

# Accès aux soins des enfants confiés en milieu urbain africain

## Le cas de Bobo Dioulasso

**Myriam Roger-Petitjean**  
Anthropologue

Ne pas vivre avec ses parents biologiques est considéré, par le milieu médical, comme un facteur de risque pour l'enfant, quant à son état de santé en général, et nutritionnel en particulier (MORLEY, 1977), ceci d'autant plus qu'il est en bas âge.

Le confiage des enfants est une pratique très répandue en Afrique. Elle recouvre diverses fonctions sociales qui s'opèrent dans le cadre des relations de droits et d'obligations entre les membres de la famille étendue. La prise en charge des coûts d'éducation (au sens large) des enfants a des implications importantes sur les stratégies reproductives. Elle contribue en effet à retarder la baisse de la fécondité par anticipation puisqu'elle permet aux parents en difficulté d'alléger les charges d'entretien d'une descendance nombreuse (ISIUGO-ABANIHE, 1994). BLEDSOE a montré à travers ses recherches menées en Sierra Leone et au Libéria que la forte pression qui pèse sur la famille élargie conduit à des traitements différenciés des enfants (BLEDSOE, 1994). Ainsi, il y aurait un investissement sélectif des enfants vivant dans un même ménage dans les domaines notamment de l'alimentation, de la scolarisation et des soins de santé.

Au Burkina Faso, l'Enquête Démographique et de Santé (KONATÉ *et al.*, 1993) a montré que, en milieu urbain, dans environ un ménage sur quatre, un ou plusieurs enfants de moins de 15 ans vivent sans leur mère ni leur père biologiques (26,8 %) ; cette proportion est plus faible en milieu rural (21,1 %).

Ce fait recouvre différentes situations sociales, plus ou moins fréquentes selon l'âge de l'enfant et son milieu. Plusieurs situations sont décrites selon les termes de la passation (don, prêt, échange), son caractère plus ou moins transitoire (adoption, fosterage), les activités de l'enfant dans le nouveau foyer (domestique, élève)<sup>1</sup>. La loi burkinabé prévoit différents cas de figure : l'adoption (simple ou plénière), le placement dans une famille, la tutelle (Code des personnes et de la famille, 1989). Cependant, dans la plupart des cas, l'enfant est confié à un tuteur sans intervention de la justice. Le terme de tuteur est utilisé dans la société burkinabé pour désigner celui ou celle qui a la responsabilité de l'enfant, quelles que soient les circonstances du confiage ; en dioula, langue véhiculaire à Bobo Dioulasso, le terme utilisé, est *lamofa*, littéralement "l'homme qui élève" (*lamoba* pour une tutrice, *lamoden* pour l'enfant confié).

Les auteurs de l'Enquête Démographique et de Santé formulent l'hypothèse selon laquelle l'accès aux soins de ces enfants confiés serait moins bon, du fait d'une mauvaise prise en charge par les tuteurs : "on peut en effet supposer que l'attention portée à ces enfants et les moyens qui leur sont consacrés sont généralement plus limités que pour ses propres enfants" (KONATÉ *et al.*, 1993).

À l'occasion d'une recherche sur l'accès aux soins des enfants de moins de cinq ans, menée dans la ville de Bobo Dioulasso (ROGER-PETITJEAN, 1996), nous nous sommes intéressés à évaluer l'importance de ce phénomène de confiage des enfants, à en décrire les caractéristiques, à comparer l'accès aux soins des enfants confiés à celui des autres enfants et à tenter d'appréhender les déterminants spécifiques de l'accès aux soins de cette population de petits enfants : circonstances du confiage, lien de parenté du tuteur à l'enfant.

Nous considérons comme enfant confié tout enfant ne vivant pas avec sa mère biologique, en élargissant ainsi la définition proposée par PILON (1995), qui associe l'absence du père et de la mère. L'enfant et son élevage (pour reprendre un terme des pédiatres) est alors confié à une autre femme que sa mère biologique ; ceci nous apparaît particulièrement pertinent pour la tranche d'âges étudiée.

---

<sup>1</sup>Les différentes formes de circulation des enfants ont fait l'objet d'une description détaillée et d'une analyse des enjeux sociaux qu'elles recouvrent pour l'Afrique de l'Ouest : on peut se référer notamment à E. GOODY (1982), et pour plusieurs sociétés traditionnelles de différents continents à S. LALLEMAND (1993, 1994).

## ■ Cadre géographique et méthodologie de l'enquête

### *L'aire d'un centre de santé de Bobo Dioulasso*

Bobo Dioulasso est située à l'ouest du Burkina Faso ; c'est la deuxième ville du pays, sa population est évaluée à 383 722 habitants en 1995 (ANONYME, 1990). Elle est caractérisée par un fort taux d'accroissement démographique (7,2 %) et migratoire, une importante pluralité ethnique et sociologique (ville carrefour), ainsi qu'une économie en crise.

Notre étude a été menée à partir du Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) d'Accart-Ville, implanté dans un quartier périphérique de la ville et qui dessert une population d'environ 60 000 habitants, répartie dans quatre secteurs (la ville en compte 25) ; le CSPS fournit un ensemble de prestations de premier niveau, dont une consultation curative et une consultation préventive pour enfants de moins de cinq ans et les vaccinations du Programme Élargi de Vaccination. Les états de malnutrition sont dépistés par une pesée systématique aux consultations ; les enfants souffrant de malnutrition grave (rapport poids/taille inférieur à 80 % selon les normes NCHS<sup>2</sup>, ou présence d'oedèmes) sont pris en charge, en ambulatoire, au Centre de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle (CREN).

Ce centre a été choisi parce qu'il est utilisé par une population bien cernée sur le plan géographique<sup>3</sup> et pour sa fréquentation élevée (environ 2 000 consultations curatives par mois, tous âges confondus).

---

<sup>2</sup>Selon les normes de référence du National Center For Health Statistics des États-Unis.

<sup>3</sup>85,2 % des enfants consultants viennent des 4 secteurs qui constituent l'aire de responsabilité ; l'aire d'attraction réelle est proche de l'aire théorique.

## *Enquête auprès des enfants consultants et de leur accompagnant*

L'enquête a concerné des enfants de moins de cinq ans qui se sont présentés à la consultation des enfants malades pendant une année, de juillet 1993 à juin 1994. La sélection des enfants enquêtés s'est effectuée en deux temps :

- une première enquêtrice a procédé à l'identification du domicile de tous les enfants de moins de cinq ans consultants provenant des trois secteurs constituant la zone d'enquête ; ceci a concerné 2 188 enfants. Ces données ont permis de faire un travail sur les aspects géographiques de l'accès aux soins (ROGER-PETITJEAN, 1996) ;
- une deuxième enquêtrice a choisi des accompagnants parmi ceux des 2 188 enfants ci-dessus, pour leur proposer un questionnaire.

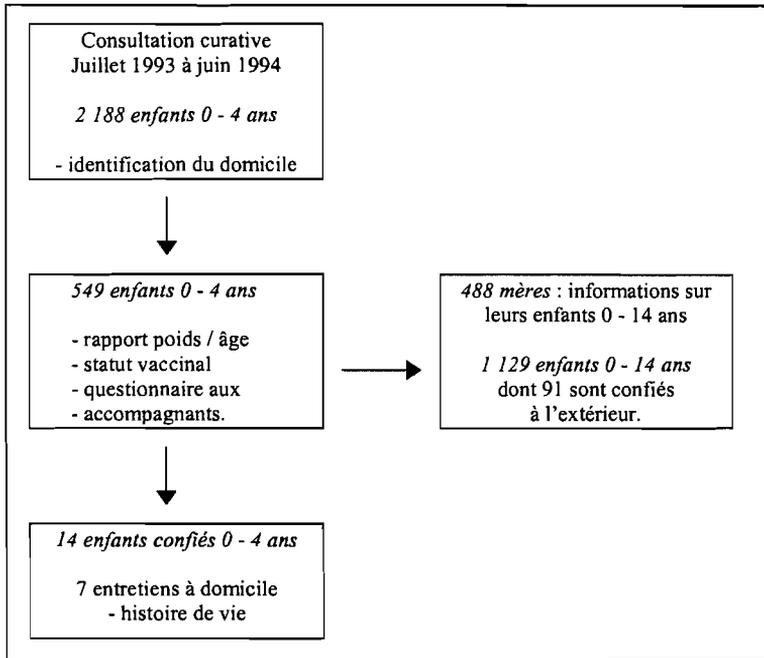
Le choix s'est fait sur les éléments suivants : l'acceptation de l'accompagnant liée à sa disponibilité, à la gravité de l'état de santé de l'enfant et la durée du questionnaire (en moyenne, il était possible d'en réaliser 4 par jour) ; les entretiens se sont déroulés dans le hall d'attente de la consultation curative. 549 enfants ont été ainsi retenus (figure 1).

Le choix de ces enfants n'ayant pas un caractère entièrement aléatoire, l'échantillon ne peut être considéré comme représentatif de l'ensemble des consultants, la présentation des résultats ne peut donner lieu à des comparaisons statistiques.

Le questionnaire a permis d'appréhender la situation familiale de l'enfant ; les dates des vaccinations ont été relevées sur le carnet de santé afin de déterminer un score vaccinal ; enfin, une pesée a été effectuée pour évaluer le statut nutritionnel d'après le rapport poids/âge<sup>4</sup>. Dans un deuxième temps des entretiens à domicile ont été réalisés dans les ménages des enfants représentatifs, choisis d'après les données du questionnaire.

---

<sup>4</sup>L'âge de l'enfant est calculé en mois d'après la date de naissance inscrite dans le carnet de santé ; le poids (mesuré par pesée sur une balance à plateau mécanique) est rapporté en regard de l'âge sur une courbe de croissance poids/âge standard de l'OMS (WHO 83618), qui permet d'apprécier si l'enfant souffre d'une malnutrition protéino-calorique modérée (80 à 70 % de la norme), ou grave (inférieure à 70 % de la norme).



■ Figure 1  
Caractéristiques de la population enquêtée.

L'ampleur du confiage a pu être évaluée de deux manières : en déterminant la proportion d'enfants confiés parmi les 549 enquêtés (enfants de moins de cinq ans), et en interrogeant les femmes qui les accompagnent sur leurs enfants biologiques de moins de 15 ans qui ne vivent pas avec elles. Les caractéristiques du confiage (cause, vécu) ont été appréhendées à la fois par des éléments du questionnaire, et par les entretiens à domicile.

Pour caractériser l'accès aux soins, plusieurs éléments ont été pris en compte : l'identité de l'accompagnant, le score vaccinal de l'enfant, son état nutritionnel, et des éléments relevés lors des entretiens (représentations relatives à l'investissement des enfants par les tuteurs).

## Estimation de la fréquence du confiage des enfants

### *Les mères accompagnantes : une femme sur huit a confié un enfant à l'extérieur de l'unité domestique*

Des informations ont pu être obtenues auprès de 488 femmes accompagnantes sur le lieu de vie de leurs enfants biologiques de moins de quinze ans ; le nombre total des enfants vivants de ces femmes est de 1 129 enfants (soit en moyenne 2,3 enfants par femme).

Au total, 63 femmes sur 488, soit 12,7 % d'entre elles, ont au moins un enfant de ces âges qui ne vit pas avec elles. Donc parmi leurs 1 129 enfants biologiques, 91 d'entre eux, soit 8,1 %, ne résident plus avec leur mère biologique, mais sont confiés à un autre parent.

Ces résultats sont vraisemblablement plus faibles que dans la population générale des mères puisque nous nous sommes adressés à une population de femmes amenant en consultation un enfant malade de moins de cinq ans, donc plus jeunes : dans l'Enquête Démographique et de Santé, 40,5 % femmes sont âgées de 15 à 24 ans, alors que plus de la moitié des femmes dans notre étude (56,3 %) appartiennent à ce groupe d'âges.

### **Une faible proportion d'enfants confiés parmi les consultants au centre de santé**

Parmi les 549 enfants de moins de cinq ans formant l'échantillon, 14 enfants (soit 2,6 %) ne vivent pas avec leur mère biologique. Cette faible proportion peut s'expliquer à la fois par le jeune âge de ces enfants mais aussi par le mode de recrutement : lors d'une consultation curative dans un centre de santé.

Comme nous le verrons plus loin, le confiage avant l'âge de cinq ans est essentiellement le fait de situation de crise familiale. Après cinq ans, le confiage est plus fréquent, et se déroule alors dans un

contexte bien réglé ; l'enfant est considéré comme apte à quitter sa mère biologique et à être confié à un tuteur. D'après les éléments relevés lors des entretiens, l'enfant est alors confié après le sevrage (la durée médiane de l'allaitement est de 21,9 mois en milieu urbain au Burkina Faso ; KONATÉ *et al.*, 1 993) et, le plus souvent, à l'âge de la première inscription à l'école (6 ans).

Le recrutement des enfants à la consultation curative entraîne un biais car la répartition par année d'âge y est différente de celle de la population générale ; la moitié des enfants a entre 0 et 12 mois (52 % au CSPS d'Accart Ville en 1993) et, dans l'échantillon, 88,3 % des enfants sont des derniers nés.

Enfin, la sous-représentation des enfants confiés dans l'échantillon pourrait être expliquée par le fait qu'ils sont peut-être amenés moins fréquemment en consultation curative que les enfants biologiques, une hypothèse à vérifier.

## ■ Caractéristiques du confiage : circonstances et vécu

### *Le changement de situation matrimoniale de la mère : un motif du confiage des enfants*

L'état matrimonial de la mère et le fait qu'un enfant soit né d'une union antérieure (formelle ou informelle) sont deux éléments qui peuvent expliquer la fréquence du confiage des enfants. Nous l'avons étudiée pour les enfants de moins de 15 ans.

Parmi les 488 mères de l'échantillon, 360 femmes sont actuellement mariées, elles ont eu 963 enfants vivants dont 8,4 % ne résident pas avec elles. Cette proportion d'enfants confiés à l'extérieur est un peu plus faible (6 %) parmi les enfants nés de mères célibataires (10 sur 166) ; mais la différence n'est pas significative. Le statut marital de la mère n'intervient donc pas sur la fréquence des confiages.

Par contre, les femmes qui ont changé de partenaires, ont tendance à davantage confier les enfants nés de l'union précédente ; ce constat se vérifie que la mère soit actuellement mariée ou non. Ainsi chez les femmes mariées, deux tiers de leurs enfants nés d'une union antérieure ne vivent pas avec leur mère biologique alors que seulement 3,3 % de ceux nés de l'union actuelle ne résident pas avec elle.

Chez les femmes célibataires, les enfants confiés sont tous nés d'une union antérieure, la proportion en est de 43,5 % (10 sur 23).

La tendance à confier ses enfants s'explique par le fait qu'un enfant sevré est considéré comme appartenant au lignage de son père : il est communément admis, selon les règles coutumières, qu'un enfant demeure au lieu d'habitation de son père.

### ***Modalités du confiage des enfants amenés en consultations médicales***

Quatorze enfants de 0 à 4 ans parmi les 549 enfants de notre échantillon sont des enfants confiés (5 filles et 9 garçons). Pour sept enfants, nous avons pu effectuer des entretiens à domicile (plusieurs pour certains), afin d'appréhender les événements expliquant leur confiage et analyser les liens de parenté avec le tuteur.

#### **La grand mère, tuteur le plus fréquent**

Quatre enfants vivent dans leur famille maternelle ; ils sont tous confiés à leur grand-mère.

Dix enfants vivent dans leur famille paternelle et parmi eux :

- six sont confiés à leur grand-mère ;
- un enfant est confié à une coépouse de la mère biologique ;
- trois enfants sont confiés à une soeur de leur père.

Le choix du tuteur ne semble pas guidé par le sexe de l'enfant. L'enfant est confié de préférence à la grand-mère par souci de cohésion familiale ; en effet, l'enfant dont les parents se sont séparés est vu comme le signe même de la désunion, il peut encore désunir. Or, la grand-mère, de par son âge, n'est plus directement impliquée dans les rapports conjugaux : l'enfant ne

peut menacer sa relation à son époux ; c'est donc elle qui apparaît la mieux à même de l'accueillir. Nous verrons plus loin que, paradoxalement, la grand-mère n'est pas le tuteur pouvant assumer la meilleure prise en charge sanitaire de cet enfant.

### **Le confiage de crise**

Les événements ayant entraîné le confiage des enfants sont en relation avec une situation de crise familiale. Parmi les sept enfants des familles où des entretiens ont été menés, la situation ou le comportement de la mère expliquent la séparation avec ses enfants : soit elle est malade mentale, soit elle a abandonné l'enfant, soit celui-ci lui a été retiré à la suite d'une séparation du couple. L'histoire de ces enfants relate bien leur itinéraire familial.

Deux de ces enfants confiés ont une mère malade mentale considérée comme incapable de s'occuper de son enfant :

Mohamed, 54 mois, est un enfant bien vacciné et bien nourri. Son père a environ 70 ans. Après un premier mariage stérile, il a accepté d'épouser la soeur d'un de ses amis bien qu'elle soit malade mentale. Au 7ème mois de grossesse, il a confié sa jeune épouse à sa sœur. Depuis l'accouchement, cette dernière s'occupe de Mohamed (dont la mère a été ramenée dans sa famille). Cette tante paternelle, âgée d'environ 60 ans, a eu 11 enfants dont 7 résident encore avec elle. Elle a amené Mohamed à la consultation, car "il ne voulait plus manger et maigrissait". Les examens de selles conseillés ont été effectués et les médicaments prescrits achetés. Mohamed est un enfant choyé, car dit sa tante, "je dois faire ça pour mon frère, c'est son seul enfant".

La situation de Fatoumata est nettement moins favorable : âgée de 9 mois, elle est mal vaccinée et souffre d'une malnutrition sévère. La mère de Fatoumata a commencé à présenter des troubles psychiatriques lors d'un séjour au Mali, alors qu'elle était enceinte de son deuxième enfant. Fatoumata est son troisième enfant, son père est inconnu. Elle a été confiée à sa grand-mère maternelle ; elle a été conduite au centre de santé par une jeune tante. Lors du premier entretien, Fatoumata semblait bien prise en charge mais lors de visites ultérieures à la famille, la grand-mère laissait percevoir son découragement.

Deux des enfants confiés ont été abandonnés par leur mère :

La mère et le père d'Adama vivaient ensemble à Abidjan. Quelques jours après l'accouchement, la mère a abandonné le foyer. Une amie du père a ramené l'enfant dans sa famille paternelle à Bobo Dioulasso. Adama était âgé de 3 semaines lors de la consultation au centre de santé. Bien qu'il réside chez ses grands-parents, c'est une soeur de son père, Fatoumata, mariée et mère de 3 enfants et qui vit dans une concession proche, qui est considérée comme responsable d'Adama qu'elle allaite : "chez nous, entre frères et soeurs, on peut donner le sein". L'enfant dort avec sa grand-mère mais, selon Fatoumata "comme je ne suis pas loin, si la nuit il pleure, je peux venir lui donner le sein". L'enfant avait été amené à la consultation en raison de sa maigreur s'expliquant selon Fatoumata par le fait que "mon sein n'est pas bon pour lui mais il va s'habituer. Au CSPS, on m'a dit de continuer comme ça et de ne pas donner le biberon". Lors d'une visite ultérieure à la famille, l'enfant, âgé de 7 mois, était en bonne santé.

Ismaël, 34 mois, malnutri, est élevé par sa grand-mère paternelle. Lors de son arrivée dans la famille il a été traité au CREN pendant 7 semaines. Le père d'Ismaël vit maintenant dans la concession familiale. Pendant la première année suivant la naissance d'Ismaël, son père et sa mère vivaient en concubinage à Ouagadougou. La mère a ensuite quitté le foyer avec l'enfant. Après quelques mois, alors à nouveau enceinte, elle a déposé Ismaël chez l'employeur de son père. Après 3 mois, le père a décidé de retourner vivre chez ses parents à Bobo Dioulasso. Si le père se mariait, Ismaël resterait chez sa grand-mère, car "c'est elle qui fait tout pour l'enfant et souvent les autres femmes ne s'occupent pas bien des enfants de leur mari".

Trois enfants ont été retirés à leur mère à la suite de la séparation du couple. Deux enfants ont été confiés à leur grand-mère paternelle, un enfant est élevé par une coépouse de sa mère.

Arémou a 4 ans, il n'est pas vacciné. Ses parents, mariés, vivent séparés. La mère vit à Ouagadougou, le père à Bobo Dioulasso avec une autre femme. Dès qu'Arémou a été sevré, son père l'a repris et l'a confié à sa grand-mère. C'est essentiellement une de ses jeunes tantes qui s'occupe de lui.

Kadiatou a environ 3 ans. Son père et sa mère vivent séparés à Ouagadougou. Le père a décidé de reprendre l'enfant 6 mois plus

tôt, et l'a confié à sa grand-mère paternelle à Bobo Dioulasso. L'enfant n'a pas de carnet de santé.

Salif, environ 4 ans, est bien vacciné. Il est élevé par une coépouse de sa mère, laquelle a quitté le foyer conjugal lors de l'arrivée d'une troisième épouse. Salif a été accompagné au centre de santé par son père. Selon Djénéba, troisième épouse, Salif est le seul enfant bénéficiant de l'attention de son père : "c'est une affaire de préférence, il voudrait faire revenir la maman de Salif. Pour lui il paie tout mais quand les enfants de ma coépouse sont malades, il refuse de payer".

Ainsi, ces sept histoires d'enfants confiés de moins de cinq ans relatent toutes une crise familiale, liée soit à une maladie de la mère, soit à une désunion des parents. Le donneur s'est séparé de l'enfant par nécessité ; le tuteur ne l'a pas désiré, mais accepté au nom d'obligations morales et/ou sociales.

### *La souffrance occultée des mères qui confient leurs enfants*

Nous avons pu recueillir des avis de mères qui se sont séparées de leur enfant pour le confier. Il est rare que les femmes donneuses manifestent leur désarroi. En effet, comme nous l'avons évoqué plus haut, dans la juridiction traditionnelle, l'enfant appartient à son père et c'est à lui de décider de son avenir. La souffrance de la mère et celle de l'enfant sont pareillement occultées, notamment lorsqu'il s'agit d'un don d'enfant (un confiage réglé en dehors d'une "crise familiale").

Peu après la naissance de son deuxième enfant, le mari d'Awa décide de confier le premier à sa soeur stérile, résidant à Bouaké : "Moi j'étais d'accord, j'ai eu la nostalgie, mais si tu ne remets pas l'enfant, ça fait des problèmes en famille". La cohésion familiale prime sur l'intérêt individuel. Comme d'autres mères dans la même situation, Awa essaie d'évacuer tout sentiment de culpabilité : "La tante s'en occupe très bien, je vais là-bas tous les ans. L'enfant lui-même voulait partir chez sa tante". Dans ces propos, la mère va jusqu'à évoquer la volonté d'un enfant, qui avait alors à peine 5 ans, comme argument justifiant le confiage.

À travers les propos de Rokia, autre mère qui va prochainement remettre sa fille à son géniteur, le même besoin de se justifier apparaît. Rokia, célibataire, a deux enfants de pères différents. Elle doit se marier avec le père du second enfant et sa fille va rejoindre la famille de son père. Rokia insiste sur le fait que son futur mari est prêt à accepter l'enfant : "Le papa du garçon ne fait pas la différence entre les deux. Ma fille, il la traite comme son garçon. J'aimerais l'amener après le mariage mais son père ne veut pas. J'ai dit qu'elle est trop petite, le père va attendre qu'elle ait 6 ans". Rokia s'apprête donc à épouser un homme qui, selon elle, accepterait volontiers dans son foyer un enfant né d'une union précédente. Ces propos font supposer l'émergence d'un point de vue différent parmi certains hommes.

Dans les cas où la garde de l'enfant n'est pas revendiquée par son père, les femmes évitent généralement d'avoir à imposer un enfant issu d'une union précédente à un nouveau compagnon : "il vaut mieux laisser l'enfant à ta maman car l'enfant n'est pas considéré comme les autres. Les hommes sont jaloux, tu peux leur parler des problèmes avec l'enfant mais c'est à toi de te débrouiller". Le nouveau compagnon est "jaloux", car cet enfant est le fruit d'une union précédente de sa femme.

### **“L'enfant a besoin de ses parents”**

Les enfants confiés sont généralement présentés par les femmes interrogées comme moins heureux et moins bien soignés que les autres. La grand-mère d'Ismaël souligne que "les enfants qui ne sont pas avec leur maman, c'est rare qu'ils soient comme les autres".

Les femmes qui ne sont pas impliquées dans une relation donatrice/tutrice expriment des propos plus tranchés sur la situation des enfants confiés, considérant comme acquis que l'intérêt de l'enfant est de vivre avec ses deux géniteurs. L'enfant Aziz a été confié, lors du mariage de sa mère, à sa grand-mère maternelle qui, souvent absente, se décharge sur ses autres filles ; une tante qui n'habite pas dans la concession s'exprime ainsi : "l'enfant a besoin de son papa et de sa maman. Tu vois Aziz, il pense souvent, il reste assis comme ça. Si c'est pas les parents, l'enfant n'est pas bien entretenu. L'enfant n'est jamais entretenu à 100 %. La vieille dit qu'elle doit chercher l'argent pour lui. Sa

maman vient le voir tous les 2 jours ; le mari ne veut pas qu'elle amène Aziz chez elle ; elle a un bébé. Certains disent que si tu prends l'enfant d'autrui, en grandissant il va se fiche de toi”.

Ces différents récits et histoires de vie révèlent un ensemble de raisons qui justifient la séparation des mères et de leurs enfants. Cette variété de situations peut expliquer des comportements et soins différentiels entre enfants biologiques et enfants confiés, surtout lorsque ces enfants confiés sont accueillis en réponse à des obligations familiales. C'est ce que nous allons tenter d'analyser à travers les résultats de nos enquêtes.

## ■ L'accès aux soins des enfants

La qualité de l'accès aux soins des enfants a été évaluée à partir de quatre éléments :

- le tuteur a-t-il accompagné l'enfant au centre de santé ?
- l'accompagnant est-il en mesure de présenter un document de santé de l'enfant ?
- l'enfant est-il correctement vacciné ?
- l'état nutritionnel de l'enfant est-il normal ?

### *L'accompagnement de l'enfant au centre de santé*

Accompagner son enfant malade à la consultation peut être considéré comme un bon indicateur de l'investissement du tuteur pour la prise en charge de l'enfant qui lui a été confié. Alors que seulement cinq sur quatorze des enfants confiés ont été accompagnés au centre de santé par leur mère adoptive (35,7 %), presque la totalité (95,7 %) des enfants vivant avec leur mère biologique ont été amenés par elle en consultation (512 sur 535 enfants).

Parmi les 4 enfants vivant dans leur famille maternelle qui sont tous confiés à leur grand-mère, un seul a été accompagné par elle

au centre de santé. Les autres ont été accompagnés par une tante, ou par une cousine.

Parmi les dix enfants vivant dans leur famille paternelle, six enfants sont confiés à leur grand-mère, une seule a accompagné l'enfant au centre de santé, trois ont été présentés à la consultation par une tante, deux par un oncle.

Un enfant, confié à une coépouse de la mère biologique, a été accompagné au centre de santé par son père. Trois enfants confiés à une tante sont venus avec elle à la consultation.

Il apparaît que lorsque les enfants sont confiés à leur grand-mère, on observe une dilution de la responsabilité à l'égard de l'enfant, qui se trouve sans répondant précis de sexe féminin, mais ce comportement peut s'expliquer par la position sociale de cette grand-mère. Tutrice la plus fréquente pour les raisons mentionnées ci-dessus, elle est soumise à des contraintes et obligations qui ne lui permettent pas toujours une prise en charge optimale de l'enfant. Tout d'abord, alors qu'elle est dégagée de la plupart des tâches ménagères, elle doit s'absenter fréquemment de la concession familiale pour se rendre à des cérémonies (décès, baptêmes ...), laissant l'enfant à la garde de ses tantes. D'autre part, il lui est quelquefois proscrit de se rendre en des endroits fréquentés par les femmes en âge de procréer (il y a parfois une suspicion de sorcellerie à l'égard des femmes âgées), donc au centre de santé (elle ne s'y rend que si elle est souffrante et elle-même accompagnée). Enfin, la grand-mère n'a plus d'autonomie financière, elle ne gère plus les biens du ménage (vivres, prix des condiments...).

Par contre, les tantes, lorsqu'elles sont officiellement investies de la responsabilité de l'enfant, semblent le traiter comme leur enfant biologique.

D'autres éléments peuvent également entrer en ligne de compte dans le choix de l'accompagnateur d'un enfant malade au centre de santé : en effet la décision du type de soins à prodiguer n'émane pas toujours des parents biologiques de l'enfant ni de son tuteur, mais parfois d'une aînée. Des contraintes économiques peuvent aussi conditionner le choix de l'accompagnateur, qui pourra être la personne matériellement en mesure de payer ces soins. Il est possible aussi que les femmes âgées pour des raisons d'éloignement géographique mais aussi pour des problèmes de communication avec le personnel médical hésitent à se rendre dans ces structures sanitaires et délèguent cette responsabilité.

## *Appréhension de l'état de santé de l'enfant*

### **La possession d'un carnet de santé : un indice du suivi post-natal**

Si presque tous les enfants élevés par leur mère biologique possèdent un carnet de santé 97,6 % (522 sur 535 enfants), seulement un peu plus de trois-quarts des enfants confiés (78,6 %, soit 11 des quatorze enfants confiés) possèdent ce document. Cette différence est à mettre en relation avec les circonstances du confiage. Le carnet de suivi de l'enfant est remis à la mère lors de la consultation prénatale, il sert également au suivi de la grossesse. Il est probable que ce carnet se soit perdu lors de la séparation avec la mère, surtout si la mère a abandonné son enfant ou si elle est malade mentale.

### **Score vaccinal et état nutritionnel des enfants**

Pour chaque enfant, dont l'accompagnant peut présenter un carnet de santé ou une carte de vaccination, des scores de vaccination ont été établis. Ils sont fonction de l'âge de l'enfant au moment des différents actes vaccinaux. Ces scores vont de 0 à 6, le score le plus élevé étant attribué aux enfants dont tous les actes vaccinaux ont été effectués aux âges préconisés par le calendrier en vigueur. Seuls ont été pris en considération les enfants âgés d'au moins 8 mois (310 enfants dont 9 enfants confiés).

Plus de deux enfants sur trois (68,1 %) des enfants élevés par leur mère biologique ont un bon score, égal ou supérieur à 3 ; parmi les enfants confiés, seulement deux sur neuf ont un bon score. La situation vaccinale diffère donc selon que les enfants sont, ou non, élevés par leur mère biologique. Il est cependant possible que ce manque de complétude dans les vaccinations ne soit pas dû exclusivement à une certaine négligence du tuteur mais aussi aux conditions de vie de l'enfant avant d'être confié.

Sur le plan nutritionnel, le rapport poids/âge a été évalué sur la base des catégories de la courbe de croissance de l'OMS utilisée dans les structures de soins. Les enfants élevés par leur mère biologique (386 enfants pour lesquels le rapport poids/âge a pu être évalué) sont 265 à être bien nourris (68,7 %) et 121 à souffrir d'une malnutrition modérée ou sévère. L'échantillon d'enfants confiés

pour lesquels le rapport poids/âge a pu être évalué, est trop faible pour faire une comparaison, cependant, sur cinq enfants, trois souffrent de malnutrition sévère.

Ainsi, il semble que les enfants confiés de notre échantillon ont un moins bon accès aux soins que les enfants élevés par leur mère biologique : ce n'est pas toujours leur tuteur qui les amène consulter quand ils sont malades, souvent ils n'ont pas de carnet de santé, et ils sont moins bien vaccinés. Il est probable qu'ils fréquentent moins les services de santé : ceci expliquerait leur faible nombre dans notre échantillon, hypothèse qu'il convient de vérifier dans d'autres études. Toutefois, la faiblesse de la taille de notre échantillon ne nous permet pas de généraliser ces conclusions.

Les causes qui justifient ces différences de comportements entre enfants biologiques et enfants confiés sont vraisemblablement davantage liées à la crise familiale qui a entraîné le confiage des enfants et aux circonstances qui ont induit cette crise, qu'à un mauvais traitement systématique par la famille d'accueil. Parmi les enfants confiés dont les histoires ont été décrites plus haut, certains sont choyés par leur entourage.

La qualité de la prise en charge de la santé de l'enfant confié est certainement très différente selon les motifs du confiage. Les enfants désirés par leurs tuteurs (notamment en raison de la stérilité du couple), ne sont pas dans la même situation que les enfants recueillis en vertu d'une obligation sociale et morale, situation qui caractérise les enfants confiés avant l'âge de 5 ans. Dans ces cas, c'est une décision familiale qui désigne la tutrice de l'enfant<sup>5</sup>.

### **L'enfant confié dans la prime enfance : un enfant à risque ?**

Dans les services de santé du Burkina Faso, les supports utilisés pour la consultation des enfants de moins de cinq ans indiquent des facteurs ("facteurs de risque<sup>6</sup>") à prendre en compte par le

---

<sup>5</sup>Dans un autre contexte (zone rurale du Mali), S. CASTLE (1995) fait le même constat, et souligne que ce n'est pas le confiage lui-même qui a un impact sur le statut nutritionnel de l'enfant, mais le contexte du confiage.

<sup>6</sup>"Tout critère dont dépend la probabilité de survenue d'un événement morbide" (ROGER et ROUGEMONT, 1989).

personnel pour proposer un suivi plus rapproché de l'enfant. Parmi ceux-ci, on relève le fait d'être "orphelin", et que les parents soient "séparés". Il peut sembler pertinent, d'après nos travaux, de retenir également le fait que l'enfant "ne vive pas avec sa mère biologique". Mais il conviendra alors d'analyser les raisons de la séparation entre l'enfant et sa mère, pour voir si elles risquent réellement d'être préjudiciables à la santé de cet enfant. Si ces enfants sont confiés dans de mauvaises conditions, il faudrait leur faire bénéficier, à partir de leur consultation dans un centre de santé, d'une prise en charge particulière avec un suivi rapproché de son développement psychomoteur et de son état sanitaire (en particulier vaccinal) et nutritionnel, si nécessaire, par des visites au domicile de l'enfant et de son tuteur.

Le confiage en lui-même ne procure pas forcément un statut défavorable à l'enfant, mais ce sont les circonstances de la crise familiale qui ont conduit à ce placement de l'enfant qui peuvent le mettre en situation de vulnérabilité. Pour les enfants de moins de cinq ans, le confiage est pratiquement toujours lié à une situation de crise familiale. Ils sont non seulement séparés de leur mère, souvent de façon brutale, mais, de plus, ils sont confiés à un tuteur qui parfois ne les a accueillis que par obligation sociale et risquent ainsi de bénéficier d'un moindre soutien affectif. Pour d'autres enfants, au contraire, leur situation familiale peut se trouver améliorée par leur confiage, comme le montre le cas de Salif (voir supra).

## Conclusion

L'étude d'un échantillon d'enfants amenés en consultation curative dans un centre de santé de Bobo Dioulasso nous a fourni des éléments sur le phénomène de confiage parmi les enfants de moins de cinq ans en milieu urbain. La proportion d'enfants de cette tranche d'âge confiés à une autre femme que leur mère biologique est faible. Après cinq ans, la fréquence du placement est plus élevée puisque, en cas de séparation des parents, l'enfant rejoint encore très fréquemment le domicile de son père.

Le confiage avant cinq ans est un événement rare, survenant presque exclusivement lors d'une crise familiale. Lorsque l'enfant est suspecté d'être responsable de la désunion de ses parents, il est confié habituellement à l'une de ses grand-mères. Le mode de constitution de notre échantillon, à partir de la consultation dans un centre de santé, explique certainement aussi cette faible fréquence du nombre d'enfants confiés.

La prise en charge de la santé de l'enfant confié semble moins bonne que celle des enfants vivants avec leur mère biologique : ils n'ont pas le même accès aux prestations de soins préventifs et curatifs. Mais cette étude présente cependant quelques limites qui ne nous permettent pas de généraliser ces conclusions :

- la faible taille de notre population d'enfants confiés limite la portée de l'analyse ;
- la conduite de l'enquête dans un centre de santé, dont les consultants ne sont pas forcément représentatifs de la population générale, vue la multiplicité des recours thérapeutiques pratiqués pour soigner les enfants et les difficultés d'accès aux soins pour certaines populations.

Cette étude a permis d'aborder certains aspects touchant au statut de l'enfant et au rôle de la famille dans sa prise en charge, qui sont, soit peu documentés jusque-là, soit en évolution, car liés aux mutations de l'environnement urbain africain. Il en est ainsi, entre autres, de l'impact de l'application progressive d'une juridiction récente (le Code de la Famille), du devenir de pratiques liées au système coutumier (appartenance de l'enfant au lignage du père), de l'impact de l'endémie de sida sur les pratiques de confiage et d'adoption (et les représentations mobilisées dans ces circonstances).

Ces aspects mériteraient des études complémentaires et des analyses plus approfondies sur la prise en charge et les comportements vis-à-vis des enfants, enfants biologiques comme enfants confiés, dans les soins au quotidien, la gestion de leurs problèmes de santé mais aussi leur accès à la scolarisation. Ces études doivent être réalisées auprès d'un échantillon assez important pour permettre d'apprécier la significativité des éventuelles différences ; elles doivent être conduites auprès des ménages afin d'éviter les biais de recrutement à partir des structures sanitaires et permettre des comparaisons plus approfondies entre les enfants. Il importe également d'analyser

les circonstances du confiage : situation familiale, ancienneté... afin d'apprécier si les problèmes rencontrés par les enfants dépendent ou non de cette situation. De telles recherches pourraient permettre d'apporter au personnel des services socio-sanitaires des informations utiles pour une meilleure prise en charge de ces enfants.

### Remerciements

Cet article a été revu et corrigé par François Petitjean que nous tenons à remercier pour le travail accompli. Nos remerciements s'adressent également à Doris Bonnet, anthropologue, et Bernadette Kanki, sociologue, pour leur lecture attentive et critique de cet article.

## Bibliographie

Anonyme, 1989 –  
*Code des personnes et de la Famille du Burkina Faso*. Zatu  
n° AN VII 0013/FP/PRES, 215 p.

Anonyme, 1990 –  
*Schéma de développement et d'aménagement urbain de Bobo Dioulasso*. Ministère de l'équipement, Coopération française, 545 p.

Anonyme, non daté –  
*Les droits de la famille au Burkina Faso*. Ministère de l'Action Sociale et de la Famille, Ministère de la Justice, 119 p.

BLEDSON C., 1994 –  
"The social construction of reproductive outcomes : social marginalization in Sub-Saharan Africa", in Locoh T., Hertrich V., édés, *The Onset of Fertility Transition in Sub-Saharan Africa*, Liège, Dérouaux-Ordina Editions. 221 – 234.

CASTLE S. E., 1995 –  
Child fostering and children's

nutritional outcomes in rural Mali : the role of female status in directing child transfers. *Social Science and Medicine*, 40, 5, 679 – 693.

GOODY E. N., 1982 –  
*Parenthood and Social Reproduction. Fostering and Occupationnal Roles in West Africa*. Cambridge University Press, Studies in Social Anthropology.

ISIUGO-ABANIHE U. C., 1994 –  
"Parenthood on Sub-Saharan Africa : child fostering and its relationships with fertility", in Locoh T., Hertrich V., édés, *The Onset of Fertility Transition in sub-Saharan Africa*, Liège, dérouaux-Ordina Editions : 163 – 174.

KONATÉ L., SINARÉ T., SEROUSSI M., 1993 –  
*Enquête Démographique et de Santé Burkina Faso*, Institut National de la Statistique et de la Démographie. Macro International Inc., 296 p.

LALLEMAND S., 1993 –  
*La circulation des enfants en société  
traditionnelle – Prêt, don, échange.*  
L'Harmattan, Paris, 221 p.

LALLEMAND S., 1994 –  
*Adoption et mariage, Les Kotokoli du  
centre du Togo.* L'Harmattan,  
Paris, 279 p.

MORLEY D., 1977 –  
*Pédiatrie dans les pays en  
développement : problèmes  
prioritaires.* Flammarion Médecine  
Sciences, Paris, 406 p.

PILON M., 1995 –  
*Les enfants confiés : propositions  
pour des analyses comparatives .*  
Communication à l'Atelier sur la  
santé de la reproduction dans les  
pays à croissance rapide, Abidjan  
10 - 13 mai 1995, 5p.

ROGER M., ROUGEMONT A., 1989 –  
« Programmes de santé maternelle  
et infantile ». In : Rougemont A.,  
Brunet-Jailly J., éd. : *Planifier,  
gérer, évaluer la santé en pays  
tropicaux*, Paris, Doin : 583 – 623.