



HAL
open science

Le rôle de la grand-mère dans les soins de la femme enceinte et de l'enfant

Elliot Rakotomanana, Chiarella Mattern, Dolorès Pourette

► To cite this version:

Elliot Rakotomanana, Chiarella Mattern, Dolorès Pourette. Le rôle de la grand-mère dans les soins de la femme enceinte et de l'enfant. Dolorès Pourette; Chiarella Mattern; Christine Bellas Cabane; Bodo Ravololomanga. Femmes, enfants et santé à Madagascar: approches anthropologiques comparées, L'Harmattan, pp.161-171, 2018, Anthropologies & médecines, 978-2-343-14681-2. hal-02536699

HAL Id: hal-02536699

<https://hal.science/hal-02536699>

Submitted on 22 Nov 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Elliot Rakotomanana, Chiarella Mattern et Dolorès Pourette, Le rôle de la grand-mère dans les soins de la femme enceinte et de l'enfant. In D. Pourette, C. Mattern, C. Bellas Cabane, B. Ravololomanga (eds.), *Femmes, enfants et santé à Madagascar. Approches anthropologiques comparées*, Paris, L'Harmattan, coll. Anthropologies & Médecines, 2018, pp. 161-171.

LE ROLE DE LA GRAND-MERE DANS LES SOINS
DE LA FEMME ENCEINTE ET DE L'ENFANT

Elliot Rakotomanana ^{*}, Chiarella Mattem ^{**}, Dolorès Pourette ^{***}

Dans nombre de sociétés, les femmes âgées ou les grands-mères sont reconnues en tant que modèles, conseillères et gardiennes de la tradition (Aubel *et al.*, 2004) par les populations. Elles détiennent un rôle singulier particulièrement autour de la maternité : durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum (Van Esterik, 1995 ; Aubel *et al.*, 2004). Au cours de cette période, elles transmettent aux jeunes femmes et mères les connaissances et savoir-faire locaux autour de la maternité. À Madagascar, la moitié des jeunes filles âgées de 18 ans sont primipares ou primigestes (INSTAT & ICF Macro, 2010) ¹. Pour ces jeunes femmes, la première expérience de grossesse et de maternité est pleine de défis qui requièrent plusieurs types de soutien social (Aubel *et al.*, 2004). Ainsi, à Madagascar comme ailleurs, la grand-mère, figure d'autorité reconnue au sein des communautés, détient un rôle important dans la transmission d'un savoir-faire fondé sur son expérience et ses connaissances.

Ce texte analysera les deux facettes complémentaires du rôle que jouent les grands-mères, d'une part, dans la transmission de conseils (notamment concernant l'alimentation de la femme enceinte et le choix du lieu et des modalités de l'accouchement) et, d'autre part, dans les activités de soins de la femme enceinte et de soins postnataux de la mère et du jeune enfant. Nous mettrons en évidence comment ces conseils et soins délivrés par la grand-mère peuvent avoir un impact sur la croissance de l'enfant. Nous verrons que l'impact de la grand-

* Socio-anthropologue spécialiste en Santé en Nutrition, Institut Pasteur de Madagascar, Antananarivo, Madagascar

** Anthropologue, Institut Pasteur de Madagascar, Antananarivo, Madagascar, et CEPED, IRD, Université Paris Descartes, INSERM, Paris, France.

*** Anthropologue, chargée de recherche, CEPED, IRD, Université Paris Descartes, INSERM, Paris, France.

¹. L'entrée dans la vie féconde passe de 8 % à 15 ans à 49,8 % à 18 ans en 2008-2009 (INSTAT & ICF Macro, 2010).

mère sur le statut nutritionnel de l'enfant est substantiel et résulte d'une part des soins dispensés à l'enfant et d'autre part des conseils transmis aux jeunes mères. Dans la littérature internationale, la question de l'impact du rôle de la grand-mère sur le statut nutritionnel de l'enfant est rarement abordée et les résultats des rares études existantes sont peu concluants. Une étude en Inde a souligné que la présence ou l'absence de la grand-mère n'implique aucune différence sur l'état nutritionnel et de santé de l'enfant (Sharma & Kanani, 2006). En revanche, une étude menée au Sénégal a montré que l'inclusion des grands-mères dans l'éducation nutritionnelle a entraîné une nette amélioration sur les « bonnes » pratiques autour de l'alimentation des jeunes enfants et pendant la grossesse de la mère (Aubel *et al.*, 2004).

COLLECTE D'INFORMATIONS ET ZONES D'ENQUETE

Les données sur lesquelles se base ce chapitre reposent sur un corpus de 153 entretiens semi-directifs, réalisés avec différents acteurs (mères, grands-mères, sages-femmes, agents communautaires de santé et matrones²), et 63 observations sur les pratiques alimentaires et soins de l'enfant. Ces données ont été récoltées à l'occasion d'une enquête menée par une équipe de l'Institut Pasteur de Madagascar dans trois districts à Madagascar : Moramanga (à 110 km à l'est de la capitale), Morondava (à 638 km à l'ouest de la capitale) et Farafangana (670 km au sud-est de la capitale). Les entretiens ont été réalisés entre novembre 2014 et mars 2015 dans le cadre d'un projet financé par l'USAID (Mattern & Rakotomanana, 2015). Pour chaque district, deux *fokontany*³ ont été identifiés, l'un dans une zone rurale et l'autre en milieu urbain.

RESULTATS

Une implication de la grand-mère au quotidien

Les résultats de notre étude montrent l'implication quotidienne de la grand-mère (maternelle et/ou paternelle) dans la dispensation de soins à l'enfant et la gestion de sa santé. Dans les zones étudiées, le mode de résidence est patrilocal. La future mère retourne vivre chez sa mère pendant le dernier trimestre de sa grossesse. Cette pratique est valable pour le premier enfant à Farafangana, et pour toute la fratrie à Morondava et à Moramanga. Elle y demeure jusqu'à la fin de la période de confinement, qui dure de deux à 20 semaines. Le rôle de la grand-mère

². Les termes *matrone* ou *reninjaza* désignent la tradipraticienne chargée des soins aux femmes enceintes et des soins pendant l'accouchement et autour de la naissance. Elle n'a pas de qualification médicale. Voir le chapitre de D. Pourette dans cet ouvrage.

³. Le *fokontany* désigne la plus petite entité administrative. Une commune comporte ainsi plusieurs *fokontany*.

maternelle est donc renforcé au dernier trimestre de la grossesse et jusqu'à la fin de la période de confinement. En dehors de ces périodes, les deux grands-mères sont présentes pour offrir conseils et soutiens, selon leur lieu de résidence (à proximité ou non de leur fille) et selon leur état de santé.

Ainsi, c'est souvent à la grand-mère qu'incombe la tâche d'accompagner l'enfant pour sa vaccination, ou de veiller sur l'enfant malade. Son rôle est particulièrement important autour de la maternité : grossesse, accouchement et période de confinement, et période de l'enfance (voir plus loin pour plus de détails).

Eux [les enfants], ils n'ont pas encore refusé [mes recommandations], une fois que je le dis, ils ne refusent pas.

(Grand-mère, 47 ans, Moramanga rural)

Parce que j'ai eu sept enfants. J'applique la même façon dont je me suis occupée de mes enfants à mes petits-enfants...

(Grand-mère, 59 ans, Morondava urbain)

Après l'accouchement, la mère et le nouveau-né entrent dans une période de confinement, permettant d'une part à la mère de récupérer et d'autre part à la grand-mère maternelle ou paternelle⁴ de fournir des conseils et des soins. Cette période de confinement est attestée dans plusieurs sociétés africaines et asiatiques comme chez les Tswana en Botswana (Ingstad, 1994) et en Ouzbékistan (Barrett, 2008). Durant cette période, la grand-mère assiste la mère pendant les pratiques de maternage. D. Bonnet a montré par exemple chez les Mossi au Burkina Faso que :

La toilette est souvent réalisée sous le contrôle de la grand-mère paternelle de l'enfant [...]. La manipulation du bébé sous contrôle de la belle-mère instaure aussi une relation de transmission entre la belle-mère et la belle-fille.

(Bonnet, 2007 : 123)

Le soutien d'une femme « âgée et expérimentée » est très sollicité lorsque la mère est jeune et sans expérience (Van Esterik, 1995).

Plusieurs facteurs influencent le degré d'implication de la grand-mère dans le fait de prendre soin de ses petits-enfants. En premier lieu, l'âge de la mère marque son degré d'autonomie à l'égard de l'autorité des aînés. Plus elle est jeune, plus l'autonomie lui fait défaut. À ce titre, le réseau de soutien des jeunes mères est constitué de femmes âgées et se situe à l'intérieur de la famille (la ou les grands-mères) ou à l'extérieur (la matrone). La dépendance à ces figures réside notamment dans le manque d'expérience de la jeune mère.

⁴. Au cas où la grand-mère maternelle n'est plus, la mère est obligée de rester dans sa résidence (type patrilocal) là où la grand-mère paternelle peut jouer un rôle important.

Elle [sa fille] donc, elle ne sait pas encore que faire donc, si on réfléchit bien donc elle est encore mineure. Elle a accouché de son enfant là à 18 ans, et je ne peux me détourner [de mes enfants] mais c'est forcément moi qui suis la première responsable, même l'allaitement pendant la nuit, c'est forcément moi qui me réveille : « Allaites ton enfant ! ».

(Grand-mère, 39 ans, Morondava urbain)

En milieu rural comme en milieu urbain, les femmes contribuent aux activités génératrices de revenus du ménage⁵. L'enfant est alors laissé à la charge de la grand-mère. Les observations ont montré qu'aucune indication ni consigne n'est alors donnée par la mère à la grand-mère concernant l'alimentation ou les soins à prodiguer à l'enfant.

Euh, je les garde quand leurs parents ne sont pas là. Je prépare leur repas, je les surveille quand ils jouent [...].

(Grand-mère, 44 ans, Moramanga rural)

Outre cette implication quotidienne, durant certains moments de la vie des femmes et des enfants, le rôle de la grand-mère est incontournable.

La grand-mère et la femme enceinte

Les grands-mères (maternelle et/ou paternelle) de l'enfant à naître deviennent des conseillères privilégiées dès le moment où la grossesse est révélée. Souvent d'ailleurs avant même que la grossesse ne soit annoncée, elles en perçoivent les signes révélateurs. Dès ce moment, la future mère bénéficie de conseils mais également de soins visant à préserver sa santé ainsi que celle du fœtus. Des pratiques sont également mises en œuvre en prévoyance de l'accouchement : massages réguliers, prise de tisanes, port d'amulette, afin de protéger la mère et l'enfant contre des événements qui pourraient venir compliquer la grossesse et la naissance. Ces complications surviennent notamment suite à l'ensorcellement de la mère. Cet événement peut conduire à des conséquences telles que la mauvaise posture de l'enfant, l'enroulement du cordon ombilical autour du cou, la prise de poids du fœtus (risquant d'entraîner un accouchement compliqué).

Oui, on lui fait porter un collier afin de la protéger contre la « bête » qui la poursuit. En fait, la femme enceinte est souvent vulnérable à des choses, il y a des bêtes féroces, des mauvais démons qui possèdent ladite personne pour tuer son enfant...

(Guérisseur traditionnel, âge inconnu, Morondava rural)

Les visites prénatales auprès de la matrone consistent notamment à surveiller l'évolution de la grossesse et l'état de santé de la mère et de l'enfant. En général,

⁵. Les deux activités principales des femmes enquêtées sont le commerce pour les femmes en milieu urbain et l'agriculture dans les zones rurales.

la matrone incite la mère à faire une Consultation prénatale (CPN) au centre de santé pour suivre l'état de santé de la mère et, entre autres, la posture et la taille de l'enfant à naître. Cette précision pourrait aider la matrone à intervenir par exemple en la massant en cas de mauvaise posture ou en prescrivant des tisanes en cas de « gros bébé » annoncé par la sage-femme. Dans tous les cas, la raison qui sous-tend les recours traditionnels et biomédicaux est la volonté d'éviter un accouchement « difficile », qui est défini par les femmes comme un travail de longue durée et une sortie difficile de l'enfant, pouvant aboutir à une évacuation dans un centre de santé ou un hôpital et une intervention chirurgicale (césarienne).

Les pratiques d'évitement d'un accouchement difficile

Selon les interviewés, un accouchement difficile est dû à l'adoption par le bébé d'une mauvaise posture (la position transverse) et/ou à la grande taille de l'enfant à naître. Dans le premier cas, la matrone applique une série de massages sur le ventre de la parturiente, de manière régulière et continue pour modifier la position de l'enfant, jusqu'à l'accouchement. Dans la même optique, quelques semaines avant la date prévue pour l'accouchement, les femmes enceintes maintiennent une activité physique normale (par exemple, elles pilent riz, maïs ou manioc dans un mortier, car cette pratique favoriserait un bon positionnement de l'enfant).

La taille de l'enfant à naître se devine à la grosseur du ventre de la femme : s'il est gros, cela signifie que l'enfant sera grand, l'accouchement s'annonce donc difficile. Dans certains cas, c'est la sage-femme qui le « diagnostique » par la mesure de la taille de l'utérus. Lorsque ce constat est émis, plusieurs moyens sont mis en œuvre visant à y remédier et, en définitive, à éviter un accouchement difficile.

Ce sont les personnes âgées dans la famille qui nous disent : « Ne mange pas car je vois que vous avez un gros ventre », ça pourrait causer des problèmes.

(Mère, 31 ans, Morondava urbain)

Je ne savais pas qu'il y avait des jumelles mais comme j'avais un gros ventre alors j'ai pris la grappe violette sous le bananier [pour rétrécir l'enfant].

(Mère, 30 ans, Morondava urbain)

En zone urbaine, en général, sur les conseils des sages-femmes et des femmes expérimentées (la grand-mère entre autres), les femmes enceintes réduisent et limitent la consommation d'aliments perçus comme riches en énergie qui pourraient faire grossir l'enfant (par exemple, les féculents et les produits laitiers sont évités à partir du cinquième mois de grossesse). En outre, la consommation du sel est limitée. Dans les *fokontany* ruraux, la plupart des femmes enceintes sont encouragées par les personnes âgées et surtout la matrone à rester actives et à continuer à travailler dans les champs jusqu'au dernier jour de la grossesse afin

de rester en bonne condition physique pour faire face à l'accouchement. Dans l'ensemble des zones investiguées, les femmes consomment des tisanes, des fruits acides (citrons, tamarins à Morondava) ou boivent de l'eau glacée (à Morondava), pour favoriser un accouchement *facile*, comme dans d'autres pays africains (Malan & Neuba, 2011).

Pendant l'accouchement, certains rituels peuvent être mis en place par la matrone pour intervenir lorsque survient une complication, décrite par les enquêtées comme une sortie difficile de l'enfant. Dans la zone de Moramanga, le rituel de *Fandatsahana* a été cité. Dans un premier temps, une tisane est préparée à partir des feuilles d'une plante appelée *viliatsahona*, littéralement « assiette de la grenouille ». Ensuite une clé est mise dans la tisane. Enfin, les ancêtres sont implorés pour bénir le mélange. Ce mélange (tisane avec la clé) est jeté sur le toit de la maison. Le liquide qui tombe du toit est recueilli dans un autre récipient. Ensuite, la mère le boit rapidement et laisse tomber par terre le récipient.

Les éléments en faveur de l'accouchement à domicile

Le choix de l'accouchement à domicile résulte de plusieurs éléments : limites financières, éloignement géographique, respect de la proximité sociale entre la matrone et la grand-mère, et facilité de la mise en pratique des coutumes autour de la naissance de l'enfant. La grand-mère, en tant que gardienne de la tradition (Matinga, 2002), facilite la préservation de ces coutumes jugées importantes pour le bien-être de sa fille et du nourrisson en jouant sur le lieu d'accouchement.

L'enfant à naître n'est pas encore considéré comme un être humain pendant la grossesse, surtout dans la région de Farafangana et Morondava.

Je n'ai su qu'il était un être humain que lorsqu'il sortait de dedans [rire], j'ai pensé qu'il s'agissait d'un animal vu qu'il bougeait.

(Mère, 18 ans, Morondava rural)

L'accouchement au centre de santé nécessite d'anticiper les préparatifs de la naissance, s'opposant alors à l'interdit lié à ces préparatifs : selon les représentations locales, il est interdit d'acheter des vêtements et des langes pour le nouveau-né avant l'accouchement⁶. Le personnel de santé exige que la famille se présente avec le matériel nécessaire pour le nouveau-né : vêtements, couvertures propres. En outre, la venue d'un enfant est un événement heureux qui demande la présence des membres de la famille proche, voire de la communauté ; or, le centre de santé qui se trouve à une distance éloignée du village ne permet pas une telle présence.

⁶ Selon les croyances locales, l'enfant à naître est considéré comme une *zavatra*, littéralement une « chose » dans la région de Farafangana, ou un *biby*, littéralement un « animal » dans la région de Morondava, surtout en zone rurale. L'enfant est considéré comme un « être humain » seulement lorsqu'il est visible, le jour de la naissance.

La naissance à domicile, qui permet la période de confinement immédiate après la naissance, limite tout contact de la mère et du nouveau-né avec le monde « extérieur » ; ce qui n'est pas le cas lors d'un accouchement au centre de santé car ils doivent s'exposer au monde « extérieur » en parcourant le chemin du retour à la maison. D'ailleurs, dans la région de Farafangana, la première semaine après la naissance est considérée comme une épreuve pour le nouveau-né. Si l'enfant survit après cette période, il est reçu par les siens et un nom lui est attribué. Par contre, s'il meurt, il n'est pas enterré dans le tombeau familial.

Certains rites, assimilés à des soins post-partum, sont d'une grande importance pour les populations. Ces pratiques sont assurées par la matrone dans les jours qui suivent l'accouchement. Dans la région de Farafangana, le rituel du *mampandro ny mpisandimbana* (littéralement « donner une douche à la confinée ») est pratiqué dès le jour de la naissance, durant une semaine après l'accouchement. Des bains d'eau chaude et de feuilles d'oranger sont donnés par la matrone à la mère et à l'enfant, comprenant des douches vaginales pour la mère afin qu'elle puisse récupérer rapidement de l'épreuve de l'accouchement. Le second bain de la mère et de l'enfant, à l'aide d'eau chaude seulement, est effectué à partir de la deuxième semaine. Ces bains sont donnés au sein de la maison où la femme a accouché. Le choix d'accoucher à domicile, fortement recommandé par les grands-mères, s'explique aussi par l'importance de ces rituels et la difficulté (voire l'impossibilité) de les réaliser au sein d'une formation sanitaire.

La période de confinement, un grand moment de proximité mère-fille

Comme dans d'autres pays, la mère et le nouveau-né restent confinés pendant plusieurs semaines après l'accouchement (Kesterton & Cleland, 2009). Tous deux demeurent sur le lieu d'accouchement (sauf lorsque l'accouchement a eu lieu dans une formation sanitaire), la plupart du temps chez la mère de la parturiente. Pendant cette période, les autres enfants et le mari restent dans le foyer conjugal. Cette période de confinement ou *mifana* (qui se traduit littéralement par « garder au chaud ») a pour objectif de protéger la femme contre l'infection puerpérale ou le *sovika*, qui survient de par l'exposition au froid. L'objectif est également de préserver le nouveau-né du monde « extérieur » où il pourrait être tourmenté par des mauvais « esprits » selon la croyance locale. En fonction des zones géographiques, la période de confinement varie de deux à 20 semaines. En milieu urbain, le *mifana* tend à se raccourcir considérablement (autour de quatre semaines). Durant ces quelques semaines, l'allaitement est une priorité pour la jeune mère. Afin d'assurer son rétablissement, la montée de lait en qualité et quantité suffisantes, ainsi que le maintien de la santé de l'enfant, elle consomme des aliments perçus comme étant de meilleure qualité que ceux consommés habituellement (bouillon de poulet ou de caridines, cacahuètes, bouillon de riz). C'est également une période singulière dans la vie de la jeune femme car elle peut

consommer des aliments en grande quantité⁷. Les femmes évitent soigneusement d'ingérer des aliments qui pourraient être difficilement digérés par l'enfant tels que les haricots, le manioc, l'eau froide. Le colostrum, localement nommé *ranombatsy*, *tsaky* ou *biba* (ce qui signifie littéralement « mauvais lait »), est considéré comme sale à cause de sa couleur jaunâtre et foncée. Les femmes ne le donnent pas aux nouveau-nés. Elles préfèrent le lait produit quelques jours après l'accouchement pour sa couleur blanche et présent en plus grande quantité. Ces représentations sont véhiculées par les femmes âgées, notamment les matrones et les grands-mères, qui conseillent d'attendre que ce lait blanc apparaisse pour démarrer l'allaitement.

Durant les quelques semaines qui suivent l'accouchement, du fait de la période de confinement, la jeune mère est très peu, voire pas du tout, exposée aux messages des professionnels de santé (sur l'allaitement par exemple). La grand-mère devient donc une référence à deux niveaux. D'une part, elle prend la relève des tâches ménagères habituellement endossées par la mère⁸ (tâches quotidiennes de préparation des repas, soins aux enfants, accompagnement du nourrisson aux premières séances de vaccination). D'autre part, la proximité physique de la grand-mère avec la jeune mère favorise les échanges et la transmission de conseils concernant l'allaitement et les soins du nouveau-né.

Une fois cette période de confinement terminée, la femme reprend toutes ses activités, l'enfant sera donc laissé à la charge de l'aîné de la fratrie ou de la grand-mère. Si l'enfant est jugé encore petit (âgé de moins de six mois), la mère l'emmène avec elle et le laisse sous la surveillance d'un enfant plus grand non loin de sa zone d'activité. En revanche si l'enfant est âgé de plus de six mois, il est laissé au village sous la surveillance de sa grand-mère ou, à défaut, de sa fratrie, voire d'un voisin.

Ben, c'est déjà elle [la grand-mère] qui le garde et c'est uniquement quand je rentre que je l'allait.

(Mère, âge inconnu, Farafangana rural)

Si la période de confinement favorise une pratique prédominante d'allaitement⁹ pour l'alimentation du nourrisson, la fin du *mifana* signifie souvent l'introduction d'aliments de complément pour l'enfant : bouillie à base de banane à Morondava ou à base de manioc ou de riz à Farafangana. L'enfant n'a pas

⁷. Habituellement, en dehors de cette période, l'homme bénéficie d'une nourriture plus diversifiée (viande et poisson) et en plus grande quantité que la femme, afin de pouvoir recouvrer ses forces et assumer son rôle de pourvoyeur de ressources.

⁸. Dans les familles qui pratiquent l'agriculture comme moyen de subsistance, durant cette période, c'est à l'homme que reviennent les travaux des champs, habituellement à la charge de la femme.

⁹. S'il prédomine, l'allaitement n'est que rarement exclusif étant donné l'introduction de boissons (eau et thé) dès la naissance de l'enfant.

encore deux mois. Il a été noté ici comme ailleurs que l'introduction d'aliments solides se fait plus rapidement pour les garçons (Haider *et al.*, 1997). Le lait est en effet plus rapidement perçu comme insuffisant pour la croissance des garçons que pour celle des filles, pour lesquelles l'introduction d'aliments de compléments est plus tardive. Ces connaissances sont transmises et respectées d'une génération à l'autre par le biais des femmes plus âgées.

À l'occasion des entretiens, une majorité des mères interrogées a déclaré pratiquer l'allaitement exclusif durant les six premiers mois de l'enfant. Elles définissaient l'allaitement exclusif conformément aux recommandations internationales : absence d'introduction d'aliments de complément avant six mois. Néanmoins, les observations réalisées au sein des ménages ont montré qu'à l'inverse, dès la naissance, l'enfant reçoit des breuvages en complément du lait et que, assez rapidement après la fin du confinement, l'enfant consomme des bouillies.

CONCLUSION : ENTRE RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES ET INSTRUCTIONS BASEES SUR L'EXPERIENCE

Cette étude révèle à la fois l'importance du soutien social que représentent les femmes âgées et plus précisément les grands-mères, et l'étendue de leur rôle auprès des femmes enceintes, des jeunes mères et des enfants. L'écart observé entre les pratiques déclarées et celles réellement mises en œuvre (concernant l'allaitement par exemple) peut notamment s'expliquer par une relativisation par les mères de certaines recommandations internationales (Diagana & Kane, 2016), pourtant bien connues par celles-ci. Ces recommandations biomédicales et sommes toutes très théoriques (comment nourrir un enfant exclusivement au sein quand la mère se voit obligée de reprendre ses activités quelques semaines après l'accouchement ?) vont en effet à l'encontre des instructions véhiculées par les grands-mères, profondément enracinées dans une expérience éprouvée par les différentes générations. Si les grands-mères interrogées avaient connaissance de certaines recommandations nutritionnelles, elles les contesteraient certainement au regard de leur expérience de vie. L'exemple de l'évitement du colostrum illustre bien cette situation : les recommandations médicales incitant à le faire ingérer aux nouveau-nés contredisent clairement la perception du colostrum comme une « eau sale ». Les recommandations médicales se confrontent donc aux recommandations traditionnelles défendues par les grands-mères. Il pourrait alors être intéressant de soumettre les messages aux grands-mères qui pourraient, si elles en percevaient l'intérêt, et s'ils étaient raisonnablement applicables dans le contexte, en devenir les médiatrices.

BIBLIOGRAPHIE DES SOURCES CITÉES

- AUBEL J., TOURE I., DIAGNE M., 2004. « Senegalese grandmothers promote improved maternal and child nutrition practices; the guardians of tradition are not averse to change », *Social Science & Medicine*, 59, 945-959
- BARRETT J.B., 2008. *Doctors, Clerics, Healers, and Neighbors: Religious Influences on Maternal and Child Health in Uzbekistan*, Dissertation, Austin, TX, University of Texas.
- BONNET D., 2007. « La toilette des nourrissons au Burkina Faso : une manipulation gestuelle et sociale du corps de l'enfant ». In : D. BONNET *et al.*, *Du soin au rite dans l'enfance*, ERES Petite enfance et parentalité, p. 113-128
- DIAGANA M.S., KANE H., 2016. « Alimentation des nourrissons à Nouakchott : entre recommandations médicales et instructions des grands-mères », *Santé Publique*, 28, 2, 235-243
- HAIDER R., KABIR I., HAMADANI J.D., HABTE D., 1997. « Reasons for failure of breast-feeding counseling: mothers' perspectives in Bangladesh », *Bulletin of the World Health Organization*, 75, 3, 191-196
- INGSTAD B., 1994. *The Grandmother and Household Viability in Botswana: Family Planning, Childcare and Survival in Changing Tswana Society*, Working Paper, Labor & Population series for sub-Saharan Africa, Geneva, CH, International Labour Organization.
- INSTAT et ICF Macro, 2010. *Enquête démographique et de santé à Madagascar 2008-2009*, Antananarivo, Madagascar, INSTAT et ICF Macro, 474 p.
- KESTERTON A.J., CLELAND J., 2009. « Neonatal care in rural Karnataka: healthy and harmful practices, the potential for change », *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9, 20
- MALAN D.F., NEUBA D.F.R., 2011. « Traditional Practices and Medicinal Plants Use during Pregnancy by Anyi-Ndenye Women (Eastern Côte d'Ivoire) », *African Journal of reproductive health*, 15, 1, 85-93
- MATTERN C., RAKOTOMANANA E., 2015. *Identification of the sociocultural determinants of stunting: Qualitative analysis in three districts of Madagascar*, Final report, Institut Pasteur de Madagascar, 85 p.
- SHARMA M., KANANI S., 2006. « Grandmothers influence on child care », *Indian Journal of Pediatrics*, 73, 4, 295-298
- VAN ESTERIK P., 1995. « Care, caregiving, and caregivers », *Food and Nutrition Bulletin*, 16, 4, 378-388

