enfant a tété pendant 10 jours, et puis ça l'a repris encore ». A. laisse son épouse chez le guérisseur et ramène son enfant à son domicile.

Au moment de l'entretien, l'enfant est âgé de 2 mois et demi, il est toujours nourri par une voisine, il est très maigre. La coépouse lui donne les soins quotidiens mais ne l'allait pas, sous le prétexte qu'elle serait peut être enceinte. A. connaît bien l'existence du dispensaire protestant de Loumbila et pense qu'il pourrait y trouver de l'aide, mais ne parvient pas à trouver une femme disponible qui accepterait de se rendre là-bas (37 km) pour accompagner et prendre en charge le nourrisson pour une durée d'au moins un mois. La situation paraît bloquée au jour de l'entretien : « *le problème me dépasse...* » dit-il accablé.

Trois mois plus tard, la jeune femme est parvenue avec l'aide du guérisseur à satisfaire les *kinkirsi* qui la perturbaient, « *elle est guérie* ». Elle a réintégré le domicile familial, allaite son enfant et s'en occupe correctement. Finalement, le père ne sera pas parvenu à atteindre le dispensaire protestant et l'enfant a été allaité pendant près de 5 mois par les deux nourrices du voisinage.

\* En milieu rural, il est rare qu'un chef de famille dispose de 15 000 FCFA en espèces. Le plus souvent une telle somme nécessite la vente d'un gros mouton ou de deux chèvres, et/ou la contribution de divers membres de la famille.

*Décès maternel*

L'allaitement d'un enfant dont la mère est décédée soulève des problèmes plus complexes car ils sont liés au statut social de l'enfant orphelin : « *Chez nous [les Mossi], quand une femme meurt et laisse un bébé de quelques mois, c'est rare qu'il vive longtemps* » reconnaît un chef de famille qui a lui-même perdu un enfant à la suite du décès de son épouse. Dans la société mossi, devenir orphelin (*kiiba*) est interprété comme une perturbation de l'ordre naturel de l'enchaînement des générations. Un enfant en bas âge ne peut être privé de sa mère ou de ses deux parents.

La société mossi applique à cette situation le même traitement qu'elle réserve à tout ce qui est considéré comme anormal : un homme dont plusieurs épouses décèdent en état de grossesse, une femme dont aucun enfant ne survit, une personne très âgée qui survit à ses enfants, etc. La perturbation de l'ordre naturel/divin/ancestral est attribuée aux individus survivants. Ainsi, l'homme est responsable du décès de ses épouses, la femme est responsable du « départ » de ses enfants, le grand vieillard est suspecté de détourner à son profit la force vitale de ses enfants qui décèdent, etc. À travers ce même processus d'imputation de la cause, l'enfant orphelin est considéré responsable du décès de sa mère ou de son père. La mort du parent est censée révéler la nature de l'enfant : s'il a pu se « débarrasser » de son père ou de sa mère, cela signifie qu'il a la « tête dure » et qu'il entretient des relations étroites avec les entités du monde supra-humain (les *kinkirsi*). Ses pouvoirs ou ses liens avec l'au-delà sont suffisamment forts pour lui permettre de s'affranchir de ses parents en les tuant. Aussi cet enfant inspire la crainte, et ce d'autant plus qu'il est très jeune (Taverne 1997).

Cette crainte suscite des sentiments équivoques de la part des adultes à qui revient la prise en charge de l'enfant. L'orphelin est coupable d'avoir éliminé l'un de ses parents, il n'est pas vraiment digne d'être l'objet de soins attentifs. Mais la force qui lui a permis un tel acte oblige à la méfiance : ne serait-il pas capable (avec l'aide des génies qui l'accompagnent) de punir de mort les personnes qui le négligeraient ? Le jeune orphelin fait partie de la catégorie des « *enfants mortifères* » identifiés par D. Bonnet (1994 : 105). Au fur et à mesure que l'enfant grandit, ses liens avec le monde surnaturel se distendent et disparaissent. Vers l'âge de deux ou trois ans,

« *l'acquisition du langage et l'autonomie alimentaire lui font quitter définitivement l'ordre divin* » (Bonnet 1994 : 94). Il s'« humanise » et devient moins dangereux, alors la crainte qui l'entoure s'estompe. La crainte que suscite l'orphelin entraîne un rejet parfois discret mais bien réel à son égard. Dans quelques cas, cette crainte est telle qu'elle peut conduire à un infanticide immédiat<sup>2</sup>. D'autres fois encore, alors que plusieurs femmes de la famille seraient susceptibles de s'occuper de l'enfant, celui-ci est finalement confié à un orphelinat ; c'est une manière de le tenir à distance en attendant qu'il grandisse.

Le droit coutumier mossi ne recommande ni n'exclut une personne pour s'occuper d'un enfant orphelin. En pratique, toute femme « qui a bon caractère et beaucoup de cœur » peut prendre en charge un enfant orphelin, qu'elle soit issue de la famille paternelle ou maternelle de l'enfant. Cependant, le plus souvent, même si des jeunes femmes allaitantes se trouvent dans l'unité domestique (la cour) ou dans la proche famille, c'est à la grand-mère paternelle (parfois à la grand-mère maternelle) que revient la charge de s'occuper de l'enfant orphelin. Les grand-mères ont en effet la réputation d'avoir « de l'expérience », de savoir élever les enfants, mais surtout, elle sont jugées les plus à même de réaliser et de respecter les différents rituels qui doivent permettre la survie de l'enfant tout en protégeant le reste de la famille.

Parmi les premières précautions que doit prendre la grand-mère, elle doit s'assurer de l'accord de la défunte si cette dernière ne lui a pas confié nommément son enfant avant de mourir. Pour ce faire, elle doit se rendre le lendemain soir de l'enterrement sur la tombe de la femme pour lui demander l'autorisation de s'occuper de l'enfant selon une formule appropriée : « *Toi, Dieu t'a appelée et tu as du laisser ici un petit enfant, tu vois bien que c'est moi qui vais le garder, aussi je te demande de me faire confiance (yadro), il faut que tu attaches ton cœur (yodo'f suuri) et que tu me fasses confiance pour me laisser cet enfant, si il a une longue vie, ton nom ne sera pas perdu, si il a une longue vie, ce sera pour toi* ». En effet, dans les jours immédiats suivant le décès maternel, il est dit que la mère peut revenir chercher son enfant<sup>3</sup>. Parfois, pour l'en prévenir, la grand-

---

<sup>2</sup> Information confirmée en 1996 par M. R. Diarra, Président de la Chambre Sociale de la Cour d'Appel du Tribunal de Ouagadougou.

<sup>3</sup> De manière symétrique, il est également considéré qu'un nourrisson décédé peut revenir chercher (c'est-à-dire tuer) sa mère pour pouvoir continuer de téter ; pour

mère et l'enfant vont s'installer une semaine dans un autre quartier afin que la défunte ne puisse trouver son enfant si elle revient le chercher. L'enfant orphelin pourrait être « rappelé » par sa mère dans un délai de 13 jours pour un garçon ou de 14 jours pour une fille : « *au-delà de 13 ou 14 jours, tu sais que si l'enfant meurt, ce n'est plus parce que sa mère le rappelle... mais c'est peut-être parce que tu t'en es mal occupé* » déclare une vieille femme.

#### Trois récits de prise en charge d'enfants orphelins

N., environ 50 ans, veuve depuis 1991, remariée par lévirat au fils de sa coépouse (mariage nominal\*), habite dans la cour dirigée par son fils aîné. L'épouse de celui-ci a été trouvée sans connaissance au bord d'un chemin alors qu'elle revenait de chercher de l'eau. Elle décède 2 jours plus tard, sans avoir repris conscience. La cause a été attribuée à « un trouble avec les *kinkirsi* ». Elle avait une fille de 50 jours. N., sa grand-mère paternelle, la prend en charge. Quatre jours après le décès, le père se rend à bicyclette au service de l'action sociale de Ziniaré (20 km). Là-bas il lui est conseillé, selon les propos qu'il rapporte, « *de ne pas faire téter l'enfant à d'autres femmes, et de lui donner du lait en poudre* ». On donne au père un biberon avec quelques conseils d'utilisation – « *ils ont dit qu'il faut se laver les mains jusqu'au coude, qu'il faut faire bouillir l'eau en se mettant dans un endroit où il n'y a pas de poussière, dans une case, et de ne jamais toucher la tétine à la main* » –, une boîte de lait pour un mois, et quelques habits. Pendant ce temps le nourrisson est alimenté par deux femmes du voisinage. N. commence alors à chercher le moyen de provoquer une lactation chez elle, cela fait environ 10 ans qu'elle a sevré son dernier enfant. Il s'ensuit un parcours thérapeutique de 24 jours qui la conduit chez 7 thérapeutes avant de trouver une préparation efficace. Avant que la boîte de lait en poudre ne soit terminée, le père repart au service de l'action sociale où il lui est dit qu'il n'y a plus de lait, que l'on ne peut rien faire pour lui et que le mieux est que la grand-mère puisse l'allaiter. Selon N. cet allaitement a bien fonctionné. Mais l'enfant est atteint par la rougeole avant de décéder, 224 jours après sa mère. Selon la grand-mère cela est dû seulement à la rougeole car l'enfant était par ailleurs en bonne santé. Le père avait entendu parler du dispensaire protestant de Loumbila mais ne savait pas que les soins y étaient gratuits.

S. a environ 50 ans. Son fils est revenu de Côte-d'Ivoire (en février 1994) avec son épouse malade et leur enfant âgé de 11 mois. La mère décède 8 jours après son retour et après avoir confié l'enfant à S. (la grand-mère paternelle de l'enfant), qui prend un remède pour « faire venir le lait » puis commence à l'allaiter. Mais l'enfant est malade et maigrît, ce qui est attribué à la présence du *walgo* de la mère dans le corps de l'enfant. Une consultation au dispensaire (CSPS) l'oriente vers le centre médical de la ville voisine (Ziniaré). Elle y reste 18 jours et ne constate pas d'amélioration de l'état de santé de l'enfant, malgré les médicaments achetés. Des proches lui conseillent alors de se rendre au dispensaire protestant de Loumbila. Elle y est prise en charge gratuitement, y séjourne un mois, puis revient régulièrement montrer l'enfant. L'enfant a maintenant 5 ans, il est dans un état de santé comparable aux autres enfants de la cour.

A. est âgée d'environ 55 ans. Son fils B. a deux épouses, qui ont chacune plusieurs jeunes enfants. L'une d'elle décède 6 jours après avoir été mordue par un serpent. Elle avait 3 enfants âgés d'environ 5 ans, 4 ans, et 11 mois au moment du

---

prévenir cette situation, lors de l'enterrement du nourrisson il est déposé à ses côtés une coque de noix de karité remplie de lait maternel afin « qu'il parte avec son lait ».

décès. Avant de mourir, la mère confie ses enfants à A. qui est la grand-mère paternelle en lui demandant de ne pas les séparer et de s'en occuper. Le dernier enfant était encore au sein. A. prend un médicament traditionnel pour stimuler sa lactation ; le dernier enfant qu'elle avait allaité a aujourd'hui 22 ans. Deux jours après la prise de ce médicament, elle a suffisamment de lait pour faire téter l'enfant. Actuellement l'enfant, qui va avoir 3 ans, est dans un état de santé comparable aux autres enfants de la cour. Au moment du décès, une coépouse de la défunte allaitait un enfant, mais elle n'a pas pris en charge l'orphelin, ni ne l'a allaité.

\* Pour plus d'information sur le mariage par lévirat cf. Taverne 1996.

Par la suite, l'entretien de l'orphelin demeure toujours plus compliqué que celui d'un enfant dont la mère est vivante. La femme qui en a la charge peut malgré elle ne pas satisfaire totalement l'enfant et en subir les conséquences : « *Si tu fais quelque chose qui ne plaît pas à l'enfant, et si cela ne plaît pas à sa maman, elle peut toujours revenir, ou bien ça peut ne pas plaire aux ancêtres et ils vont te punir* ». Aussi, la femme qui a la charge de l'enfant doit se prémunir de ces représailles à l'aide de protections magiques, en particulier en prenant un remède (*tiim*) qui se nomme *kim-yubsa* (*kim*, *kimse* : esprit des ancêtres, *yubsa* : offenser) ; elle doit régulièrement consulter les devins afin de prévoir au plus tôt les difficultés à venir.

Dans le même temps, il faut aussi régler la question des soins quotidiens et en particulier l'allaitement. Dans l'urgence, la grand-mère fait plusieurs fois par jour la tournée des habitations voisines afin de faire allaiter l'enfant par des femmes qui ont des enfants au sein. Bien qu'il n'y ait pas de règle explicitement énoncée, il apparaît clairement qu'il n'est pas fait appel aux coépouses de la défunte pour allaiter l'enfant, mais plutôt à des femmes extérieures à l'unité domestique.

Toute femme, quels que soient ses liens de parenté avec l'enfant, peut l'allaiter, mais une précaution doit être respectée : une femme *nakombse* ne devrait pas allaiter un enfant *nionionse*<sup>4</sup> car ce dernier pourrait « partir » avec le lait de la femme. « *Les petits nionionse peuvent emmener le lait avec eux et laisser la femme vide* » met en garde une vieille femme. En revanche, une femme *nionionse*

<sup>4</sup> En simplifiant, les Mossi distinguent entre eux les *nakombse* qui sont les “gens du pouvoir” et les *nionionse*, les “gens de la terre”. Ces deux groupes échangent régulièrement des femmes, aussi les épouses d'un homme *nakombse* sont souvent des femmes *nionionse*, et inversement. La dualité gens du pouvoir/gens de la terre est l'expression actuelle de la dualité conquérants/autochtones (Izard 1985 : 18) qui remonte aux origines de la constitution de l'empire Mossi.

peut allaiter sans conséquence tous les enfants. Enfin, il est inconcevable d'imaginer faire allaiter un enfant par une femme peul « *parce que nous ne sommes pas du même lignage (budu)* » et inversement qu'une femme mossi allaite un enfant peul.

L'allaitement par les femmes du voisinage est toujours considéré comme une mesure transitoire. Parallèlement, toutes les femmes âgées qui prennent en charge un orphelin tentent de réactiver leur sécrétion lactée pour alimenter l'enfant. Cette pratique est fréquente, les recettes de remèdes censés favoriser le retour d'une sécrétion lactée sont très nombreuses.

#### Itinéraire de N. pour provoquer sa lactation

« Le premier remède, la personne m'a dit de préparer du zom-koom avec du mil, de mélanger le remède dedans, et de boire ça toute une journée sans manger d'autre aliment, et en restant assise au milieu de la case, je l'ai fait mais il n'y a pas eu de lait (...). Le deuxième remède on l'a fait avec du lait caillé (biis-naare), il fallait mélanger le remède dans le lait caillé et boire, j'ai tout de suite vu que ça n'allait pas prendre parce que j'ai tout vomi sur place (...). Ensuite, un homme m'a donné un remède que je devais préparer chez moi, le mettre dans du zom-koom et dans des haricots pour manger, j'ai mangé tout cela, et rien n'est venu (...). Après c'est une femme qui m'a dit de préparer du zom-koom et d'aller déposer la calebasse pleine sur la tombe de la mère pour lui demander le lait, j'ai demandé et je n'ai pas eu (...). Celui d'après, c'est le voisin que me l'a montré, il m'a dit de faire bouillir du wale-biisum\* (lit. lait de tourterelle), de piler du bage-yanga\*\* sans le poser sur le sol et d'ajouter cela au zom-koom, mais ce n'est pas encore venu (...). Puis, une vieille m'a dit de lui amener du mil, je ne sais pas ce qu'elle a fait avec, mais elle a préparé du zom-koom, elle m'a dit de le boire pendant toute une journée sans rien manger de plus, j'ai bu cela et attendu toute une journée, ce n'est pas encore venu (...). Le dernier, c'est un homme qui m'a dit de piler du sorgho rouge (ka-zinga), d'en faire de la farine et la mélanger avec du lait caillé que l'on a fait bouillir puis filtré, puis de manger cela pendant 4 jours, je l'ai fait et ce n'est encore pas venu. Alors, je me suis souvenue que mon père avait lui aussi un remède car une de ses femmes avait des enfants mais n'avait pas de lait, il connaissait un remède, mais toutes les femmes ne sont pas capables de boire ça : il faut préparer du zom-koom avec du petit mil et de la potasse, et il faut boire 3 gorgées si c'est un garçon et 4 gorgées si c'est une fille. C'est ça que j'ai vraiment fait pour gagner le lait, et alors il est venu ».

\* *Euphorbia* sp. (EUPHORBIACEAE).

\*\* *Piliostigma thonningii* (Schum.) Milne-Redhead (CAESALPINIACEAE).

Le lait obtenu par des femmes âgées qui stimulent leur lactation pour nourrir un enfant orphelin est nommé « lait-demandé » (*biis-kotame* ; *bis* : lait, *kotame* : demandé). Il est jugé immédiatement

consommable, et n'est pas précédé par un lait à éliminer comme le colostrum (*naseta*). La mise au sein de l'enfant s'accompagnerait toujours d'un épisode de diarrhée plus ou moins importante. Il serait dû à l'incompatibilité entre le lait de la mère avec lequel l'enfant a été allaité précédemment et le nouveau lait qui lui est proposé. Le lait de la mère décédée est nommé *biis-kiinga* (*bis* : lait, *kiinga* : mort/de la morte). Des remèdes, en particulier des lavements à partir de la plante *wilenwiiga*<sup>5</sup>, doivent être donnés à l'enfant afin qu'il élimine le « lait de la morte » qu'il porte encore dans son corps ; la diarrhée est une façon d'éliminer ce lait.

#### *Séparation précoce du couple mère/enfant*

Il est exceptionnel qu'un enfant non sevré soit séparé de sa mère ; il existe cependant, en pays Mossi, une situation dans laquelle cette séparation peut être imposée à la mère, contre son gré. En effet, lorsque une jeune femme, déjà promise en mariage, est enceinte d'un homme d'un lignage autre que celui auquel elle avait été promise, il est toujours demandé à la mère de « remettre l'enfant à son père ». Le plus souvent, l'enfant est « rendu » à son père biologique après le sevrage, vers l'âge de deux ou trois ans. La jeune femme passe ces années chez une tante maternelle, elle réintègre le domicile de ses parents après avoir donné l'enfant, avant d'être immédiatement envoyée au domicile de l'homme auquel elle avait été donnée en mariage avant cette naissance. Il est des cas où un chef de famille furieux de l'affront que lui impose sa fille lui oblige à restituer l'enfant quelques jours seulement après l'accouchement ; la jeune femme est mise en demeure « d'aller remettre l'enfant où elle l'a trouvé, de ne plus en parler et de ne pas pleurer » sous la menace d'être battue.

Ces situations surviennent le plus souvent entre des individus jeunes, qui ne vivent pas encore en union conjugale ; le père de l'enfant est en général un jeune homme sans ressource. L'enfant est alors pris en charge par sa mère (donc la grand-mère du nouveau-né), et allaité par celle-ci ou par l'épouse d'un de ses frères plus âgés qui habite le même logement, ou à proximité.

---

<sup>5</sup> *Guiera senegalensis* J.F. Gmel. (COMBRETACEAE).

### *Anomalie de la qualité du lait*

Seule l'altération du lait entraînée par une reprise "précoce" de l'activité sexuelle de la mère peut imposer l'arrêt de l'allaitement<sup>6</sup>. Il est en effet considéré que l'enfant qui consommerait le lait de sa mère ayant eu une relation sexuelle deviendrait malade et pourrait en mourir. Il est alors nécessaire de sevrer l'enfant au plus vite ; il est dès lors alimenté par des bouillies ou directement par le plat familial. Une mère qui, contre l'avis familial, continuerait à allaiter son enfant, pourrait se voir accusée de vouloir tuer l'enfant. Dans la région d'enquête, plusieurs guérisseurs contestent le caractère impérieux du sevrage ; ils proposent divers traitements à donner à l'enfant afin qu'il puisse boire sans conséquence pour sa santé le lait altéré de sa mère.

### *Les modalités d'allaitement*

L'allaitement avec du lait en poudre maternisé – le « lait des Blancs » – est connu, mais il est jugé financièrement inaccessible, même si peu de gens connaissent exactement le coût d'un tel allaitement. La rumeur circule que pour allaiter un enfant au biberon il faudrait vendre toute la réserve annuelle de mil d'une famille, ou recevoir régulièrement de l'argent d'un parent immigré en Côte-d'Ivoire. Aussi, ce mode d'allaitement n'est évoqué comme recours possible que par les gens qui ont la certitude qu'ils pourraient y avoir accès gratuitement. Il est également bien connu que la préparation des biberons répond à des contraintes d'hygiène précises, règles qui sont parfois exagérées comme dans les propos d'un homme affirmant que : *« À chaque fois que l'enfant veut téter il faut mettre la marmite au feu, bouillir l'eau, on va la mettre au feu au moins 3 ou 4 heures pour qu'elle soit bien, on doit mettre 5 litres et mettre au feu. Quand il ne reste que deux litres et demi c'est devenu bien »*.

L'allaitement par des laits animaux, chèvre ou vache, n'est jamais évoqué spontanément par les Mossi. En dehors des situations d'allaitement difficile, le lait de vache n'est donné à un enfant que lors de la diversification alimentaire, en même temps que les bouillies (vers 8 ou 9 mois). Seuls les pasteurs Peuls affirment que le lait de vache peut être donné à un enfant orphelin, mais comme ultime

---

<sup>6</sup> Cf. chapitre V.

solution, « *si on ne l'a pas amené chez les sœurs [religieuses]* » précise un guérisseur. Dans ce cas, le lait est donné à l'aide d'une petite outre en peau de chèvre dont une extrémité fine ressemblerait à une tétine.

La principale alternative à l'allaitement maternel, chez les Mossi en milieu rural, est donc représentée par l'allaitement par une ou plusieurs nourrices pour palier à une situation d'urgence, et pour un enfant orphelin, par un allaitement par une grand-mère qui stimule sa lactation.

Le placement de l'enfant dans une institution d'accueil fait aussi partie des recours utilisés par certaines familles. Dans le cas des orphelins, il ne s'agit pas forcément d'un abandon mais d'une stratégie d'éloignement qui permet de sauver l'enfant dont la mort est bien souvent considérée inévitable.

### ***Les principaux acteurs et leur rôle en cas d'alternative à l'allaitement maternel***

#### *La famille*

Quelles que soient les circonstances qui ont abouti à ce que l'allaitement maternel soit impossible, le père de l'enfant apparaît toujours très impliqué dans la recherche d'une solution. Son intervention vise simultanément à remédier aux causes et aux conséquences, tant qu'une alternative stable n'a pas été mise en place. Il consulte les guérisseurs et les devins pour connaître les raisons de la maladie de la femme et obtenir les remèdes ou les prescriptions rituelles. C'est également le père qui est chargé d'obtenir l'accord formel des chefs des familles du voisinage chez lesquelles il va demander à ce que des femmes allaitantes veuillent bien nourrir son enfant. En milieu rural, l'organisation spatiale villageoise est telle que les quartiers sont le plus souvent constitués par le regroupement de ménages issus du même lignage ou fragment de lignage. En général, les chefs des familles voisines sont donc des frères (biologiques ou classificatoires) du père concerné. Aussi, la demande d'aide fait partie du domaine des relations d'échange et d'entraide permanentes qui prennent l'aspect de dons et contre-dons. Le soutien apporté par les proches est donc dépendant de la nature et de la qualité des liens préexistants. Cette aide est indispensable, mais elle est toujours jugée transitoire. Dans toutes les situations décrites, il apparaît que le père

de l'enfant cherche au plus vite à se dégager de la dépendance qui le lie aux autres membres de sa famille.

Dans un premier temps, l'allaitement de l'enfant se trouve toujours assuré par des femmes du voisinage, qui sont le plus souvent des épouses des frères du père de l'enfant. Il est remarquable que dans les observations rapportées, pas une seule fois les enfants n'ont été allaités par des coépouses du ménage, même lorsque celles-ci allaitent un enfant. Cela ne peut être mis sur le compte de mésententes dans le ménage. Les pères justifient ce choix en se référant à l'excès de travail que cela occasionnerait à la femme devant allaiter un deuxième enfant en plus du sien. Cette justification est d'autant moins recevable que les femmes ayant des jumeaux allaitent bien les deux enfants et que les préoccupations liées à une surcharge de travail des femmes sont généralement totalement étrangères à la société Mossi.

La non-intervention des coépouses dans le domaine de l'allaitement est encore plus manifeste dans le cas où la mère de l'enfant est décédée, l'allaitement de l'enfant orphelin revenant en première intention à la grand-mère paternelle. Si celle-ci est absente ou décédée, il est fait appel à la grand-mère maternelle. À défaut, le choix se porte sur une autre femme âgée de l'unité domestique ou, là encore, sur une épouse d'un frère du père. Dans ce dernier cas, si la garde est donnée à la grand-mère maternelle, l'enfant part vivre dans une autre unité domestique. Une légère préférence conduirait à confier l'enfant dans le lignage paternel plutôt que maternel, mais s'il se présente une tante maternelle qui propose de prendre en charge l'enfant, il lui est donné sans hésitation.

Ces décisions sont largement marquées par la gestion du sentiment de jalousie (*sukiiri*) entre coépouses dans le ménage polygynique mossi. Ce sentiment est fortement réprouvé et combattu dans les ménages car son expression peut aboutir, pour peu que surviennent quelques décès d'enfants, à des accusations de sorcellerie et à des bannissements de femmes. Le chef de ménage doit être particulièrement vigilant afin d'éviter son émergence qu'il doit toujours considérer possible. Entre coépouses, la jalousie peut se manifester par l'intermédiaire des relations aux enfants de l'autre femme ; un chef de famille affirme : « *Une femme ne s'occupera jamais correctement de l'enfant de sa coépouse, car il n'est pas de son sang, ça ne peut pas [être autrement] à cause de la jalousie* ». Aussi pour prévenir les mésententes possibles, l'enfant est

préférentiellement confié à des personnes qui ont une parenté biologique directe avec lui, ou à défaut n'ont pas d'enjeux relationnel ou affectif direct avec le père ; c'est le cas des épouses des frères<sup>7</sup>.

#### *Les services sanitaires et sociaux*

Les services sanitaires et sociaux constituent toujours une étape dans la recherche d'une alternative à l'allaitement maternel. Il est rare qu'une mère ou un père en difficulté s'y rende en première intention. Néanmoins, ils viendront toujours « *exposer leur problème* » même s'ils sont convaincus qu'ils ont peu de chance d'y trouver une solution. En effet, les relations entre la population et les structures sanitaires et sociales sont dominées par la certitude maintes fois confirmée que « *là-bas on ne fera rien pour vous* ». Les prestations que fournissent ces structures sont tellement imprévisibles que les usagers s'y rendent en comptant « *sur la chance et l'aide de Dieu* ».

La formation sanitaire la plus proche de la population est le Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS : « le dispensaire »). Pour certains villageois, cette proximité mesure tout de même entre 5 et 10 km. Face à la nécessité et l'urgence de proposer une solution lorsqu'un allaitement maternel est impossible, infirmiers et accoucheuses n'ont d'autre conseil à donner que de se rendre au Centre Médical de la ville voisine, soit, dans la région d'enquête, 17 km plus loin. Afin de faciliter les éventuelles démarches administratives à venir, l'infirmier, qui a aussi pour rôle de tenir un registre d'État Civil, va donner aux parents un extrait d'acte de naissance. Rien n'est prévu au niveau des dispensaires pour proposer un allaitement avec du lait en poudre, tous les villageois le savent bien. Aussi, le seul but de la consultation auprès de l'infirmier revient à « *lui demander la route pour aller au centre médical* », c'est-à-dire à le prévenir et lui demander l'autorisation de se rendre au centre médical.

Dans la région où la présente enquête a été conduite, le Centre Médical est situé à Ziniaré. Il compte un effectif d'une trentaine de

---

<sup>7</sup> Une situation différente prévaudrait en pays bisssa où un homme polygame peut avoir pour épouse plusieurs soeurs biologiques. La jalousie entre les soeurs-coépouses ne serait pas aussi intense ; au décès de l'une, l'autre prendrait la charge des enfants « car elles sont de même famille ».

personnes dont un médecin, deux sages-femmes, sept infirmiers<sup>8</sup>. Face à la demande d'aide pour pallier à un allaitement maternel déficient, médecins et sages-femmes peuvent au mieux examiner l'enfant, conseiller aux parents de s'adresser au Service d'Action Sociale et leur donner une ordonnance médicale pour l'achat d'une boîte de lait et d'un biberon. Là encore, rien n'est prévu pour mettre en oeuvre un allaitement avec du lait en poudre ; certains villageois découvrent alors avec inquiétude qu'ils ont peut être parcouru 25 km pour rien.

Le Service d'Action Sociale n'est qu'à 500 m du Centre Médical. Il dispose parfois de quelques boîtes de lait, de biberons et d'habits, qui sont distribués gratuitement aux personnes dont le bien fondé de la demande est attesté. Mais l'approvisionnement du Service d'Action Sociale est épisodique et imprévisible. Aussi, ne peut-il assurer une prise en charge continue et suivie : « *Un mois après, lorsque j'y suis retourné, on m'a dit que le lait était fini, qu'il n'en restait même pas un petit peu pour m'aider, que ce n'était pas de leur faute, c'était fini seulement* » dit le père d'un enfant orphelin. Faute de pouvoir fournir les moyens d'une alternative à l'allaitement maternel, la réponse des professionnels de l'action sociale consiste à adresser les demandeurs vers une autre structure sanitaire, « *là-bas peut-être...* »

Comment nourrir un nouveau-né dans un centre médical  
à 30 km de la capitale ?

Juillet 1998 : un nouveau-né de quatre jours est à la maternité du centre médical depuis le jour de sa naissance. Il est accompagné par sa grand-mère paternelle. Tous deux arrivent d'un village voisin, distant d'une dizaine de kilomètres. La mère de l'enfant est décédée le jour de la naissance, à la suite d'une morsure de serpent. « Nous avons demandé à la famille, s'il n'y avait personne dans le village qui puisse s'occuper de l'enfant, dit une sage-femme, ils ont répondu qu'ils ont peur de l'enfant ; ici, on n'a pas de lait, il n'y en a même pas à la pharmacie, alors on lui donne de l'eau sucrée, nous sommes allés demander à la direction de l'action sociale, eux aussi n'ont rien, ils ont dit qu'il fallait aller à Ouagadougou, chez les Protestants ».

Au soir du quatrième jour, une boîte de lait maternisé premier âge arrive de Ouagadougou, par le soin de la direction de l'action sociale. Quelques jours plus

<sup>8</sup> En 1996, il y avait au Burkina Faso : 721 centres de santé et de promotion sociale, 62 centres médicaux dont 18 avec antenne chirurgicale, 9 centres hospitaliers régionaux et 2 centres hospitaliers universitaires (Rapport d'activité de la Direction des Études et Planification 1996).

tard, l'enfant est confié à la pouponnière du dispensaire protestant de Ouagadougou.

Août 1998 : le Centre Médical est déclaré « Ami des Bébés ».

La seule structure d'accueil de la province est le dispensaire protestant de Loumbila (situé à 15 km de Ziniaré). La prise en charge des enfants orphelins de mère ou des difficultés d'allaitement sont presque gratuites (voir encadré). Cette information est parfois inconnue des personnes qui pourraient y avoir recours, ainsi un père de famille affirme : « *J'ai entendu qu'à Loumbila il y a des gens qui s'occupent des enfants, mais on m'a dit que pour payer les produits, je vais devoir vendre toute mes récoltes, alors je n'y suis jamais allé* ».

Dans la région d'enquête, les structures publiques de santé et d'action sociale sont actuellement incapables de proposer et de soutenir une quelconque alternative à l'allaitement maternel. Leur action se limite le plus souvent à « orienter » vers d'autres structures les personnes qui viennent solliciter une aide.

### **Conclusion**

Le savoir et l'autorité à propos de l'allaitement maternel ne sont pas détenus par quelques individus qui serviraient de référents sur le sujet ; ils sont au contraire dilués et répartis parmi l'ensemble des personnes qui entourent la femme qui allaite. Selon la proximité et la nature des liens qui les relient à la femme, ces personnes influent de manière variable sur la conduite de l'allaitement. Tous ces individus partagent les mêmes représentations sur ce qu'est et doit être un allaitement, aussi, il n'y a jamais de contradiction totale entre les différentes indications fournies. Cette cohésion et la vigueur des représentations populaires dans ce domaine s'opposent aux recommandations issues des structures sanitaires. Ces dernières se trouvent de fait marginalisées et pratiquement sans audience ni influence sur l'allaitement ; cela est particulièrement notable dans la recherche des stratégies pour pallier à un allaitement maternel défaillant.

Le rôle du père de l'enfant dans la conduite de l'allaitement est la plupart du temps totalement oublié des programmes d'intervention

sanitaire sur le sujet. Les observations ici présentées prouvent que celui-ci joue un rôle essentiel. L'allaitement n'est décidément pas seulement une "affaire de femmes".

Tout est mis en œuvre pour empêcher l'interruption d'un allaitement maternel. Lorsque celui-ci s'impose, c'est toujours dans une ambiance de drame familial, et le décès de l'enfant est alors bien souvent considéré inévitable. Les trois principales possibilités sont l'allaitement par une nourrice, la relactation des femmes âgées et l'usage de lait en poudre. Le premier recours dans l'urgence consiste à faire appel à des nourrices du voisinage, mais il s'agit toujours d'une solution limitée dans le temps. L'alternative jugée la meilleure, par toutes les personnes rencontrées, est l'emploi de lait en poudre, mais son prix d'achat est considéré prohibitif, il est inaccessible. Aucun obstacle "culturel" ne peut être invoqué, cette inaccessibilité est avant tout économique, mais elle est aussi majorée par l'impossibilité de la plupart des professionnels de santé des structures périphériques à conseiller et à conduire un apprentissage de son emploi.

#### Le dispensaire protestant de Loumbila

Le dispensaire protestant de Loumbila a été créé en 1963, en même temps que l'internat du collège de jeunes filles. Il s'agissait au début de l'infirmerie du collège, mais face à la demande de la population la consultation a été ouverte aux villageois. Le dispensaire est toujours lié à l'activité scolaire, il est fermé un mois pendant les vacances scolaires d'été. Spacieux, très propre, il est doté d'une pharmacie fort bien approvisionnée par l'achat de médicaments génériques courants et par des dons de médicaments provenant d'Europe. Le fonctionnement est assuré par une infirmière française à plein temps assistée de deux aides et d'une autre infirmière française qui a aussi des fonctions d'enseignement dans le collège. Le dispensaire est ouvert tous les jours.

Les relations de travail avec le dispensaire public, situé quelques kilomètres plus loin, sont constantes. Le dispensaire du collège n'assure pas les consultations prénatales, ni les accouchements (sauf urgence), ni les vaccinations (qui relèvent du Programme Élargi de Vaccination – PEV).

L'activité est importante (4856 consultations en 1998). Cela est attribué au fait qu'une part des médicaments prescrits sont offerts. Ainsi, un soin de pansement est facturé 100 FCFA lors de la première consultation uniquement, compresses, bandes et antiseptiques sont fournis par le dispensaire ; une consultation médicale coûte 250 FCFA, et la presque totalité des médicaments sont là encore donnés.

Le dispensaire propose une prise en charge médicale et alimentaire des enfants en situation de détresse sociale ou médicale (orphelin, enfant dénutri) et pour les mères en difficultés (mère malnutrie, femme ayant des difficultés de lactation, naissance gémellaire). Il ne s'agit en aucun cas d'un orphelinat.

Lorsqu'une mère se présente avec son ou ses enfants, l'objectif consiste à la soutenir dans sa capacité d'allaiter, en réglant les problèmes médicaux (anémie, parasitose, etc.) et en lui donnant des compléments alimentaires afin qu'elle puisse assurer un allaitement au sein satisfaisant.

Lorsqu'un enfant orphelin est adressé les conditions de prise en charge sont : l'existence d'un acte de naissance de l'enfant et de décès de la mère, l'accompagnement de l'enfant par une femme qui s'engage à assurer le maternage de celui-ci pendant toute la durée du suivi (donc jusqu'au sevrage), et une participation sous la forme de l'achat d'un flacon de sirop de Nivaquine® pour l'enfant [1700 FCFA], d'un biberon [1000 FCFA], et d'un carnet assurant la réalisation des vaccinations effectuées gratuitement par le dispensaire public. La nourriture de la femme qui assure le maternage de l'enfant revient à la famille, sauf situation particulière.

La prise en charge commence par un séjour de la femme accompagnante et de l'enfant dans l'enceinte du dispensaire. Pendant cette période, la femme est mise en situation d'apprentissage afin qu'elle maîtrise la préparation des biberons (pratique d'hygiène et dilution du lait en poudre). Cet apprentissage a pour but de permettre à la femme de pouvoir réaliser un allaitement avec du lait en poudre maternisé, à son domicile, au village, c'est-à-dire sans eau courante, sans électricité, sur un simple foyer à bois. Cet apprentissage dure de deux à quatre semaines.

En plus du suivi médical pendant cette période, le dispensaire s'engage à fournir du lait maternisé pendant 12 mois, des aliments de complément dès l'âge de six mois et jusqu'à 18 ou 24 mois, ainsi qu'un deuxième biberon.

Une fois que la femme sait préparer les biberons dans des conditions jugées satisfaisantes, et que l'état de santé de l'enfant le permet, ils sont autorisés à rentrer dans leur foyer. Hors épisode pathologique intercurrent, une visite mensuelle de la femme avec l'enfant est demandée ; à cette occasion, il est donné une ration mensuelle de lait.

Le dispensaire s'approvisionne en lait maternisé auprès de l'importateur officiel au Burkina Faso, au prix de 1540 FCFA la boîte. L'alimentation d'un enfant nécessitant environ huit boîtes par mois, le coût minimal est de 12320 FCFA/mois. Ces frais sont pris en charge par un financement caritatif externe.

De 1991 à 1998, 252 enfants ont été pris en charge. Le taux global d'amélioration nutritionnelle (passage du seuil de -2 ET du critère PA [poids en fonction de l'âge]) est de l'ordre de 22 %. Ce taux est voisin de celui observé dans les trois principaux Centres de Réhabilitation et d'Éducation Nutritionnelle (CREN) de Ouagadougou (25 %) (Somé, 1999).

Actuellement, les professionnels de santé n'ont qu'une influence extrêmement limitée sur la totalité de la conduite de l'allaitement. Cette absence d'influence est à mettre en relation avec leur incapacité matérielle à répondre à la seule demande qui leur soit adressée : celle de fournir en urgence un allaitement au lait en poudre pour sauver un enfant que sa mère ne peut allaiter. Ce type d'intervention n'est pas une promotion déguisée des laits en poudre, elle devrait être considérée comme une urgence thérapeutique

médicale effectuée dans les maternités des dispensaires (CSPS), sans nécessiter de conduire l'enfant jusqu'à un centre médical (CM).

Les activités réalisées par le dispensaire privé de Loumbila suggèrent que si du lait maternisé est disponible, et si sa distribution est accompagnée par une formation rigoureuse et attentive de la femme à qui l'enfant est confié, alors, même dans les régions rurales où il n'y a ni eau courante, ni gaz, ni électricité, l'alimentation d'un jeune enfant avec des substituts du lait maternel est possible, pour le meilleur bénéfice de l'enfant.

### Références bibliographiques

Bonnet D.

1994 L'éternel retour ou le destin singulier de l'enfant. *L'Homme* 34 (3) : 93-110.

Izard M.

1985 *Gens du pouvoir, gens de la terre. Les institutions politiques de l'ancien royaume du Yatenga (Bassin de la Volta Blanche)*. Paris, Cambridge University Press, Éd. de la Maison des Sciences de l'Homme.

Somé K. J.-F.

1999 *Itinéraire des enfants admis pour malnutrition dans les centres de réhabilitation et d'éducation nutritionnelle de Ouagadougou*. Université de Ouagadougou, Faculté des Sciences de la Santé, thèse de doctorat en médecine, n° 26, 100 p. + annexes.

Taverne B.

1996 Stratégie de communication et stigmatisation des femmes : lévirat et sida au Burkina Faso. *Sciences Sociales et Santé* 14 (2) : 87-104.

1997 La dimension occultée : le statut social de l'enfant orphelin. *Sociétés d'Afrique et Sida* 17/18 : 7-9.