

(Extrait de **Alice Desclaux et Bernard Taverne**, *Allaitement et VIH en Afrique*, 566 p. Tous droits réservés)

Chapitre X

Lorsque la mère disparaît. Famille élargie, institutions et laits de substitution

Alice Desclaux

Quelles solutions sont proposées par le système social d'un pays ouest-africain lorsqu'un enfant ne peut plus être allaité par sa mère ? Avec un taux de mortalité maternelle de 53 pour 10 000 naissances vivantes¹, le décès d'une jeune mère n'est pas un événement rare au Burkina Faso. Il est alors urgent pour le père non seulement de trouver une alimentation pour le nourrisson, mais encore de choisir la personne qui assurera le maternage, que l'enfant soit allaité ou qu'il soit nourri avec des substituts du lait maternel. Or, selon les propos d'un père, « *s'il n'y a pas de femme, c'est difficile de trouver une solution au village, alors qu'en ville, on peut trouver du lait artificiel et une aide* ». En ville, des institutions publiques, associatives et privées, chargées de l'aide à l'enfance, peuvent être sollicitées pour l'alimentation d'enfants orphelins. C'est en ville que

¹ Dans certaines provinces, ce taux est supérieur à 200 pour 10 000 (Ministère de la Santé 1996).

l'on peut observer l'appui ou les relais que les institutions apportent à la "famille élargie" en cas de décès d'une mère.

En 1976, les Mossi parmi lesquels travaillait S. Lallemand distinguaient « la mère qui m'a faite », « la mère qui m'a allaité » et « la mère qui m'a élevé » (Lallemand 1976). Cette distinction n'est plus nécessairement opératoire vingt ans plus tard, lorsque la personne qui est chargée du maternage peut nourrir l'enfant au lait de substitution. Comment sont actuellement alimentés les nourrissons orphelins ? Les pratiques urbaines actuelles face à un enfant orphelin favorisent-elles le recours à une mère nourricière appartenant à la "famille élargie", ou le recours aux institutions ?

Partant de l'hypothèse que les pratiques institutionnelles existantes concernant les enfants orphelins peuvent être mobilisées dans le cadre d'actions qui seraient destinées aux mères atteintes par le VIH, dans certaines limites à préciser, nous avons examiné les itinéraires alimentaires d'enfants orphelins à Bobo-Dioulasso pour décrire les pratiques actuelles et les rôles des "acteurs" – famille élargie, institutions. Ces itinéraires ont été confrontés aux perceptions populaires et aux modalités de circulation des laits de substitution.

Fosterage et alimentation des orphelins

La mise en nourrice d'un enfant, que sa mère soit vivante ou décédée, est considérée par les ethnologues comme une forme de « fosterage », terme ainsi défini : « Mot anglais désignant une pratique codifiée de mise en nourrice, les conditions de ce placement, le choix des parents nourriciers et la nature des relations entre ceux-ci et les parents véritables étant définis à l'avance par les normes sociales de la société considérée » (Gresle *et al.* 1990 : 129). Contrairement à l'adoption, qui est censée « être durable, non réversible, et priver les géniteurs de leurs droits et devoirs relatifs à l'enfant au profit des tuteurs [...] [le fosterage] a un caractère momentané, il s'adapte aux circonstances puisqu'il suppose le partage ou l'alternance des prérogatives parentales entre ascendants directs et gardiens » (Lallemand 1997 : 22).

Du "transfert d'enfants" aux "orphelins du sida"

Les ethnologues ont analysé le traitement social des orphelins

dans le cadre plus large des “transferts d’enfants”. Dans les sociétés traditionnelles, ils ont montré la fréquence de ces transferts, qui apparaissent comme des relations d’alliance entre groupes, ayant éventuellement une fonction de restauration d’un équilibre démographique ou économique dans une optique de reproduction matérielle et sociale (Lallemand 1993). Dans une étude comparative sur les pratiques de fosterage et les rôles parentaux en Afrique de l’Ouest et dans les Caraïbes, E. Goody (1975) montre que les raisons qu’ont les parents pour “donner” ou “recevoir” un enfant sont différentes dans le cas où le fosterage a lieu dans une situation de crise ou lorsqu’il est intentionnel. Au Mali, le décès de la mère ou sa maladie font partie des motifs de fosterage dans une situation de crise, au même titre qu’une nouvelle grossesse de la mère, son départ pour une migration saisonnière ou permanente, sa séparation d’avec le père, son retour auprès de ses parents, le sevrage ou le statut illégitime de l’enfant (Castle 1995). Cette “circulation d’enfants” préexistait à l’épidémie de sida ; elle concerne une proportion importante des enfants, dans des pays tels que le Liberia, le Nigeria ou la Sierra Leone, où près du tiers des enfants vivent auprès de parents adoptifs (Cook 1996).

L’intérêt pour la forme que prennent les transferts d’enfants en temps “ordinaire” a été ravivé par les problèmes sociaux que pose l’épidémie de sida, suscitant des appels des responsables gouvernementaux à la “prise en charge communautaire” et à la “solidarité lignagère” pour recueillir les enfants orphelins. Analysant l’apport de ces connaissances anthropologiques dans la réflexion sur les problèmes posés par la prise en charge des « orphelins du sida », J. Cook en discutait trois aspects. Dans le contexte contemporain d’érosion des lignages, il s’interrogeait sur les usages concrets et les limites actuelles de l’accueil des orphelins par la famille élargie ainsi que sur la valeur normative que conserve la prise en charge par le lignage. Il avançait l’hypothèse selon laquelle « sous la pression de la mortalité due au sida, le transfert d’enfants orphelins va augmenter la tendance à élargir le champ des possibilités de tuteurs bien au-delà d’un seul lignage, pour capter toutes les éventualités des deux côtés de la famille biologique de l’enfant » (Cook 1996 : 254). Enfin, face aux propositions de création d’institutions d’appui à la prise en charge des orphelins dans la « famille élargie », il plaidait en faveur de travaux de recherche qui examinent les possibilités matérielles de fosterage, afin d’éviter l’arbitraire dans les propositions d’appui au transfert

d'enfants.

Les nombreuses publications des dix dernières années sur le thème des « orphelins du sida » ont adopté une approche de santé publique, évaluant leur démographie, les conséquences sociales de leur statut, et les programmes ou actions susceptibles d'aider ces enfants. Cependant, ces travaux se sont intéressés aux besoins des enfants davantage qu'à ceux des nourrissons (Hunter 1990 ; Preble 1990 ; Obbo 1993 ; Ankrah 1993 ; Grinling 1997). Les questions posées par l'allaitement des orphelins ne semblent paradoxalement pas avoir fait l'objet d'études spécifiques.

De ces travaux, on retient qu'il est nécessaire de décrire précisément la forme que prend actuellement la circulation des enfants orphelins dans un contexte très évolutif du fait de l'évolution du poids des lignages, de la variété des possibilités institutionnelles locales de soutien économique et social, et de l'impact de la maladie sur les familles.

Le fosterage des enfants orphelins à Bobo-Dioulasso

Quels sont, dans une ville telle que Bobo-Dioulasso, les acteurs institutionnels de l'alimentation du nourrisson, mobilisés lorsque la mère n'est plus là ? Quelles institutions développent des pratiques autour des alternatives à l'allaitement par la mère, et sont impliquées dans la distribution des substituts du lait maternel ? Ces institutions se substituent-elles aux recours familiaux et aux recours auprès des « détenteurs du savoir » traditionnels, observés dans le monde rural ? Constituent-elles un système cohérent, ou interviennent-elles en parallèle, voire en concurrence les unes des autres ?

Enquête sur les itinéraires alimentaires d'enfants orphelins à Bobo-Dioulasso

Ces itinéraires ont été explorés au cours d'une enquête par entretiens semi-directifs auprès des « tuteurs » d'enfants orphelins de mère âgés de moins de deux ans, ayant sollicité des services d'action sociale et de soin pour mettre en oeuvre une alimentation. Les contacts avec les tuteurs (c'est-à-dire les personnes qui s'occupent de l'enfant, le plus souvent les « mères nourricières ») ont été établis par l'intermédiaire de services sociaux (Direction Provinciale de l'Action Sociale), de services médico-sociaux (service de PMI de Centre de Santé et de Promotion Sociale d'Accartville, Centre Médico-Social de Farakan), de services médicaux

(service de pédiatrie du Centre Hospitalier Sanou Souro) et d'associations d'action sociale (Centre SAS, Dispensaire Trottoir), d'un orphelinat (Orphelinat catholique de la Congrégation des Soeurs de l'Annonciation de Bobo-Dioulasso). Les entretiens, d'une durée moyenne d'une heure, ont été réalisés en dioula au domicile ou dans un lieu neutre, enregistrés, traduits et retranscrits par Rokya Barro, enquêtrice. L'enquête a eu lieu en août et septembre 1998.

Au moment de l'enquête, les vingt-cinq enfants sont âgés de quinze jours à deux ans. La majorité d'entre eux sont des garçons (dix-huit sur vingt-cinq) : ce sex-ratio a été observé à plusieurs occasions à propos d'orphelins pris en charge dans des services sociaux ou sanitaires, et pourrait refléter l'intérêt différentiel porté aux orphelins en fonction de leur sexe, les institutions étant *a priori* moins sollicitées pour les filles. Le décès de la mère a eu lieu au moment de l'accouchement ou au cours des quinze jours suivants pour dix enfants, lorsque l'enfant était âgé de moins de six mois pour huit d'entre eux, de plus de six mois pour sept enfants. Parmi les mères décédées après la période périnatale, dix sont mortes d'une longue maladie, cinq d'une pathologie brève. Dans la majorité des cas, les entretiens avec les tuteurs n'ont pas permis de connaître avec précision la cause du décès de la mère ; le sida n'a jamais été mentionné, malgré l'existence d'éléments évocateurs. Un seul enfant est issu d'un foyer polygame ; ce trait semble lié au fait que les pères sont relativement jeunes. Au moment de l'enquête, treize enfants vivent dans leur patrilignage, la personne qui s'occupe d'eux est une tante paternelle dans huit cas, la grand-mère paternelle dans deux cas, une co-épouse de la mère décédée dans un cas, le père dans deux cas. Dix enfants vivent dans leur matriclan, où la grand-mère s'occupe d'eux dans neuf cas, ce rôle étant joué par une tante maternelle dans un cas. Deux enfants ont été recueillis par une voisine de leur père. Deux enfants seulement vivent avec leur père : de nombreux pères travaillent hors de Bobo-Dioulasso : sept "au village" ou dans une autre région du Burkina, trois en Côte-d'Ivoire, et dans deux cas le tuteur ne sait pas où est le père de l'enfant. Les foyers dans lesquels vivent ces enfants comprennent en moyenne 7,3 personnes. Treize disposent d'eau potable dans la cour (robinet ou puits), neuf ont l'électricité, trois ont un réfrigérateur. Cinq enfants ont été partiellement allaités, trois ont consommé du lait de vache pendant de courtes périodes, tous les autres ont été nourris avec du lait de substitution et des bouillies.

La recherche d'une alimentation pour un enfant privé de l'allaitement maternel procède d'une démarche analogue à la recherche d'un traitement en cas de maladie. Il faut d'abord trouver rapidement une solution concrète, matérielle, aux besoins biologiques de l'enfant. Ce que l'on peut qualifier de "quête alimentaire" par analogie à la "quête thérapeutique"² est déterminé par la disponibilité et l'accessibilité de chacune des options alimentaires, par les représentations des différents aliments disponibles pour le nourrisson, et par les relations sociales préexistantes, ou qu'instaure la demande, entre le tuteur et chaque fournisseur d'aliment. Comme les parents d'enfants malades suivent des itinéraires thérapeutiques, les tuteurs

² Selon le terme de J.M. Janzen (1995).

d'enfants orphelins sont amenés à suivre ce que l'on qualifiera de "itinéraires alimentaires". L'analyse de ces itinéraires permet de préciser les situations qui conduisent à débiter une quête alimentaire, les modalités de "recours alimentaire", les choix alimentaires préférentiels et les éléments qui déterminent ces choix. Ces itinéraires révèlent l'ensemble des recours disponibles à Bobo-Dioulasso. À partir de cet ensemble, on examinera dans quelle mesure ces recours constituent un système. Un élément distingue cependant la quête alimentaire concernant les nourrissons de la quête thérapeutique : il s'agit de l'importance que prend la figure de la "mère nourricière" qui jouera le rôle de "substitut maternel". La recherche de la personne qui assurera le fosterage conditionne-t-elle le choix de l'aliment, ou, à l'inverse, cette personne est-elle choisie en fonction de ses capacités à assurer à l'enfant l'allaitement ou l'alimentation par des laits de substitution ?

Itinéraires alimentaires d'enfants orphelins

Parmi les itinéraires d'enfants orphelins que nous avons recueillis à Bobo-Dioulasso, l'itinéraire alimentaire d'Awa est exemplaire à plusieurs titres : dans la recherche d'une solution dans la famille élargie, dans le recours aux institutions, et dans la mise en oeuvre de nouveaux liens sociaux autour de l'alimentation de l'enfant.

À la recherche d'une solution dans la famille élargie

Awa est une enfant de six mois au moment de l'enquête. Elle vit avec son père, B., cordonnier d'ethnie dioula, 41 ans, et une nièce de celui-ci, F., elle-même orpheline et âgée de 6 ans. La mère d'Awa, R., est décédée deux mois auparavant, le 1er juillet 1998, après avoir été malade pendant toute la durée de la grossesse. B. décrit cette maladie comme une succession d'épisodes de toux et de faiblesse, qui ont nécessité de nombreux traitements biomédicaux, puis traditionnels, et qui ont amené R. à retourner dans son village d'origine pour être soignée auprès de ses parents. Cinq jours avant le décès de sa mère, Awa a cessé de téter. Son père met en cause simultanément le refus du sein par l'enfant et le tarissement du lait. Sa mère tente alors de lui donner

du lait de vache frais, mais l'enfant refuse. L'enfant est ensuite pris en charge par sa grand-mère maternelle et son père, qui lui donnent du lait Nido®, puis de la bouillie de petit mil. Après le décès de la mère, la grand-mère a refusé de garder l'enfant au village. B. est donc revenu à Bobo-Dioulasso dix-huit jours après le décès de son épouse, avec son enfant âgé de quatre mois. La mère de B. est décédée, mais s'il a encore, dans son village, des cousines a priori susceptibles de garder l'enfant, aucune n'a proposé de s'en occuper.

L'allaitement par une autre femme, une modalité d'exception

Parmi les vingt-cinq enfants concernés par notre enquête, six ont été allaités par une femme autre que leur mère. Cet allaitement est transitoire et apparaît comme une solution d'exception pour les enfants, qui sont ainsi allaités lors des hospitalisations de la mère, ou pendant quelques jours après son décès, le temps de trouver un autre mode d'alimentation. Seule une femme a assuré la totalité de l'allaitement de l'enfant dès le premier jour et pendant trois mois : elle était la soeur du père de l'enfant. Mais la femme qui a laissé l'enfant téter pendant le plus longtemps ne l'a pas exactement allaité : elle a 68 ans et n'avait pas de lait. Elle déclare répondre ainsi à la demande relationnelle de l'enfant, nourri par ailleurs, après s'être assurée de l'absence de danger de cette pratique pour l'enfant.

Le choix du mode d'alimentation et le choix de la personne qui va s'occuper de l'enfant sont étroitement liés. Il semble que la recherche d'une femme susceptible d'allaiter l'enfant dans la famille soit l'une des premières attitudes spontanées du tuteur, dictée par les usages. Les femmes qui allaitent appartiennent toutes à la parentèle de l'enfant allaité : il s'agit de la grand-mère maternelle biologique, d'une grand-mère classificatoire coépouse de la grand-mère maternelle biologique, de la grand-mère paternelle biologique, et d'une soeur du père. Les diagrammes de parenté montrent que bien souvent, la femme qui décède ou son conjoint sont parmi les aînés de leurs fratries : il semble assez exceptionnel qu'une soeur de la mère ou la femme d'un frère du père soit biologiquement et socialement disponible pour allaiter l'enfant orphelin. En effet, avec un indice synthétique de fécondité de 6,6 (UNICEF 1999) et une durée moyenne d'allaitement de 25 mois, c'est près de 14 ans dans la vie d'une femme qui sont occupés par les grossesses et l'allaitement de ses

propres enfants. Dans ce cas, il est exceptionnel qu'une femme allaite simultanément un second enfant de manière durable, car les deux enfants seraient en situation de "compétition" nutritionnelle à ses yeux. Pour Awa comme pour vingt autres enfants, l'allaitement au sein n'est pas tenté. Plusieurs femmes signalent qu'il en était autrement quand elles étaient jeunes. Raisons biologiques et raisons sociales semblent intriquées : l'existence actuelle de maladies que la femme allaitante pourrait transmettre à l'enfant est évoquée par les femmes, qui viendrait surdéterminer les contre-indications sociales « *parce que la femme d'un homme ne peut pas allaiter l'enfant d'un autre monsieur* ».

L'utilisation du lait de vache a été tentée par trois familles, qui avaient quelque raison pour cela, soit qu'elles vivent près de Peuls susceptibles de leur en procurer, soit qu'elles aient appris à l'utiliser dans un service de soin. Cette pratique reste l'exception. Elle est de plus marquée par une certaine méfiance concernant le risque infectieux. Une grand-mère estime qu'il est plus sûr de donner à l'enfant du café au lait, acheté auprès d'une marchande de rue qui le prépare avec du lait concentré, que du lait frais ou du lait en poudre.

Le choix dominant pour les vingt-cinq enfants est celui des substituts du lait maternel. On verra qu'il est cependant rarement possible aux familles de se procurer du lait assez longtemps. Leur stratégie est alors de donner de la bouillie – le plus souvent, une bouillie de petit mil – en complément, voire en remplacement du lait. Ainsi, un enfant a été nourri (d'abord exclusivement) à la bouillie à partir de son douzième jour de vie.

Les grand-mères, premier recours

Dans la majorité des cas, les enfants sont confiés à une grand-mère, maternelle plus souvent que paternelle. Pour certaines grand-mères, leur rôle de nourrice a un caractère d'évidence. Cette évidence semble avoir un substrat social, comme l'exprime une femme d'origine malienne qui déclare : « *Parce que je suis sa grand-mère paternelle, aucune femme ne pouvait l'adopter tant que je vis* ». L'évidence tient aussi à la relation biologique associée à la filiation : une femme madare explique qu'elle peut d'autant mieux allaiter l'enfant qu'elle avait déjà allaité sa mère ; il s'agit donc du "même lait". Une autre femme explique qu'allaiter son petit-fils est normal : elle-même était allaitée simultanément par sa grand-mère et par sa

mère jusqu'à ce qu'elle ait atteint l'âge de la marche.

Mais les grand-mères ne sont pas toujours "biologiquement efficaces" malgré les plantes qu'elles utilisent pour provoquer la montée de lait ; elles ont souvent dépassé l'âge de la ménopause. Le cas d'Awa illustre l'impasse dans laquelle se trouvent plusieurs enfants : au village, la grand-mère pourrait avoir le temps de s'occuper de l'enfant, mais n'ayant pas les moyens de se procurer le "lait artificiel", elle doit renvoyer l'enfant en ville.

Le recours dans la famille élargie et dans le lignage

Un enfant peut-il être allaité par une coépouse de sa mère défunte ? L'allaitement par une coépouse de la mère vivante, dont témoigne Biwanté, lobi burkinabè qui raconte son allaitement par les coépouses de sa mère dans les années 1950 à l'occasion de l'absence de cette dernière pendant quelques jours (Fiéloux 1993 : 30), ne semble pas pensable aux femmes avec qui nous l'avons évoqué, du fait de « la jalousie entre coépouses » ; mais nous n'avons pas pu préciser si la norme sociale veut que cette jalousie persiste après le décès de la mère. Seule une famille que nous avons rencontrée comprenait deux épouses ; dans ce foyer, la coépouse avait pris en charge l'alimentation au lait de substitution de l'enfant orphelin.

Les groupes ethniques représentés à Bobo-Dioulasso sont pour certains d'entre eux matrilineaires ou bilinéaires (Bobo Madare), alors que d'autres sont patrilinéaires (Mossi). Les choix préférentiels de la femme qui s'occupera de l'enfant se font-ils dans le lignage dominant ? Nos données montrent une tendance à favoriser le matrilignage (cinq enfants ont été recueillis par leur grand-mère maternelle parmi les huit femmes bobo madare, et quatre enfants parmi les six femmes mossi). Mais plus de la moitié des mariages dont les enfants de notre enquête sont issus associent deux origines ethniques. De plus, même quand le choix de la "mère nourricière" suit l'option préférentielle du groupe ethnique des parents, ce sont des aspects matériels ou des contraintes liées à la situation de l'enfant qui sont évoqués comme raisons de ce choix. Les motifs les plus fréquents sont l'absence de parents ou l'éclatement des familles entre la Côte-d'Ivoire et le Burkina, et parfois la teneur des relations antérieures entre le couple et le reste de la famille. Les possibilités de recours familial semblent finalement assez restreintes.

Dans certains cas, le lignage refuse de s'occuper de l'enfant,

notamment lorsque la mère a été rejetée ou abandonnée par le père, dès la grossesse ou lorsqu'elle est tombée malade. Le père n'établit pas entre ses parents et la mère de son enfant les relations nécessaires pour instaurer une notion de responsabilité vis-à-vis de l'enfant. Cette situation est favorisée par l'absence de la moitié des pères, liée notamment à leur travail en brousse ou en Côte-d'Ivoire. Sans signaler de rupture, les propos du père d'Awa attestent du fait qu'une obligation pour la parentèle de prendre l'enfant en charge, issue des relations de réciprocité qui soudent le lignage, n'a plus, lorsque le lignage est éclaté en plusieurs lieux de résidence, le caractère d'évidence qui a été décrit par les ethnologues il y a quelques dizaines d'années.

Les solutions mises en place dans l'urgence, au moment du décès de la mère ou lorsque, pendant sa maladie, une mère de substitution a dû la remplacer temporairement auprès de l'enfant à l'occasion d'une hospitalisation ou parce qu'elle était dans l'incapacité physique d'allaiter, sont souvent maintenues pendant plusieurs mois ou plusieurs années. Le choix d'une personne qui se charge de l'enfant pendant ces périodes *a priori* courtes obéit, dans les cas observés, à des règles similaires à celles qui régissent le choix d'une mère nourricière à plus long terme. Ces situations favorisent cependant le rôle nourricier de la grand-mère maternelle : dans bien des cas, la mère est revenue auprès de ses parents pour traiter sa maladie, notamment lorsque la médecine s'est révélée insuffisante et lorsque la mère recherche un traitement dans le monde traditionnel. Si, dans le cas d'Awa, sa grand-mère maternelle n'a pas pu ou n'a pas voulu conserver ce rôle nourricier – pour des raisons matérielles telles que la difficulté à se procurer du lait en poudre au village, ou pour des motifs relationnels que deux entretiens avec le père ne pouvaient suffire à préciser – plusieurs cas observés dans notre enquête montrent que la personne qui soigne la mère est aussi celle qui prendra soin des enfants après son décès.

Le recours aux institutions

B. a donc tenté de garder l'enfant avec lui en l'amenant sur son lieu de travail, mais au bout de quelques jours il a cherché quelqu'un à qui confier l'enfant, car ses activités de cordonnier ne lui permettaient pas de s'en occuper correctement. De plus, B. a été confronté à la difficulté d'obtenir du lait artificiel :

« Comme avant je ne savais pas, j'ai acheté le lait à la pharmacie à 2215 FCFA la boîte. Et l'enfant a fini cette boîte en cinq jours. Le lait est nécessaire pour l'enfant, mais je ne gagne pas assez d'argent. Alors j'ai préféré acheter le lait Nido®, qui coûte 1400 FCFA la boîte. Mais quand le lait Nido® a été fini, je n'avais plus d'argent » B. s'est alors adressé au centre médico-social de Farakan, où son épouse était suivie pendant la grossesse. Le personnel du centre lui a conseillé d'aller voir l'orphelinat de Sarfalao. Là, les religieuses lui ont dit qu'elles n'avaient plus de place pour accueillir l'enfant, et ont donné des conseils alimentaires à B. On lui a ensuite indiqué le service social de la Direction Provinciale de l'Action Sociale. Là, les assistantes sociales lui ont déclaré qu'elles ne pouvaient pas s'occuper de l'enfant car leur rôle se limite à apporter une aide, qu'elles ne disposaient d'aucun produit ni d'aucun moyen à ce moment-là. B. a entendu parler de Dispensaire Trottoir. Là, l'infirmière lui a dit de venir chercher la bouillie enrichie pour l'enfant chaque matin, et d'amener l'enfant s'il était malade : l'association lui fournirait les soins et les médicaments. B. est très satisfait de cette aide, mais il n'a pas les moyens d'aller tous les jours au local de l'association, situé à près de dix kilomètres de son logement ; les premiers jours, il se rend à pieds au local, mais le temps nécessaire est pris sur son temps de travail, réduisant d'autant ses revenus. B. donne alors la bouillie enrichie les jours où il a pu aller en chercher, et les autres jours il se débrouille avec le lait en poudre qu'on lui a donné ou qu'il achète lorsqu'il gagne suffisamment d'argent.

Les institutions sollicitées

Les tuteurs des vingt-cinq enfants orphelins ont recouru, à quelques exceptions près, aux mêmes institutions, selon des séquences différentes en fonction des itinéraires. Ces institutions appartiennent au secteur sanitaire et social public, qui rassemble les services de Santé Maternelle et Infantile et les services d'Action Sociale, et au secteur privé ou associatif, qui comprend les organismes confessionnels, les associations et organisations non gouvernementales.

- Les services de Santé Maternelle et Infantile : les services de SMI proposent des consultations de nourrissons qui assurent le

suivi de leur développement staturo-pondéral au cours de séances de “pesée” devant être suivies régulièrement. Ces services assurent également des séances d'Information Éducation Communication auprès des mères, qui abordent la nutrition. Certains de ces services disposent d'un Centre de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle (CREN). À Bobo-Dioulasso, les enfants orphelins sont identifiés comme des “cas sociaux” dans certains de ces CREN, et les personnes qui en ont la charge sont invitées à faire suivre l'enfant régulièrement, à assister aux démonstrations de préparation de la bouillie enrichie, voire à acheter, à un tarif modeste, les ingrédients ou la bouillie préparée.

- Les services du Ministère de l'Action Sociale : ces services ont pour mission d'apporter des conseils juridiques et sociaux aux personnes chargées d'enfants en situation sociale difficile. Il est exceptionnel qu'ils puissent proposer une aide matérielle aux familles. Ils régulent l'accès à l'orphelinat situé à Ouagadougou.
- L'orphelinat des Sœurs de l'Annonciation de Bobo-Dioulasso : cet orphelinat ne dispose que de vingt places pour une région de trois millions d'habitants et pour des besoins qu'il est difficile d'estimer, mais vraisemblablement incommensurables face à l'offre.
- L'association Dispensaire Trottoir : cette association a été créée pour aider les enfants des rues, mais a bien vite dû répondre aux demandes d'aide nutritionnelle des enfants et de leur mère. Soutenue par la Coopération française et par des organisations non gouvernementales, l'association peut adapter ses programmes aux besoins qu'elle constate sur le terrain. Ces besoins l'ont amenée à développer l'aide nutritionnelle, essentiellement, dans le cas des nourrissons, sous la forme de fourniture d'ingrédients pour préparer la bouillie enrichie, ou de bouillie prête à la consommation. Les aides sociales que l'association peut fournir à l'entourage et la permanence médicale hebdomadaire permettent de répondre à certains besoins de l'enfant et de la personne qui en a la charge, au-delà des seuls aspects nutritionnels.

D'autres associations et d'autres services peuvent parfois apporter une aide, toujours temporaire et limitée.

L'absence de réponse à l'urgence

Le plus souvent, les circonstances dans lesquelles débute la quête alimentaire sont des situations d'urgence objective : la mère vient de décéder à l'hôpital ou chez elle, et l'enfant doit être nourri rapidement. Pourtant, l'institution met rarement en place une prise en charge nutritionnelle de l'enfant, même dans le cas où la mère est décédée à l'hôpital. Ainsi, Yaya, dont la mère est décédée le lendemain de l'accouchement, n'a rien reçu des agents de santé ; sa grand-mère n'a pu lui donner du lait Nido® que quatre jours après la naissance. La grand-mère d'un autre nourrisson dont la mère était décédée dans les suites de l'accouchement a dû faire le même parcours que le père d'Awa avant d'obtenir du lait ; le père est finalement allé l'acheter en pharmacie au quatrième jour. L'enfant d'une femme décédée du tétanos à l'hôpital, seize jours après l'accouchement, a été nourri pendant quatre jours avec de la bouillie, jusqu'à ce que sa grand-mère puisse aller acheter du lait en pharmacie. Seuls des jumeaux ont quitté l'hôpital avec une prescription de substituts du lait maternel. Dans les autres cas, seul un enfant orienté vers un centre de récupération et d'éducation nutritionnelle a obtenu du lait artificiel dans un délai assez bref. Les mêmes difficultés surgissent de nouveau pour plusieurs enfants lorsqu'il faut acheter la seconde boîte de lait.

Du don à la vente de lait

L'itinéraire qu'a suivi Awa est décrit pour de nombreux autres enfants : n'ayant d'autre solution que donner des substituts du lait maternel, la personne chargée de l'enfant achète du lait en poudre, soit dans une pharmacie, auquel cas un lait "maternisé" est sélectionné par le vendeur en fonction de l'âge de l'enfant et des moyens disponibles, soit sur le marché, auquel cas il s'agit d'un lait en poudre ordinaire. Dix-huit familles sur vingt-cinq ont ainsi acheté au moins une fois du lait de substitution, généralement directement à la pharmacie. Le plus souvent, après quelques jours ou quelques semaines d'utilisation, parfois après le premier achat, lorsque les difficultés matérielles ont été éprouvées, la personne qui s'est chargée de l'enfant entreprend de trouver une aide auprès des institutions mandatées pour cela. Aucun des enfants auprès desquels nous avons enquêté n'a reçu gratuitement de substituts du lait maternel. Si les mémoires gardent encore la trace de l'époque où les associations

caritatives telles que Cathwell donnaient du lait aux enfants orphelins et aux jumeaux, voire à tous les enfants, il ne reste aucun programme de cet ordre, pas même dans les services d'action sociale supposés apporter une aide spécifique aux orphelins. La seule possibilité pour qu'un enfant soit nourri régulièrement avec des substituts du lait maternel est sa prise en charge en internat par l'orphelinat religieux.

Parmi les vingt-cinq enfants pris en charge, dont dix-huit avaient moins de six mois au moment du décès de leur mère, seulement trois ont été véritablement suivis sur le plan nutritionnel par un centre médico-social ou par un centre de récupération et d'éducation nutritionnelle. Pour tous les autres, le lait en poudre est obtenu dans le cadre d'une relation marchande qui ne s'accompagne pas d'indications concernant son usage. Certes, plusieurs enfants seront amenés en consultation de SMI, et tout épisode pathologique aura quelque chance d'être traité. Mais les services de santé n'aident pas les familles à se protéger contre les dangers des "laits artificiels" qu'ils ne cessent de dénoncer. Seules quelques associations telles que Dispensaire Trottoir peuvent répondre aux demandes des familles en ne dissociant pas les aspects sanitaires des aspects nutritionnels de la demande. Ces associations ne peuvent qu'exceptionnellement fournir des substituts du lait maternel, malgré les besoins perçus.

L'absence de "système" d'aide nutritionnelle pour les orphelins

En termes de santé publique, les familles ont besoin de trois types d'aide : une aide matérielle pour se procurer les substituts du lait maternel quand personne ne peut allaiter l'enfant, un apport de compétences pour savoir quel substitut utiliser et comment préparer l'alimentation de l'enfant, un suivi nutritionnel et médical. Or, si les services sanitaires assurent le suivi nutritionnel, ils n'apportent qu'exceptionnellement un conseil et une aide concernant les substituts du lait maternel. Tout au plus peuvent-ils fournir une aide matérielle pour la bouillie, ce qui conduit les familles à débiter ce type d'alimentation bien avant l'âge recommandé pour la diversification par les institutions sanitaires (variant de quatre à six mois selon les institutions). Les familles sont donc soumises aux "lois du marché" pour l'achat du lait artificiel. Les institutions, services et associations intervenant dans ce domaine ne constituent pas un "système" au sens de la santé publique car leurs actions ne sont pas précisément définies, ni coordonnées, et il n'existe pas de norme de référence

concernant l'appui aux orphelins et l'usage des laits de substitution. C'est lorsque l'enfant montrera des symptômes de malnutrition qu'il pourra entrer dans un système de prise en charge : le système traite le pathologique mais ne peut aider les enfants orphelins en situation nutritionnelle "normale" mais urgente en terme de besoins.

Des individus et des rôles

Le 10 août, l'épouse d'un parent de B. accepte de s'occuper de l'enfant. M. a 32 ans, elle vit avec son frère et les cinq enfants de celui-ci, et vend des noix de cola au marché. M. a proposé de s'occuper de l'enfant « par pitié, parce qu'aucun membre de la famille n'a pu aider le père pour nourrir l'enfant » M. refait avec l'enfant le circuit de demande d'aide auprès de l'orphelinat dans le quartier de Sarfalao, au service d'aide sociale dans le quartier de Koko, au Dispensaire Trottoir. Un accord est établi avec le père pour que celui-ci apporte le lait et la farine de mil pour l'enfant et continue à se procurer de la bouillie enrichie. Mais quelques jours plus tard, M. vient trouver B. pour lui remettre l'enfant, car ses tantes qui vivent dans sa cour se plaignent du fait que l'enfant pleure la nuit et les dérange. Fin août, B. continue à chercher une personne qui pourrait s'occuper de l'enfant pendant la journée. Il a acheté une boîte de Cérélac®. Pour B. comme pour M., c'est difficile de s'occuper des orphelins à cause du manque de moyens matériels et de savoir-faire car « un homme ne sait pas comment s'occuper correctement d'un enfant », et parce que le maternage prend beaucoup de temps.

Des propositions aux choix individuels

Les itinéraires que nous avons observés sont marqués, ça et là, par des propositions faites par des mères nourricières potentielles ou par des choix qui apparaissent comme individuels, dans la mesure où ils ne sont pas prédéterminés par des obligations liées à une relation de dépendance ou d'échange vis-à-vis des parents de l'enfant. Ces choix reflètent cependant des motivations socialement construites, telles que la "pitié" évoquée par M., associée dans son cas au fait qu'elle-même n'a pas d'enfant. Parfois, le choix est stratégique dans l'intérêt de la santé de l'enfant : plusieurs nourrissons ont été confiés à une femme connue pour avoir l'expérience de l'élevage des enfants,

qui dans un cas avait déjà adopté plusieurs orphelins. Pour d'autres, la femme qui jouera le rôle de mère nourricière est choisie en fonction de ses capacités présumées à alimenter l'enfant : pour utiliser les laits de substitution, un père a recherché une femme lettrée ; un autre père a tenté de trouver une femme aisée qui puisse facilement mettre en pratique les mesures d'hygiène nécessaires ; une grand-mère maternelle a repris l'enfant confié à sa grand-mère paternelle, qui selon elle ne s'en occupait pas correctement. Certains choix sont des choix d'affinité : une femme nourrit l'enfant de celle qui était son amie ; une autre femme s'occupe de l'enfant selon le souhait de sa mère, qui lui en avait fait la demande avant son décès.

La part du père

La part du père dans la recherche d'une solution pour l'enfant est variable, mais correspond généralement à l'une des trois situations suivantes : dans certains cas, comme celui d'Awa, c'est le père qui fait toute la démarche de recherche, et se propose même, pour un temps, de jouer le rôle nourricier. La quête alimentaire est dans d'autres cas effectuée par la famille de la mère, avec l'assentiment du père, notamment lorsque la mère a vécu sa grossesse et sa maladie au sein de cette famille. Pour d'autres enfants, la nécessité de trouver une mère nourricière confirme l'absence du père, voire révèle le manque d'investissement de l'enfant de la part du patrilignage. Le rôle du père auprès de son enfant dépend étroitement du statut social de sa relation avec la mère défunte³ et des relations entre le couple et les deux parentèles. Cette quête alimentaire exige parfois des négociations directes ou indirectes entre les deux grand-mères, passant par l'intermédiaire du père ; les récits que nous avons recueillis ne décrivent pas de "conseil de famille" formel ni de décision prise par un chef de famille, mais plutôt des tentatives et des essais dans l'espace social féminin, soumis à une hiérarchie interne qui dépend de l'âge des femmes présentes et de leur ancienneté dans le foyer.

Le rôle du père se poursuit lorsque l'enfant est confié à une mère nourricière : il se matérialise par une contribution aux frais d'alimentation et de soin à l'enfant. Le plus souvent, le père achète le lait ou apporte des céréales. Cependant le faible niveau des revenus à

³ Mariage de droit public, mariage religieux, mariage coutumier, ou absence de mariage.

Bobo-Dioulasso limite cette contribution, réduite dans la majorité des cas à « *une boîte de lait quand c'est possible* », d'autant plus que certains pères ont épuisé leurs ressources pour soigner la maladie qui a conduit leur femme au décès.

La "pression sociale"

Si M. cède finalement aux plaintes des tantes de son mari, c'est certainement pour d'autres raisons que les seuls pleurs de l'enfant, banals dans n'importe quelle cour africaine. À la pitié qu'évoque M., s'oppose souvent la perception selon laquelle un enfant orphelin a tué sa mère. Cette perception se fonde sur la représentation de la cruauté de l'enfant comme une manifestation du retour d'un ancêtre insatisfait. Aucune des "mères nourricières" que nous avons interrogées n'évoque cette interprétation ; cependant, la même perception d'un enfant mortifère était exprimée en 1994, dans le milieu acculturé d'un hôpital burkinabè, par le mari d'une infirmière décédée après la maladie de son enfant. Le caractère menaçant de cet enfant orphelin pourrait expliquer que, contrairement à l'hypothèse de J. Cook selon lequel l'augmentation de la mortalité liée au sida conduirait à mobiliser des parents éloignés, aucune femme de la parenté ne s'est proposée comme nourricière au-delà des ascendants directs et des tantes, pour les enfants auprès desquels nous avons enquêté. D'autres motifs sont évoqués par les parentes sollicitées : l'absence d'espoir d'élever un enfant qui ne pourra survivre s'il n'est pas allaité, et souvent la pauvreté qui fait que les femmes qui pourraient accepter le rôle nourricier ne peuvent assurer qu'elles pourront obtenir l'alimentation nécessaire à l'enfant.

De la recherche d'une "mère de substitution" au marché des "substituts du lait maternel"

De nombreuses familles d'enfants orphelins (18/25 dans notre enquête) sont conduites, à plus ou moins brève échéance, à chercher à se procurer des substituts du lait maternel. Sur la base de quelle "culture populaire" concernant les "laits artificiels" ces achats sont-ils effectués ? Les pharmaciens expliquent-ils aux familles l'utilisation des "laits de substitution" ?

Les perceptions populaires du « lait des Blancs »

Les femmes de Bobo-Dioulasso⁴ décrivent trois grandes catégories de lait :

- le « lait de vache » (également nommé « lait de bœuf », « lait des Peuls »), et secondairement les autres laits animaux (« lait de mouton », « lait de chèvre »). Ce lait frais est vendu quotidiennement par les Peul dans un espace du marché qui leur est réservé. Ce lait est considéré avec une relative méfiance par les femmes qui craignent qu'il ne soit coupé avec de l'eau et mal conservé.
- le « lait en poudre » vendu sur le marché, conditionné en sachets, sans désignation, de poids variables, à des tarifs s'échelonnant de 25 FCFA à 700 FCFA.
- les « laits des Blancs » (« lait des toubabous »), catégorie hétérogène comprenant « bonnet rouge », « lait dans les boîtes », « lait épais » (désignant le lait concentré) ; quelques noms de marques de laits "maternisés" sont également cités. Le « lait Nido® », lait en poudre non écrémé, conditionné en sachets ou en boîtes (150 FCFA le sachet, 800 FCFA la boîte), vendu sur le marché, qui fait l'objet de publicités et semble le plus utilisé, est aussi le plus cité.

La plupart des femmes que nous avons interrogées ne connaissent pas les différences de composition entre les "laits" de ces trois catégories, et notamment entre les différents "laits industriels". L'une d'entre elles déclare qu'ils sont différents parce que certains laits s'achètent dans les boutiques ou au marché alors que les autres sont vendus dans les pharmacies. Quelques femmes savent qu'un enfant ne doit pas boire le lait du marché avant d'avoir "les yeux ouverts", mais d'autres déclarent que ces laits sont similaires. Une femme fait remarquer que ce qui permet de différencier le lait du marché du lait des pharmacies, c'est que le lait des pharmacies est délivré avec une cuillère graduée qui permet de le doser, et que des indications de dilution sont données sur la boîte. Des femmes préfèrent le lait de vache frais parce qu'il contiendrait des vitamines, contrairement au lait en poudre, et parce que son goût est meilleur que

⁴ La méthode et la population d'enquête sont présentées dans le chapitre XIV.

celui des autres laits animaux. D'autres femmes considèrent que le lait en poudre est préférable parce qu'il se conserve mieux et "ne doit pas être bouilli", contrairement au lait de vache.

Les femmes bobo madare⁵ ne reconnaissent aux "laits artificiels" que peu de qualités biologiques. Les laits en poudre et les laits animaux non transformés leur semblent inaptes à donner à l'enfant la "force" nécessaire à sa croissance. L'enfant nourri au "lait artificiel", que certaines femmes qualifient de « enfant biberon » ou « enfant des Blancs » (*nasare non*), serait moins solide que les autres sur le plan physique et sur le plan psychologique. « *Ces enfants sont toujours énervés, ils ont un caractère un peu différent des autres* ». « *Quand on jouait on les faisait tomber toujours parce qu'ils n'ont pas la même force que les autres, chez nous on dit qu'ils ne sont pas forts* ». « *Les enfants qui prennent le sein sont plus intelligents. Et ça leur donne l'amour pour leur maman, parce que jusqu'à ce qu'il marche il te voit avec les seins et il ne peut pas te faire le coeur dur* ». Aussi les femmes qui nourrissent leur enfant au biberon sont-elles vivement critiquées par les autres femmes. C'est donc contraintes et forcées par l'impossibilité de trouver une possibilité d'allaiter un enfant que les familles ont recours aux substituts du lait maternel, en n'ayant qu'une connaissance très réduite de la composition de ces produits et de leur valeur alimentaire.

La place des pharmacies dans la dispensation des laits de substitution

À Bobo-Dioulasso les pharmacies étaient au nombre de 18 en 1999. Nous avons mené une enquête sur la vente de laits de substitution par ce réseau commercial privé afin d'explorer le rôle des pharmaciens dans la commercialisation de ces produits, leur fonction éventuelle de conseiller auprès des clientes, et leurs représentations à propos du profil de la clientèle qui s'approvisionne dans les pharmacies, et des motivations des clientes dans le choix de l'alimentation aux substituts du lait maternel.

Dans toutes les pharmacies, l'on trouve, en stocks plus ou moins importants, le lait Nativa® I (premier lait) et II (deuxième lait)

⁵ Les données qui suivent ont été recueillies par Chiara Alfieri. La méthode et la population d'enquête sont présentées dans le chapitre IV.

et le lait Guigoz® I et II. Seulement 4 pharmacies sur 18 vendent aussi le lait SMA® I et II. Les tarifs respectifs sont en moyenne de 1913 FCFA (Nativa I et II), 1812 FCFA (Guigoz I et II), et 2636 FCFA par boîte (SMA). Le calcul du nombre total de boîtes de lait vendues à Bobo-Dioulasso mensuellement, effectué à partir des ventes moyennes de 16 pharmacies sur 18 en 1998, tous types de lait de substitution confondus, donne le chiffre de 855 boîtes, qui inclut les achats directs par les particuliers, les achats par les services de l'action sociale et par l'orphelinat des Sœurs de l'Annonciation de Bobo Dioulasso, ceux-ci s'approvisionnant en pharmacie. La plupart des pharmaciens commentent la faiblesse de ce chiffre des ventes en la comparant aux chiffres largement supérieurs qu'ils enregistraient avant la Révolution de 1983. Le gouvernement avait alors fortement taxé les "laits artificiels" au titre de produits importés, ce qui avait provoqué une augmentation sensible des prix à la vente, qui étaient d'environ 600 FCFA par boîte au début des années 1970. Bien avant les programmes internationaux de promotion de l'allaitement maternel, cette augmentation avait aussi pour objectif de limiter l'utilisation des substituts, dont les risques sanitaires avaient déjà été observés ; des raisons idéologiques avaient également motivé cette mesure : l'utilisation des substituts du lait maternel semblait motivée par un "snobisme des élites" plutôt que par un réel besoin de la part des populations, que le gouvernement d'alors souhaitait combattre.

Quel rôle jouent les pharmaciens dans l'information des familles venues acheter les substituts ? Assurent-ils une véritable "dispensation", assortissant la vente d'une discussion sur les différents types de lait et de conseils sur leur utilisation ? Peuvent-ils être considérés, dans ce domaine, comme des "agents de santé" susceptibles de suivre les familles ? En fait, les pharmaciens n'assurent que très rarement la vente. Le contact avec les clients est assuré, dans la plupart des cas, par du personnel n'ayant reçu qu'une formation en comptabilité. Ces personnes donnent cependant des conseils aux clients, qui les considèrent comme des professionnels de santé. Leur compétence réside essentiellement dans le fait qu'ils savent lire les notices, maîtrisent le français et ont acquis "sur le terrain" une compréhension des termes médicaux.

L'enquête montre que l'implication du pharmacien et de son personnel dans les conseils aux clients concernant le début d'un allaitement artificiel est rare. Les pharmaciens déclarent que, dans la plupart des cas, les gens se rendent à la pharmacie avec une

ordonnance, ou en sachant ce dont ils ont besoin : il n'y a alors pas de discussion. Lorsque les clients posent des questions, elles concernent le plus souvent les doses de lait à utiliser selon l'âge du bébé. Le personnel des pharmacies déclare essayer de sensibiliser les femmes à l'achat d'un goupillon nécessaire pour entretenir correctement les biberons, conseiller de jeter les restes de lait après la consommation du bébé lorsqu'il n'y a pas de réfrigérateur dans la maison, et recommander la stérilisation du biberon et de la tétine. Les pharmaciens considèrent que les femmes qui achètent des substituts du lait maternel sont souvent des commerçantes (les seules à en avoir les moyens, avec certains fonctionnaires bien rémunérés) et sont souvent analphabètes, ce qui les empêcherait de respecter les normes d'hygiène imprimées sur les boîtes. Pour eux, les aspects sanitaires de l'usage des laits artificiels comprennent aussi leur danger d'utilisation par des femmes qui travaillent et doivent laisser leur enfant à la garde de jeunes "bonnes" analphabètes qui ne maîtrisent pas suffisamment les règles d'hygiène. Les pharmaciens partagent les perceptions de "l'alimentation artificielle" des autres professionnels de santé, et ont les mêmes représentations des motifs qui conduisent les femmes à y recourir (commodité en cas de séparation avec l'enfant, esthétique, agalactie, "snobisme"). Leur rôle d'information sanitaire est cependant très limité car ils n'ont qu'exceptionnellement des contacts directs avec les clients ; les vendeurs des pharmacies n'apportent pas d'information autre que celle qui est imprimée sur les boîtes.

Ainsi, le rôle éducatif des pharmaciens, considéré comme des personnes-ressources dans le système de santé, apparaît très limité. Il est probable que l'augmentation des prix des substituts du lait maternel vendus en pharmacie et dans les boutiques ait eu pour conséquence première l'augmentation de la vente de laits en poudre non "maternisés" sur les marchés. Dans ce cas, leur utilisation semble avoir lieu sans aucune information sanitaire.

Conclusion

Les résultats de cette enquête sont limités par le mode de recrutement des enfants orphelins dont nous avons interrogé les "tuteurs" : le contact n'a pu être établi qu'au travers d'institutions, ce qui exclut, s'ils existent, les cas d'orphelins entièrement pris en charge dans leur famille.

C'est la grand-mère qui semble jouer un rôle préférentiel dans le fosterage de l'enfant ; la grand-mère maternelle est plus souvent sollicitée, même dans des familles mossi. Ce recours est favorisé par le fait que c'est souvent dans son foyer d'origine que la mère a vécu sa grossesse ou a été soignée pendant sa maladie : le fosterage prolonge alors le soin apporté à la mère. C'est notamment le cas lorsque les foyers rassemblent trois générations, et lorsque le père est absent, ce qui semble relativement fréquent à Bobo-Dioulasso.

Ainsi la grand-mère, dont le rôle nourricier semble avoir un caractère "naturel", représente souvent la seule partie active du lignage en matière d'alimentation d'un orphelin. Ceci remet en question la notion d'extension des rôles d'aide à des membres éloignés de la famille élargie, souvent évoquée comme une ressource possible dans le contexte du sida. Les services publics de santé et d'action sociale n'assurent pas le relais de la famille lorsque celle-ci a trouvé ses limites. L'alimentation des orphelins ne semble pas avoir constitué une préoccupation pour les décideurs responsables des orientations sanitaires de ces services, même si les agents de santé "en première ligne" regrettent leur impuissance face à ce problème. L'accès aux substituts du lait maternel est, pour les familles, soumis aux règles du marché des "laits artificiels", qui n'est régulé ou facilité que par des associations et organismes caritatifs, lorsque l'itinéraire aura conduit la famille à demander une aide matérielle ou technique. Il semble donc que le questionnement suscité par la situation des orphelins dans le contexte du VIH révèle une défaillance majeure du système de santé.

Ainsi, l'on ne peut envisager, comme nous l'avions initialement perçu, de "s'appuyer" sur les pratiques mises en œuvre autour des orphelins pour proposer des solutions aux femmes séropositives. À l'inverse, l'on doit œuvrer pour que la mise en place de programmes qui permettent aux enfants de mères séropositives d'avoir accès à une alimentation saine bénéficie également aux orphelins.

Références bibliographiques

Ankrah E.M.

1993 The impact of HIV/AIDS on the family and other significant relationships : the African clan revisited. *AIDS Care* 5 (1) : 5-22.

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.

Cook J.J.

- 1996 « La prise en charge d'enfants "orphelins du sida" : transfert et soutien social ». In : J. Benoist et A. Desclaux (éds.), *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives* : 239-262. Paris, Karthala.

Fiéloux M.

- 1993 *Biwanté. Récit autobiographique d'un Lobi du Burkina Faso*. Paris, Karthala.

Goody E.

- 1975 « Delegation of parental roles in West Africa and the West Indies ». In : J. Goody (éd.), *Changing social structure in Ghana : essays in the comparative sociology of a new state and an old tradition*, London, International African Institute.

Gresle F., M. Panoff, M. Perrin *et al.*

- 1990 *Dictionnaire des sciences humaines*. Paris, Nathan.

Grinling J.

- 1997 « L'intervention auprès des orphelins dans un système social en crise. Le travail d'AMO-Zaïre à Kinshasa ». In A. Desclaux et C. Raynaud (éds.), *Urgence, précarité et lutte contre le VIH/sida en Afrique* : 53-64. Paris, L'Harmattan.

Hunter S.

- 1990 Orphans as a window on the AIDS epidemic in Sub-Saharan Africa. Initial results and implications of a study in Uganda, *Social Science and Medicine* 31 (6) : 681-690.

Janzen J.M.

- 1995 [1978] *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*. Paris, Karthala.

Lallemand S.

- 1976 Génitrices et éducatrices Mossi. *L'Homme* 16 (1) : 109-124
 1993 *La circulation des enfants en société traditionnelle : Prêt, don, échange*. Paris, L'Harmattan.
 1997 « Enfances d'ailleurs, approche anthropologique ». In : M. Guidetti, S. Lallemand et M.F. Morel, *Enfances d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui. Approche comparative* : 7-57. Paris, Armand Colin.

Ministère de la Santé

1996 *Statistiques sanitaires*. Ouagadougou, Secrétariat Permanent, Direction des Études et de la Planification.

Obbo C.

1993 La situation difficile des « orphelins du sida ». *Sociétés d'Afrique & sida 2* : 8-9.

Preble E.A.

1990 Impact of HIV/AIDS on African children. *Social Science and Medicine* 31 (6) : 671-680.

UNICEF

1999 *La situation des enfants dans le monde 1999*. New York, Genève.