

**Université d'Abomey-Calavi**

**FA**culté des **S**ciences **H**umaines et **S**ociales

**(FASHS)**

**ANNALES DE LA FASHS**  
**Nouvelle édition**

**N° 001 Janvier 2018**

**Volume 3**

**Adresse de contact**

Annales de la FASHS

*Faculté des Sciences Humaines et Sociales (FASHS), 01 BP 526*

*Cotonou, Rép. du Bénin, Tél./Fax +229 21360074*

*E-mail: viliho2004@yahoo.fr ; vincent.orekan@gmail.com*

Téléphone : 00 229 21 04 29 09

**Adresse de soumission d'articles**

annales.fashs.uac@gmail.com

Toute reproduction, même partielle de cette revue est rigoureusement interdite. Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, photographie, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi 84-003 du 15 mars 1984 relative à la protection du droit d'auteur en République du Bénin.

Revue publiée par la Faculté des Sciences Humaines et Sociales (FASHS)

## **COMITE DE PUBLICATION**

---

Directrice de publication : Odile DOSSOU GUEDEGBE

*Doyen de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales*

Rédactrice en Chef : Monique OUASSA KOUARO

*Vice-Doyen de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales*

Mise en page : Vincent O. A. OREKAN

## **CONSEIL SCIENTIFIQUE**

---

N'BESSA Benoît (Professeur Emérite), BOKO Michel (Professeur Emérite), HOUSSOU Christophe (Professeur Titulaire), HOUNDÉNOU Constant (Professeur Titulaire), BOKO Gabriel (Professeur Titulaire), HOUNSOUNON-TOLIN Paulin (Professeur Titulaire), CLÉDJO Placide (Professeur Titulaire), DOSSOU GUÈDÈGBÉ Odile (Professeur Titulaire), OGOUWALÉ Euloge, (Professeur Titulaire), TENTÉ A.H. Brice (Professeur Titulaire), TINGBE AZALOU Albert (Professeur Titulaire), AMOUZOUVI H. Dodji (Professeur Titulaire), BIO BIGOU B. Léon (Professeur Titulaire), KPATCHAVI Adolphe (Professeur Titulaire), TOHOZIN Antoine Yves (Professeur Titulaire), BAGODO Obarè (Maître de Conférences), BAKO-ARIFARI Nassirou (Maître de Conférences), FOURN Elisabeth (Maître de Conférences), GONZALLO Germain (Maître de Conférences), ORÉKAN O. A. Vincent (Maître de Conférences), VISSIN Expédit Wilfrid (Professeur Titulaire)

## **COMITE DE LECTURE**

---

Les lecteurs (référés) sont des scientifiques choisis de par le monde selon les thématiques des articles.

## **BUT ET PUBLICATION**

---

Les annales de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales (Nouvelle édition) est une revue scientifique annuelle qui vise à publier des articles originaux dans les domaines des sciences géographique, sociologique, psychologique, de l'éducation, historique et philosophique. Les articles sont rédigés en Français ou en Anglais avec un résumé détaillé en une demi-page au maximum. Les auteurs, s'ayant régulièrement acquitté de leur frais de publication, bénéficient de la publication de leur article. Ils obtiennent le tiré à part de leurs articles après publication du numéro.

## **FRAIS DE PUBLICATION**

---

La publication de tout manuscrit est conditionnée par le règlement préalable des frais de publication par les auteurs. Les frais de publication sont fixés à 50000 FCFA ou 77 € par manuscrit accepté.

## **ISSN : 1840-8583**

Dépôt légal n° 10104 du 16 Janvier 2018. Bibliothèque nationale du Bénin, 1er trimestre

## SOMMAIRE

<b>Titres</b>	<b>Pages</b>
<b>Dynamique du climat et adaptabilité des pratiques culturelles dans la région de gbêkê au centre de la côte d'ivoire</b> Béh Ibrahim DIOMANDE et N'Dri Arsène KOUAKOU	5
<b>Le parlement béninois et sa prérogative du contrôle de l'action gouvernementale : cas de la cinquième législature (2007-2011)</b> Rogatien MakpéhouTossou	22
<b>Interventions en sante face aux perceptions locales de la dangerosite de certains signes de pathologie pediatrique au benin</b> BADOU Agnès Oladoun et Abou-Bakari IMOROU	52
<b>Déficiência visuelle et estime de soi à l'université d'abomey-calavi : considérations théoriques d'une réalité banalisée</b> HOUESSOU Mahounan Modeste ; BOKO Coovi Gabriel, HOUESSOU Dossou Patrick	70
<b>La therapie traditionnelle en afrique noire: savoir domine ou science qui se meurt?</b> TOSSOU Tata Jean	85
<b>Représentations sociales de la réussite scolaire et comportements d'études des élèves: une analyse à partir de cas des élèves externes du Lycée de Garçons de Bingerville (Côte d'Ivoire)</b> ZAMBLE Bi Zou Ambroise, OURAGA Basseri Jean-Claude, GOMBLEU Kouadi Claude-Médard	103
<b>Psychopathologie de l'avortement spontane : analyse du vecu des femmes victimes</b> ZOUNON Ornheilila ; GNANGUENON Faustin, de CHACUS Sylvie	124
<b>Interdépendance mafieuse des pouvoirs politique et médiatique : que peut la philosophie ?</b> AKUESON Adolé Félicité	142
<b>Mode de gestion et qualité des eaux de boisson dans l'arrondissement de Kpanroun : cas des villages Kpaviédja et Anagbo</b> YEMADJE Alda A. S.	156
<b>Planification des naissances à Zè : Quand la diversité des logiques affecte les interventions de la santé publique</b> SONON Philippine et IMOROU Abou-Bakari	178
<b>La mastectomie comme exemple d'effraction corporelle chez la femme : les attributs du sein dans la vie conjugale et sociale</b> HOUESSOU Patrick, GANSOU Grégoire Magloire, POROMNA Pagnamam	197
<b>Infrastructures sanitaires et accès aux soins de sante dans la Commune d'Adjarra</b> AZALOU TINGBE Vinagbaa Babatoundé Fanès, TCHAKPA Cyrille, AZONHE Hervé Thierry,	209

ELISHA Fitzgerald Damien Zinsou	
<b>Acteurs et outils de la médiation culturelle de l'art contemporain à Abomey</b> OUASSA KOUARO Monique et HINKATI M. Salinas	<b>230</b>
<b>Mécanisme de fossilisation des savoirs oraux</b> BOTOYIYE Geoffroy	<b>245</b>
<b>Exploring the use of information communication technology (ict) in the process of teaching english as a foreign language: case study of a secondary school in Bénin</b> ATTENOUKON Serge Arnel, AGBAYAHOUN Juvénale, YINDEHOUE Parfaite	<b>256</b>
<b>Grasping the gist about the american dream fulfilment and social class assimilation through horatio jr Alger's ragged dick</b> AHOUANGANSI Raoul S.	<b>275</b>
<b>Vom Marxismus-Leninismus zur Wende. Die Deutsche Demokratische Republik und die Volksrepublik Benin Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre: Ähnlichkeiten und Unterschiede</b> HOUNHOUENOU Yaovi Antoine	<b>299</b>
<b>Rituel juridique, menace terrorisme dans l'espace CEDEAO et embrouillamini des Etats ouest-africains</b> DIKPO Thélesphore Toliton, ABDOU Mohamed	<b>317</b>
<b>Représentations et pratiques liées au paludisme en pays Dida de Zikisso en Côte d'Ivoire</b> FOURN GNASSOUNOU Elisabeth	<b>336</b>

## INTERVENTIONS EN SANTE FACE AUX PERCEPTIONS LOCALES DE LA DANGEROUSITE DE CERTAINS SIGNES DE PATHOLOGIE PEDIATRIQUE AU BENIN

BADOU Agnès Oladoun<sup>1</sup>, IMOROU Abou-Bakari

<sup>1</sup> Ecole supérieure des assistants sociaux (ESAS/FSS/UAC), [abognes@yahoo.fr](mailto:abognes@yahoo.fr)

<sup>2</sup> Département de sociologie anthropologie (DSA/FASHS/UAC), [aimorou@yahoo.fr](mailto:aimorou@yahoo.fr)

### Résumé

*Le taux de respect de l'allaitement maternel exclusif (AME) au profit du nourrisson jusqu'à six mois reste bas malgré la généralisation des pratiques d'allaitement au sein. Une des raisons est la peur des maladies infantiles justifiant l'introduction précoce des tisanes par les mères. Ce texte analyse les pratiques/discours improductifs et contradictoires des acteurs de la santé maternelle et infantile autour de l'AME dans un contexte marqué par le spectre du Mangnan<sup>14</sup>, un signe de danger très redouté par les mères qui n'entraîne aucune action spécifique au centre de santé. A travers une recherche qualitative auprès d'acteurs des centres de santé et de donneurs de soins familiaux, la recherche a révélé que l'appréciation différentielle des signes de dangers par les acteurs du système sanitaire périphérique, la non prise en compte de la rationalité des familles, la radicalité, voire l'ambiguïté du message, la relative adhésion des promoteurs de l'AME aux messages, constituent les principaux goulots d'étranglement de l'intervention dans le contexte spécifique du terrain de recherche. Plutôt que de contourner le pragmatisme du contexte, il s'agira d'identifier et d'analyser les problèmes in situ afin d'aider les praticiens à trouver les réponses appropriées.*

**Mots clés :** Intervention en santé, perceptions locales, signes de dangers, Allaitement maternel, Mangnan.

### Abstract

*Despite the generalization of breastfeeding, the rate of respect for its exclusivity for the benefit of infants up to six months remains low. One of the reasons is the fear of childhood diseases justifying the early introduction of herbal teas by mothers. This text analyzes the unproductive and contradictory practices/discourses of maternal and child health actors around the breastfeeding in a context marked by the spectrum of Mangnan, a sign of danger*

---

<sup>14</sup> Signe d'affection infantile perçue comme dangereuse et qui s'apparente aux mycoses buccales et anales mais pouvant aussi attaquer toutes les parties du corps du nourrisson.

*much feared by mothers. Through a qualitative study of actors from health centers and family caregivers, the study revealed that the differential assessment of the signs of danger by the actors of the peripheral health system, the non-consideration of the rationality families, the radicality and even the ambiguity of the message, the relative adherence of the promoters of the breastfeeding to the messages, constitute the main problems of the intervention in the specific context of our field. Rather than circumventing the pragmatism of the context, it will be to ask the real problems who will help to find the appropriate solutions.*

**Key words :** *health intervention, local perception, signs of danger, breastfeeding, Mangnan.*

## Introduction

La promotion de la santé au sein des communautés constitue une stratégie majeure adoptée par les agences de développement pour atteindre l'objectif de la santé pour tous. Elle se manifeste le plus souvent par la définition de problèmes de santé publique assortis de solutions vulgarisées auprès des populations. Cette stratégie fait appel à la mobilisation aussi bien des agents de santé que de certains acteurs issus de la communauté servant d'interface ou de médiateurs entre l'intervention et les bénéficiaires. Au-delà de la diversité des acteurs, ce qui interpelle davantage est la pluralité des statuts et des positions qui engendrent des logiques diverses, voire contradictoires. L'un des constats qui ressort également des interventions en matière de santé communautaire est la détermination technique et globale des problèmes de santé et des approches d'amélioration. Evoquant le caractère standardisé des politiques et protocoles d'intervention dans la promotion de la santé maternelle, certains chercheurs parlent de « *travels of the models and the revenge of the contexts* » (J-P. Olivier de Sardan *et al.* 2017, p. 76). Il s'agit de la promotion de paquets d'intervention transposés d'un contexte à un autre sans tenir compte des hostilités qui traversent le champ d'intervention marqué par des logiques et perceptions d'acteurs, des normes pratiques, des cultures professionnelles, des groupes stratégiques (J-P. Olivier de Sardan *et al.*, 2017 : 78-79). L'allaitement maternel exclusif (AME) au profit des nourrissons de 0 à 6 mois est une composante des pratiques familiales essentielles (PFE) qui fait l'objet d'interventions majeures en santé maternelle et infantile dans les pays en voie de développement. La promotion de l'allaitement maternel a été intégrée aux actions de santé publique, aux soins de santé primaires et à de nombreuses actions de développement au niveau communautaire (M-C. Dop, 2002 : 64).

Au Bénin, cinq PFE sont retenues dans le dispositif d'intervention pour améliorer la santé au niveau familial et communautaire. Il s'agit de l'AME, de l'utilisation des Moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MIILDA)

pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, le lavage des mains avec de l'eau et du savon aux moments-clé, l'utilisation du Traitement de réhydratation orale et du zinc en cas de diarrhée de l'enfant, de la reconnaissance des signes de dangers chez l'enfant.

Dans le cadre de cet article, deux PFE sont prises en compte pour illustrer les interventions en santé infantile à l'épreuve d'un contexte spécifique. Il s'agit de l'AME et de la reconnaissance des signes de danger chez l'enfant.

Les données sur l'allaitement maternel en Afrique font état d'une pratique généralisée (A. Desclaux et C. Alfieri, 2008 ; M. L. Guerrero *et al.*, 1999, A-B. Imorou *et al.*, 2012 ; L. Blum *et al.*, 2014 ; S-A. Li *et al.*, 2015). Au Bénin, les statistiques de l'enquête démographique de santé (EDSB V 2017-2018) relèvent que 96% des enfants de moins de six mois sont allaités. Mais si l'alimentation par le sein maternel est une pratique répandue et assez systématique, les divergences entre normes biomédicales et logiques ou pratiques locales autour de l'allaitement s'observent à deux niveaux. La mise au sein précoce et l'exclusivité de l'allaitement maternel jusqu'à six mois. Si la tendance à la précocité connaît de plus en plus une hausse du fait de la proportion croissante des accouchements en milieu sanitaire, l'exclusivité de l'allaitement maternel jusqu'à six mois demeure le véritable goulot d'étranglement auquel se heurtent les promoteurs de l'AME selon les normes biomédicales. Ces normes interdisent tout breuvage ou aliment avant l'âge de six mois. Malgré les données statistiques faisant état de taux d'allaitement exclusif<sup>15</sup>, les recherches qualitatives faites d'observations dans les ménages ruraux au Bénin révèlent toute la difficulté de trouver une mère pratiquant exclusivement l'allaitement sans y associer de l'eau, de la tisane, voire des aliments (A-B. Imorou *et al.*, 2012). Plutôt que de mesurer les forces sous-jacentes à une telle résistance et de saisir le « *pragmatic context* » (J-P. Olivier de Sardan *et al.*, 2017 : 78), on assiste à une promotion forcée de l'AME, s'apparentant à de l'acharnement et ignorant les arguments vitaux mis en avant par les mères et les autres donneurs et décideurs de soins aux enfants. L'un des arguments évoqués par ces derniers pour réfuter l'exclusivité de l'allaitement maternel est la peur des maladies infantiles qui les conduit vers la recherche de la sécurité faite de mesures préventives se manifestant par l'administration de tisanes et autres décoctions. Dans notre zone d'investigation qui est le centre Bénin dans le département des Collines, l'une des pathologies infantiles redoutées est le *Mangnan*. Il s'agit d'une entité nosologique locale qui s'apparente aux mycoses buccales et anales et qui peut attaquer toutes les parties du corps. Le spectre du *Mangnan* confine les mères dans une spirale de pratiques de soins préventifs et curatifs qui rentrent en contradiction avec les

---

<sup>15</sup>42% des enfants de moins de 6 mois sont exclusivement allaités au sein selon l'EDSB V 2017-2018.

recommandations des agents de santé. Or, cette affection n'est pas classée par ces derniers dans le lot des maladies infantiles devant alarmer les mères c'est-à-dire comme signe de danger nécessitant le recours aux soins. L'objectif de notre propos est de questionner la justesse des normes biomédicales promues par les institutions d'aide au développement et reprises par l'Etat pour encourager des pratiques de soins dans des contextes locaux spécifiques. Le principe ici est d'identifier et d'analyser les failles de l'intervention biomédicale autour de l'AME dans un contexte marqué par le spectre du *Mangnan*, un signe de danger très redouté par les mères et qui n'entraîne aucune action spécifique au centre de santé. Ceci dans une perspective compréhensive des acteurs du système sanitaire périphérique y compris les familles dans le processus d'intervention communautaire autour de l'AME.

### Méthodes et terrains

La méthodologie est de type qualitatif. La démarche adoptée s'est inspirée des références théoriques et des dispositifs méthodologiques de la socio-anthropologie plus particulièrement ceux de la socio-anthropologie du développement privilégiant la *grounded theory*. Nous avons opté pour ce type de recherche afin de comprendre les logiques des acteurs puis les positions et les pratiques afférentes mais également de saisir les interactions et les transformations qui en découlent. Ce choix nous a conduits à « l'analyse des interactions entre acteurs sociaux relevant de cultures ou sous-cultures différentes. (...) à l'inventaire des contraintes respectives auxquelles les uns et les autres sont soumis, et au décryptage des stratégies que les acteurs déploient à l'intérieur de leurs marges de manœuvre » (J-P. Olivier de Sardan, 1995 p. 6 ; 11). La prudence a permis d'éviter le recours aux « références paresseuses » comme les « facteurs culturels » qui sont de « pseudo-notions sociologiques ou anthropologiques qui relèvent plus de clichés et de stéréotypes que d'outils analytiques » (J-P. Olivier de Sardan, 1995 :11). Ainsi c'est plutôt la dimension empirique des faits, le croisement du discours et des pratiques des acteurs ainsi que l'interprétation qu'ils en font qui ont été privilégiés, loin des « goldstandards<sup>16</sup> » de la recherche épidémiologique traditionnelle (L. Gautier *et al.*, 2017 : 66). L'analyse n'est donc pas issue des statistiques ni des variables et indicateurs quantitatifs mais du terrain, des acteurs, avec leurs logiques et leurs pratiques. L'accent est davantage mis sur le comment et le pourquoi des succès ou des échecs en santé communautaire (M. De Chesnay et B. Anderson, 2016). La sélection des interlocuteurs, s'est faite au sein des unités d'observation que sont les ménages et les centres de santé. Cependant le choix s'est élargi aussi aux

---

<sup>16</sup> Référentiels classiques

groupes stratégiques qui de façon explicite ou implicite ont un lien avec les différentes PFE. Ainsi, les acteurs concernés sont les donneurs de soins primaires et secondaires (mères, pères, grands-parents, et autres membres de la famille, voisins), les professionnels de santé, les relais communautaires, les tradithérapeutes, les associations dont les activités se rapportent à la promotion des pratiques essentielles, les détenteurs des pouvoirs locaux, les acteurs des services publics de protection des enfants, les enseignants et autres éducateurs opérant dans les localités.

En dehors des entretiens et des observations dans les ménages, dans l'espace communautaire et au sein des structures de santé, nous avons fait appel aussi à des témoignages sur des situations concrètes vécues par les personnes enquêtées autour de l'AME. Enfin, il est à noter que tout au long des investigations et de la rédaction, nous avons privilégié les dysfonctionnements c'est-à-dire les aspects qui mettent à mal les prescriptions de l'AME selon les normes biomédicales et de rester dans une posture de pessimisme méthodologique afin de ressortir ce qui gêne dans l'application de ces normes. Cependant, ce choix n'est pas sans biais car il ne rend totalement pas compte de ce que nous pouvons appeler les "bonnes pratiques" des donneurs de soins et des promoteurs de l'AME.

Le matériau exploité est extrait d'un corpus de données de terrains issues d'une recherche collaborative entre le Laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local (LASDEL) et l'UNICEF Bénin en 2012 et portant sur les PFE au Bénin.

La collecte des données a été marquée par des phases collectives et individuelles au travers de séjours prolongés (plus de trois mois) faites d'observations, d'entretiens, de témoignages et d'interactions dans les ménages, l'espace communautaire et les centres de santé. De façon précise, les données de cette présentation sont du département des Collines au sein de la commune de Savè située dans la partie centrale du Bénin.

## 1. Résultats

Les résultats s'articulent d'abord autour de la description du *Mangnan* en tant qu'affection infantile diversement appréciée par les acteurs chargés des soins aux enfants. Ensuite les pratiques des donneurs de soins familiaux qui découlent de la dangerosité perçue du *Mangnan* et qui mettent à mal les recommandations des professionnels de santé sur l'AME. Enfin les discours et les pratiques des agents de santé qui confortent les donneurs de soins dans le non-respect de l'AME.

### **1.1. Le Mangnan un signe de danger local différemment apprécié**

Les donneurs de soins primaires, notamment les mères puis les grand-mères, sont les premières qui perçoivent les signes de danger chez les enfants de 0 à 5 ans. Sont considérés comme signes de dangers, un certain nombre de symptômes, de maladies, d'affections qui alarment les mères ou l'entourage averti de l'enfant. A Savè au centre du Bénin, le « *Mangnan* » est souvent cité au sein des ménages comme l'un des signes de dangers les plus redoutables. Il représente selon le vécu des populations, l'une des maladies infantiles les plus graves.

Le *Mangnan* est une affection très redoutée en milieu *Tchabè* à cause des ravages qu'il causerait parmi les enfants de moins de cinq ans. Assimilé aux mycoses/candidoses digestives, le *Mangnan* est une entité nosologique dont les manifestations dépassent selon les donneurs de soins primaires, le champ d'action des mycoses/candidoses digestives. De leur avis, le *Mangnan* est à la fois interne et externe. Il occasionne des rougeurs et des plaies au niveau buccal et anal, des plis du cou, des articulations des mains et des pieds. L'enfant atteint du *Mangnan*, fait des selles verdâtres, son anus devient "rouge", et il y a apparition de plaies sur sa langue qui devient blanchâtre et n'est plus lisse, le ventre est chaud et fait du bruit. C'est la vigilance des mères qui permet de détecter très tôt cette maladie chez les enfants. Son avènement chez l'enfant fait d'habitude, le lit de la fièvre et d'autres affections. C'est ainsi que nos interlocuteurs parlent de la fièvre du *Mangnan*, des maux de ventre du *Mangnan*, de la diarrhée du *Mangnan*.

Le *Mangnan* serait principalement causé par la consommation excessive d'aliments sucrés, d'arachides, etc. La consommation exclusive du lait maternel est considérée comme l'une des sources importantes de transmission du *Mangnan* de la mère à l'enfant. En outre, la mère ne doit pas non plus consommer des aliments sucrés et à base d'arachide. Or, les promoteurs de la santé familiale et infantile dans le cadre de la médecine biomédicale, ont identifié un certain nombre de signes de dangers qui nécessitent le recours immédiat aux soins dans un centre de santé. Cependant, la définition à l'avance de signes de dangers valables pour l'ensemble du territoire et basée sur les données épidémiologiques recensées au sein des formations sanitaires amène à ignorer des affections reconnues comme plus dangereuses au sein de la communauté locale. Ainsi, la typologie et l'ordre d'importance des signes de danger varient suivant le personnel de santé, les relais communautaires et les mères. Voici l'ordre dans lequel les différents acteurs citent les affections infantiles les plus dangereuses.

Tableau récapitulatif des maladies infantiles par ordre d'importance à Savè selon les catégories d'enquêtés

Donneurs de soins familiaux	Relais communautaires	Agents de santé
1. Le paludisme	1. L'anémie	1. Le paludisme
2. Le <i>Mangnan</i>	2. Le <i>Mangnan</i>	2. Les infections respiratoires aiguës
3. L'anémie	3. Le paludisme	3. La diarrhée et le vomissement
4. Les convulsions	4. La toux	4. La malnutrition
----	5. La diarrhée	5. L'anémie

**Sources :** Données de terrain, 2012

Le *Mangnan* se retrouve en deuxième position de dangerosité selon les mères et les relais communautaires chargés de relayer les informations et certaines compétences du système de soins biomédicaux au sein de la communauté. On constate aussi que le *Mangnan* assez visible à l'observation des enfants de 0 à 5 ans dans les ménages, n'est pas cité par les agents de santé dans le lot des maladies infantiles devant alarmer les mères. Il n'est pas inclus dans les signes de dangers officiels et par conséquent, il n'y a pas d'action spécifique menée dans ce sens ni au centre de santé ni au niveau communautaire. Les statistiques des centres de santé où nous avons effectué des recherches, affichent entre 00 et 03 pour le nombre de cas de mycoses/ candidoses digestives (assimilées au *Mangnan*) reçus durant une période de 6 mois (septembre 2011- février 2012). Ces statistiques, malgré la prégnance de cette affection, rendent compte du recours thérapeutique qui y est associé. Au fait, le *Mangnan*, affection au long cours, est considéré comme une pathologie face à laquelle la médecine moderne est impuissante. Aussi les recours des communautés s'orientent-ils vers les soins de type traditionnels et/ou populaires. Cependant dans la pratique, les populations misent davantage sur la prévention en prenant des précautions particulières qui rentrent en contradiction avec les pratiques familiales « recommandées ».

### 1.2. Le *Mangnan* en prise avec l'adoption des PFE recommandées

Les PFE mises en causes ici sont l'AME et le recours au centre de santé en présence de signes de dangers. Plusieurs situations mettent en difficultés, le respect de l'AME au profit du nourrisson jusqu'à l'âge de six mois. Les raisons de la non-pratique de l'AME sont multiples. Selon les mères, on peut citer :

- la prévention des maladies comme le *Mangnan* par les tisanes ;
- la survenue d'une maladie qui nécessite de donner des tisanes.

Au fait, le *Mangnan* est au cœur d'un réseau d'affection infantile dont la prévention et la prise en charge nécessitent des pratiques qui vont souvent à l'encontre des normes de promotion de l'AME. Les conséquences non bénéfiques pouvant découler d'un éventuel respect de l'AME sont aux dires des mères soit la fragilité des enfants, soit leur mort prématurée. Pour ce faire, la lutte contre les maladies infantiles occupe une place primordiale. Après la gestion de la grossesse et de l'accouchement, il faut ensuite faire face notamment aux pathologies qui jalonnent la période périnatale et infanto juvénile.

La peur de ces maladies explique l'introduction précoce des tisanes pour combattre des maladies face auxquelles la médecine moderne serait impuissante. A cet effet, les populations accordent une grande importance aux soins préventifs. En témoignent les tisanes qui sont associées au lait maternel dès la naissance. C'est dans ce cadre que pour empêcher la survenue du *Mangnan*, intimement liée à la prise du lait maternel exclusif, les donneurs de soins primaires, rentrent dans une spirale d'association de tisanes. Dans le cas du *Mangnan*, la prévention se fait par des tisanes à base de plantes qui poussent sur les collines : *itchin alléluia* associé à de l'huile rouge qu'on prépare et qu'on donne à boire à l'enfant ; *Kpokpo i mango* et *éwé okoukou*.

Se référant au fait que le lait maternel est sucré, ils cherchent à atténuer le goût sucré en associant des décoctions qui permettraient d'établir un régime équilibré. La prévention prend d'autant plus une importance capitale du fait que le *Mangnan* serait une maladie sur laquelle le système médical moderne n'aurait pas d'emprise. Aussi lorsqu'en cas d'échec des mesures préventives, le *Mangnan* s'installe chez l'enfant, les mères s'enlisent dans l'automédication alliant les plantes et l'association de produits pharmaceutiques de la rue. Même les agents communautaires du système de santé chargés de veiller à la pratique de l'AME, reconnaissent la difficulté de respecter les consignes médicales sur l'allaitement face à la menace permanente du *Mangnan* : « Dans notre village, il y a une maladie qu'on appelle *Mangnan* qui dérange beaucoup les enfants. Cette maladie empêche les parents de faire respecter les consignes sur l'allaitement car pour la combattre, ils sont obligés d'introduire assez tôt les tisanes. » Un relais communautaire d'un centre de santé à Savè, entretien du 05-02- 2012.

Même celles qui affirment avoir commencé la pratique de l'AME pour leur enfant, se trouvent contraintes d'introduire les tisanes. « Les mères qui ont commencé le respect de l'AME, donnent la tisane à l'enfant quand il tombe malade », précise un relais communautaire à Savè, le 17- 01- 2012 avant de relater sa propre expérience : « J'ai pu pratiquer l'AME pendant quatre mois avant d'être contrainte à recourir aux tisanes parce que mon enfant souffrait du *Mangnan*. » un relais communautaire, Savè, entretien du 17-01- 2012.

Une autre réalité mettant en cause le *Mangnan* dans l'adoption de l'AME est son utilisation par les grand-mères, décideurs de soins, comme instrument d'intimidation et de pression sur les mères qui voudraient tenter l'AME. Ainsi le spectre des maladies infantiles telles que le *Mangnan* est brandi par l'entourage familial pour dissuader les mères désireuses de suivre les recommandations du personnel de santé. Aussi pour échapper à toute sorte de persécution sociale et éviter à leur enfant toute forme de sanction occulte, les mères se plient aux exigences de ces décideurs de soins. Il vaut mieux respecter leurs consignes pour ne pas se faire accuser en cas de survenance du *Mangnan*.

Une menace sociale est alors brandie. « Si tu ne fais pas et que les sorciers s'en prennent à ton enfant, on dira que c'est parce que tu n'as pas suivi les consignes. Or c'est eux- mêmes qui sont derrière toi et ton enfant ». Une mère, Savè, entretien du 06-02- 2012

La peur de la persécution occulte pèse ainsi sur les mères et détermine aussi le suivi des indications des décideurs de soins. Les deux résumés de témoignages ci-après, illustrent bien la peur du *Mangnan* comme argument de dissuasion des mères au respect de l'AME :

Les agents de santé ont proposé à une primipare, mère d'un enfant de trois mois venue en consultation à cause de l'état fébrile du nourrisson, de pratiquer l'AME. De retour à la maison, elle en a parlé à sa belle-tante. Cette dernière lui a dit que l'enfant aura le "*Mangnan*". La mère est retournée au centre de santé pour demander ce qu'elle ferait si l'enfant avait le "*Mangnan*". L'infirmière qui ne conteste pas la relation de cause à effet entre AME et *Mangnan*, lui répondit que si l'enfant avait le "*Mangnan*" de l'emmener afin qu'il soit traité. La mère a de nouveau informé sa belle- tante. C'est alors que cette dernière évoqua une autre affection issue d'une complication du *Mangnan* et qui tue vite les enfants. C'est pourquoi il faut les tisanes pour prévenir cette complication. C'est ainsi qu'elle n'a pas pu pratiquer l'AME à son enfant.

Un père d'enfant bien qu'étant aide-soignant a confié qu'après trois semaines de pratique de l'AME, il a été obligé de commencer par donner de la tisane à son enfant qui a actuellement un mois car les grands-parents l'ont déjà averti qu'en donnant rien que le lait maternel à l'enfant, ce dernier sera affecté par le *Mangnan*.

Les sensibilisations des agents de santé au profit de l'AME demeurent inefficaces quand le *Mangnan* survient.

« Les agents de santé sont passés par notre Eglise pour sensibiliser les femmes sur l'importance de l'AME pendant six mois. Mais, à cause du *Mangnan*, les femmes n'arrivent pas à mettre cela en pratique. C'est pour cela que très tôt, beaucoup de femmes commencent par donner de la tisane ou de la bouillie sans sucre à leurs enfants pour atténuer l'impact du lait » (Un responsable d'Eglise, Savè, entretien du 14- 01- 2012).

Le non-respect de l'AME se renforce également avec les différentes expériences acquises dans la pratique de l'allaitement maternel. Le capital empirique devient déterminant. La conviction personnelle des mères reste inébranlable malgré les sensibilisations.

« Quand on donne seulement le lait maternel sans les tisanes à l'enfant, il tombe malade. L'enfant qu'elle a accouché avant celui-ci n'avait pas pris de tisane ni d'eau jusqu'au 5<sup>ème</sup> mois avant que je ne lui donne la tisane et la bouillie. Cet enfant avait souvent les maux de ventre et pleurait beaucoup. Il nous faisait beaucoup courir. C'est avec la tisane et les soins au centre de santé que l'enfant s'est rétabli. C'est pourquoi j'ai vite introduit la tisane à celui-ci dès la naissance ». Une grand-mère, Savè, entretien du 17- 12- 2011.

Dans les interactions entre agent de santé et mères, vu la non concordance des différentes logiques, on assiste parfois à des mises en scène de la part des mères pour contenter le personnel médical. En témoignent ces propos : « On accepte ce que les sages-femmes disent. Mais à la maison, on lui donne la tisane sinon l'enfant va mourir » Une mère à Savè, entretien du 22- 12- 2011

« Mon enfant est montré aux autres femmes quand on va à la vaccination et les sages-femmes me demandent ce que je fais. Je leur dis que c'est le lait maternel seul et on demande qu'on m'applaudisse. Mais moi je sais que je lui donne la tisane. Quand les autres femmes me demandent, je dis à certaines qui sont proches que je donne telle et telle tisane » (Une mère, Savè, entretien du 14- 01- 2012)

« Quand tu veux amener ton enfant à la vaccination, tu lui donne la tisane à la maison. Arrivée là-bas, tu lui donnes à téter devant les autres. De retour chez toi, tu continues comme tu faisais. Personne ne te surveille à la maison ». Une mère à Savè, entretien du 31- 01- 2012.

Malgré les réaménagements introduits par les agents de santé pour faciliter l'adoption de l'AME, nos interlocuteurs restent intransigeants. Aussi, l'alternative des agents de santé qui préconise la prise de la tisane par la mère

pour que l'enfant en tétant bénéficie des vertus des plantes, est rejetée dans les communautés. « Ce n'est pas direct, quand c'est direct ça travaille. L'effet de la tisane diminue avant d'atteindre l'enfant quand ça prend par la mère ». Une mère à Savè, entretien du 08- 01- 2012.

Sur le terrain d'enquête, nous avons rencontré des femmes désignées comme modèles de la pratique de l'AME par les agents de santé. A force de discussions et de familiarité renforcée par les séances d'observations à leur domicile, il s'est avéré que toutes ces femmes, si elles n'ont pas associé la bouillie très tôt, elles ont néanmoins toutes données des tisanes avant l'âge de six mois.

### **1.3. Ecart entre pratique et discours des agents de santé comme confortant les mères dans leurs positions**

Parfois, l'écart entre les discours des agents de santé et leurs pratiques au sein de la communauté, amène les femmes à ignorer les messages de sensibilisation autour de l'AME.

« Les sages-femmes même ne peuvent pas le respecter. Nous les voyons ici avec les biberons contenant le lait qu'elles achètent. Elles n'appliquent pas l'AME. Elles ne peuvent pas le faire puisqu'elles ne sont pas tout le temps avec les enfants. » Une mère, entretien du 17- 12- 2011.

« Les sages-femmes donnent les sirops, de l'eau comme Evian et aussi les sérums buvables à leur enfant » (Une mère à Savè, entretien du 27- 01- 2012).

Ainsi pour les mères, les donneurs de conseils en leur disant de ne pas donner les tisanes, prescrivent néanmoins des produits pharmaceutiques qui ont les mêmes visées que les tisanes. En outre, n'ayant pas les moyens d'acheter leurs prescriptions, elles se réfugient dans les tisanes. Et pour le cas spécifique du *Mangnan*, les prescriptions biomédicales n'étant pas efficaces, il ne reste que les tisanes qui peuvent sauver les enfants. Au cours des entretiens, certains agents de santé, reconnaissent qu'il existe une difficulté réelle pour les mères de respecter les consignes biomédicales sur l'AME face à la menace permanente du *Mangnan* et de la persécution sociale qui s'en suit.

## **2. Discussion**

La discussion met en relief, les facteurs justificatifs de la rationalité des donneurs de soins familiaux face aux interventions mais aussi les failles intrinsèques au dispositif des activités de promotion de l'AME.

### 2.1. De la rationalité des acteurs locaux

L'AME, sans aucun autre liquide ni aliment qui est le mode d'alimentation optimal des nourrissons jusqu'à six mois, est peu pratiqué en Afrique de l'Ouest, alors qu'il est plus fréquent en Afrique du Nord et, dans une moindre mesure, en Afrique de l'Est (M-C Dop, 2002 p. 65). Le recours à la tisane est considéré par les donneurs de soins familiaux comme un médicament au même titre que les sirops, solutés et comprimés prescrits par les professionnels de la santé. Son administration aux enfants de moins de six mois n'est souvent pas considérée comme une entorse à l'AME (A-B Imorou, 2015).

Le non-respect de l'AME prend sens du fait que les consignes dans un premier temps n'ont pas l'aval de l'entourage immédiat familial. Au fait, il existe une forte implication des acteurs familiaux dans la prise en charge socio-sanitaire et nutritionnelle des enfants en Afrique et particulièrement au Bénin. En mettant en exergue les conditions nécessaires pour réussir l'allaitement maternel, M. Thirion (1993), se focalise sur les dispositions psychophysiologiques liés à l'enfant et à la mère. Au fait, le non-respect de l'AME ne relève pas seulement du duo mère enfant.

Durant les premiers mois après l'accouchement, les mères sont assistées des autres femmes de la famille notamment les plus âgées qui par conséquent sont les plus expérimentées dans le domaine des soins et de la nutrition des nourrissons. De ce fait, on assiste à la présence d'un groupe de décideurs et de donneurs de soins autour de la petite enfance (A-B. Imorou *et al.*, 2012 ; L. Blum *et al.*, 2014). Or, la dimension familiale dans le processus de promotion de l'AME n'a pas été perceptible au cours de cette recherche. Une telle option renie les familles en tant qu'entité dans le dispositif des soins aux enfants car leur prise en compte relève uniquement d'une collaboration passive ou elles ne sont qu'un réceptacle des conseils bio médicaux, un espace d'application des normes édictées. Voulant prendre en compte la famille, c'est souvent la mère qui est isolée pour recevoir les consignes.

Selon les travaux d'un chercheur,

« les familles constituent une importante instance de prévention de la maladie et d'éducation à la santé, en instaurant un certain nombre de normes et de règles orientant les comportements sanitaires. Du point de vue médical, la famille constitue à la fois un relais important, un lieu privé de prise en charge de nombreux paramètres – hygiène, alimentation, sécurité, ... – permettant de préserver la bonne santé. En même temps, elle est problématisée comme un lieu de risques

lorsqu'elle ne se conforme pas aux attentes de santé publique » (C. Burton-Jeangros, 2006 p.17-18).

Or cette dimension problématique bien connue, ne bénéficie pas d'une place confortable durant les interventions en santé infantile. Elle est souvent reléguée aux dimensions socio culturelles, une sorte de nébuleuse face à laquelle on s'avoue vaincue à l'avance.

De telles attitudes traduisent aussi la non-reconnaissance des droits des familles à l'auto décision et à leur responsabilité face aux problèmes dont elles sont les seuls protagonistes. C'est à juste titre que C. Burton-Jeangros affirme que

« les familles cherchent à trier parmi les informations et conseils, et à intervenir dans les décisions à prendre. Ce rôle actif a certainement été encouragé par l'idée largement répandue aujourd'hui d'un droit – individuel – à la santé. Dans le cadre familial, ce droit se double d'une lourde responsabilité pour les parents qui sont souvent conscients de leur rôle à long terme face à la santé de leurs enfants. La prévention peut dès lors être interprétée comme la responsabilité de faire des choix individuels, jugés sains, même lorsqu'ils s'opposent à l'intérêt de la collectivité, comme c'est par exemple le cas avec le refus des vaccinations. (C. Burton-Jeangros, 2006p. 25-26).

Mais dans nos contextes africains, le refus des familles est souvent traduit comme relevant de l'ignorance, de l'analphabétisme, voire de la traditionnalité et du culturel. Il n'est pas reconnu une once de logique ni de bon sens dans les choix à elle opérés. L. Gautier et al, (2017 p. 68) rapportent que certaines études sur les interventions en santé, choisissent d'omettre les aspects socioculturels et justifient ce choix par le fait que cette dimension soulève des problèmes spécifiques au contexte, et donc complexes à appréhender. Or tout le nœud de l'intervention réside dans ce contexte.

Le non-respect de l'AME persiste aussi parce que les consignes n'intègrent pas la réalité des situations concrètes vécues par les mères autour de la prise en charge des nourrissons. Il s'agit des expériences individuelles qui convergent quant aux risques excluant toute pratiques préventives.

Les réponses apportées par les agents de santé aux mères en difficultés demeurent techniques et n'intériorisent pas la face pragmatique des difficultés réelles au sein des ménages, in vivo, loin des cadres formels des centres de santé. Faisant le point de la littérature sur les interventions en santé maternelle et infantile, L. Gautier *et al.* (2017) relèvent que ce champ d'investigation relève plus des paradigmes de l'épidémiologie et du biomédical, et moins de la science d'implantation. Les lacunes mises en évidence par les auteurs, résident dans

l'insuffisance de la littérature sur la manière de relier les domiciles des mères et des enfants aux établissements de santé. Les agents de santé n'intègrent pas également la dimension compréhensive des logiques des populations. Même si certains comprennent bien les difficultés des mères, elles ne veulent l'avouer de peur de rentrer en contradiction avec l'institution qu'ils représentent.

La démarche d'intervention plutôt que d'intégrer les multiples acteurs des soins familiaux, ignore aussi les arguments légitimes comme la prévention de dangers susceptibles de survenue dans le cours de vie des nourrissons. Les interventions n'impliquent pas une recherche de solutions appropriée aux arguments avancés qui sont tout aussi pertinents : la menace d'affection non répertoriée comme dangereuse par les formations sanitaires, la présence active de décideurs de soins assortie d'une menace et ou d'une persécution sociale en cas de désobéissance, les expériences antérieures à propos des premiers enfants.

Les agents ne mènent pas non plus des discussions appropriées dans ce sens lors des causeries de masse ni lors des consultations individuelles pour répondre aux contraintes existantes dans la sphère familiale faite de décideurs de soins dont l'autorité surpasse parfois celui du père et de la mère de famille. Aussi, certaines stratégies d'interventions comme le partage d'information, l'échange de témoignages entre pairs, autrement dit des discussions franches sans langue de bois en présence de professionnels de santé et d'agent de santé communautaire éviterait les nombreuses mises en scènes, les jeux de dissimulation entre acteurs. Le troisième argument évoqué et qui conforte les familles dans le non-respect des consignes se trouve dans les limites du dispositif de promotion.

## ***2.2. Des failles dans le dispositif de promotion***

Parmi les raisons, sans doute multiples, de l'échec des activités de promotion de la santé, M-C Dop, (2002 p. 66), doigte une certaine ambiguïté du message et un manque d'adhésion du personnel de santé au bien-fondé de la pratique promue.

Dans le cadre de cet article, l'ambiguïté du message s'exprime par la radicalité qui l'entoure et qui constitue un goulot d'étranglement majeur pour l'adoption. Il s'agit de l'interdiction systématique de toute tisane avant six mois alors que des sirops et autres médicaments prescrits à l'hôpital sont encouragés durant la même période. Or il s'avère que le refus de l'association de toute boisson au lait maternel est davantage lié aux questions d'hygiènes et au péril hydrique. Si tel est le cas pourquoi ne pas davantage expliquer les fondements des différentes recommandations plutôt que de rejeter en bloc la rationalité des acteurs familiaux ? Ce faisant le message prête à équivoque. On ne saurait vouloir régler un problème par la création d'un autre. Les recommandations relèvent également de l'idéal à atteindre et plutôt que de les délivrer comme des règles strictes à ne

pas enfreindre, il serait judicieux d'accompagner les femmes et d'anticiper sur les obstacles qui jalonnent toute décision, toute volonté de pratiquer l'AME.

L'adhésion des tenants des discours de promotion de l'AME est une autre facette des limites de l'intervention. Leur adhésion n'est pas explicite dans la pratique quotidienne. Les consignes réfutant toute autre association au lait maternel ne sont pas respectées par les professionnels de la santé (ici les sages-femmes, les infirmiers, les aides-soignants) et les relais communautaires chargés de diffuser les messages. Le plus souvent ces agents partagent non seulement les mêmes représentations que les populations mais n'ont pas une réponse pouvant les aider à faire face aux contraintes qu'engendre toute innovation.

Les relais communautaires sont des intermédiaires entre les communautés à la base et les agents de santé. Selon les critères de l'OMS, « ils doivent être des membres de la communauté, choisis par elle, être ses représentants, doivent aussi être supervisés par le système de santé sans faire partie de son organigramme et ont une formation plus courte que les professionnels de la santé » (Who, 1989, p. 6).

Plusieurs interventions de santé se basent sur les relais ou agents de santé communautaire comme stratégie pour mieux faire passer le message et atteindre leurs objectifs. Parfois leurs cahiers de charges vont au-delà des activités de promotion de la santé et englobe des actions de diagnostic et de soins préventifs et curatifs (L. Gautier et al. 2017 ; Li *et al.* 2015).

S. L. Faye (2012 p. 135-140) a aussi évoqué l'appartenance au territoire de l'intervention comme critère de sélection des relais communautaires même si ce critère n'est toujours pas respecté. Pour l'auteur bien que les relais communautaires soient un maillon important dans le dispositif de la promotion de la santé, leur présence engendre parfois des difficultés. D'une part il existe des décalages entre leurs pratiques et les normes recommandées et d'autre part ils sont la source de conflits d'attribution et de positionnement dans l'arène sanitaire.

C'est ainsi que les relais communautaires de notre terrain d'investigation perçoivent au même titre que les ménages qu'ils visitent dans le cadre de la promotion de l'AME, la dangerosité du *Mangnan* et l'utilité des tisanes à usage préventif. L'appréciation différentielle de l'AME et des signes de dangers par les différents acteurs du système sanitaire périphérique, est un facteur majeur à considérer dans les interventions au profit des populations.

Quant aux agents de santé, il est loisible de voir celles qui sont nourrices, donner du sérum glucosé, du lait artificiel ou autres compléments à leur nourrisson.

## Conclusion

Si la pratique de l'allaitement maternel est généralisée dans le contexte de cet article, son exclusivité au nourrisson jusqu'à six mois est pratiquement inexistante de par les observations et les discours dans les ménages des femmes allaitantes. La pratique courante fait montre d'une forte circulation de recettes préventives et curatives dans la lutte contre les signes de dangers locaux perçus par les décideurs et donneurs de soins familiaux. Considérant le *Mangnan* comme un signe de danger primordial affectant la santé infantile, les familles persistent dans les pratiques d'introduction précoce de la tisane avant l'âge de six mois sous peine d'une auto condamnation à mort de leurs enfants. C'est alors à juste titre que les interventions en santé infantile font la promotion de l'AME. Toutefois, cette promotion de l'AME qui se nourrit de recommandations technico sanitaires globalisées peine à s'enraciner dans les ménages. Plusieurs paramètres s'entrecroisent et durcissent la résistance à la pratique de l'AME au sein des familles. Cette étude a mis en exergue quatre facteurs majeurs intrinsèques aux différents acteurs de la chaîne de prise en charge des enfants que sont les donneurs et décideurs de soins familiaux, les relais communautaires et les professionnels de santé. Dans un contexte marqué par le spectre du *Mangnan*, le premier facteur est la dimension familiale du nursing aux enfants marquée par une forte implication des acteurs familiaux dans la prise en charge sanitaire des enfants. Ceci donne lieu à une faible marge de manœuvre aux mères qui sont les seules concernées par les messages de promotion. De ce fait, elles sont prises entre deux eaux : celle transitoire des formations sanitaires et celle permanente et coercitive des décideurs de soins familiaux. Le deuxième facteur concerne les réponses techniques données aux mères en proie à la peur du *Mangnan*. Ces réponses n'intègrent pas la rationalité des arguments avancés par les mères et ignorent les risques encourus par elles en cas d'intériorisation des recommandations bio médicales. Ces risques pour les mères sont aussi bien de l'ordre socioculturel que sanitaire. Le troisième facteur est l'ambiguïté du message de promotion de l'AME. Celui-ci prend une allure d'interdiction systématique de toute autre substance que le lait maternel, oubliant la circulation au même moment dans l'arène médical, des sirops, des sérums glucosés, des laits artificiels. Enfin le quatrième facteur confortant les mères dans leur position est la relative adhésion des porteurs du message bio médical sur l'AME. Il s'agit de relais communautaires et des sages-femmes et aide soignants qui peinent aussi à traduire leur message en acte en tant que mère ou père de famille.

Au vu du contexte spécifique de l'intervention, plutôt que de s'acharner à interdire l'utilisation des tisanes, ne vaudrait-il pas mieux l'organiser pour limiter les dégâts ? On pourrait par exemple mettre l'accent sur l'hygiène des tisanes, la dangerosité de certaines associations. Ne serait-il pas judicieux aussi d'associer

la Direction de la médecine traditionnelle du Ministère de la santé pour une utilisation efficace et sans danger des tisanes ? D'ailleurs une des suggestions des communautés n'est-elle pas que les centres de santé se consacrent davantage à la prise en charge du *Mangnan* ?

### **Références bibliographiques**

- Blum Lauren, Amoussa H. Waliou, Badou Agnès Oladoun, 2014, Déterminants des pratiques d'alimentation du jeune enfant au Bénin (Boukoubé, Kétou, Djakotomey), Rapport d'études, Cotonou, Unicef/Faculté des sciences agronomiques du Bénin.
- Burton-Jeangros Claudine, 2006, « Transformations des compétences familiales dans la prise en charge de la santé : entre dépendance et autonomie des mères face aux experts », *Recherches familiales*, 1 (N°3), 16-25.
- De Chesnay Mary et Anderson Barbara. A. (2016). « Caring for the vulnerable : perspectives in nursing theory, practice, and research », Burlington, MA : Jones & Bartlett Learning.
- Desclaux Alice et Alfieri Chiara, 2008, « Allaitement, VIH et prévention au Burkina Faso: les déterminants sociaux ont-ils changé? Science et Technique », *Série Sciences de la santé*, Hors série (1) : 117-126.
- Dop Marie-Claude, 2002, « L'allaitement maternel en Afrique : l'évolution favorable sera-t-elle remise en question par l'épidémie de sida ? » *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé.* ; 12(1) :64-72.
- Faye Sylvain Landry, 2012, « Responsabiliser les relais communautaires pour le traitement préventif intermittent saisonnier du paludisme (TPI) au Sénégal : enjeux, modalités, défis », *Autrepart* 1 (N° 60) : 129-146.
- Gautier Lara, Moshabela Mosa, De Allegri Manuela, 2017, « Les interventions de santé maternelle et infantile : vers une meilleure prise en compte des besoins des populations en Afrique » in Hachimi Sanni Yaya. *Risquer la mort pour donner la vie. Politiques et programmes de santé maternelle et infantile en Afrique*, Presse de l'Université Laval : 61-74.
- Guerrero M. Lourdes, Morrow Robert C., Calva J. Juan, Ortega-Gallegos Hilda, Weller SuzanC., Ruiz-Palacios Guillermo M. et Morrow Ardythe Luxion, 1999, « Evaluation ethnographique rapide des habitudes d'allaitement maternel dans la zone périurbaine de Mexico », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* Recueil d'articles n° 1 : 57-63

- Imorou Abou-Bakari, 2015, « A chacun son AME »: les raisons de la difficile quantification des comportements dans l'allaitement maternel exclusif au Bénin » in *Kasa bya kasa*, n° 29 : 7–33.
- Imorou Abou-Bakari, Sambiéni Emmanuel & Nansounon Cather, 2012, Etude sur les cinq pratiques familiales (PFE) et les trois pratiques d'éveil essentielles (PEE) au Bénin, Rapport de synthèse, Lasdel/Unicef, Cotonou.
- Li Shelly-Anne, Jack Susan M., Gonzalez Andrea, Duku Eric, MacMillan Harriet L., 2015, « Points de vue de professionnels de la santé et des services sociaux sur un programme de visites à domicile destiné aux jeunes mères d'un premier enfant », Vol 35, n° 8/9, Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada, Recherche, politiques et pratiques : 171-179.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre, 1995, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*. Paris : Apad-Karthala.
- Olivier de Sardan Jean-Pierre, Diarra Aïssa and Moha Mahaman, 2017, « Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: the case of maternal health, Health Research Policy and Systems », 15(Suppl 1)60 : 71-87
- Thirion Marie, 1993, L'allaitement maternel. Des données nouvelles pour tordre le cou aux idées reçues. (version corrigée, 2008) *La revue du praticien-Médecine Générale*, Tome 7(226) : 29-38.
- Who, 1989, "Strengthening the Performance of Community Health Workers in Primary Health Care : Report of a Who Study Group", World Health Organization Technical Report Series, n 780, [[http://whqlibdoc.who.int/trs/Who\\_TRS\\_780.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/Who_TRS_780.pdf)], Genève.