

Article original

Analyse socio-anthropologique des déterminants socioculturels de l'allaitement mixte en pays wê (Côte d'Ivoire)

Firmin Kouakou KOUASSI¹, Prisca Justine EHUI²

1. Maître-assistant, Département de Paléoanthropologie, Institut des Sciences Anthropologiques de Développement (ISAD), Université Félix Houphouët BOYNGNY (Abidjan/ Côte d'Ivoire), email : kouafirk@gmail.com

2. Maître-assistante, Institut des Sciences Anthropologiques de Développement (ISAD), Université Félix Houphouët BOYNGNY (Abidjan/ Côte d'Ivoire), email : ehuiprisca@yahoo.fr

Article soumis le 17/09/2017 et accepté 25/09/2017

Résumé : Dans ce présent texte, les auteurs se proposent d'analyser les déterminants socioculturels qui fondent le choix de l'allaitement mixte par les femmes-mères en pays Wê malgré leur connaissance des bienfaits de l'allaitement exclusif. Il est le fruit d'une recherche empirique qui a conduit à la mobilisation de guides d'entretiens et d'observation directe auprès de nourrices, de matrones, de personnel de santé, de femmes détentrices de savoirs locaux et de femme-mères. Les résultats découlant des données de terrain indiquent que le choix de l'allaitement mixte est fortement lié d'une part, aux pratiques socioculturelles transmises de génération en génération et d'autre part, aux perceptions locales du contenu alimentaire des compléments au lait maternel.

Mots clés : Allaitement, aliments, exclusif, mixte, mère, enfants.

Abstract: In this present text, the authors propose to analyze the sociocultural determinants which found the choice of the mixed feeding by the woman-mothers in Wê country in spite of their knowledge of the benefits of exclusive breast feeding. It is the result of an empirical research which led to the mobilization of guides of talks and direct observation near nurses, matrons, of health workforce, women holders of local knowledge and woman-mothers. The results rising from the ground data indicate that the choice of the mixed feeding is strongly dependent on the one hand, to the transmitted sociocultural practices

from generation to generation and on the other hand, with local perceptions of the food contents of the complements to the mother's milk.

Keywords: Breast feeding, food, exclusive, mixed, mother, children.

1. Introduction

Longtemps considérée comme un exemple de paix et de stabilité politique dans la sous-région et en Afrique, la Côte d'Ivoire a traversé une série de crises sociopolitiques ces dernières années qui ont entraîné une dégradation de la situation alimentaire et nutritionnelle des populations. Cette altération des conditions de vie des populations ivoiriennes est plus perceptible chez les enfants de moins de 5 ans et se traduit notamment par une détérioration de leur état nutritionnel. Les dernières enquêtes d'envergure nationale réalisées dans le pays, indiquent que la malnutrition chronique affectait environ 40% des enfants en dessous de 5 ans (UNICEF, 2010). Parmi les explications à ce phénomène, le faible taux d'allaitement maternel exclusif (4%) en est un facteur selon l'Enquête à Indicateurs Multiples (MICS, 2007). Les résultats de cette même étude indiquent que 58% des enfants sont mis au sein durant le premier jour d'existence mais seulement 25% l'ont été durant la première heure suivant la naissance. Or, les bienfaits et la promotion de l'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois de la vie sont reconnus comme la stratégie la plus importante pour que la région atteigne l'Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) en rapport avec la réduction de la mortalité infanto-juvénile (Sokol et al 2007). C'est la raison pour laquelle, elle est vivement recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (1989).

Dans le présent texte, l'itinéraire littéraire relatif aux réticences ou à la non-pratique de l'allaitement exclusif par les mères porte d'une part, sur leurs perceptions et attitudes défavorables au colostrum et d'autre part, les raisons de leur attachement aux compléments alimentaires dans l'allaitement de leur bébé.

Dans la première approche, l'impact des fausses croyances traditionnelles, selon lesquelles, le premier lait jaune (colostrum) n'est pas nutritif pour le nouveau-né est largement partagé. Il est l'une des raisons sociales de la mise au sein tardive du bébé et de l'introduction précoce de l'eau dans les pratiques d'allaitement (UNCICEF, 2006 ; LASDEL, 2013). Etant perçu comme un lait de mauvaise qualité, le colostrum de la nourrice est remplacé dans certaines cultures, par le lait d'une autre femme en période de lactation pour allaiter le nouveau-né jusqu'à la sécrétion du lait de la mère (Estelle, 2004), par de l'eau ou de liquides de type tisane qui lui sont administrés avant la première tétée (Erminia P., 2009). Le lait tout comme le sang et le sperme, sont chargés de haute valeur symbolique (Irène, Sandrine, Françoise, 2012). Dérivé du corps humain, le lait maternel, selon les mêmes auteurs, transfère les qualités physiques et morales de la nourrice au bébé et lui confère un destin singulier. Toutefois, l'allaitement maternel est un acte ordinaire dont les femmes ne s'en plaignent pas (Van Esterik et Elliott, 1986). Il se fait à la demande généralement des pleurs du bébé, de jour comme de nuit, la mère ne trouve aucun inconvénient à allaiter quel que soient les circonstances et les lieux (au marché, à la maison, pendant les visites post-natales...) ²². En régions rurales et urbaines, les mères allaitent leurs enfants quelle que soit leur classe sociale (Dimond et Ashworth, 1987). Bien que l'allaitement maternel soit une norme culturelle acceptée par les mères et que la plupart le définisse comme un acte ordinaire pour la survie de l'enfant, son application exclusive est peu pratiquée.

Malgré les démonstrations relatives au rôle prépondérant des préparations lactées utilisées comme adjuvants de l'allaitement maternel dans la survenue des infections gastro-intestinales notamment les maladies diarrhéiques, force est de constater que la directive consistant à recommander l'allaitement exclusif du nourrisson jusqu'à l'âge de 6 mois représente encore un défi pour

²² Lorsque la femme n'est pas atteinte d'une maladie lui interdisant de le faire tel que VIH.

le Ministère en charge de la Santé (UNICEF, 2006) qui se heurte de fois à de nombreuses barrières socioculturelles.

Avant d'évoquer ces raisons socioculturelles, il importe de souligner que les contraintes professionnelles se dévoilent comme un obstacle social à la pratique de l'allaitement exclusif. En claire, les femmes exerçant des métiers exigeant leur présence quotidienne, régulière et constante sur le lieu du travail, associent des suppléments comme le poudre de lait, le lait concentré en boîte ou le lait de vache à l'allaitement de leur bébé (B. Rovololomanga 1992 cité par Vanessa, Aminata, Dominique 2006). A ce premier justificatif, s'ajoutent le développement socioéconomique, l'urbanisation et la progression du mode de vie occidentale. Ils sont autant de facteurs qui conduisent au choix de l'allaitement mixte (Vanessa, Aminata, Dominique 2006). Ce mode d'alimentation n'est pas sans danger pour la santé des bébés, vu que la majorité des femmes n'a pas accès à l'eau potable et applique moins les conditions d'hygiène à la préparation du biberon.

Quant aux motivations socioculturelles, elles sont soit relatives à la perception de production insuffisante de lait ou à la réponse aux pleurs du nourrisson (Mahaman S, 2012) soit à la forte influence des mères biologiques ou classificatoires qui ont le devoir social d'assister aux nourrices pendant les premiers mois. Elles transmettent aux jeunes mères leurs expériences personnelles et les pratiques traditionnelles favorables à l'allaitement mixte et au rejet du colostrum (UNICEF, 2012). Les données statistiques témoignent en Côte d'Ivoire que la quasi-totalité des enfants sont à 97 % allaités à la naissance, toutefois, 66 % de ceux-ci ont reçu des aliments ou des liquides autres que le lait maternel dans les trois jours suivant leur naissance (EDS-MICS 2011-2012).

Les principaux obstacles socioculturels à l'allaitement exclusif au lait maternel sont donc la difficulté à accepter que le lait maternel contienne suffisamment de subsistance pour couvrir les besoins alimentaires des nourrissons d'où la nécessité de le purifier (rejet du colostrum), d'aiguiser son appétit pour lui donner plus de forces et une santé par la consommation de liquides (l'eau, décoctions à

base de plantes, tisane, bouillie de mil...) et d'aliments solides dans la plupart des groupes ethniques. L'habitude de donner de l'eau au nourrisson allaité est très répandue. Les pratiques d'allaitement mixte sont sous l'influence de nombreux déterminants professionnel, socioculturel et socioéconomique mais sont différemment vécus et appliqués.

L'accueil et le traitement d'un nouveau-né chez les wê de Côte d'Ivoire s'inscrivent dans une *manière de faire, d'agir et de dire*. Ils décrivent tout comme dans les autres aires culturelles un « *habitus alimentaire* » entretenu et transféré de génération en génération et au soin de la gent féminine. En effet dans cette région, la diarrhée est la deuxième cause de mortalité chez l'enfant de moins de cinq (5) ans après le paludisme (OMS, 2013). Avec une incidence locale de la diarrhée élevée à 96,39‰ chez les enfants de moins de 5 ans, elle est largement au-dessus des données nationales estimées à 69,75‰. Aussi, l'incidence des IRA au plan national chez les enfants de moins de 5 ans était-elle de 162,10‰ et celle de la malnutrition chez cette même catégorie de la population à 9,04%. Dans la région du Cavally- Guémon où se situe Mona²³, elles étaient respectivement comprises entre 100‰ et 199‰ pour l'incidence des IRA et entre 10‰ et 19‰ pour celle liée à la malnutrition (RASS, 2013).

L'application de l'allaitement mixte étant souvent à la base de ces problèmes alimentaires (UNICEF, 2010), les taux élevés de l'incidence des IRA (entre 100‰ et 199‰) et celle de la malnutrition (10‰ et 19‰) dans le pays wê, sont des indicateurs pour mener des investigations d'ordre socio-anthropologique, spécialement sur le choix du type d'allaitement et les déterminants socioculturelles qui les soutiendraient. Cependant, le parcours littéraire indiquant peu d'études investigués pour comprendre les facteurs socioculturels liées à l'allaitement mixte en Côte d'Ivoire, le choix de Mona dans le département de Guiglo viendrait-il corriger ce manque.

²³La localité d'étude

2. Précisions méthodologiques

Les enquêtes ont été effectuées dans le village de Mona dans la région du moyen Cavally²⁴. Le choix de ce village s'explique par le fait qu'il abrite le seul centre de santé de la localité et les populations des villages environnants s'y rendent. Le suivi pré et postnatal est organisé par un infirmier et une matrone qui a obtenu une formation portant sur l'accouchement moderne.

La population d'étude était composée de l'infirmier, de matrones, de nourrices, de femmes ayant eu au moins un enfant et de femmes âgées détentrices d'informations sur les pratiques culturelles de soins aux nourrices et aux nouveaux nés. L'échantillon volontaire a été la première technique d'échantillonnage qui a conduit à la sélection des nourrices et de femmes ayant eu au moins un enfant. Le choix raisonné a été mobilisé pour l'identification de l'infirmier, de la matrone et des femmes âgées détentrices de savoirs traditionnels locaux.

Compte tenu de l'indisponibilité des femmes due à leurs occupations socio-professionnelles, nous sommes passés de ménage en ménage pour interroger celles qui étaient disponibles et disposées pour l'enquête tout en respectant les conditions de sélection prédéfinies. Ainsi, vingt-quatre nourrices, dix femmes ayant au moins un enfant, l'infirmier, trois matrones (celle ayant reçue la formation et deux autres présentes au village) et cinq femmes âgées ont été interrogés. Au total quarante-trois personnes ont constitué la taille de l'échantillon.

Ces différentes catégories d'enquêtés ont été soumis à des entretiens semi-directifs dont la structuration a été faite sur la base des particularités statutaires des informateurs. Les questions ont porté sur les considérations socioculturelles de l'allaitement mixte et les perceptions locales qui soutiennent le choix de tel ou tel complément pour accompagner le lait maternel. Les entretiens se

²⁴Cette région se situe à l'ouest de la Côte d'Ivoire et est habité par le peuple Wê (Guéré et Wobé)

sont déroulés soit à six heures soit à dix-neuf heures après les repas du soir dans de endroits isolés. Il s'agissait d'échange de 15 à 25 minutes, effectué entre le 08 et le 20 décembre 2014. Le guide d'entretien a été renforcé par l'observation directe qui a permis de lister les différents compléments solides ou liquides utilisés par accompagner le lait maternel. L'analyse de contenu a permis de traiter les données de terrain en résultats car au terme d'un travail, il faut bien au-delà des matériaux bruts pour aboutir à l'interprétation (Sautter, 1988). L'analyse des données recueillies sur le terrain s'articule globalement autour de deux principaux points : 1) déterminants socioculturel de l'allaitement mixte en pays wê; 2) les perceptions locales des compléments au lait maternel.

3. Déterminants socioculturels de l'allaitement mixte

Les résultats de l'étude soulignent que les mères dans leur majorité sont informées des bienfaits de l'allaitement exclusif. Elles savent que le lait maternel est bénéfique, contribue à la prévention des infections chez le bébé, participe au développement psychoaffectif de l'enfant, préserve la santé de la mère et couvre à lui seul les besoins alimentaires de l'enfant jusqu'à l'âge de six (6) mois. Certains propos recueillis auprès de certaines enquêtées l'attestent. Pour Olive : *«donner le lait maternel à l'enfant seulement jusqu'à six (6) mois le fait rayonner de joie, le maintien bien en forme. Il tombe rarement malade, en cas de maladie, il fait moins la diarrhée, il n'est pas ballonner. L'allaitement exclusif évite la malnutrition et l'anémie»*. Une autre mère (Adéline) ajoute : *«on m'a dit à l'hôpital que l'eau donne des maladies à l'enfant. Si on ne donne pas de l'eau au bébé, il n'aura pas mal au ventre, il n'aura pas le paludisme donc il sera en bonne santé.»* : En d'autres termes *«tout ira bien dans le corps de l'enfant»* affirme une autre enquêtée (Roseline, 3 enfants).

Dans ces différentes affirmations, il ressort clairement que les mères ont une connaissance plus ou moins claire des impacts positifs de l'allaitement exclusif sur le développement tridimensionnel (santé, émotif et physiologique) de l'enfant. Parmi les vingt-quatre nourrices et mères qui ont été approchées, trois

dont deux nourrices et une mère, soutiennent avoir opté pour l'allaitement exclusif. Cependant, il a été constaté sur les enfants des deux nourrices ont soit un bracelet au poignet qui selon elles, permettrait de lutter contre les fièvres à l'apparition des premières dents, soit une corde à la hanche qui contribuerait à éviter la diarrhée, les maux de ventre et de lutter contre le mauvais œil et les mauvaises paroles prononcées contre l'enfant. Malgré leur adhésion à l'allaitement exclusif, les femmes mettent des « objets » sur certaines parties (poignée, cou, hanche...) du corps de leurs enfants. Ceux-ci sont perçus dans l'imaginaire du peuple wê comme des « ceintures de sécurité » dont les fonctions protectrices assureraient à l'enfant la santé et la sécurité sociale. L'enfant étant considéré comme un être sans défense, fragile, vulnérable et la proie des sorciers (Gbotokuma, 2010), le port de bracelets ou de tout autre objet présupposé protecteur se traduit dans le cas d'espèce comme une croyance culturellement construite qui légitime socialement les comportements des mères (Yoro B.M., Ehui P.J. et Amani A.F., 2015). La suite de l'analyse a pour but de comprendre pourquoi malgré la reconnaissance des bienfaits de l'allaitement exclusif, les mères s'attachent toujours aux compléments alimentaires dans l'allaitement de leur bébé. Les déterminants socioculturels qui motivent les mères à adopter l'allaitement mixte sont l'expression des considérations climatiques et de l'adhésion des nourrices à la transmission des connaissances alimentaires de leurs aînées sociales (mères, tantes, grandes sœurs, etc.).

3.1. Considérations climatiques et représentations associées au lait maternel

Les premières raisons évoquées par les enquêtées sont relatives aux pressions climatiques dans leur environnement qui selon elles, créent certains besoins chez le bébé. Dans leurs discours, elles évoquent l'effet du soleil, de la chaleur et leur lien avec le besoin de se désaltérer. L'une des informatrices l'exprime en ces termes : « *Madame il fait trop chaud, si je ne lui donne pas l'eau, ce n'est pas bon* » (Mariette, 2 enfants). Ainsi, pour répondre à l'effet de la chaleur, l'eau serait le remède idéal pour l'enfant. Le besoin d'eau

chez l'enfant peut aussi être provoqué par d'autres faits dont les pleurs et l'allaitement. En général, « *quand l'enfant pleure, sa gorge est sèche donc je lui donne l'eau et puis, il fait trop chaud* » (Rosine, 3 enfants). Une autre déclare : « *en tant qu'une grande personne, lorsqu'on ne boit pas, bien qu'on mange, notre gorge est sèche, donc imaginons pour un enfant* » (Christelle, mère 1 enfants)).

Dans ces différents propos empreints de comparaison, le lait symbolise un aliment solide, et l'eau, le liquide qui doit obligatoirement l'accompagner pour l'équilibre nutritionnel de l'enfant. L'idée de voir le lait maternel comme un aliment complet capable de subvenir aux besoins alimentaires de l'enfant pour son développement équilibré semble être mal appréhendée par les mères. Selon elles, l'après-allaitement suscite chez l'enfant un besoin d'eau. Ainsi l'envie de se désaltérer après un repas chez l'adulte est transposé chez l'enfant d'où la nécessité d'eau après l'allaitement maternel de celui-ci. L'insuffisance de lait, qu'elle soit réelle ou perçue, est la première cause d'abandon de l'allaitement. La croyance que beaucoup de mères ne sont pas capables de produire assez de lait est profondément enracinée et extrêmement répandue. Or, selon le rapport de l'ANES (2002), l'insuffisance de lait physiologique est très rare. En effet, il est important de comprendre l'effet de la tétée sur la montée laiteuse. Plus l'enfant tète, plus les seins produisent de lait. Moins l'enfant tète, moins les seins produisent de lait (OMS 1996).

Comme secondes raisons évoquées, elles sont clairement associées à l'environnement familial. Les femmes se focalisent aussi sur les conseils de leurs mères, tantes et sœurs, qui les encouragent à opter pour l'allaitement mixte.

3.2. Adhésion des nourrices à la transmission des connaissances alimentaires des aînées sociales

La présence pluri-mensuelle des aînées sociales (mères, tantes, sœurs...) pour aider et le suivi post-natal de la nourrice et du bébé est une opportunité pour transmettre les pratiques traditionnels. Cette période est un moment de fragilité et de

réceptivité pour la nourrice qui doit participer à sa propre reconstruction biologique. Elle est aussi le lieu d'un apprentissage social du «comment faire» les multiples besoins provoqués par la présence du nouveau-né. A la question de savoir pourquoi le choix de l'allaitement mixte Rosette (1 enfant) elle affirme : *«ma maman dit que c'est l'eau bouillie et l'eau des plantes (décoction) qui m'ont permis d'être en bonne santé parce que le lait seul ne pouvait pas faire cela»*, quant à Christine (1 enfant) elle répond : *«ma tantie²⁵ et ma maman m'ont dit que ça va beaucoup m'aider»*. A la question de savoir en quoi ce type d'allaitement pouvait l'aider, elle ajoute : *«ah ! Je ne sais pas oh..., mais si ma tantie et ma maman me disent que c'est bien, c'est que c'est bien parce qu'elles ne peuvent pas me donner de mauvais conseils»*. Pour une compréhension plus complète de ce choix, la mère interrogée répond : *«si pendant six mois elle (Christine) doit donner le lait seulement au bébé, il ne sera pas bien rassasié elle ne pourra pas bien travailler»*. Le discours de la mère dégage l'insuffisance quantitative du lait maternel pour l'enfant et l'incapacité de la mère à vaquer librement à ses occupations ménagères en cas d'allaitement maternel exclusif.

L'inexpérience des jeunes mères (l'âge compris entre 15 et 25 ans) est l'un des facteurs d'adhésion et d'attachement aux connaissances et expériences de leurs aînées sociales. L'une des enquêtée affirme à cet effet, *«les enfants de mes sœurs et de mes tantes ont une bonne santé et quand je leur ai demandé comment elles ont fait, elles m'ont dite qu'elles ne donnaient pas le lait seulement à leurs enfants et le complétait avec de l'eau et des bouillies de mil et de maïs»* (Bernadette, 1 enfant). Le manque d'expérience et la présence d'obligation sociale des aînées

²⁵ Une déformation du mot tante, désignant la sœur biologique ou classificatoire du père ou la mère

sociales à cette étape de vie de la nourrice, voilent une pression symbolique et silencieuse qui impose aux jeunes nourrices le devoir de suivre les conseils de celles-ci au détriment de ceux du personnel soignant du centre de santé. En effet, les plus jeunes nourrices par respect et par devoir suivent les conseils de leurs aînées en dépit des conseils qu'elles reçoivent à l'hôpital. A moi, *« l'infirmier m'a dit de donner le lait seulement à mon enfant, mais ma mère me dit de faire le contraire parce que l'infirmier pense tout connaître, mais il ne sait pas tout parce que la médecine traditionnelle est très riche »*. De ta mère et de l'infirmier, qui est censé te donner les bons conseils, celle-ci répondit : *« je préfère écouter ma mère parce que c'est de cette façon qu'elle m'a nourri et puis j'ai grandi »* (Roseline, 3 enfants). Le constat fait état de ce que les mères d'un âge élevé ont une forte influence sur les jeunes mères et le capital « confiance » serait un facteur qui favoriserait cette situation.

Pour une autre catégorie de femme, la mauvaise expérience tirée de l'allaitement exclusif est l'une des raisons de leur adhésion à l'allaitement mixte. En effet, des femmes nourrices affirment qu'après avoir privé leurs premiers enfants de l'eau et de nourriture sur la période de six (6) mois comme recommandé par l'infirmier, elles ont constaté que leur enfant a commencé à être constamment malade, à avoir la diarrhée, la fièvre, ainsi que le paludisme dès l'introduction de l'eau dans leur alimentation. De ce fait, pour l'enfant en cours d'allaitement, elles ont décidé d'adhérer à l'allaitement mixte. Sandra (3 enfants) raconte : *« dès que mon premier enfant a atteint six (6) mois et que je lui ai donné de l'eau, il est tombé malade, donc pour les autres enfants je ne leur ai donné l'eau et ils se portent très bien, c'est la même chose que je fais pour celui que j'allait actuellement »*.

Le lait semble être insuffisant pour ces femmes pour répondre aux besoins alimentaires du bébé d'où l'ajout des aliments de complément tels que la bouillie de maïs, de riz dans l'alimentation de l'enfant. Ce démarrage précoce de la diversification alimentaire se fait généralement à l'âge de 3 mois. A cette

période : *« il est assez grand pour seulement se nourrir du lait, il faut que je complète avec une autre nourriture pour qu'il soit bien rassasié »* (Célestine, 2 enfants). En effet, le désir de satisfaire alimentaires l'enfant reste une préoccupation pour les mères. Les cris et les pleurs des nourrissons après la tétée amènent également les mères à penser qu'il n'est pas satisfait de son alimentation focalisé seulement sur le lait maternel.

A l'analyse de tous ces résultats, il ressort clairement qu'il y a une influence des personnes âgées, en l'occurrence les mères, les grandes mères ainsi que les belles-mères dans le choix du type d'allaitement.

4. Perceptions locales des compléments au lait maternel comme une explication à l'allaitement mixte en pays Wê.

Selon les croyances du peuple de Mona, priver un enfant d'eau jusqu'à 6 mois est vu comme impossible et même inconcevable. Pour Sibo (une enquêtée) *« comment peut-on priver un enfant d'eau pendant 6 mois ? »*. Une autre nourrice dont l'enfant avait trois (3) mois lors de nos enquêtes souligne *« pour éviter les discussion, je fais croire à l'infirmier du village que je ne donne pas de l'eau à mon bébé alors qu' à chaque fois que je le lave, je lui donne de l'eau à boire...et je compte lui donner des aliments de complément les jours à venir »*. La crainte de la soif, la norme de *« bon sens »* font que les femmes ont du mal à intérioriser l'idée de ne pas donner de l'eau à l'enfant de moins de six (6) mois. Pour justifier leurs actes, elles s'inscrivent dans un contexte généralisé aux réalités climatiques africaines. Ainsi, l'une d'entre elle affirme : *« en Afrique il fait chaud, à cause de la chaleur et du soleil on donne de l'eau à nos bébés pour les désaltérer et ainsi leur donner une sensation de fraîcheur, donc regarder nos enfants avoir chaud et soif sans leur donner l'eau s'avère impossible... Moi, je bois et mon enfant ne va pas boire ? »* (Olive, 23ans). Certaines enquêtées se demandent *« en tant que grande personne, quand nous ne buvons pas, notre gorge est sèche car il fait très chaud, alors pourquoi ne pas donner l'eau à l'enfant ? »* De ce fait, *« nous donnons de l'eau à l'enfant pour lui éviter d'avoir la gorge sèche »*. En effet les femmes

rencontrées à Mona considèrent l'eau comme le moyen le plus efficace pour désaltérer un enfant.

Dans d'autres cas, le lait maternel étant perçu comme la nourriture, le repas, il doit être suivi de l'eau. C'est pourquoi les mères affirment que priver l'enfant d'eau c'est « *de les empêcher d'être rassasié.*» car «*sans l'eau l'enfant ne peut pas être rassasié.*» (Jètrude, 4 enfants). Aussi, priver l'enfant d'eau peut provoquer le hoquet ou « *tiéti*» chez ce dernier selon les femmes. D'ailleurs, lorsque l'enfant a le hoquet, l'eau est utilisée pour l'arrêter. L'eau est donc considérée comme un élément indispensable dans l'alimentation de l'enfant dans cette société ivoirienne.

Quant aux décoctions, elles ont une place importante dans le traitement des maladies de l'enfant. Pour l'évolution d'un enfant, les femmes de Mona à l'âge de trois mois, donnent des décoctions à l'enfant. Elles permettent «*de le protéger contre les diarrhées, de nettoyer tout ce qui pourrait être comme maladie dans son ventre, et prévenir certaines maladies.*» (Nicaise, 4 enfants). Pour ces femmes, faire boire des décoctions et des lavements aux enfants avec certaines plantes contribuent à combattre et à prévenir certaines maladies comme la méningite, les maux de ventre, le paludisme, les diarrhées et aussi certaines maladies que la médecine moderne ne peut pas guérir telles que l'épilepsie et la 'fontanelle'. De toutes les façons, «*avant que la médecine des blancs n'arrive, nos parents se servaient des plantes pour nous soigner quand nous étions malades, donc nous suivons leur trace.*» (Lydie, 2 enfants). Cette affirmation retrace l'attachement et l'adhésion des femmes aux pratiques culturelles et médicinales transmises de génération en génération, qui semblent être plus anciennes que la médecine moderne, du moins dans leur espace géographique.

5. Discussion

Les différents résultats conduisent à souligner que l'adoption de l'allaitement mixte serait liée aux représentations locales associées au lait maternel. Celles-ci viennent concorder avec l'idée de perception de production insuffisante du lait maternel développé par Mahaman (2012). Ces difficultés ont aussi été identifiées par

plusieurs études en Afrique et dans le monde (Kamudoni PR et al 2010, Tiwari R, Mahajan PC, Lahariya C. 2009, Gijssbers B et al 2005, Tawiah-Agyemang C et al 2008). En ce qui concerne l'influence de l'entourage sur le choix du type d'allaitement, les comportements des femmes de wésont en concordance avec les résultats des études menées en Chine (Qiu et al 2009 cité par Mahaman 2012). Selon cette étude, les principaux obstacles à l'allaitement maternel figure le jeune âge de la mère qui par manque d'expérience ne met pas en exécution l'Allaitement Maternel Exclusif (AME) préconisé par la médecine moderne. D'autres investigations scientifiques menées au Niger (UNICEF 1996), relevaient que les grands-mères et les belles-mères ont une énorme influence sur les pratiques alimentaires des nouveau-nés et des jeunes enfants, surtout pour les primipares et les jeunes femmes. Bien que, certains auteurs aient identifié l'activité professionnelle de la mère (Mahaman, 2012 et Marion A., 2014)) et l'état de santé de la mère et/ou de l'enfant (Anne B., 2011) comme un obstacle à l'AME, l'adhésion favorable aux bienfaits des aliments compléments au lait maternel, l'intériorisation des connaissances alimentaires et l'influence de l'entourage ainsi que l'impact du climat semblent davantage justifier les comportements des femmes de Mona. La perception de l'eau dans l'alimentation des nouveau-nés chez les wé est identiques à celle des sociétés Nigériane et Nigérienne, où ne pas donner l'eau à l'enfant est jugé impossible (Mahaman, 2012 ; Lasdel, 2013). L'eau est perçue comme l'essence de la vie, de ce fait, priver l'enfant de l'eau jusqu'à six mois s'avère impossible. Les raisons telles que l'effet du climat chaud ainsi que la gorge sèche y sont perçues. Ces mêmes perceptions ont été observées par l'UNICEF (2012) dans une étude menée au Burkina Faso et également chez les agni de Côte d'Ivoire (Arnaud, 2004).

Toutes ces études ramènent à un même résultat voire une même réalité : la non-utilisation de l'eau par l'enfant comme le recommande l'OMS n'est pas évidente car cette substance est ancrée dans les coutumes et les habitudes alimentaires des populations. Les compléments alimentaires s'inscrivent dans les

habitudes alimentaires et médicinales des populations. Lallemand (1997 : 45) le souligne en ces termes : « *chez diverses populations de l'ouest africain, les femmes collectent des végétaux qu'elles font bouillir ou tremper en quantité suffisante pour une série d'usages quotidiens. [...] La préparation obtenue est administrée par voie orale et anale au nourrisson, ainsi que par aspersion corporelle, et ce, dès la naissance* ». Les composants et les fonctions de ces décoctions sont pour la plupart connues et transmises de génération en génération même en milieu urbain (Egrot M, 1995 ; Yoro B.M., Ehui P.J. & Ekra J.T., 2016.). En effet les décoctions révèlent d'une importance capitale car elles sont utilisées pour des soins thérapeutiques tels le traitement des maladies diarrhéiques comme le souligne Bioterre (2002). Elles permettent aussi de purifier, d'aiguiser l'appétit du nourrisson et de le laver (UNICEF 2012). Elles ont ainsi pour but de donner de la force au bébé et de le rendre résistant aux maladies. Se focaliser uniquement sur les propos de la médecine moderne en ce qui concerne le suivi alimentaire de l'enfant semble impossible tout comme dans d'autres régions africaines identifiées par un bon nombre d'auteurs. Peu importe les inconvénients dont parle Mahaman (2012) en soulignant le lien entre l'usage des décoctions et les maladies (diarrhée, vomissements, les infections respiratoires aiguës), les pratiques sociales et culturelles liées à l'alimentation des nourrissons semblent bien avoir le pas sur les instructions développées par la médecine dite moderne.

Conclusion

Les résultats de l'étude effectuée à Mona sur «les représentations socioculturelles de l'allaitement mixte» montre que la connaissance des nourrices sur l'allaitement maternel exclusif est satisfaisante mais cette connaissance n'est pas mise en pratique et cela, en rapport avec plusieurs facteurs tels la perception de l'eau et des décoctions dans l'alimentation des nourrissons. D'un autre point de vue l'entourage de la mère joue un rôle déterminant dans la réussite de l'AME. C'est pourquoi, la sensibilisation et les informations en nutrition infantile ne devraient pas seulement se

limiter à la seule femme venue en consultation, mais s'étendre à toutes les personnes significatives notamment, les maris, les amies, la famille, les matrones susceptibles d'influencer son comportement en matière d'allaitement.

Références bibliographiques

ANAES, 2002. *Allaitement maternel : Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de la vie de l'enfant*. Paris, Service recommandations et références professionnelles, ANAES).

Annie S., 2013. *Rites et cultures des femmes d'origine chinoise en périnatalité. Les difficultés rencontrées*. Mémoire pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-femme.

Chombart de Lauwe, M-J., et Feuerhahn N., 1997. *La représentation sociale dans le domaine de l'enfance*. In *Les représentations sociales*, sous la dir. de D. Jodelet, Paris, PUF

Enquête par grappes à indicateurs multiples Côte D'Ivoire (2006)

Erminia P., 2009. *Influence de la culture marocaine sur la maternité des femmes de 1ère et 2ème Génération*. Etude à partir de 20 entretiens de femme au CHR METZ-THIONVILLE

Gbotokuma, Z S., 2010. L'enfer c'est les sorciers. *Journal of french and Francophone philosophy*, 8(2), 50 -64.

Irène B, Sandrine L, François T., 2012. Allaitement et maternage chez les femmes originaires d'Afrique de l'ouest, quelle place pour les professionnelles de santé, formation ACLP.

KNIBIEHLER, Y., 2003. L'allaitement et la société *Revue : Recherches féministes*, Volume 16, n° 2.

LASDEL, 2013. *Les Pratiques Familiales Essentielles (PFE) au Niger Socio-anthropologie d'une intervention à base communautaire. Etudes et Travaux n°104*.

Mahaman S., 2012. *étude des pratiques d'alimentation des enfants âgés entre 0-6 mois issus de milieux défavorisés dans la commune urbaine de Tessaoua région de Maradi au Niger*. Mémoire présenté

à la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université Laval dans le cadre du programme de maîtrise en nutrition pour l'obtention du grade de Maître ès sciences.

OMS, 1999. Données scientifiques relatives aux Dix Conditions pour le succès de l'allaitement. Genève.

OMS, UNICEF, 1989. Déclaration conjointe. Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel. Le rôle spécial des services liés à la maternité.

Sautter G., 1988. Le temps des méthodes, brochure n° 56, Paris, 21 pages.

Shirima R, Greiner T, Kylberg E, Gebre-Medhin M., 2001. *Exclusive breast-feeding is rarely practised in rural and urban Morogoro, Tanzania*. Public Health Nutrition.

Sokol E. Aguayo V. Clark D., 2007. Protéger l'allaitement maternel en Afrique de l'ouest et du centre, 25 années d'application du code international sur la commercialisation des substituts du lait maternel. International sur la Commercialisation des Substituts du Lait Maternel.

Stéphane A., 2004. Etat nutritionnel et qualité de l'alimentation des enfants de moins de 2 ans dans le village de Dame (CÔTE D'IVOIRE), Caractérisation et essai d'identification des déterminants de la malnutrition protéino-énergétique et des pratiques alimentaires, mémoire pour l'obtention de diplôme de DESS.

Triaa B., 2009. *Les déterminants du choix du mode d'allaitement ; Étude prospective auprès de 111 femmes À la maternité de Max Fourestier de Nanterre*. Thèse pour le doctorat en médecine.

UNICEF, 2012. *Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) concernant les six pratiques familiales essentielles (PFE) au Burkina Faso, Rapport final*.

Yoro B. M., Ehui P. J. & Amani A. F., 2015. *Les enjeux des interdits alimentaires et comportementaux chez les femmes enceintes Agni*

N'Dénian (Côte d'Ivoire), European Scientific Journal (ESJ), Vol 11, N°32, éd. Novembre ,134-147,

YORO B.M., EHUI P.J. & EKRA J.T., 2016. *La survivance des pratiques médicales ancestrales chez les femmes enceintes à Abidjan (Côte d'Ivoire)*, Revue Internationale d'Ethnographie, riethno.org, 124-134.