

Pluralité des soins aux petits enfants

Le cas des Moose de la ville de
Ouagadougou (Burkina Faso)

Christine Ouédraogo¹
Sociologue

I Introduction

De nombreux chercheurs ont analysé dans différents contextes culturels les pratiques de maternage ; leur complexité nécessite une observation suivie sur le long terme et parmi les méthodes d'observation, le recours aux techniques cinématographiques s'avère d'un apport précieux (EPPELBOIN, 1993). Depuis les années quatre-vingt, les soins aux petits enfants font l'objet d'une attention particulière. BRIL (1994), notamment, a mis en évidence que les comportements relatifs à la petite enfance sont étroitement liés à l'environnement culturel et social dans lequel évolue la mère de l'enfant. Un trait culturel spécifique à un groupe social peut expliquer d'apparentes anomalies préjudiciables à la santé des enfants. Ainsi, au Mali, la mortalité infantile est supérieure chez les nobles - les Touareg - à celle de leurs anciens captifs - les Bella ; en effet, les enfants de ces nobles sont élevés par de jeunes servantes inexpérimentées alors que les enfants des captifs ne quittent pas leur mère et font

¹Une version proche de ce texte a été publiée dans le n° 6 des Travaux de l'UERD de mai 1996.

l'objet de soins permanents (HILL et RANDALL, 1984). Chez les Peul et les Dogon du Mali, la gestion de la santé des enfants dépend largement de la position de la mère dans la famille et de son entourage direct (CASTLE, 1993).

Les conditions d'accès aux soins sont également l'un des facteurs qui peuvent expliquer l'attitude des mères dans la façon de soigner leurs enfants. De nombreux rapports et études ont relevé la sous-utilisation des services de santé et leur mauvaise fréquentation (CIARDI, 1993), même en milieu urbain. À Ouagadougou, cette faible fréquentation n'est pas seulement due, selon nous, à une insuffisance de l'offre de prestations puisque la ville dispose de nombreuses formations sanitaires tant publiques que privées. Le problème pourrait résider dans la distance culturelle qui existe entre la clientèle potentielle et l'organisation des services (temps d'attente, accueil, coût des prestations...).

À travers cet article, nous nous proposons de comprendre comment les soins aux petits enfants sont dispensés. Nous étudions plus particulièrement l'interaction entre la mère, son enfant et le milieu environnant chez les Moose de Ouagadougou à partir des résultats d'une enquête menée dans cette ville.

■ Méthodologie

L'enquête s'est déroulée d'août 1992 à mai 1993, dans la ville de Ouagadougou auprès d'un échantillon initial de quatre-vingts femmes, dont quarante femmes non scolarisées et quarante femmes qui ont suivi l'ensemble du cycle d'enseignement primaire uniquement. Un échantillon d'une telle taille a été choisi afin d'obtenir, lors du suivi, un échantillon d'au moins trente femmes de chaque catégorie, après les déperditions qui ne manquent pas de se produire à la suite de la mobilité spatiale ou du décès de leurs enfants. Cette enquête a concerné en définitive cinquante-neuf femmes moose de statut socio-économique assez semblable, pour amoindrir l'influence des facteurs autres que la scolarisation : il s'agit de ménagères dont le mari est petit employé du public ou du

privé ou petit commerçant ou artisan, primipares afin de limiter les effets dus à l'expérience antérieure d'une grossesse, venues accoucher à la maternité². Ces femmes ont été sélectionnées le jour de leur accouchement.

Le suivi a été fait sur une durée de huit à dix mois en raison, d'une part, du niveau élevé de la mortalité infantile, mais également afin de saisir les variations saisonnières qui interviennent au cours de l'année, à cause des épidémies qui déciment la population infantine. D'autre part, un suivi sur une longue période est nécessaire pour observer les modifications éventuelles dans l'alimentation de l'enfant qui sont susceptibles d'intervenir en général à partir du sixième mois. VAUGELADE et DUBOZ (1991) situent la période la plus critique de la mortalité infantile au Burkina Faso au moment de la saison chaude pendant laquelle sévit une forte chaleur de mars à mai. La mortalité infantile dans le pays est élevée (124 pour mille selon l'enquête démographique de 1991) et associée à une morbidité très forte par paludisme, infections respiratoires et diarrhées principalement.

Quatre à douze passages nous ont permis de recueillir des données sur les pratiques de soins accordées au nouveau-né auprès de ces cinquante-neuf femmes et de leur bébé. L'inégalité dans le nombre des passages est due à la très grande mobilité des femmes dont une partie est allée au village un certain temps après l'accouchement. Les femmes sélectionnées à la maternité ont ensuite été suivies à domicile à raison d'une visite au moins tous les quinze jours. Cet intervalle relativement court a pour but d'éviter les pertes d'informations suite à des erreurs de mémoire. Néanmoins, en cas de maladie de l'enfant, les passages étaient plus rapprochés afin de rassembler des renseignements sur les itinéraires thérapeutiques. Les questions ont été posées en *moore*³ par des enquêtrices non professionnelles de la santé et elles ont concerné tous les soins accordés au petit enfant, de la naissance à la fin de la première année de la vie. Elles ont porté également sur les pratiques de prévention et de traitement des maladies du bébé, ainsi que sur son alimentation.

²En milieu urbain, plus de 90 % des femmes accouchent à la maternité.

³Le *moore* est la langue des Moose.

Dans la mesure où les pratiques de soins font l'objet d'un processus diffus, constitué d'une somme importante de gestes qui peuvent sembler futiles aux yeux des acteurs eux-mêmes, l'enquête à passages répétés s'est avérée d'un grand intérêt pour obtenir des informations précises sur toutes les pratiques mises en oeuvre (KROEGER, 1983). L'entretien semi-directif sur l'état de santé au moment du passage et sur les pratiques de soins récentes facilite également la reconstitution des itinéraires thérapeutiques. L'observation permet de compléter le non-dit et de vérifier les déclarations des sujets (FASSIN, 1990).

Dans l'approche anthropologique où l'on s'attache à l'étude d'un processus, ce n'est pas tant la représentativité de l'échantillon qui constitue l'aspect principal que la description et la précision des activités d'une catégorie de femmes bien précise ou encore l'explication que l'on accorde aux pratiques. Cette explication s'inscrit dans la représentation que les populations étudiées ont non seulement de leur corps, des maladies mais aussi de leur position dans le groupe et plus généralement de leurs conditions d'existence. Cette approche permet de choisir des indicateurs plus fins, non stéréotypés (cas des protections traditionnelles) et qui correspondent aux pratiques en vigueur dans le milieu étudié. L'action du milieu culturel étant déterminante à tous les moments du processus de soins, l'étude de ce contexte, de l'organisation sociale qui assigne à chaque acteur un rôle bien précis est incontournable.

L'environnement géographique et culturel

La ville de Ouagadougou est la capitale administrative et politique du Burkina Faso, pays sahélien dont environ 85 % de la population vit en milieu rural. Ouagadougou est composée de différentes ethnies dont celle des Moose constitue la fraction la plus importante de la population. Une grande proportion de ses habitants est constituée de nouveaux migrants qui demeurent très attachés à leur village d'origine et gardent des liens très forts avec leur réseau familial. La population que nous étudions est composée exclusivement de Moose.

Les fondements socioculturels des comportements des Moose sont façonnés par le *rog n'miki*, locution signifiant "né et

trouvé”, et qui définit un ensemble de valeurs et de normes régissant non seulement les relations sociales des membres du groupe, leurs devoirs et leurs droits, mais aussi leurs conduites et comportements quotidiens conformément à la coutume. Ce *rog n'miki* sert de guide de référence aux populations, tout au long de leur vie, et ce dès la naissance : il “façonne” les individus et contribue à les intégrer à leur groupe d'appartenance, à les socialiser. Le *rog n'miki* n'est pas statique et uniforme au cours de la vie, car il intègre les expériences individuelles et subit des transformations tout au long de la vie en fonction des conditions d'existence. Nous pouvons l'assimiler à l'*habitus* que BOURDIEU (1980) définit comme « un ensemble de dispositions acquises souvent dès l'enfance par imprégnation des valeurs du milieu » qui détermine les conduites des acteurs sociaux.

■ La naissance et les premiers soins à l'enfant

L'attitude de la mère lors de l'accouchement et face à l'enfant dépend largement de son environnement familial et culturel immédiat.

En milieu rural, il est d'usage qu'un nouveau couple demeure dans la cour paternelle, au moins un certain temps. Au moment de l'accouchement de la jeune femme, la mère du mari se charge des soins du nouveau-né et de sa maman.

En milieu urbain, même si le couple ne vit pas dans la cour familiale, il est toujours d'usage que la mère du mari vienne assister sa belle-fille à l'accouchement et donne les soins au nouveau-né. Ainsi, lors de l'enquête, nous avons pu constater que bien qu'un peu plus d'un tiers des couples ne vivent pas dans la cour familiale (37 % des cas), pour près de la moitié des femmes (45 % des cas), la belle-mère est venue l'assister lors de l'accouchement. En l'absence de la belle-mère, c'est la mère de la jeune femme qui assiste sa fille (25 % des cas dans notre

enquête), plus rarement une tante, une coépouse plus expérimentée ou une parente plus lointaine ; parfois, une voisine de quartier, originaire de la même région que le père de l'enfant fait office de vieille femme, à condition qu'elle ait déjà mis au monde plusieurs enfants.

La jeune mère qui ne dispose pas d'une vieille femme de confiance à côté d'elle retourne dans la famille de son mari au village ou dans sa propre famille pour y accoucher. C'est ainsi que, dans notre étude, nous avons perdu de vue une partie non négligeable des femmes sélectionnées à la maternité lors de leur accouchement.

Dans une première phase, la jeune mère n'a aucune initiative ; ce n'est que progressivement qu'elle apprend - par observation de la vieille femme - les gestes et processus de soins destinés à maintenir son enfant en bonne santé. La phase de socialisation au savoir-faire de mère-épouse est un processus en tout point conforme à celui d'apprentissage des autres savoir-faire, par observation d'abord pendant une période d'au moins un mois, ensuite par imitation. Cet apprentissage se prolonge pendant plusieurs mois et la vieille femme sert toujours de référence lorsque quelque chose d'anormal se produit.

Le rôle de ces vieilles femmes est d'autant plus important que certaines mères sont parfois soumises à des interdits lors de la période post-partum. Ainsi, comme nous avons pu l'observer dans des familles musulmanes (55 % de la population de Ouagadougou et 66 % de notre échantillon), il est d'usage d'observer une période de réclusion de sept jours après la naissance pendant laquelle la mère demeure "enfermée" dans une chambre dont elle ne sort que le jour du baptême de l'enfant. La femme est considérée comme impure pendant cette période en raison de l'écoulement de sang (BONNET, 1988), tout comme pendant la période des menstruations ; elle ne peut donc pas préparer à manger, ni toucher à quoi que ce soit risquant de contaminer son entourage. Cette vieille femme procède à la toilette du bébé et à celle de la jeune mère et effectue tous les soins permettant au nouveau-né d'être en bonne santé, c'est-à-dire des soins tant préventifs que curatifs ainsi que des soins alimentaires.

Les soins à la naissance et les pratiques préventives du petit enfant

Dès la naissance, et même avant avec les rites qui précèdent l'accouchement, l'enfant est l'objet d'un grand nombre de soins destinés à lui permettre de rester en bonne santé.

Les soins à la naissance

Le placenta de l'enfant, appelé *naaba*, (littéralement "chef") est soigneusement recueilli par la tante paternelle (*pugdba*), et enterré profondément le jour même de la naissance, dans un pot en terre, dans la cour paternelle. Le placenta est considéré comme le double de l'enfant et les génies malfaisants ne doivent pas s'en emparer (BONNET, 1988). Le cordon ombilical est également enterré avec les cheveux rasés le jour du baptême musulman, ou enroulés dans une peau et portés en amulette autour du cou, du bras ou de la taille.

Le nouveau-né est appelé *bi peelga* ("enfant blanc") car il semble blanc, recouvert de vernix caseosa. Il est également appelé *saana* ("étranger") et n'est vraiment intégré dans la famille qu'au moment où on lui donne son nom, qui intervient dans le cas d'un enfant de famille musulmane le jour de son baptême, soit une semaine après la naissance. Ce prénom est en général donné par un homme âgé, en référence au nom d'un aïeul ou aux circonstances de la grossesse ou de l'accouchement. En milieu urbain, l'obligation de la déclaration de naissance dès la maternité ou une semaine après l'accouchement bouscule les délais mais en milieu rural, le nom de l'enfant est connu plus tardivement, dans une période allant jusqu'à un mois après la naissance.

La toilette du nouveau-né est l'occasion d'un cérémonial bien réglé où chaque partie du corps reçoit des soins spécifiques. Le nouveau-né est considéré comme sale jusqu'à ce que des lavements et gavages aient purifié son corps de tout ce qui était sale, *regdo*. On ne lui donne pas le premier lait de sa mère à téter, car ce lait est considéré comme impur : le colostrum en effet de couleur blanchâtre est assimilé au sperme de l'homme qui doit être évacué avant que le lait ne devienne propre. Ainsi, dans notre enquête, plus de la moitié des jeunes mères (53 %) ont

été invitées à jeter le premier lait par leur conseillère, avant de mettre l'enfant au sein.

Les soins accordés au nombril après la chute du cordon ombilical, le soufflage dans les orifices (oreilles et narines), le massage du corps et l'étirement des membres, le lavement tout comme le gavage sont autant de pratiques révélatrices de la manière dont le milieu perçoit le corps. Ainsi, le nez du bébé est soigneusement massé pour être bien droit, le crâne de l'enfant est modelé à l'eau chaude et frotté avec du beurre de karité, les seins du petit garçon sont aplatis afin qu'ils ne se mettent pas à pousser. L'excision plus tardive de la petite fille a pour but de confirmer son sexe féminin, les petites lèvres constituant une ambiguïté. Les bains de siège sont destinés à éviter les maladies anales.

Il existe plusieurs variantes dans les soins, par exemple pour ceux du nombril : si toutes les femmes effectuent des attouchements avec le beurre de karité pour hâter la chute du cordon et la cicatrisation du nombril, certaines femmes enduisent l'emplacement du cordon de poudre de bouillon de viande ou de vaseline mélangée à du sel. Les instruments de toilette eux-mêmes varient en fonction des ressources de la famille et des habitudes de la femme qui donne le bain au bébé. Si la toilette n'est pas effectuée dans les règles, ou si l'eau n'est pas assez chaude, il peut s'en suivre des troubles de la santé.

Les premiers lavements ont pour fonction d'évacuer toutes les saletés du corps du nouveau-né, quant aux gavages, ils ont pour rôle de réchauffer le ventre du bébé et de le nourrir. Lavements et gavages sont effectués avec une décoction à base de plantes, d'écorces ou de racines. Le choix de ces plantes est minutieux et spécifique selon le sexe de l'enfant, son âge et son état général. Si une minorité de femmes utilisent encore la bouche pour effectuer les lavements et la calebasse pour recueillir leur évacuation, la plupart dispose maintenant de poires à lavement et de pots pour mener cette tâche.

Les pratiques préventives

Ces pratiques ont pour objectifs de préserver l'hygiène du milieu, mais aussi l'enfant contre les maladies.

La protection des lieux peut s'effectuer en brûlant des nids d'hirondelles ou de l'encens dans la pièce où est couché l'enfant, ou en lui glissant un brin de balai dans les cheveux pour ne pas le laisser seul. Ces pratiques sont destinées à éloigner les mauvais esprits qui pourraient agresser l'enfant. Les règles de propreté, au titre desquelles figure la toilette, se réfèrent également à la conception du propre et du sale en vigueur dans le groupe (POLONI, 1990) et donc à un certain maintien de l'hygiène. Jeter les selles du bébé dans la cour n'est pas considéré comme sale, car elles n'ont pas la même consistance que celles des plus grands et, de plus, en milieu rural les déchets humains sont destinés à fertiliser la terre. La maman essuie d'ailleurs les fesses du bébé avec un pagne qui se trouve à sa portée. Il n'est pas rare de trouver poules et ovins partager la cour avec les habitants. Par contre, la cour est régulièrement balayée et les ordures rassemblées en tas et évacuées à l'extérieur deux fois par jour. Un biberon neuf n'a pas besoin d'être bouilli les premiers temps de son usage.

Ces quelques exemples illustrent bien ces perceptions des notions de propreté qui ne correspondent pas toujours aux conceptions de l'hygiène. La notion de transmission de la maladie par des organismes microscopiques, ou des microbes, et de péril fécal ne cadre pas à la conception que les Moose se font de la contamination, ce qui explique donc leurs comportements vis-à-vis de l'hygiène.

Toute vieille femme connaît un ensemble de pratiques traditionnelles⁴ qui ont pour fonction de maintenir l'enfant en bonne santé et de faciliter son développement : elles protègent des maladies et sont constituées de remèdes divers. En milieu populaire, le remède est d'abord une plante, racine ou feuille ou écorce. La plante sous toutes ses formes a le pouvoir de guérir et de prévenir la plupart des maladies infantiles : le *tiim* étymologiquement produit de *tiiga* (l'arbre), désigne tout aussi bien la plante, qu'un élément non végétal, tel qu'une plume,

⁴Nous utilisons le terme de traditionnel pour désigner ce qui est endogène et hérité des anciens ; cela ne veut pas dire pour autant que ces pratiques ne subissent pas de changement. Le terme de moderne se réfère à ce qui est exogène, le plus souvent de type biomédical.

l'estomac, le sabot ou la corne d'un petit ruminant ou encore une amulette en bois, métal ou peau.

Les remèdes peuvent être administrés sous forme de lavements : les produits prescrits, plantes, racines ou poudre sont alors injectés dans le rectum de l'enfant, à la bouche ou avec une poire. Ils peuvent aussi être administrés sous forme de bain ou de massage ou encore être introduits sous la peau de l'enfant après avoir fait une scarification sur la joue, l'avant-bras ou la cuisse de l'enfant comme dans le cas de l'évitement du *liuula*, maladie de l'oiseau (voir infra). Les remèdes les plus courants se trouvent aisément sur la place du marché. Les remèdes plus spécifiques sont détenus par des spécialistes, femmes ou hommes et exigent une consultation. Certains remèdes peuvent faire prendre du poids à l'enfant, ou encore lui durcir les os, d'autres évitent les troubles de la dentition, ou facilitent la marche. Ainsi, l'herbe sur laquelle s'est couché un lièvre est coupée au petit matin avec la rosée, et une décoction de cette herbe, frottée sur la plante des pieds des enfants stimule la marche.

Des ceintures de perles ou fils, de couleur noire ou blanche, des bracelets de matériaux divers sont fréquemment mis autour du poignet, de la taille ou de la cheville des bébés à titre de protection. Dans notre enquête, seuls deux enfants ne portaient rien en raison des convictions religieuses de leurs parents : une des familles était protestante et l'autre musulmane sunnite et, dans les deux cas, ces protections de type magique sont interdites par la religion.

Un grand nombre de jeunes mères ignore cependant la portée de la protection : si la vieille femme a imposé le port d'une ceinture ou d'un bracelet c'est, selon elle, pour ne pas laisser vide la taille ou le poignet de l'enfant. Une explication qui est par ailleurs souvent fournie est qu'il faut éviter les mauvaises bouches ou paroles (*nebnoya, nebnoore, ninoore*), ce qui survient quand une personne s'exclame sur la corpulence ou la beauté d'un bébé. Certaines de ces amulettes ont un caractère religieux : elles sont constituées de versets du Coran enveloppés dans une peau de petit ruminant.

Cet ensemble de soins et de pratiques préventives répondent à un souci constant d'éviter la maladie, le "désordre". Ainsi l'enfant est-il protégé par toutes sortes de moyens : divers remèdes, port d'objets divers, amulettes suspendues dans la maison, scarifications sur le corps, etc., mais tous ne réussissent pas forcément à contrecarrer l'apparition d'une maladie.

■ La maladie survient

La limite entre l'état de bonne santé et celui de maladie n'est pas toujours perceptible surtout pour de jeunes mères inexpérimentées. Certains signes semblent ne pas émouvoir les mamans alors que d'autres attirent leur attention : la diarrhée n'est pas considérée comme une maladie de même que le rhume, tandis que l'état "rêveur" d'un bébé inquiétera sa maman. De plus pour qu'il y ait maladie, il faut qu'il y ait une certaine durée du symptôme (BONNET, 1988). Un bébé qui décède après une forte fièvre de quelques heures n'a pas été perçu comme malade. Néanmoins, lorsque l'enfant se met à pleurer beaucoup et présente différents symptômes (le corps chaud, le ventre ballonné, la toux, lorsqu'il pleure quand il fait ses selles, qu'il ne mange pas), la jeune mère perçoit un changement dans l'état de son bébé, mais elle ne sait pas toujours que faire. Elle berce l'enfant pour ne pas le laisser pleurer, lui donne le sein, le porte au dos. Si son état ne s'améliore pas, elle se tourne alors vers son entourage le plus immédiat avec lequel elle est familière. Si la vieille femme est présente, c'est elle qui pose le diagnostic et qui donne l'explication du changement constaté. Si la vieille femme est absente, c'est dans l'entourage le plus immédiat que tout se joue : la famille ou les voisines posent le diagnostic et prescrivent éventuellement le traitement. Chacun s'efforce, selon sa compréhension de contribuer au rétablissement de l'enfant.

Le symptôme de la maladie est d'abord signe d'un désordre biologique : quelque chose se passe dans le corps de l'enfant qui le fait souffrir. La maladie peut aussi être le signe d'un désordre social et constitue la sanction de conduites sociales prohibées : certains événements survenus pendant la grossesse peuvent avoir contaminé l'enfant comme l'absorption de piments ou de viande sauvage, l'excès de consommation de sucre. La transgression d'interdits sexuels contamine également le bébé ou le lait de la mère. Une autre cause de maladie fréquemment invoquée attribue la fièvre à un excès de chaleur. Il importe d'identifier la maladie et d'en trouver la cause. En effet, rien n'est plus angoissant que de ne pas trouver une cause à une maladie. Au delà du nom qui ne suffit pas en soi à rassurer la mère et les

proches, c'est surtout la cause ou l'origine qui est recherchée ainsi que les circonstances.

L'identification de la maladie et sa désignation relèvent de divers ordres (FAINZANG, 1988 ; MEULENBROEK, 1990). Ainsi, les maladies sont désignées soit en fonction de leurs manifestations, soit par référence à leur cause, soit par référence à la technique thérapeutique en usage (FAINZANG, 1988). Les dénominations descriptives sont littérales ou métaphoriques. Dans les descriptions littérales, le référant peut être un élément du corps. Par exemple chez les Moose, plusieurs maladies sont identifiées ainsi : le *zulongo*, "trou dans la tête", le ventre *puga* ou les yeux, *nini*, un symptôme de la maladie comme la toux qui est dans le sang, *kôszim*, la diarrhée, *saaga*, un effet ou une conséquence de la maladie comme dans le cas de *kâfônsre*, l'os de pintade qui rend la respiration difficile (tableau 1). Dans la description métaphorique, le nom renvoie à la ressemblance entre le symptôme et un objet ou un animal, comme le *waafo* ou serpent, maladie qui survient lorsque la mère en grossesse traverse les traces du passage d'un serpent et qui se traduit par la mue de la peau de l'enfant, ou encore *bi*, la rougeole, littéralement "graines d'oseille", car l'éruption est similaire à l'aspect de ces graines. Le nom peut également se référer à la période au cours de laquelle la maladie est fréquente (MEULENBROEK, 1990). C'est le cas de *koom*, littéralement eau, et qui renvoie au paludisme qui survient pendant la saison des pluies (BONNET, 1986).

Un dernier type de dénomination se réfère au traitement comme le *zimpuiga*, traitement effectué avec une tête de poisson, par analogie avec le symptôme qui se manifeste par les fontanelles très enfoncées, faisant ressembler le crâne de l'enfant à une tête de poisson. À titre d'exemple de dénomination causale, la maladie appelée le *liuula* est causée par le cri d'un oiseau nocturne qui porte ce nom ; elle se manifeste souvent par des convulsions entraînant des mouvements de bras qui évoquent le battement des ailes d'un oiseau.

L'identification de ces maladies est importante, car elle va permettre d'en comprendre la cause, mais aussi de déterminer quel est le traitement le plus approprié pour en soigner les manifestations cliniques et identifier la personne ressource pour dispenser les soins : la famille, un thérapeute traditionnel ou un centre de santé ou un hôpital.

Maladies	Manifestations	Protections	Traitements
<i>Semoomde</i> de <i>seega</i> = anus et <i>moomde</i> = rouge	rougeurs sur anus, parties génitales, visage ou cou ; maladie causée par des aliments sucrés absorbés pendant la grossesse	- fil blanc autour du cou	- lavement avec poudre noire ; - anus enduit de poudre noire mélangée à beurre de karité
<i>liuula</i> oiseau	Fièvre, convulsions, évanouissements Maladie causée par le cri d'un oiseau nocturne appelé liuula	- incision joue, cuisse ou avant-bras dans laquelle on introduit une poudre noire - bout de sein enduit de poudre noire avant la tétée - ceinture de plumes de l'oiseau	- incision joue, cuisse ou avant-bras dans laquelle on introduit une poudre noire
<i>purganga</i> de <i>puure</i> = estomac et <i>gaanga</i> = peau	Couche blanchâtre sur langue		- frottement de la langue avec du <i>puure</i> (estomac d'animal)
<i>kosziim</i> de <i>kosgo</i> = toux de <i>ziim</i> = sang	Toux contractée à l'accouchement ; transmise par la mère si elle tousse pendant l'accouchement, ou si le bébé lui-même tousse en naissant		- poudre noire dont les seins de la maman sont enduits juste avant la tétée - <i>kusi</i> que l'on donne à boire - <i>koemogo</i> administrée en gavage.

Tableau 1
Les maladies traditionnelles, leurs protections et leurs traitements.

<i>Kaam</i> huile ou beurre	Donne de la fièvre au bébé et amène un changement dans son état avec diarrhée. Maladie transmise par une femme qui a avorté ou dont le bébé est décédé	<ul style="list-style-type: none"> – amulette à la taille – fil autour des reins – on lave le bébé dans la marmite avec des restes de to dilués avec de l'eau ; on lui administre la même eau en lavements 	– on fait bouillir 3 cailloux blancs avec des feuilles de <i>rintiiga</i> . L'enfant est lavé avec cette eau déposée dans un morceau de canari, sans savon. La maladie est confirmée si un dépôt de <i>kaam</i> surmage sur cette eau le lendemain
<i>kâfonsre</i> de <i>kaango</i> = pintade de <i>fonsre</i> = aspirer	l'enfant respire mal et a les narines bouchées. Maladie causée par la maman qui, en grossesse, a sucé un os de pintade.		– on met de l'huile d'arachide dans les narines. Cela disparaît quand la maman suce à nouveau les os d'une pintade.
<i>Nokafo</i> de <i>noore</i> = bouche et <i>kaafo</i> = grain de mil	Bouton blanc situé au milieu du palais provoque la diarrhée s'il éclate	– infusion de plantes, <i>kuilintiiga</i> , <i>nokafo</i> , <i>kafirmâde</i> , utilisées en lavement et gavage	
<i>nebnoya</i> , <i>nebnoore</i> , <i>ninoore</i> de <i>neba</i> = les gens et <i>noore</i> = bouche	Maladie causée par une personne qui s'exclame sur la beauté et corpulence du bébé quand celui-ci est potelé ou agréable à regarder	– fil noir autour du cou, du poignet, de la taille ou de la cheville avec parfois une amulette	
<i>regdo</i> sale	Fièvre communiquée par une personne ayant pris un bébé dans ses bras après des rapports sexuels, sans s'être lavé	<ul style="list-style-type: none"> – ceinture de perles autour des reins – poudre noire – amulette autour du cou 	
<i>tumsale</i> de <i>tuma</i> = maladies vénériennes	Maladie contractée quand une personne atteint de tuma prend l'enfant dans ses bras	– morceau de pagne extrait de la garniture de la mère après l'accouchement, mis autour des reins du bébé	

I Tableau 1 (suite).

<i>wafo</i> serpent	Desquamation de la peau. Maladie due au fait que la mère a franchi le passage d'un serpent pendant sa grossesse.		– lavements à base de feuilles de <i>wagsala</i> .
<i>Zugutigi</i>	Plaie autour de l'anus, diarrhée, maux de ventre ; maladie causée par l'excès de consommation d'aliments sucrés par la mère pendant sa grossesse.	– ceinture de perles autour des reins – infusion de feuilles et écorce de <i>konpoko</i> donnée à boire et en lavements	– lavements et bains de siège avec de l'écorce de <i>roanga</i> – lavements avec des feuilles de <i>musofi</i> – poudre noire mélangée à du beurre de karité et introduits dans l'anus ; – feuilles de goyaves pilées avec du gingembre et de l'eau et administrés en lavement
<i>zulongo</i> ou <i>zimpuiga</i> de <i>zugu</i> = tête de <i>longo</i> = trou de <i>zim</i> = poisson de <i>pulga</i> = partage	Tête affaissée au centre (creux entre les fontanelles) maladie causée par la consommation excessive de poisson pendant la grossesse.	Infusion de feuilles de <i>gargantáanga</i> avec laquelle on lave l'enfant et on lui fait des lavements – ceinture de fils noirs ou blancs	– fil noir auquel est suspendu une tête de poisson appelé <i>zimsabiga</i> et bouillie dans l'eau du <i>yamde</i> .

I Tableau 1 (suite et fin).

Les recours thérapeutiques

Les processus de soins se conforment à l'identification de la maladie et aux représentations en vigueur dans le groupe. Le choix de la personne qui va soigner l'enfant ou qui va décider du thérapeute le plus approprié, bien souvent n'est pas fait par la mère de l'enfant.

Les maux dont souffrent les petits enfants sont dans la majeure partie des cas traités dans l'entourage immédiat, plus spécifiquement par des femmes d'un certain âge. L'intervention des spécialistes de sexe masculin ne se fait que sur consultation externe, sauf si un homme familial de l'entourage est spécialisé dans ce domaine. En milieu urbain, en l'absence de la vieille femme comme référence, la jeune mère se renseigne alors auprès de ses voisines : le milieu de référence s'élargit donc et se diversifie.

Quand les premiers soins ne donnent pas satisfaction, on s'adresse à un autre thérapeute, souvent sur les conseils d'un membre de la famille ou de l'entourage. Il y a ainsi une multiplicité de recours et de remèdes en fonction du réseau social dans lequel est insérée la maman. Si la maladie présente différents symptômes, chacun pourra être traité de manière séparée : par exemple pour un épisode de toux - diarrhée - vomissement, trois remèdes peuvent être fournis par des spécialistes différents pour traiter chaque symptôme.

Les traitements modernes sont constitués de produits pharmaceutiques délivrés en pharmacie ou achetés sur la place du marché, telle l'aspirine et la chloroquine. Très peu de centres médicaux disposent de médicaments et si l'enfant est reconnu malade par le personnel médical, on délivre une ordonnance pour l'achat de médicaments en pharmacie. Les consultations dans les formations sanitaires publiques sont d'un prix relativement modique, alors que leur prix est nettement plus élevé dans les cabinets de soins privés.

Les traitements traditionnels auto-prescrits ou administrés après consultation d'un spécialiste alternent parfois avec les traitements modernes, auto-administrés ou prescrits par un spécialiste, jusqu'au rétablissement de l'enfant.

Dans notre étude, cette diversité des traitements, de type biomédical ou traditionnel, apparaît nettement (tableau 2). Plus d'un tiers des traitements (35 %) se pratique au sein de la famille par

automédication : auto-traitements de type traditionnel dans 19 % des cas, prescrits le plus souvent par la mère ou belle-mère ou un parent très proche, parfois par une voisine ou de type moderne (dans 16 % des cas), dans la plupart des cas constitués de prise d'aspirine et de chloroquine quand l'enfant a de la fièvre. La mère se réfère alors aux recommandations émanant du personnel de santé, qui habituellement, conseille de donner ce traitement si l'enfant fait de la fièvre après la vaccination, et elle se procure le médicament au dispensaire ou sur la place du marché. Ce traitement est appliqué par les mères, même en l'absence de vaccination. Les autres recours d'auto-traitement moderne surviennent sur conseil d'une voisine dont l'enfant a présenté les mêmes symptômes : soit la mère termine le traitement commencé par la voisine, soit elle prend l'emballage du remède et se présente en pharmacie pour acheter le même produit.

Pas de traitement	Auto-traitement traditionnel	Auto-traitement moderne	Consultation traditionnelle	Consultation moderne	Total	Dont mixte
41	61	52	76	94	324	27
13 %	19 %	16 %	23 %	29 %	100 %	8 %

■ Tableau 2
Répartition des types de traitements (en effectif et %) pour les différents épisodes de maladies.

Près d'un tiers des recours thérapeutiques (29 %) se fait dans les structures sanitaires, et dans un quart des cas environ (23 %), les mères effectuent une consultation traditionnelle externe. Dans deux cas de maladies, la mère est allée chez une voyante qui a prescrit le port d'amulettes, et dans un cas le père a rapporté une recette à caractère religieux : on verse de l'eau sur des versets du Coran écrits sur une tablette en bois et on donne cette eau à boire au bébé. Tous les recours se trouvent dans un rayon d'action de faible distance sauf dans les cas de *kôszim*, de luxation et de maladies attribuées à des transgressions sexuelles, ainsi que pour la rougeole. Dans les trois premiers cas les mères et dans le quatrième cas, le père vont chercher le médicament chez un tradipraticien, à plusieurs kilomètres de Ouagadougou.

Les traitements mixtes où les mères associent médecine traditionnelle et médecine moderne sont peu fréquents (8 % des cas), de

même que les épisodes restés sans traitements (14 %) : il s'agit le plus souvent de rhumes considérés comme bénins, et de diarrhées attribuées à la dentition.

Les traitements utilisés dépendent de l'environnement social des mères, les suggestions de l'entourage sont déterminantes. Plus la famille est étendue, plus il y a combinaison de remèdes et traitements, mais ils sont également fonction des ressources matérielles de la famille pour assumer le coût des médicaments.

Les recours thérapeutiques ne sont pas identiques selon le type de maladie identifiée (tableau 3). Pour la plupart des maladies, les mères privilégient des traitements bien précis, ainsi que l'avait déjà constaté VAUGELADE (1991). C'est le cas de la fièvre où la tendance est de donner un auto-traitement moderne (dans plus de la moitié des cas de fièvre), notamment lors des épisodes de fièvre après la vaccination de l'enfant. Par contre, si cette fièvre est attribuée à un déplacement ou à une luxation, elle est traitée de façon traditionnelle, en massant la partie luxée.

Pour la diarrhée, les mères préfèrent consulter un tradipraticien ou une vieille herboriste (plus d'un tiers des cas) quand elles attribuent la diarrhée à des maux de ventre ou à des maux d'anus. La diarrhée a plusieurs dénominations selon la couleur et la consistance des selles : le traitement dépend de l'identification qui en est faite (NACRO et VAN DE WALLE, 1987; CURTIS *et al.*, 1991 MERTENS *et al.*, 1993). Les sels de réhydratation orale ont été prescrits à deux femmes, mais le niveau de la préparation n'avait pas diminué au passage suivant, car l'enfant refusait d'absorber cette boisson. Les maladies appelées *zugutigi* et *semoomde*, qui sont très souvent accompagnées de diarrhée ou de la transformation de la consistance des selles, sont soignées quasi exclusivement avec des traitements traditionnels (dans plus de trois-quarts des cas). Ces traitements vont dépendre des connaissances de l'entourage : s'il existe dans l'environnement immédiat une personne qui connaît le traitement, la mère ne recourt pas à un tradipraticien. Le recours à une consultation externe n'intervient que lorsque les ressources du milieu ont été épuisées.

Par contre pour les maux d'yeux, les mères vont en grande majorité au dispensaire. Pour la rougeole, quand personne dans l'entourage ne l'a identifiée, la mère se rend au dispensaire pour recevoir des soins. C'est lorsque le corps médical pose le diagnostic de la rougeole que le père va se procurer le médicament traditionnel. Le traitement moderne est poursuivi, de concert avec celui du tradipraticien, pour multiplier les

chances de guérison. Quand la rougeole est identifiée par les proches, le traitement traditionnel est administré, sans passer par le dispensaire. Il en est de même pour les affections respiratoires où, bien que la mère aille au dispensaire (dans environ un tiers des cas), elle associe un traitement traditionnel, d'autant plus que la toux est déclarée être le *kôszim* : dans ce cas, les mères vont d'abord au dispensaire, mais comme aucune amélioration ne survient, elles conduisent alors l'enfant chez un tradipraticien.

Ainsi, il y a une grande similitude de comportements face aux maladies et la stratégie thérapeutique dépend largement de l'identification de cette maladie, celle-ci étant tributaire de sa représentation et des causes qu'on lui attribue. Dans un premier temps, le remède est prescrit par l'entourage immédiat, sauf dans les cas de maux d'yeux, mais si cela ne s'avère pas efficace, la jeune mère est orientée vers un spécialiste du milieu, et enfin en cas de non succès, elle va au dispensaire. Il s'avère donc capital de connaître les fondements socio-culturels de la société (le *rog n'miki*) qui sous-tend les comportements, de comprendre les rationalités et logiques populaires qui peuvent expliquer le choix du traitement.

Traitement	néant	auto-traitement		consultation		total	dont traitement mixte
		traditionnel	moderne	traditionnelle	moderne		
Maladie respiratoire	17	14	5	17	29	82	7
Diarrhée	8	9	2	16	11	46	3
Fièvre	5	1	35	6	18	65	4
Zugutigi semoomde	4	16	2	12	1	35	2
Yeux	2	4	1	1	10	16	1
Vomissement	0	1	1	1	2	5	-
Ventre	1	9	0	1	3	14	2
Rougeole	0	0	0	6	6	12	4
Autres ⁵	4	7	6	16	14	49	4
Total	41	61	52	76	94	324	27
Pourcentage	13	19	16	23	29	100	8

■ Tableau 3
Les maladies les plus fréquentes
et leur type de traitement (en effectif).

⁵La catégorie "autre" se réfère aux maladies traditionnelles autres que le *zugutigi* et *semoomde*.

Vers la guérison

La progression de la maladie est anxieusement suivie et si l'état de santé de l'enfant ne s'améliore pas ou se détériore, plusieurs causes sont évoquées, le plus souvent attribuant la maladie à des forces surnaturelles. Les signes de guérison sont anxieusement recherchés : ainsi, la toux après l'éruption de la rougeole constitue une preuve de rétablissement. Dès que l'enfant recommence à s'alimenter, la maman est soulagée et interrompt souvent le traitement.

Si les remèdes absorbés n'opèrent pas de changement notable, la mère est alors envoyée au village dans l'espoir de trouver des remèdes plus appropriés. Ce fut le cas d'un bébé hospitalisé dont l'état de santé ne s'améliorait pas mais pour lequel l'oncle paternel, en l'absence du père, a refusé des injections supplémentaires, car il n'aurait pas pu les supporter ("c'est trop fort"). La famille n'a plus eu confiance dans le traitement hospitalier qui n'a pas fait ses preuves. La maman a donc été envoyée au village où le bébé y est décédé.

Quand l'enfant décède, l'entourage s'empresse de rechercher l'origine de la maladie qui peut être attribuée à une force surnaturelle, à une malédiction. La prédestination est également invoquée pour expliquer le décès d'un enfant dont la mort a surpris par sa rapidité. Chez les Peul au Mali, on a constaté que le fait d'attribuer la mort d'un enfant à une maladie spécifique déculpabilisait la mère (CASTLE, 1994). La désignation de la maladie après une issue fatale a pour effet de décharger la mère d'une insupportable responsabilité et de la faire partager par l'entourage : responsabilité qui ne peut de toute façon pas lui incomber à part entière vu la faible autonomie de décision dont elle dispose quant aux choix des traitements à donner à l'enfant.

Conclusion

L'étude des pratiques de soins accordés aux jeunes enfants dans la ville de Ouagadougou nous a montré que ces pratiques sont multiformes, constituées d'activités les unes protectrices, les autres pour soigner les enfants malades. L'ensemble des soins constitue un

tout cohérent étroitement lié à la représentation des maladies, à leur mode de transmission, au réseau social dans lequel les mères sont insérées.

Ces soins ne sont pas indépendants du contexte socio-culturel dans lequel ils s'inscrivent. Le *rog n'miki* sert constamment de référence et est modulé par le réseau social environnant. On constate une multiplicité des niveaux de décision prises par des individus précis, en fonction de leur lien de parenté et de leur expérience. Les stratégies familiales minimisent les risques, recherchent la sécurité : on fait confiance à ce qui a fait ses preuves.

Les recours thérapeutiques sont variés, complémentaires et parfois contradictoires et adaptés à la position sociale du malade et de la mère : plus l'entourage familial de la mère est vaste, plus elle a de possibilités de rechercher des conseils et appuis divers ; la solidarité familiale joue à son plein pour fournir les remèdes ou l'argent des médicaments. Si l'entourage est restreint, la mère en est réduite à ne s'approvisionner qu'à une source de remèdes à la portée de ses revenus. En milieu urbain où les structures familiales sont en pleine mutation et où la famille élargie a tendance à s'éparpiller, il est important d'étudier les changements dans les acteurs sociaux de la santé. Il convient de s'interroger sur la composition de l'entourage de la femme, le niveau de parenté de ses plus proches, la distance physique du/de la conseillère, le degré d'attachement au village d'origine si la jeune femme est une migrante récente, etc. Chaque conduite répond à une logique précise et la compréhension des actions ne peut se faire qu'à l'intérieur du cadre de référence en vigueur dans la société.

Les soins aux petits enfants sont constitués avant tout d'une multitude de pratiques familiales dont la signification est partagée par un grand nombre : l'interprétation de la maladie, le traitement sont assurés par des spécialistes dont l'autorité est reconnue par le groupe social de par l'expérience et les connaissances qu'ils détiennent. Les stratégies de soins se révèlent très pragmatiques : les pratiques sont fonction de l'identification de la maladie ainsi que les intérêts et moyens dont disposent les familles. L'approche anthropologique présente alors un grand intérêt (GUILLAUME et REY, 1988) pour analyser les processus de prise de décision dans le choix des recours.

La mise en place de politiques de santé visant à une meilleure utilisation des services de santé ne peut faire l'économie de l'étude

de la perception des services de santé mais aussi et surtout des logiques qui règlent les recours thérapeutiques : les expériences sont multiples et les intérêts aussi divers que le sont les parcours individuels façonnés par le *rog n'miki* en constante mutation sous l'effet conjugué des influences extérieures et de l'expérience personnelle. Une meilleure connaissance de l'interaction des déterminants sociaux qui influent sur la nature des soins et des recours thérapeutiques permettrait de mieux cibler les actions en matière de santé.

Bibliographie

- BONNET D., 1986 – *Les représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina*. ORSTOM, Ouagadougou.
- BONNET D., 1988 – *Corps biologique, corps social*. Éd. de l'ORSTOM. Paris.
- BOURDIEU P., 1980 – *Le sens pratique*. Éd. De Minuit.
- BRIL B., 1994 – Rôle de la niche de développement sur les expériences précoces de l'enfant : Une étude comparative : France-Mali. *Revue de Médecine Psychosom*, 37/38 : 127 – 148.
- CASTLE S., 1993 – Intra-household Differentials in Women's Status : Household Function and Focus as Determinants of Children's Illness Management and Care in rural Mali. *Health Transition Review*, vol.3, no 2.
- CASTLE S., 1994 – The (Re)negotiation of Illness Diagnoses and Responsibility for Child Death in Rural Mali. *Medical Anthropology Quarterly*, 8 (3) : 314 – 335.
- CIARDI P., 1993 – *Qualitative Survey of Utilization of Health Services, Participation and Health Needs in Burkina Faso's Rural Communities*. World Bank, AF5PH.
- CURTIS V., COUSENS S., MERTENS T., TRAORE E., KANKI B., DIALLO I. 1991 – *Peut-on mesurer les comportements en matière d'hygiène ? Projet diarrhées*. Centre Muraz, Bobo-Dioulasso.
- EPPELBOIN A., 1993 – Ailleurs la toilette d'un enfant. *L'école des parents*, n° 11/93.
- FAINZANG S., 1988 – *L'intérieur des choses*. l'Harmattan, Paris, 204 p.
- FASSIN D., 1990 – Décrire : entretien et observation. *Sociétés, développement et santé, Ellipses*, Aupelf : 87-106.
- GUILLAUME A., REY S., 1988 – *L'intérêt de l'approche anthropologique pour l'étude des comportements en matière de santé*, Communication au Congrès africain de population, Dakar, Sénégal, 7 – 12 Novembre 1988.

HILL A. G., RANDALL S., 1984 –
« Différences géographiques et
sociales dans la mortalité infantile et
juvénile au Mali ». *Population*, 6 :
921 – 946.

KROEGER A., 1983 –
Anthropological and socio-medical
health care research in developing
countries. *Social Sciences and
Medicine*, vol. 17, n°3 : 147161.

MERTENS T., CURTIS V., COUSSENS S.,
TRAORE E., KANKI B., DIALLO I.,
TOURE S., 1993 –
*Projet diarrhées, sommaire des
résultats*. London School of Hygiene
and Tropical Medicine, Ministère de la
Santé, de l'Action Sociale et de la famille,
Centre Muraz, Université de Bordeaux II,
Bobo Dioulasso, Burkina Faso.

MEULENBROEK A., 1990 –
*La conception des maladies chez
les Mossi dans la région de Basma,
Burkina Faso*. Royaume des Pays Bas
et Ministère de la Santé et de l'Action
sociale.

NACRO K., VAN DE WALLE F.,
1987 –
*Mothers' Views of Childhood
diseases in Bobo-Dioulasso, Burkina
Faso*. University of Pennsylvania.

POLONI, A., 1990 –
Sociologie et hygiène : des pratiques
de propreté dans les secteurs
périphériques de Ouagadougou.
*Sociétés, développement et santé,
Ellipses, Aupelf*, : 273 – 287.

VAUGELADE J., 1991 –
*Consommation médicale et itinéraires
thérapeutiques en milieu rural au
Burkina*. Communication présentée
au Colloque « Sciences sociales de
la santé en Afrique de l'Ouest »,
Bamako, 2 – 4/7/91.

VAUGELADE J., DUBOZ Z., 1991 –
*Maladies diarrhéiques et réalités au
Burkina Faso*. Exposé au séminaire
de « programmation scientifique sur
les maladies diarrhéiques ». Bobo
Dioulasso, 28 – 30 mai 1991.