Recherche originale

Soins aux nouveau-nés : les recommandations internationales face aux enjeux sociaux de la naissance

Newborn care: international recommendations confronted with the social challenges surrounding birth

Hélène Kane[1]

Résumé

Introduction : Sous l'impulsion de larges programmes internationaux ciblant spécifiquement la survie néonatale, un ensemble de pratiques de soins recommandées sont promues en Afrique de l'Ouest. À partir des données d'une étude anthropologique multicentrique, nous proposons d'interroger comment les pratiques locales intègrent les recommandations diffusées par ces programmes.

Méthode : Les enquêtes ont été réalisées dans des localités rurales de cinq pays : Bénin, Burkina Faso, Mali, Mauritanie, Togo. Sur chaque site, les investigations ont combiné une ethnographie des soins aux nouveau-nés et des entretiens approfondis dans les maternités et aux domiciles.

Résultats : Les soins aux nouveau-nés s'accordent à un ensemble de représentations et de logiques sociales locales, les recommandations médicales étant intégrées de manière hétérogène. Dans les maternités, les professionnels de santé rencontrent des difficultés à mettre en œuvre les pratiques recommandées, et opèrent diverses conciliations face aux contraintes matérielles et sociales locales. Du côté des familles, les « messages » promouvant les soins favorables à la survie des nouveau-nés ponctuent les propos, mais donnent lieu à diverses interprétations et à de variables modifications des soins.

Discussion : L'irrégulière intégration des recommandations médicales dans les soins aux nouveau-nés est analysée autour de trois axes : les divergences d'intentionnalités autour de la naissance et de l'accueil du nouveau-né, les dissonances entre les soins préconisés et les conceptions locales du nouveau-né, l'influence des relations de pouvoir intrafamiliales. Considérant la complexité des changements en matière de soins néonataux, nous plaidons en faveur d'une mise en œuvre des programmes respectueuse à la fois des cultures d'accueil du nouveau-né, et des compétences des professionnels de santé à concilier des contraintes contradictoires.

Mots-clés : Anthropologie ; Nouveau-né ; Survie néonatale ; Référentiels de soin ; Afrique de l'ouest.

Abstract

Introduction: *Driven by international programs specifically targeting neonatal survival, a set of recommended care practices is being promoted in West Africa. Using data from a multi-centered anthropological study, we enquire as to how local practices integrate the recommendations disseminated by these programs.*

Method: *The surveys were conducted in rural localities in five countries : Benin, Burkina Faso, Mali, Mauritania, and Togo. In every site, the investigations combined ethnography of newborn care and in-depth interviews in maternity homes and homes.*

Results: *The care of newborns is based on a set of local social representations and logics, where medical recommendations are integrated heterogeneously. In maternity wards, health professionals face difficulties in implementing recommended practices, and make various conciliations when faced with local material and social constraints. In private homes, the "messages" promoting life-saving care for newborns punctuate conversations, but lead to various interpretations and variations in care.*

Discussion: *The irregular integration of medical recommendations in neonatal care is analyzed around three areas: the divergence of intentions around the birth, the dissonances between the recommended care and the local conceptions of the newborn, the influence of intra-family power relations. Considering the complexity of the changes in neonatal care, we argue for the implementation of programs that respect local cultures, and for health professionals to skillfully accommodate conflicting constraints.*

Keywords: *Anthropology; Newborn; Neonatal survival; Care guidelines; West Africa.*

[1] UMI 3189 « Environnement, Santé, Sociétés » (CNRS, UCAD, UGB, CNRST, USTTB) & Société Française de Santé Publique – Laxou – France.

Correspondance : H. Kane
helene.kane@gmail.com

Réception : 16/02/2019 – *Acceptation :* 26/06/2019

Introduction

Avec l'élaboration et la mise en œuvre du Plan d'action « Chaque nouveau-né » [1], la survie néonatale a été réaffirmée en tête des préoccupations internationales s'agissant de la santé infantile. Dans le sillage de ce Plan d'action, la survie néonatale est cible centrale de nombreuses organisations non gouvernementales telles que Médecins Sans Frontières, Santé Sud ou Save the Children [2]. Cette priorité de santé internationale s'est forgée à l'interface de multiples évolutions : diminution de la mortalité infantile, progrès dans l'enregistrement administratif des naissances, médicalisation des accouchements et développement des techniques de soin néonatales. Elle constitue un objet caractéristique de la mise en avant de la survie par les organisations humanitaires, sur la scène transnationale [3]. Son émergence découle, en particulier, du constat épidémiologique que la mortalité néonatale diminue plus lentement que la mortalité infantile. Entre 1990 et 2015, elle a été réduite de 47 %, tandis que la mortalité infanto-juvénile a été réduite de 53 % sur la même période [4]. La mortalité néonatale représente actuellement dans le monde 46 % des décès chez les enfants de moins de cinq ans [5].

L'Afrique de l'Ouest et du Centre ont les taux les plus élevés de mortalité infanto-juvénile, avec une diminution peu significative de la mortalité néonatale ces dernières années. La proportion des décès néonataux parmi les décès d'enfants de moins de cinq ans a singulièrement augmenté dans la région, passant de 26 % en 1990 à 35 % en 2015 [6]. La mortalité néonatale constitue de ce fait une « poche de résistance » entravant l'atteinte des objectifs de réduction de la mortalité infantile. Cet enjeu de la survie des nouveau-nés a notamment été étayé avec la parution d'un rapport intitulé « *Donnons sa chance à chaque nouveau-né d'Afrique* », qui pointait du doigt de forts taux de mortalité évitables par le biais d'interventions spécifiques [7].

Aussi, la survie néonatale est devenue une cible à part entière des Objectifs du Développement Durable, qui visent à ramener la mortalité néonatale à 12 décès pour 1 000 naissances vivantes à l'horizon 2030. Les organisations internationales communiquent en ce sens sur l'intolérabilité en tant que telle des décès néonataux, défendant l'objectif qu'« *aucun nouveau-né ne naisse pour mourir* » [2], et qualifiant de « *tragédie invisible* » la mortinatalité [8]. Afin de « *mettre fin aux décès néonataux évitables* », le Plan d'action « Chaque nouveau-né » cible la mise en œuvre d'interventions essentielles dont l'impact significatif en termes de survie néonatale a été démontré (tableau I). S'en inspirant, les pays se dotent progressivement de stratégies d'action promouvant ces pratiques de soins néonataux recommandées.

Nous proposons, dans cet article, d'interroger comment les soins prodigués aux nouveau-nés intègrent ces récentes recommandations visant spécifiquement la survie néonatale. Notons, cependant, que la promotion de pratiques comme l'allaitement précoce et le peau contre

Tableau I : Interventions à la naissance et postnatales efficaces en faveur de la santé du nouveau-né

Soins immédiats prodigués à CHAQUE nouveau-né	• Séchage immédiat et complet, contact peau contre peau, bain différé. • Clampage du cordon à un moment approprié, soins du cordon hygiéniques. • Début précoce de l'allaitement exclusif. • Soins courants (soins des yeux, vitamine K, vaccination, par exemple). • Examen postnatal et contrôles périodiques. • Conseils sur les pratiques de soins essentielles pour le nouveau-né (soins thermiques, allaitement, hygiène et soins du cordon) et recours aux soins.
Prise en charge des complications	• Prise en charge des nouveau-nés qui ne respirent pas par une stimulation tactile et, si nécessaire, par une ventilation manuelle au ballon de réanimation.
Soins postnanals prodigués à CHAQUE nouveau-né	• Allaitement exclusif et chaleur. • Hygiène, y compris les soins secs du cordon, l'utilisation de chlorhexidine pour les naissances à domicile dans les pays avec des taux de mortalité néonatale de 30 ou plus. • Prévention de la transmission mère-enfant du VIH. • Communication et jeux destinés à favoriser le développement. • Conseils pour reconnaître les signes de danger chez le nouveau-né et recourir aux soins de manière appropriée.

Source : Unicef et OMS 2014

peau n'est pas nouvelle ; elle avait, en effet, été mise en avant depuis les années 90 par divers programmes et référentiels, notamment l'initiative Hôpitaux Amis des bébés lancée par l'Unicef en 1991. Afin de documenter comment ces recommandations suscitent de nouvelles pratiques de soins, nous poursuivons une approche anthropologique analysant les multiples façons dont elles prennent place dans un ensemble de perceptions sociales et d'habitudes comportementales. L'approche anthropologique suppose de rechercher les logiques des acteurs et les savoirs qu'ils mobilisent. Aussi considérerons-nous l'évolution des pratiques de soins néonatales comme un processus de changement social, qui n'est pas unilatéral mais articule des dynamiques du dedans et du dehors [9], découle de l'enchevêtrement de diverses logiques sociales [10].

En nous appuyant sur les données d'une étude multicentrique réalisée dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest, nous avons ainsi envisagé comment les soins aux nouveau-nés s'inscrivent à l'interface de dynamiques locales et globales, associant répartition des rôles familiaux, évolution des modes de consommation et influence des recommandations sanitaires. Partant de ces monographies, cet article questionne comment les soins observés intègrent – ou pas – les préconisations émises afin de réduire la mortalité néonatale. Au-delà du constat évident de la faible intégration de ces « interventions essentielles », notre objectif était d'analyser les significations, les logiques sociales et les contraintes matérielles qui orientaient localement les soins aux nouveau-nés. Dans une perspective « impliquée », soucieuse de l'utilité de la recherche anthropologique par rapport à son objet d'étude [11], notre attention s'est en particulier focalisée sur les discordances entre les recommandations sanitaires et les justifications des conduites locales habituelles. Aussi, nous sommes-nous efforcés de distinguer les comportements qui engageaient des normes importantes socialement, de ce fait difficilement modifiables [12].

Méthode

Ce travail s'appuie sur les données d'une étude multicentrique dans cinq pays – Bénin, Burkina Faso, Mali, Mauritanie et Togo – réalisée grâce au soutien du Fonds des Nations unies pour l'enfance (Unicef) en 2016. Dans chacun de ces pays, un anthropologue a enquêté à partir d'une maternité de taille moyenne en milieu rural, de type SONU B, réalisant entre 100 et 200 accouchements par mois. Ces maternités ne disposaient pas de couveuses. Elles étaient situées dans des centres de santé où exerçait un médecin, mais pas de pédiatre. Ces sites d'enquêtes ont été choisis de façon raisonnée en collaboration avec les bureaux pays de l'Unicef. Il devait s'agir de zones ne recevant pas d'appuis particuliers, correspondant aux conditions matérielles et techniques ordinaires de la majorité des accouchements dans le pays.

Les chercheurs mobilisés, connaissant l'environnement ethnolinguistique dans lequel ils ont travaillé, ont poursuivi leurs investigations durant une dizaine de semaines afin de comprendre le fonctionnement singulier de la maternité choisie, la manière dont la population percevait la qualité des soins et les recommandations délivrées. Leurs enquêtes ont combiné observations des soins, discussions informelles et entretiens approfondis. Ils ont observé les soins aux nouveau-nés de la maternité aux domiciles, cherchant à retracer les significations qui participaient à les justifier. Considérant que 75 % des décès néonataux surviennent lors de la première semaine de vie [13], ils ont concentré leur attention sur cette période critique des sept premiers jours. Les nouveau-nés quittant la maternité quelques heures après leur naissance, il était indispensable de dépasser une vision centrée sur le système de santé. Aussi, les anthropologues se sont-ils intéressés à la poursuite des soins au retour à domicile.

Afin de comprendre pourquoi les acteurs font ce qu'ils font, l'ethnographie suppose de documenter rigoureusement la réalité des pratiques en ouvrant la focale sur les larges englobements sociaux dans lesquels elles s'inscrivent [14]. Ainsi, Le premier objectif des anthropologues a été de décrire de manière précise et systématique les soins apportés aux nouveau-nés. Dans les maternités et aux domiciles, ils ont examiné qui s'occupait des nouveau-nés, et quelle vigilance leur était portée. Dans chacun des pays, des observations fines, circonstanciées et chronométrées de l'accouchement et des premiers soins au nouveau-né ont été réalisées. Au total, 132 naissances ont été attentivement observées, ce qui représente près de cinq cents pages de descriptions. Environ la moitié des enfants dont la naissance a été observée ont été suivis à domicile. Les chercheurs ont considéré les soins qui leur étaient prodigués, et plus largement la dynamique des relations familiales ainsi que les événements saillants de leur accueil et de leur socialisation. De la sorte, nous avons été en mesure de réunir les descriptions détaillées des soins délivrés dans la première semaine de vie de 74 nouveau-nés.

Afin d'appréhender les logiques sociales et les significations qui sous-tendent les soins aux nouveau-nés, nous nous sommes intéressés au point de vue de tous ceux qui

dispensent ou influencent les soins. Élargissant le questionnement, nous avons exploré, par des questions croisées, leurs représentations des nouveau-nés. Des entretiens approfondis ont été réalisés avec les agents de santé (93), ainsi qu'avec les parents ou guérisseurs intervenant dans les soins observés (106), comme le détaille l'article de Yannick Jaffré [14]. Ces entretiens ont été intégralement traduits et retranscrits en français, fournissant un millier de pages de verbatims. Les matériaux issus de l'enquête ont été analysés par chaque chercheur afin de rédiger un rapport pays. Les données ont ensuite été rassemblées et analysées avec le logiciel NVivo afin d'établir des comparaisons entre les sites d'enquête.

Résultats

Nos observations attestent que les soins délivrés aux nouveau-nés ne correspondent pas aux recommandations internationales diffusées depuis plusieurs années, en particulier s'agissant de l'allaitement exclusif et des soins du cordon. Pour autant, des bribes et des traces de ces recommandations sanitaires ressortent de manière récurrente dans les discours. Elles constituent des références en matière de soins, mises en confrontation avec d'autres savoirs et inégalement suivies. Dans une perspective anthropologique, nous nous sommes intéressés aux réinterprétations de ces recommandations, et à la place qui leur est conférée.

Mise en œuvre parcimonieuse des interventions essentielles en maternité

Les soignantes qui accompagnent l'accouchement et, en particulier, les sages-femmes ont connaissance d'un ensemble de recommandations relatives au maintien au chaud, à l'allaitement précoce, à la réanimation en cas de souffrance à la naissance, à l'examen et à la surveillance du nouveau-né. Ces savoirs ont notamment été acquis lors de formations concernant les soins néonataux et obstétricaux d'urgence (SONU). D'après nos observations dans cinq pays, ces recommandations sont cependant incomplètement maîtrisées et irrégulièrement suivies : environ la moitié des nouveau-nés a bénéficié d'un allaitement précoce, et presque aucun n'a été laissé en peau contre peau. Les soignantes ont partiellement conscience de ne pas mettre en pratique ces recommandations, bien qu'elles leur reconnaissent une certaine légitimité.

> « L'allaitement précoce, surtout chez la primi, c'est difficile l'application. Il faut avouer que je ne le fais pas. C'est avec le temps. Mais cela comporte des avantages. » (Sage-femme, Bénin, entretien S. Ahouangonou)

> « Un bébé s'il naît normalement on doit bien l'examiner. Contrôler sa gorge, son urine, son anus, mesurer sa taille tout cela. Tout cela on l'a appris à l'école mais quand tu entres ici tu oublies. » (Sage-femme, Mauritanie, entretien H. Kane)

La non-réalisation de ces pratiques recommandées semble dériver d'un certain découragement dans l'exercice quotidien en maternité, associé plus spécifiquement à un moindre investissement professionnel s'agissant du nouveau-né et de gestes rapportés au maternage [15]. Cependant, il ne s'agit pas seulement d'un « laisser-aller », les soignantes expriment aussi, dans certains cas, ne pas suivre délibérément certaines recommandations.

> « Nous on ne met pas le nouveau-né à la succion sur la table tout de suite. Chez les primi, c'est difficile parce que l'enfant n'est pas habitué. […] Moi je préfère qu'elle quitte d'abord la table d'accouchement avant de lui dire d'allaiter son enfant. » (Sage-femme, Bénin, entretien S. Ahouangonou)

Les justifications avancées renvoient souvent aux parturientes et à leurs accompagnantes, qui, selon les soignantes, n'accueillent pas favorablement des pratiques telles que le peau contre peau et l'allaitement précoce. Le découragement à mettre en œuvre ces recommandations prend ainsi source non seulement dans des contraintes matérielles [16], mais aussi dans une difficulté à inaugurer des conduites en décalage avec les gestuelles locales [17]. Ainsi, certaines tétées précoces en salle de naissance ne « fonctionnent » pas car la mère détourne le regard, gênée. D'autres fois, la mise en pratique des recommandations « sonne faux » et reste « étrangère » à l'accueil du nouveau-né, comme dans cette observation au Mali où, exceptionnellement, le chercheur a observé la pratique du peau contre peau.

> « Mariam, tu as eu une fille. L'enfant pleure. Je pose l'enfant sur toi pour consolider les liens d'affection entre vous deux. Il faut bien le tenir. » (Sage-femme à une accouchée, Mali, observation A. Coulibaly)

Dans cette observation, la sage-femme se justifie de mettre l'enfant en peau contre peau en ayant recours à un message appris. Ces propos ne sont pas sans rappeler les communiqués de l'Unicef promouvant un allaitement « favorisant un attachement mutuel ». Pourtant, dans les

contextes où nous avons travaillé, le rôle que se donnent les sages-femmes s'inscrit rarement dans la construction d'un lien entre la mère et l'enfant. C'est plutôt une attitude d'« instruction » voire de « moralisation » à l'égard de la jeune mère qui prend le dessus [18]. Cette observation illustre aussi combien les sages-femmes sont dans une délicate interface où elles tentent d'initier la mise en œuvre de nouvelles pratiques de soins inconnues, car rarement pratiquées, et insolites dans les rapports aux corps qu'elles engagent. Ainsi, les accoucheuses et sages-femmes doivent construire leurs pratiques malgré des conceptions divergentes. Elles sont confrontées à des réactions qui leur laissent l'impression pénible d'œuvrer à contre-courant d'habitudes et de conceptions locales.

> « Normalement le bébé doit être mis sur la poitrine de sa mère pour qu'il ait sa chaleur. C'est important mais certaines femmes, si on leur met l'enfant sur la poitrine, elles refusent. » (Bénévole, Mauritanie, entretien H. Kane)

Elles-mêmes partagées entre diverses références, ces soignantes opèrent un ensemble d'adaptations et conciliations entre des recommandations apprises et ce qu'il leur semble possible de modifier dans leur exercice quotidien. Ces conciliations sont intéressantes à considérer sérieusement, non comme des erreurs mais comme des ajustements participant à construire le service rendu [19], et ayant une rationalité propre. Par exemple, certaines sages-femmes font prévaloir les conditions de la première tétée – lorsque la femme est reposée et entourée par ses accompagnantes – plutôt que sa précocité. Autre exemple, au Bénin, les soignantes sont dubitatives sur le fait que la bande ombilicale ne soit plus recommandée, soulignant le risque que des remèdes soient appliqués, et que les mères ne reviennent plus vers les structures sanitaires dans les jours suivant la naissance [20].

> « C'est après mon affectation ici qu'on m'informait que les responsables ont désormais interdit le pansement avec les bandes. Or auparavant, lorsqu'on pansait le cordon ombilical, on donnait trois jours aux patientes pour revenir le refaire et pour éviter les infections. […] Maintenant, vous avez remarqué qu'on ne panse plus. Une fois rentrées, elles ne reviennent que pour les consultations postnatales. » (Aide-soignante, Bénin, entretien S. Ahouangonou)

Assistant à l'évolution de « recommandations » se présentant à chaque fois comme des normes absolues, les soignantes tendent à relativiser leur légitimité, opérant des ajustements éclairés par leurs expériences. Comme l'ont documenté de nombreux travaux du champ de la sociologie des organisations, l'adoption de nouvelles pratiques professionnelles fait l'objet de réflexions individuelles et de négociations collectives, suscite un ensemble de résistances au changement [21]. L'adoption de ces nouvelles pratiques nécessite une appropriation locale de la volonté d'agir, d'autant que la culture en partage est faible. Dans des contextes de revenus limités, les agents de santé de première ligne regrettent de ne pas être associés à l'élaboration de directives déconnectées de leurs conditions de travail [22]. Ainsi, tandis que les stratégies se succèdent et se complexifient rapidement, les pratiques de soins en maternité évoluent plus laborieusement, selon d'autres logiques et dans une autre temporalité.

L'hétérogène diffusion des recommandations de la maternité aux domiciles

Les attitudes des sages-femmes par rapport aux recommandations médicales dépendent de leur plus générale acceptabilité sociale. Lorsque les recommandations peuvent se conjuguer aux conceptions locales, les sages-femmes les conseillent assez spontanément. C'est généralement le cas pour l'allaitement de longue durée, qui est socialement encouragé dans les sociétés ouest-africaines [23]. L'insistance sur la propreté est communément partagée par les soignantes et les accompagnantes, mais elle n'est pas toujours associée aux pratiques recommandées. Le lavage des mains avant de toucher un nouveau-né n'a notamment pas été observé dans nos enquêtes. Conformément aux nouvelles recommandations, le bain à la naissance a été abandonné dans les maternités enquêtées. Cependant, les anthropologues ont observé, au Bénin et au Togo, que les soignantes cherchaient malgré tout à le nettoyer. Elles enduisaient les nouveau-nés de vaseline, puis les essuyaient soigneusement avec un tissu. Au Bénin, l'infirmière a expliqué que l'enfant devait être rapidement lavé afin d'éviter qu'il grandisse avec cette saleté (*sè wan*).

Lorsque les soignantes savent que les messages qu'elles sont supposées transmettre s'opposent aux pratiques locales, elles se montrent laconiques, conscientes des limites de l'influence de leurs propres conseils.

> « Nous on fait ça ici, on leur donne des conseils, on ne sait pas ce qui se passe dans la communauté… c'est nous-mêmes qui avons fait l'accouchement, ce qu'elles utilisent, elles ne disent jamais ça. » (Sage-femme, Togo, entretien M. Douti)

Ainsi, les soignantes encouragent l'allaitement tout en étant laconiques sur l'exclusion de toutes autres substances, sachant pertinemment que l'offre d'eau et de

remèdes au nouveau-né sont des pratiques courantes, qu'elles ont parfois suivies pour leurs propres enfants. Un comparable mutisme est observé au Bénin, où les sages-femmes ne donnent pas d'explications claires au sujet des soins de l'ombilic, connaissant pourtant la multiplicité des pratiques en la matière [20]. Les sages-femmes et accoucheuses exerçant en milieu rural préfèrent ne pas insister sur ces points de contradiction, d'une part parce que cela ne ferait qu'accentuer les tensions de leurs relations avec les accouchées et leurs accompagnantes, d'autre part parce qu'elles sont souvent elles-mêmes partagées sur ces questions. Certaines expriment la valeur de l'expérience des femmes âgées, comme cette sage-femme ayant confié ses propres enfants à une grand-mère, considérant son savoir pour la réalisation de la première toilette.

> « C'est ceux qui savent qui font. C'est un savoir, une responsabilité. Si une partie du corps n'est pas propre, c'est une responsabilité. » (Sage-femme, Mauritanie, entretien H. Kane)

Sur ces points de divergences, les soignantes rechignent bien souvent à se désolidariser de leur environnement social pour devenir actrices de la transformation des soins aux nouveau-nés. L'espace de dialogue qu'elles entretiennent avec les femmes est amoindri car elles doivent délivrer des messages dont elles ne sont pas toujours convaincues, mais qu'en tant que professionnelles de santé elles ne peuvent ouvertement contredire. Entre autres petits arrangements avec la contrainte [24], une certaine compréhension ou empathie les pousse à rogner sur certaines recommandations médicales afin de faciliter la conciliation des soins et des obligations sociales de leurs patientes. Les accouchées et leurs nouveau-nés sont fréquemment « libérés » quelques heures après la naissance, interrompant de fait la surveillance du nouveau-né. Dans le même ordre d'idées, les soignantes exerçant en milieu musulman donnent rendez-vous pour la visite postnatale au huitième jour, considérant que les visites avant le baptême du septième jour, recommandées, sont de toute façon compromises. La question du rôle des soignantes dans la diffusion des recommandations de soins ne peut être envisagée sans comprendre les tensions générées par ces systèmes de contraintes multiples et les identités plurielles qu'ils engagent [25].

La sortie de la maternité, qui souvent intervient quelques heures seulement après la naissance, marque une certaine rupture dans le statut des recommandations médicales. Alors que celles-ci font autorité dans la salle d'accouchement, elles passent vite au second plan dans les salles de repos puis au retour à domicile. Ainsi, tandis que des dialogues superficiels sont délivrés en salle d'accouchement – « *Tu ne lui donneras que le sein* », conseille la sage-femme – les pratiques populaires qui les contredisent sont ensuite très rapidement observées. Au Togo et au Burkina Faso, les chercheuses ont observé que certaines accompagnantes donnaient de l'eau au nouveau-né dès le transfert en salle de repos postnatal.

Puis, au retour à domicile, les femmes de l'entourage prennent la main sur les soins aux nouveau-nés, qui souvent débutent par une première toilette, plus ou moins intensive, lors de laquelle on fait parfois boire le nouveau-né. En milieu *pulaar* de Mauritanie, par exemple, les femmes âgées se hâtent de réaliser une première toilette qui consiste en un véritable décapage (*fukkaade*) sans quoi l'enfant garderait toute sa vie « une mauvaise odeur ». Très présentes au retour à domicile, les femmes âgées prennent les devants pour les gestes jugés cruciaux tels que l'enterrement du placenta, la première toilette, les massages. Elles peuvent réaliser de premiers soins sans avoir à en rendre compte à la jeune mère.

> « C'est sa grand-mère qui lui fait son bain. Je ne sais pas ce qu'elle y applique [sur le nombril]. Moi on me remet l'enfant seulement. » (Mère, Bénin, entretien S. Ahouangonou)

En milieu familial cependant, nous retrouvons les traces de recommandations médicales qui, selon les familles, sont plus ou moins légitimées. De nombreux énoncés commencent ainsi par « *les docteurs disent que…* » ; « *interdisent que…* », et se terminent par d'autres arguments ou justifications. Certaines pratiques déconseillées sont ainsi poursuivies dans un mouvement de contestation.

> « Il y a ce que disent les docteurs mais l'enfant ne peut pas attendre six mois, il réclame l'eau de lui-même. » (Père, Mali, entretien A. Coulibaly)

D'autres fois, des pratiques sont en revanche dissuadées car leur nocivité est d'une certaine manière comprise.

> « Même mes propres enfants que j'ai accouchés, je ne mets rien sur ça [L'ombilic]. Non, j'ai tellement peur, parce que comme les dotos [docteurs] nous sensibilisent, je n'ose même pas faire ça, parce que je ne sais pas ce que ça va devenir. » (Mère, Togo, entretien M. Douti)

> « Maintenant ils ont interdit le beurre[1], ce n'est pas bon ça étouffe le cœur. » (Grand-mère, Mauritanie, entretien H. Kane)

[1] En milieu *pulaar* de Mauritanie, il est courant de faire ingérer du beurre aux nouveau-nés afin de leur « nettoyer » le ventre.

Ainsi, peut-on observer la circulation des recommandations médicales réinterprétées, décriées ou suivies. Elles donnent lieu à un ensemble d'ajustements, des pratiques étant modifiées sans pour autant changer radicalement les systèmes de signification qui les sous-tendent [26].

> « Les agents de santé ne m'ont pas dit de ne pas purger. Ils ont dit de ne pas le faire avant un mois. Parce que vous savez tous qu'un enfant ne peut pas naître et grandir sans être purgé ni gavé. » (Grand-mère, Burkina Faso, entretien M.-T. Somé)

Autre exemple en Mauritanie, une guérisseuse accepte le fait que le nouveau-né soit allaité rapidement sans attendre de donner de l'eau bénite, sans toutefois renoncer à l'eau bénite : « *Maintenant les docteurs disent avant de donner l'eau bénite, il faut d'abord lui donner le sein. Mais avant on donnait ça d'abord à l'enfant, et puis après le sein* ». Une grand-mère, quant à elle, conseille d'abandonner l'eau bénite « *qui risque d'avoir des microbes* » et de privilégier l'appel à la prière à l'oreille du nouveau-né, arguant que cela permet tout autant d'ouvrir sa spiritualité. En réponse aux recommandations, il existe ainsi une série d'interprétations hétérogènes, de reformulations et d'arrangements en cascade, qui répondent plus ou moins à la finalité de santé publique sous-jacente. Ces ajustements locaux, émergeant de négociations locales, relèvent ainsi d'une subjective réduction des risques, plutôt que d'un strict respect des recommandations.

Encore faut-il souligner que les recommandations médicales sont loin d'être la seule source de transformation des pratiques de soins. Dans ce domaine comme dans d'autres, la globalisation se manifeste par une intense circulation des biens et des images qui sont appropriés localement [27]. Ainsi, nous avons observé qu'un ensemble de produits de puériculture – cosmétiques, vêtements, couches, médicaments… prennent place dans les pratiques de soins aux nouveau-nés. Au Togo, l'usage du « Pinkoo », un sirop visant à soulager les maux de ventre et à aider le nouveau-né à dormir, s'est généralisé. Au Bénin, le dentifrice est désormais au centre des préparations appliquées sur le nombril pour accélérer la chute du cordon ombilical [20]. Ces nouveaux usages participent d'un mouvement global de pharmaceuticalisation des soins distincts de la médicalisation [28], qui se conjuguent, selon les cas, plus ou moins favorablement aux recommandations médicales. Les pratiques des soins aux nouveau-nés répondent ainsi à des dynamiques multiformes et irréductibles aux effets des programmes de santé publique.

Discussion

Une confrontation des intentionnalités autour de la naissance

Bien que les recommandations médicales soient connues et qu'un certain crédit leur soit accordé, elles se dissolvent dans d'autres préoccupations autour de la naissance. En effet, l'intentionnalité sanitaire se confronte à d'autres faisceaux de préoccupations.

Tout d'abord, alors que les recommandations médicales isolent les soins de santé à prodiguer à la mère et à l'enfant, l'accouchement et la naissance prennent place dans un quotidien traversé par de multiples exigences telles que la génération de revenus, les soins des autres enfants, l'organisation des cérémonies ainsi que diverses obligations familiales d'entraide. Les programmes qui découpent les activités féminines, séparant notamment les projets de développement et la planification familiale, sont ainsi aveugles des contraintes paradoxales [29]. De ce fait, alors que la naissance est définie par les programmes comme un événement critique requérant une attention particulière, les préoccupations des concernés sont plus partagées dans le cours de la vie familiale. Dans des contextes de natalité élevée et de résidence en famille élargie, la proximité d'un futur accouchement comme la présence d'un nouveau-né dans la concession sont des situations courantes. Ainsi, alors que la préparation de l'accouchement permet de diminuer le risque de mortalité néonatale [30], la naissance prend souvent de cours la femme enceinte. Considérant de manière générale leurs multiples rôles et les contraintes s'exerçant sur leur vie quotidienne, beaucoup de femmes cherchent à rester le moins longtemps possible à la maternité.

Ainsi la naissance, surtout celle d'un puîné, est d'une exceptionnalité toute relative et s'enchâsse dans un ensemble d'autres événements familiaux et sociaux. De plus, outre les préoccupations de santé qu'elle engendre, la naissance est un événement social et requiert à ce titre un ensemble de devoirs tels que l'information de la naissance, les bénédictions, et surtout l'organisation du baptême qui a généralement lieu, dans les zones enquêtées, le septième jour suivant la naissance. L'organisation de la cérémonie du baptême mobilise les membres de l'entourage et d'importantes ressources économiques, en même temps qu'elle cristallise des enjeux sociaux cruciaux [31, 32]. Affirmant la place des parents dans la société, l'honneur du baptême assoit l'avenir social du nouveau-né. Aussi, peu après la

naissance, les femmes de l'entourage se préparent à accueillir les invités, tandis que les hommes redoublent d'efforts pour rassembler les économies nécessaires à l'organisation de la fête [33].

L'accueil du nouveau-né répond ainsi à une pluralité d'intentionnalités sanitaires et sociales, mêlant l'intégration familiale de l'enfant, l'affirmation statutaire, la bénédiction religieuse, l'usage de diverses protections symboliques. Des pratiques telles que les massages, modelant le corps de l'enfant selon les normes esthétiques locales, visent à la fois le développement harmonieux du corps et son humanisation [34]. De même, la réclusion de la mère et de l'enfant dans les jours suivant la naissance, observée dans les sites enquêtés, conjugue des raisons symboliques, sociales et pragmatiques, puisqu'il s'agit de les protéger des génies mais aussi de leur manifester le soutien familial en leur offrant un espace dédié au repos et aux soins. Nous relevons aussi des pratiques visant à rendre l'existence agréable au nouveau-né et à le « retenir » dans le monde des humains tout en gardant l'humilité de se préparer à son éventuel retour dans l'au-delà [35].

Cette visée d'accueil, qui peut passer par le fait de lui « *dire de belles choses pour l'attirer* », de ne jamais le laisser pleurer, s'oppose parfois aux recommandations médicales, comme lorsqu'il s'agit de donner de l'eau pour recevoir l'enfant tel un invité [36, 37], ou de le faire goûter aux nourritures sucrées telles que la datte ou le miel [15].

L'entourage n'envisage pas la survie de l'enfant indépendamment de ces multiples inscriptions culturelles et sociales de son existence. De ce fait, le sanitaire est loin d'être le seul référentiel d'intentionnalité des soins prodigués au nouveau venu. Les recommandations médicales, « vues du bas », ne fournissent que des indications parcellaires, dissoutes dans les cultures d'accueil et de socialisation du nouveau-né. Ceci explique que les recommandations médicales, mises en balance avec d'autres contraintes et exigences, n'orientent que marginalement les pratiques de soins.

Des dissonances représentationnelles

Alors que certaines pratiques de soins évoluent sous l'influence des recommandations médicales, d'autres, pourtant cible des messages, apparaissent difficilement modifiables parce qu'elles engagent de larges significations locales dissonantes des raisons programmatiques. Les pratiques de soins aux nouveau-nés ne peuvent pas être comprises sans un détour par les conceptions de l'accouchement et par les représentations du nouveau-né. Ainsi pouvons-nous analyser comment de nouvelles techniques de soin néonatales peuvent être appréhendées, délaissées ou faire l'objet d'ajustements dans différents espaces de soins.

Dans les pays dans lesquels avons travaillés, le nouveau-né est communément considéré comme fraîchement arraché de l'au-delà. Son état est perçu comme liminaire, « entre deux mondes » [38-41]. De ce fait, il est parfois aussi perçu « impur », comme l'ont documenté des anthropologues dans la lignée des travaux de Pierre Erny [38]. L'accouchement en maternité, qui implique l'exposition de la naissance hors de l'intimité familiale, ne semble pas échapper à cette perception. Ainsi, l'expulsion du nouveau-né est souvent rapportée, dans les maternités enquêtées, au fait de « faire les selles ». Comme le souligne Abdourahmane Coulibaly, la terminologie employée en bambara est explicite, le liquide amniotique étant nommé *jinogo* (eau sale). Alors que les programmes recommandent de promouvoir la propreté des espaces pour accueillir le nouveau-né, nous comprenons que c'est plutôt le nouveau-né lui-même qui est perçu comme « sale » à sa naissance, d'où une faible propension des agents de santé à craindre qu'il puisse être contaminé, l'usage étant de l'attraper d'abord avec un pagne usagé. L'« impureté » prêtée au nouveau-né permet aussi de comprendre le refus du peau contre peau, ainsi que l'empressement des familles à laver et à purger leur nouveau-né. Les conceptions de la « propreté » en maternité sont ainsi traversées par des représentations divergentes, les recommandations médicales d'hygiène rencontrant des attentions populaires focalisées sur l'impureté des substrats corporels [42]. Nous pouvons aussi interpréter l'engouement envers les produits cosmétiques parfumés pour nouveau-nés par rapport à ce fond représentationnel populaire.

Par ailleurs, la période postnatale étant perçue comme une période risquée, un ensemble de conceptions populaires concerne le développement du nouveau-né souvent rapporté à une « maturation » souhaitée aussi rapide que possible [38]. Une finalité traversant de nombreuses pratiques est de stimuler et d'orienter cette maturation. La chute du cordon étant perçue comme une étape cruciale du développement, nous comprenons la persistance de pratiques visant à l'accélérer [20]. La volonté de façonner le développement de l'enfant se retrouve également au travers des massages et de l'utilisation de certains compléments alimentaires ou remèdes. L'allaitement maternel exclusif est, en ce sens, difficile à accepter car il revient à renoncer à ces multiples expédients. Notre étude montre que rares sont les nouveau-nés exclusivement allaités, la recommandation de l'allaitement maternel exclusif faisant

l'objet de multiples incompréhensions [36]. Fondée sur des savoirs nutritionnels et sanitaires, la recommandation de l'allaitement maternel exclusif se heurte à un enchevêtrement de pratiques visant globalement la socialisation, la protection et la bénédiction de l'enfant ; ainsi qu'à des conceptions de physiologie populaire postulant, entre autres, que le nouveau-né souffre de soif tant qu'on ne lui donne pas d'eau. Du point de vue des cultures locales, l'allaitement maternel exclusif est une abstention difficile à admettre, car il contredit la volonté d'accompagner le développement du nouveau-né. La promotion de l'allaitement maternel exclusif n'a rien d'une intervention « simple », car elle touche à de denses significations aux ramifications multiples [43].

Savoirs et pouvoirs autour de la naissance

Bien que les référentiels de soins se veulent essentiellement techniques et « basés sur les preuves », leur transmission n'est pas exempte de représentations de rôles et de liens familiaux, comme cela a été pertinemment analysé s'agissant des manuels de puériculture en France [44].

Événement social, l'arrivée du nouveau-né constitue un moment clé d'affirmation des rôles familiaux et des relations de pouvoir qu'ils impliquent. Les manières de prendre soin du nouveau-né sont l'objet de luttes d'influence qu'il est indispensable d'analyser pour comprendre comment les pratiques de soins peuvent être modifiées. Les grand-mères et les femmes âgées de l'entourage se positionnent notamment au premier plan. Comme l'a habilement décrit Suzanne Lallemand en milieu mossi, c'est essentiellement sur leur légitimité en matière de puériculture qu'elles peuvent asseoir leur pouvoir dans la concession [45]. La période postnatale est donc associée à des dynamiques familiales particulières qui conditionnent la manière dont le nouveau-né est soigné. Bien que les naissances auxquelles nous avons assisté aient eu lieu en milieu médicalisé, soulignons que les femmes âgées qui accompagnent la parturiente conservent de larges prérogatives sur les soins à la naissance.

Les grands-mères paternelles jouissent d'un double statut ; elles sont non seulement gardiennes des pratiques thérapeutiques anciennes jugées efficaces, mais aussi belles-mères des épouses, statut qui, dans des sociétés patrilinéaires, leur procure une autorité sur l'enfant [33]. La mère doit donc manifester sa déférence, et peut difficilement s'opposer à la belle-mère et aux tantes lorsqu'il s'agit de décider des soins à l'enfant. L'enjeu de cette soumission est de taille lors de premières naissances qui engagent sa propre place dans sa belle-famille. Bien que ces relations intergénérationnelles soient en mutation dans les sociétés africaines modernes, l'influence des grand-mères, s'agissant des soins néonataux, reste très actuelle [43, 46-48]. Elle peut même être renforcée du fait de l'éclatement de la famille élargie laissant la grand-mère comme seule aide ou conseillère, ou des contraintes économiques poussant les jeunes couples à cohabiter avec leurs ascendants [47].

La prise de distance vis-à-vis des aînées et le non-respect de leurs conseils sont lourds d'implications. Outre la perte d'un soutien concret, les jeunes parents s'exposent à une réprobation sociale accrue en cas de maladie. Rompre avec les conseils des « vieilles » implique de renoncer à un partage des responsabilités vis-à-vis de l'enfant, et à devoir endosser seuls les problèmes susceptibles de se présenter. Cela engage une rupture vis-à-vis de systèmes de parenté selon lesquels l'enfant ne saurait être seulement l'enfant de sa mère et de son père, mais appartient à de plus larges ensembles de parenté. Nous comprenons ainsi que les conséquences sociales de l'adoption de certaines recommandations médicales peuvent être considérables du point de vue des relations familiales. L'évolution des pratiques de soins s'opère dans les rouages et tensions de ces relations intergénérationnelles. Les sociétés étudiées favorisant les multiples insertions sociales du nouveau-né, le partage des savoirs et des responsabilités, ces dynamiques sociales complexes sont incontournables pour comprendre les options de soins choisies.

Conclusion

Les programmes sanitaires ciblent les nouveau-nés comme une catégorie d'enfants vulnérables [49] dont la survie est une priorité de santé publique. Notre étude montre que les pratiques de soins recommandées par ces programmes prennent difficilement place dans les représentations locales, passent au second plan d'autres activités telles que l'organisation du baptême, et se heurtent à d'autres logiques sociales d'intégration et d'accueil de l'enfant. Aussi, bien que les savoirs concernant les soins médicalement recommandés se diffusent progressivement, ils suscitent des évolutions hétérogènes. L'effet des programmes ne peut être considéré sans tenir compte de ces rencontres entre différents savoirs de référence et des relations familiales dans lesquelles elles s'inscrivent. Les résultats de nos investigations dans cinq pays contribuent

à documenter la complexité des changements en matière de soins aux nouveau-nés, et l'ampleur de la tâche confiée aux agents de santé chargés de promouvoir les pratiques recommandées. Ce travail nous invite à plaider en faveur d'une meilleure prise en compte des contraintes matérielles et sociales s'exerçant sur ceux qui dispensent des soins néonataux, mais aussi d'une posture compréhensive vis-à-vis de leurs rationalités [50]. Cette posture est condition d'une approche éthique de l'éducation pour la santé, le principe de « bienfaisance » d'un programme ne pouvant être simplement lié à la légitimité d'un objectif tel que l'amélioration de la survie [51]. De même, la promotion de « soins respectueux » à l'égard du nouveau-né [52] ne peut être envisagée sans un respect à l'égard des cultures locales d'accueil du nouveau-né. Enfin, les professionnels de santé qui ne peuvent être simplement considérés comme courroie de transmission des recommandations médicales, méritent d'être accompagnés dans leur capacité à construire des pratiques permettant de concilier des contraintes contradictoires.

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Remerciements

Remerciements au ministère des Affaires Européennes et Étrangères de la France qui a permis grâce au financement des Fonds Français Muskoka aux quatre agences des Nations Unies (Unicef, OMS, UNFPA, ONUFEMMES) et singulièrement à l'Unicef de commanditer et financer cette étude anthropologique sur les soins aux nouveau-nés.

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. Every Newborn. An Action Plan To End Preventable Deaths. Geneva: OMS; 2014.
2. Save the Children. Mettre fin aux décès de nouveau-nés. Garantir la survie de chaque enfant. Londres ; 2014.
3. Abelès M, editor. Politique de la survie. Mayenne : Flammarion ; 2006.
4. Unicef. Committing to Child Survival: A Promise Renewed; 2015.
5. Fonds des Nations unies pour l'enfance. Levels and Trends in Child Mortality 2017 ; 2017.
6. Unicef. Levels & Trends in Child Mortality ; 2015 [Visité : En ligne : http://www.childmortality.org/files_v20/download/IGME%20Report%202015_9_3%20LR%20Web.pdf.
7. Lawn J, Kerber K. Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique : Données pratiques, soutien programmatique et de politiques pour les soins du nouveau-né en Afrique ; 2006.
8. Fonds des Nations unies pour l'enfance. Every Child Alive: The urgent need to end newborn deaths. Genève ; 2018.
9. Balandier G. Sens et puissance. Les dynamiques sociales. Paris : Presses Universitaires de France ; 1972.
10. Olivier de Sardan J-P. Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social. Paris : Karthala ; 1995.
11. Desclaux A, Benoist J. Pour une anthropologie impliquée. *In :* Desclaux A, Benoist J, editors. Anthropologie et sida : bilan et perspectives. Paris : Khartala ; 1996. p. 364-73.
12. Jaffré Y, Suh S. Where the lay and the technical meet: Using an anthropology of interfaces to explain persistent reproductive health disparities in West Africa. Social science & medicine. 2016;156: 175-83.
13. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? Lancet. 2005 Mar 5-11;365(9462):891-900.
14. Jaffré Y. De quel agencement sociotechnique meurent les nouveau-nés d'Afrique de l'Ouest ? Santé publique. 2020;(HS):29-44.
15. Kane H. L'« oubli » du nouveau-né en maternité : analyse anthropologique en Mauritanie. Santé publique. 2020;(HS):81-92.
16. Le Grand Fosso A, Kane H. Aménagements des espaces, lieux pratiqués et qualité des soins aux nouveau-nés au Cameroun. Santé publique. 2020;(HS):45-52.
17. Jousse M. Anthropologie du geste. Paris : Les Éditions Resma ; 1969.
18. Jaffré Y. Ce que les sages-femmes disent de leurs vies, de leur métier et de leurs pratiques de soin. Santé Publique. 2018;(HS).
19. Lipsky M. Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public service. New York: Russell Sage Foundation; 2010 [1980].
20. Ahouangonou D S. Chute du nœud ombilical et soins du corps du nouveau-né privilégiés par les savoirs populaires au Bénin. Santé publique. 2020;(HS):105-12.
21. Crozier M, Friedberg E. L'acteur et le système. Paris : Le Seuil ; 1992 [1977].
22. Walker L, Gilson L. "We are bitter but we are satisfied": nurses as street-level bureaucrats in South Africa. Social Science and Medicine. 2004 Sep;59(6):1251-61.
23. Desclaux A, Taverne B, editors. Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique. Paris : Karthala ; 2000.
24. Gobatto I, Lafaye F. Petits arrangements avec la contrainte. Les professionnels de santé face à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à Abidjan (Côte d'Ivoire). Sciences sociales et santé. 2005;23(1):79-108.
25. Jaffré Y, Prual A. « Le corps des sages femmes », entre identités professionnelle et sociale. Sciences sociales et santé. 1993;11(2):63-80.
26. Jaffré Y. Dissonances entre les représentations sociales et médicales de la malnutrition dans un service de pédiatrie au Niger. Sciences sociales et santé. 1996;14(1):41-71.
27. Appaduraï A. Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la globalisation. Paris : Payot ; 2005.
28. Badji M, Desclaux A. Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique : analyses en anthropologie, droit et santé publique ; 2015.
29. Ryckmans H. L'impact des projets de développement sur les rôles de production et de reproduction des femmes africaines. Recherches féministes. 1995;8(1):51-74.
30. Soubeiga D, Gauvin L, Hatem M, Johri M. Birth Preparedness and Complication Readiness (BPCR) interventions to reduce maternal and neonatal mortality in developing countries: systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy And Childbirth. 2014 Avril; 14(1):1-11.

31. Vuarin R. Quelles solidarités sociales peut-on mobiliser pour faire face au coût de la maladie ? *In :* Brunet-Jailly J, editor. Se soigner au Mali : une contribution des sciences sociales, douze expériences de terrain. Paris : Karthala ; 1993. p. 299-316.
32. Attané A. Cérémonies de naissance et conception de la personne au Burkina-Faso. L'Autre. 2007;8(3):21-35.
33. Coulibaly A. Les formes d'implication plurielles des hommes et des femmes dans la santé du nouveau-né en milieu rural au Mali. Santé publique. 2020;(HS):53-68.
34. Teixeira M. Parachever l'humanité. Toilette, massage et soins des enfants manjak (Guinée-Bissau, Sénégal). *In :* Bonnet D, Pourchez L, editors. Du soin au rite dans l'enfance. Mercuès (France) : Erès ; 2007. p. 129-45.
35. Bonnet D. L'éternel retour ou le destin singulier de l'enfant. L'Homme. 1994;34(3):93-110.
36. Arcens Somé M-T. Le défi de l'adoption de l'allaitement maternel exclusif au Burkina Faso. Santé publique. 2020;(HS):113-22.
37. Douti P. « Si tu ne pousses pas tu vas tuer ton enfant ! » Sages-femmes et mères face aux morts périnatales au Togo. Santé publique. 2020;(HS):93-104.
38. Erny P. Les premiers pas dans la vie de l'enfant. Naissance et première enfance. Paris : L'Harmattan ; 1972.
39. Lallemand S, Journet O, editors. Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar. Paris : L'Harmattan ; 1991.
40. Rabain J. Enfance, âge et développement chez les wolof du Sénégal. L'Homme. 2003;167-168(3-4):49-65.
41. Gottlieb A. The Afterlife Is Where We Come From. The Culture of Infancy in West Africa. Chicago: University of Chicago Press; 2004.
42. Douglas M. De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou. Paris : La Découverte ; 2001 [1967].
43. Diagana M, Kane H. Entre recommandations médicales et instructions des grand-mères : les pratiques d'alimentation des nourrissons à Nouakchott. Santé publique. 2016;29(2):235-43.
44. Delaisi de Parleval G, Lallemand S. L'art d'accommoder les bébés. Paris : Odile Jacob ; 1998 [1980].
45. Lallemand S. Une famille mossi. Paris : CNRS ; 1977.
46. Gupta ML, Aborigo RA, Adongo PB, Rominski S, Hodgson A, Engmann CM, *et al.* Grandmothers as gatekeepers? The role of grandmothers in influencing health-seeking for mothers and newborns in rural northern Ghana. Global Public Health. 2015;10(9):1078-91.
47. Lewis M, Calvès A. L'encadrement par les aînées de l'entrée en maternité des jeunes femmes à Ouagadougou : Continuités et changements. *In :* Gomez-Perez M, LeBlanc MN, editors. L'Afrique des générations entre tensions et renégociations. Paris : Karthala ; 2011. p. 645-78.
48. Aubel J. The role and influence of grandmothers on child nutrition: culturally designated advisors and caregivers. Maternal & Child Nutrition. 2012;8(1):19-35.
49. Suremain C-E, Bonnet D. L'enfant du développement. Paris : Les Presses de Sciences Po ; 2014.
50. Tantchou J. Poor Working Conditions, HIV/AIDS and Burnout. Anthropology in Action [serial on the Internet]. 2014 [Visité ; 21(3) : En ligne : https://www.berghahnjournals.com/view/journals/aia/21/3/aia210305.xml.
51. Roussille B, Deschamps J-P. Aspects éthiques de l'éducation pour la santé... ou les limites de la bienfaisance. Santé publique. 2013;2(HS2):85-91.
52. Sacks E. Defining disrespect and abuse of newborns: a review of the evidence and an expanded typology of respectful maternity care. Reproductive health. 2017;14(1):66.