

# ENFANTS D'AUJOURD'HUI DIVERSITÉ DES CONTEXTES PLURALITÉ DES PARCOURS

*Colloque international de Dakar  
(Sénégal, 10-13 décembre 2002)*



*Numéro 11*

ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE  
**AIDELF**

# Le sexe et le statut de l'enfant dans le ménage - enfant confié ou enfant du couple - peuvent-ils être des facteurs de discrimination ?

**Bonayi DABIRÉ**

UERD, Ouagadougou, Burkina Faso

## Introduction

Un des soucis en Afrique est la perpétuation de la famille, du clan, du lignage. Une chanson des Bambana, une ethnie du Mali et de l'Ouest du Burkina, dit que « La mort n'a pas de médicament, la mort n'a pas de remède, si ce n'est l'enfant ». Mais la perpétuation du clan et du lignage se fait souvent par la lignée masculine à travers la descendance masculine. « L'homme qui a procréé des FILS ressemble au bananier qui a donné des fruits : il peut mourir. Par le truchement de l'enfant le nom du parent revivra. Qui nommera l'enfant, nommera les parents » (Erny, 1990 ; p. 119). Cette hantise de s'effacer de la mémoire des générations futures n'est satisfaite que par une descendance masculine permettant de perpétuer le patronyme. Biaye (1994, p. 22) rapporte que chez les Manding au sud du Sénégal, certains enfants portent des prénoms ambigus ou sexuellement antinomiques. L'auteur explique que cela traduit une façon de vivre la déception et de la digérer lorsqu'on s'attend à un sexe idéal qui ne se réalise pas dans la descendance. Cette préférence des enfants selon le sexe induit-il des comportements discriminatoires ?

Dans beaucoup de sociétés africaines, au Burkina Faso notamment (Dabiré, 2001), de nombreux enfants sont placés dans d'autres familles, soit par entente entre les deux familles, soit par décès ou absence prolongée ou divorce des parents biologiques de l'enfant. Cette mobilité des enfants entre familles qu'on appelle confiage, don ou prêt d'enfants ou parfois enfants adoptés, est très ancienne et assez répandue en Afrique (Antoine et Guillaume, 1984). Le confiage des enfants était perçu comme une confirmation des alliances ou des amitiés entre deux familles, ou entre deux personnes. La famille adoptive percevait cela comme une faveur. La notion de père ou de mère renvoyait à un groupe d'individus chez lesquels l'enfant pouvait « circuler » (Antoine et Guillaume, 1984). Il n'y avait presque pas de calcul économique dans cette mobilité.

De nos jours, avec les diverses mutations des valeurs culturelles que connaissent les sociétés africaines, les difficultés économiques et l'insertion de ces sociétés dans le monde moderne, le confiage perd son sens traditionnel et les enfants confiés vivent souvent un calvaire (Fagnon, Kpadonou, 1997).

En considérant deux domaines importants dans la vie de l'enfant à savoir la santé et la nutrition, nous cherchons à travers cette communication à :

- identifier les types de comportements discriminatoires à l'endroit des enfants ;
- documenter les formes que peuvent revêtir ces manifestations ;
- mesurer la fréquence de ces comportements discriminatoires ;
- analyser les circonstances de survenance de telles attitudes.

## 1. Champ d'étude et sources de données

Cette étude se focalise sur le Burkina Faso et les données utilisées sont celles de l'enquête à indicateurs multiples (EIM), réalisée par le Ministère de l'action sociale et de la famille du

Burkina Faso en 1999. Les domaines couverts par le questionnaire sont la vaccination des mères et des enfants de moins d'un an, la diarrhée des enfants de moins de cinq ans, la nutrition, l'allaitement maternel, l'accès à l'eau potable, à l'assainissement, et l'éducation des enfants de 5 à 15 ans.

L'EIM est une enquête nationale. La méthode utilisée consistait en un sondage probabiliste à deux degrés.

– Au premier degré ont été tirées les Zones de Dénombrement (ZD). Rappelons que les ZD sont les 8000 unités aréolaires issues de la cartographie du recensement de 1996 du Burkina Faso. Au total, 150 ZD ont été tirées pour la collecte. Une stratification de l'échantillon a été faite sur les critères de la disponibilité en équipements socio-sanitaires des ZD : école, point d'eau potable, centre de santé. Quatre strates ont été ainsi définies.

– Au deuxième niveau, des ménages sont tirés à l'intérieur des 150 ZD - échantillons. Au total, 4500 ménages ont été tirés. Ce nombre de ménages retenu reposait sur les critères de représentativité de l'échantillon au niveau national et au niveau des milieux de résidence (urbain et rural).

L'enquête a touché 14121 enfants (6844 filles et 7477 garçons). Mais dans notre analyse, nous nous sommes intéressés aux enfants effectivement touchés avec des réponses valides aux questions sur les liens de parenté, la vaccination, la nutrition, l'allaitement, et les maladies, ce qui a réduit l'échantillon à 12936 enfants soit 6645 garçons et 6291 filles.

## 2. Nutrition et discrimination des enfants

La nutrition du nourrisson (type d'allaitement, aliments complémentaires, prise de vitamine, âge au sevrage etc.) et la vaccination, sont des éléments de base qui préfigurent l'état de santé de l'enfant. Aussi nous semble-t-il important de commencer par ces éléments.

### 2.1 L'âge moyen au sevrage

L'âge moyen au sevrage est de 14,8 mois pour les garçons et de 15,0 mois pour les filles. Il n'y a donc pas de différence significative entre garçons et filles pour ce qui est de l'âge au sevrage.

### 2.2 L'allaitement exclusif

L'OMS recommande, pour la bonne santé de l'enfant, que ce dernier soit allaité exclusivement au sein à l'exclusion de tout autre aliment solide ou liquide y compris l'eau et cela jusqu'à 4 mois. Y a-t-il une différence en matière d'allaitement exclusif entre garçons et filles ?

TABLEAU 1 : PROPORTION (EN %) DES ENFANTS DE 0-4 MOIS ALLAITÉS EXCLUSIVEMENT AU SEIN PAR SEXE ET MILIEU DE RÉSIDENCE

Sexe	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Ensemble
Garçon	10,0	14,0	13,7
Fille	20,8	7,6	9,2

On note que 13,7% des garçons de 0-4 mois sont allaités exclusivement au sein tandis que chez les filles cette proportion est de 9,2% (tableau 1). Ces données indiquent que l'allaitement exclusif est plus important chez les garçons que chez les filles. Mais, lorsqu'on introduit le milieu de résidence en distinguant le rural de l'urbain, les situations sont beaucoup plus diversifiées. En milieu urbain, l'allaitement exclusif est beaucoup plus important chez les filles (20,8%) que chez les garçons(10%). En milieu rural, la situation est tout à fait l'inverse.

L'allaitement exclusif est plus intense chez les garçons (14,0%) que chez les filles(7,6%). L'allaitement exclusif dépend donc du sexe et du milieu de résidence de l'enfant.

### 2.3 L'allaitement prolongé

L'allaitement prolongé, est défini comme l'allaitement au-delà de 4 mois. Nous avons considéré deux tranches d'âge : 5 à 11 mois et 12 à 23 mois révolus. La totalité des enfants, garçons comme filles, est allaitée jusqu'à 11 mois révolus. C'est au-delà de 11 mois que des différences apparaissent. Au niveau national, 94,5% des garçons âgés entre 12 et 23 mois révolus sont toujours sous allaitement, contre 92,5% pour les filles. La proportion des garçons encore sous allaitement est légèrement plus importante(mais statistiquement significative) que celle des filles. Lorsqu'on considère le milieu de résidence, au niveau urbain il n'y a pas de différence entre filles et garçons (84,2% pour les garçons et 84,4% pour les filles). C'est en milieu rural que les différences existent. Les garçons sont allaités beaucoup plus longtemps que les filles. Cette discrimination au niveau rural entre garçons et filles peut trouver une explication dans les pratiques et les croyances traditionnelles. On comprend assez aisément qu'en milieu urbain où ces croyances ne sont plus très vivaces, les différences entre filles et garçons soient « gommées ». Par contre en milieu rural où les traditions sont encore vivaces, des discriminations persistent. Il faut souligner que ces différences restent faibles.

TABLEAU 2 : PROPORTION (EN %) DES ENFANTS ÂGÉS DE 12-23 MOIS TOUJOURS NOURRIS AU SEIN SELON LE SEXE ET LE LIEU DE RÉSIDENCE

Milieu	Garçon	Fille
Urbain	84,2	84,4
Rural	95,7	93,6
Ensemble	94,5	92,5

Concernant la variable allaitement, l'analyse du lien de parenté n'est pas indiquée vu l'effectif très faible des enfants confiés. Dans tout l'échantillon, nous avons seulement 31 enfants confiés de moins de deux ans dont 14 âgés de moins de 12 mois. En général, les enfants sont donnés en confiage à partir d'un âge plus élevé. Avant la fin de l'allaitement, peu d'enfants sont confiés à d'autres familles. Les rares cas qu'on trouve sont les situations de décès de la mère. Dans le cas de cet échantillon, seulement 3 enfants de 0-4 mois sont en situation de confiage. Ces enfants, malgré leur âge qui fait qu'ils doivent être nourris exclusivement au sein, ne le sont pas. Déjà à cet âge, ces enfants ont commencé à consommer des aliments complémentaires, ce qui est contre indiqué. Mais cela découle du fait que si l'enfant quitte sa mère, il accepte difficilement le sein d'une autre femme et souvent les nourrices ont recours à d'autres formes d'alimentation pour palier au manque de lait maternel. Par ailleurs, on remarque que la proportion des enfants confiés âgés de 12 à 23 mois toujours nourris au sein est beaucoup plus faible (76,5%), que celle des enfants biologiques (93,9%). Les enfants confiés en bas âge ne sont donc pas allaités exclusivement au sein au cours des 4 premiers mois comme le recommande l'O.M.S., de plus, ils sont sevrés plus précocement.

### 2.4 Apport de complément nutritionnel entre 5 et 23 mois

À partir de 5 mois, l'allaitement exclusif n'est plus suffisant et l'enfant a besoin d'apport d'autres éléments nutritifs pour sa bonne croissance et sa santé. Aussi considérons-nous l'absence d'apport d'autres éléments nutritifs à partir de cet âge comme un facteur négatif. Pour appréhender cet aspect de la question et mettre en évidence les discriminations éventuelles entre garçons et filles et entre enfants biologiques et enfants confiés, nous allons considérer

dans chaque groupe la proportion d'enfants qui bénéficie de cet apport. Plus cette proportion est grande plus le groupe considéré est privilégié.

En milieu urbain ce sont les filles qui bénéficient le plus d'apport (80,3%) contre 73,2% pour les garçons (tableau 3). En milieu rural c'est tout à fait le contraire et les garçons bénéficient plus souvent (69,2%) que les filles (65,4%).

TABLEAU 3 : PROPORTION (EN %) D'ENFANTS ÂGÉS DE 5 À 23 MOIS AYANT BÉNÉFICIÉ D'APPORT NUTRITIONNEL COMPLÉMENTAIRE SELON LE SEXE, LE MILIEU DE RÉSIDENCE ET LE LIEN DE PARENTÉ AVEC LA NOURRICE

Milieu de résidence	Sexe		Lien de parenté avec la nourrice	
	Garçon	Fille	Enfant biologique	Autre
Urbain	73,2	80,3	73,2	80,3
Rural	69,2	65,4	69,2	65,4
Ensemble	69,6	67,1	69,6	67,1

Lorsqu'on examine l'apport de complément nutritionnel en rapport avec le lien de parenté entre l'enfant et sa nourrice, on constate (tableau 3), que quel que soit le milieu de résidence, ce sont les enfants confiés qui bénéficient le plus d'apport nutritionnel complémentaire. Ce résultat à première vue est surprenant et contre-intuitif. En effet, l'apport d'éléments nutritifs complémentaires étant un plus pour la santé des enfants, on s'attendait à ce que les mères soient plus regardantes pour la santé de leurs propres progénitures. A moins qu'elles ne soient pas conscientes de l'importance de cet apport. Cette hypothèse est à écarter à notre avis, puisque même en milieu urbain, où les femmes sont plus instruites et où il y a beaucoup plus de messages sur l'importance des éléments nutritifs complémentaires, c'est justement là que l'écart est beaucoup plus important entre enfants biologiques et enfants confiés au profit des enfants confiés.

L'explication à notre sens est à rechercher dans la spécificité de cette catégorie que sont les enfants confiés. Le sous groupe des enfants confiés dont il est question ici est de bas âge (moins de 2 ans). Ce sont des enfants qui doivent être normalement encore nourris au sein. Ces enfants ont vécu deux situations : dans un premier temps, ils étaient allaités par leur mère biologique. Pour diverses raisons ayant conduit à leur confiage, ils doivent être allaités par une autre femme. Cette transition peut perturber l'enfant qui, souvent, accepte difficilement le lait de la nouvelle femme. Parfois c'est la nourrice qui n'a pas assez de lait. Dans ces conditions, la nourrice a recours à des compléments alimentaires pour nourrir l'enfant. C'est la situation la plus courante qu'on rencontre chez les enfants confiés en bas âge. Nous avons examiné ci-dessus les compléments nutritionnels quels qu'ils soient. Cela pouvait être de la simple eau salée ou de la bouillie enrichie en vitamine. Leur qualité était très variée. À présent nous allons examiner deux catégories précises de compléments alimentaires : Il s'agit des capsules de vitamines A, et des aliments riches en vitamine A, tels par exemple les feuilles vertes, les carottes, les mangues, les papayes, les melons etc.

## 2.5 Capsules de vitamine A

Les données du tableau 4, indiquent qu'il n'y a pas de différence significative entre garçons et filles, quel que soit le milieu de résidence, pour ce qui concerne la prise des capsules de vitamine A. Les tests statistiques effectués montrent que les légères différences ne sont pas significatives. La seule différence significative s'observe entre filles selon les milieux. En milieu rural, on donne plus de capsules de vitamine A aux filles qu'en milieu urbain. Quant aux liens de parenté, cette variable est très discriminante. En milieu urbain, Il apparaît, (tableau 4) qu'une forte proportion d'enfants confiés ont pris la capsule de vitamine A. Par contre en milieu rural la proportion d'enfants vivant avec leurs mères biologiques et qui ont pris la vitamine A domine.

TABLEAU 4 : PROPORTION (EN %) D'ENFANTS ÂGÉS DE 5 À 23 MOIS AYANT REÇU DES CAPSULES DE VITAMINES A

Milieu de résidence	Sexe		Lien de parenté avec la nourrice	
	Garçon	Fille	Enfant biologique	Enfant confié
Urbain	8,5	6,6	5,7	50,0
Rural	9,7	10,1	9,9	9,1
Ensemble	9,6	9,6	9,4	17,9

## 2.6 Les aliments contenant de la vitamine A

Dans la mesure où cette vitamine est contenue dans certains aliments, il était important de savoir si les nourrices des enfants avaient conscience que ces aliments contiennent des vitamines ayant des effets bénéfiques pour l'enfant. Aussi, avons nous scindé les enfants en deux groupes :

1. Ceux dont les nourrices ont reçu des messages sur la promotion des aliments contenant la vitamine A.
2. Ceux dont les nourrices n'ont reçu aucun message. La lecture du tableau 5 indique que les mères ayant reçu des messages sur les aliments contenant la vitamine A, utilisent beaucoup plus ces aliments (50%) que les mères qui n'ont reçu aucun message (36%).

Lorsqu'on considère les enfants dont les nourrices n'ont reçu aucun message (tableau 5), on constate que la consommation des aliments contenant la vitamine A est plus importante chez les filles que chez les garçons, quel que soit le milieu considéré. En milieu urbain 60,9% des filles ont consommé ces produits contre 51,7% chez les garçons, et en milieu rural ces proportions sont respectivement de 32,8% et 29,9%.

Au niveau du groupe d'enfants dont les nourrices ont reçu des messages, on n'observe aucune différence entre filles et garçons en milieu urbain : 84,6% chez les garçons contre 85,7% chez les filles ont consommé ces produits. La différence n'est pas statistiquement significative.

Par contre en milieu rural, on observe une différence importante entre filles et garçons : 52,2% de garçons consomment ces aliments contre seulement 43% chez les filles. Ainsi, en milieu rural, lorsque les mères ne sont pas sensibilisées sur ces produits contenant de la vitamine A, elles les donnent plus aux filles, par contre quand elles sont sensibilisées, elles donnent ces aliments de préférence aux garçons.

TABLEAU 5 : PROPORTION (EN %) D'ENFANTS ÂGÉS DE 5 À 23 MOIS AYANT REÇU DES CAPSULES DE VITAMINES A.

Milieu de résidence	Garçon	Fille	Enf. biologique	Enf. confié
Mère ne connaissant pas l'effet des vitamines				
Urbain	51,7	60,9	56,2	66,7
Rural	29,9	32,8	31,0	47,6
Ensemble	32,1	36,0	33,7	51,9
Mère connaissant l'effet des vitamines				
Urbain	84,6	85,7	85,0	-
Rural	52,2	42,9	47,4	-
Ensemble	63,9	50,0	57,1	-

L'interprétation de ces résultats est assez délicate. Le fait que ces nourrices n'aient reçu aucun message sur ces aliments signifie-t-il qu'elles n'ont aucune connaissance sur la qualité nutritive de ces produits ou qu'elles n'ont aucun a priori (positif ou négatif) sur ces produits ?

Quand bien même ces femmes n'auraient pas une connaissance de la valeur nutritive de ces aliments, la perception sociale de la communauté de ces produits n'induit-elle pas le comportement des femmes ? Dans certaines sociétés (chez les birifors par exemple) un enfant ou une femme enceinte ne doit pas manger des œufs. Cet aliment est perçu (à tort ou à raison) comme pouvant être source de kleptomanie chez la femme enceinte ou l'enfant qui le consomme. Si tel était le cas pour certains aliments contenant de la vitamine A, cela pourrait expliquer les différences de comportement des femmes (même n'ayant aucune information sur ces produits).

Pour ce qui concerne les enfants confiés, la faiblesse des effectifs n'autorise pas une subdivision des enfants en deux sous-groupes. Mais il apparaît (tableau 5), que quel que soit le milieu de résidence, les enfants confiés bénéficient beaucoup plus des aliments contenant de la vitamine A que les autres enfants. Ces résultats sont conformes à ceux que nous avons observés tout au long de ce chapitre à savoir que les enfants confiés bénéficient beaucoup plus d'apport d'autres aliments que les propres enfants de nourrices.

### 3. Vaccination et statut de l'enfant

Le volet vaccination concerne les enfants âgés de 12 à 23 mois, soit 728 enfants. Selon les recommandations de l'OMS, l'ensemble des vaccins dont il est question ici doit être administré à l'enfant avant un an. En prenant donc les enfants de 12-23 mois c'est-à-dire les enfants ayant 12 mois révolus, on couvre bien le groupe cible.

Concernant la situation vaccinale des enfants, trois cas sont à distinguer :

- a) Les enfants qui ont leur carnet où sont mentionnées les dates de prises des différents vaccins. On est sûr pour cette catégorie que le vaccin a été administré. On pourrait dire aussi de cette catégorie d'enfants qu'elle a un suivi meilleur et régulier.
- b) Les enfants dont les femmes ont déclaré qu'ils étaient vaccinés mais ne disposant pas de carnet de vaccination. En réalité, on n'est pas sûr que ces enfants soient vaccinés, les déclarations pouvant être fausses. Deux raisons à notre sens peuvent expliquer cette situation :
  - Soit les mères ou les nourrices de ces enfants par ignorance (due à l'analphabétisme) ne perçoivent pas l'importance de ces documents de santé.
  - Soit c'est un manque d'attention relatif aux soins de l'enfant. Si tel était le cas, ce manque d'attention est-il sélectif ou indifférencié ? Si sélection il y a, quelle est la catégorie d'enfant discriminée ?
- c) Les enfants non vaccinés avec ou sans carnet de vaccination.

Pour ce qui concerne la vaccination (tableau 6), les filles bénéficient de plus d'attention que les garçons avec 35% de filles n'ayant pas de carnet contre 38% pour les garçons. Cette différence (3%), relativement faible, est pourtant statistiquement très significative. Il y a manifestement une discrimination à l'égard des garçons. Mais pour mieux mettre en exergue cette discrimination, il y a lieu de contrôler le niveau d'instruction et le milieu de résidence des femmes qui s'occupent de ces enfants.

Lorsqu'on considère les milieux de résidence, en zone urbaine (tableau 6) environ 15,8% des garçons ne disposent pas de carnet de vaccination contre 13% pour les filles. En milieu rural ces proportions sont respectivement de 40,7% pour les garçons et 38,2% pour les filles. En contrôlant le niveau d'instruction et le milieu de résidence, les tendances restent inchangées. S'agissant des enfants du milieu urbain dont les nourrices sont alphabétisées, les tendances sont inversées. Mais à ce niveau, nous avons un échantillon très faible (12 garçons et 12 filles en tout), ce qui fait que ces résultats ne sont pas significatifs sur un plan statistique. D'autres part, la notion d'alphabétisation reste très vague. La question posée ne permet pas de savoir le niveau atteint dans l'alphabétisation, ni de différencier la langue dans laquelle la personne est alphabétisée.

TABLEAU 6 : RÉPARTITION DES ENFANTS DE 12-23 MOIS SELON LA POSSESSION D'UNE CARTE DE VACCINATION

Sexe	Tout milieu			Urbain			Rural		
	Possession d'une carte de vaccination			Possession d'une carte de vaccination			Possession d'une carte de vaccination		
	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
<i>Garçon</i>									
Effectif	226	139	365	32	6	38	194	133	327
Pourcentage (%)	61,9	38,1	100,0	84,2	15,6	100,0	59,3	40,7	100,0
<i>Fille</i>									
Effectif	236	127	363	40	6	46	196	121	317
Pourcentage (%)	65,0	35,0	100,0	86,9	13,0	100,0	61,8	38,2	100,0
<i>Les deux sexes</i>									
Effectif	462	266	728	72	12	84	390	254	644
Pourcentage (%)	63,5	36,5	100,0	85,7	14,3	100,0	60,6	39,4	100,0

TABLEAU 7 : PROPORTION (EN %) D'ENFANTS DE 12-23 MOIS VACCINÉS PAR TYPE DE VACCIN

Type de vaccin	Milieu urbain		Milieu rural		Tout milieu	
	Garçon	Fille	Garçon	Fille	Garçon	Fille
BCG	81,6	84,4	55,8	59,0	58,1	61,2
DTCoq3	76,3	71,1	34,7	41,0	38,2	44,6
Polio	79,0	82,2	49,4	49,8	52,3	53,7
VAR	63,2	68,9	45,4	46,4	47,1	49,0

En résumé, il est important de remarquer que quel que soit le milieu, on note partout une discrimination selon le sexe. On constate qu'une plus grande proportion de filles dispose de cartes de vaccination comparativement aux garçons. Les femmes seraient donc plus portées à mieux suivre la vaccination des filles que celle des garçons.

En ce qui concerne les vaccins proprement dits, d'après le tableau 7, pour chaque type de vaccin, la couverture vaccinale des filles est toujours plus importante que celle des garçons.

Parmi ceux qui n'ont reçu aucun vaccin, la proportion des garçons est toujours supérieure à celle des filles (tableau 8).

TABLEAU 8 : ENFANTS DE 12-23 MOIS N'AYANT REÇU AUCUN VACCIN, PAR SEXE

Sexe	Effectif total	Effectif n'ayant reçu aucun vaccin	Proportion
Garçon	365	62	17,0
Fille	363	57	15,7
Ensemble	728	119	16,4

En conclusion, quel que soit l'angle sous lequel on examine la question de la vaccination, il se dégage que les nourrices accordent plus d'attention à la vaccination des filles qu'à celle des garçons.

Quant au lien de parenté, bien que cette variable soit intéressante a priori, nous avons très peu d'enfants confiés, c'est-à-dire des enfants de 12 à 23 mois qui ne vivent pas avec leurs parents biologiques. Nous avons au total 17 enfants de 12 à 23 mois qui ne vivent pas avec leurs parents biologiques. Ce faible chiffre rend toute analyse statistique impossible pour ce groupe d'âge.

Les deux éléments abordés, à savoir la nutrition et la vaccination, conduisent aux observations suivantes :

– en milieu rural, un plus grand soin est apporté à la nutrition du garçon, au détriment de la fille. Les garçons sont allaités plus longtemps au sein, il bénéficient plus d'apport en



complément nutritionnel et consomment plus d'aliments contenant de la vitamine A, telles que les mangues, les carottes, les papayes, etc.

– En milieu urbain les tendances sont plutôt inversées et les filles sont mieux loties : l'allaitement exclusif est plus important chez les filles (21% contre seulement 8% chez les garçons), l'apport nutritionnel est plus important chez les filles (80% de filles contre 73% de garçons), il en est de même de la consommation des aliments riches en vitamine A.

– De façon assez évidente il y a une discrimination nutritionnelle liée au sexe de l'enfant et au milieu de résidence. Un parallèle peut être fait avec la discrimination alimentaire qui frappe les femmes surtout dans les milieux traditionnels africains. Dans certaines sociétés une femme ne doit pas manger d'œufs, ni la viande de certains animaux. Les discriminations observées au niveau des enfants peuvent relever de ces interdits. Ils sont néfastes et compromettent la santé de fille. Concernant le lien de parenté, on a pu observer par contre que les enfants confiés bénéficient de plus d'apport en complément nutritionnel, quel que soit le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la nourrice. Si la petite fille est quelque peu brimée en matière de nutrition, elle est nettement favorisée lorsqu'il s'agit de vaccination. Quel que soit le milieu de résidence, les nourrices sont plus promptes à vacciner les fillettes que les garçons.

#### 4. Incidences des maladies et statut de l'enfant

Les maladies dont il est question ici concernent la diarrhée et le paludisme. L'enquête n'a pas diagnostiqué le paludisme en tant que tel, car cela demande des tests médicaux spécialisés pour lesquels les agents enquêteurs ne sont pas qualifiés. Il s'agit plutôt de la fièvre. Toutefois, il est reconnu au Burkina que 80 à 90% de cas de fièvre sont des symptômes du paludisme.

Que ce soit la diarrhée ou le paludisme (tableau 9), lorsqu'on examine globalement les enfants de 0 à 5 ans, sans tenir compte des tranches d'âges, il n'y a aucune différence significative entre sexe. La fréquence des deux types de maladies retenues (diarrhée et paludisme) est la même pour les deux sexes dans un milieu donné. On notera simplement qu'en milieu rural la fréquence des maladies est plus élevée qu'en milieu urbain et que la fréquence du paludisme est plus élevée que celle de la diarrhée. Lorsqu'on considère les tranches d'âge, on remarque que c'est en milieu urbain que les différences entre sexes sont marquées. Pour les deux premières tranches d'âges de la vie, la diarrhée est plus fréquente chez les filles : 32,7% de filles malades contre 28,3% chez les garçons pour la tranche 0-11 mois ; 46,7% de filles malades contre 39,5% chez les garçons pour la tranche 12-23 mois. Au-delà de deux ans, la diarrhée est plus fréquente chez les garçons : 25,1% de garçons atteints contre 19,4% chez les filles. En milieu rural, il n'y a pas de différence significative entre filles et garçons. Pour ce qui est du paludisme en milieu urbain, la situation est exactement l'opposé de la diarrhée. Pendant les deux premières tranches de la vie ce sont les garçons qui sont les plus atteints : 41,5% de garçons malades contre 38,2% de filles malades pour la tranche 0-11 mois ; 39,5% contre 35,6% pour la tranche 12-23 mois. Et au-delà de 2 ans ce sont les filles qui sont les plus malades : 29,1% de filles malades contre 25,7% de garçons. La situation du paludisme en milieu rural est plus diversifiée. Pour les deux premiers groupes d'âge, les garçons sont légèrement plus atteints : 41,5% de garçons atteints contre 38,2% chez les filles pour le groupe 0-11 mois, et 48,8 de garçons contre 43,9 dans le groupe 12-23 mois. Au-delà de 2 ans, ce sont les filles qui sont légèrement plus affectées par le paludisme : 38,2% contre 36,2%.

Pour ce qui est du paludisme, quel que soit le milieu, l'inégalité face à cette maladie a la même distribution selon le sexe et le groupe d'âge c'est-à-dire : garçons plus exposés avant deux ans, et filles plus exposées après deux ans.

Concernant la variable lien de parenté, nous avons distingué d'une part les enfants biologiques des nourrices et d'autre part les enfants confiés. Or, pour la tranche d'âge 0-11 mois nous n'avons que 14 enfants confiés et pour la tranche d'âge 12-23 mois 17 enfants confiés. Seule

la tranche d'âge « deux ans et plus » comporte un nombre important d'enfants confiés (206 enfants confiés). Aussi, la faiblesse de ces effectifs rend les résultats très fluctuants au niveau des deux premières tranches d'âge surtout lorsqu'on fait la partition entre zone rurale et urbaine. Pour cela nous avons regroupé les deux premières tranches d'âge 0-11 mois et 12-23 mois en 0-23 mois et nous n'avons pas distingué le milieu rural de l'urbain. (voir tableau 10).

TABLEAU 9 : PROPORTION (EN %) D'ENFANTS AYANT EU LADIARRHÉE OU LE PALUDISME

Milieu de résidence et âge de l'enfant	Garçon		Fille	
	Diarrhée	Paludisme	Diarrhée	Paludisme
0-11 mois				
Urbain	28,3	41,5	32,7	38,2
Rural	32,2	37,4	33,7	41,8
Ensemble	31,8	37,8	33,6	41,3
12-23 mois				
Urbain	39,5	39,5	46,7	35,6
Rural	46,3	48,8	45,7	43,9
Ensemble	45,6	47,8	45,8	42,8
24-59 mois				
Urbain	25,1	25,7	19,4	29,1
Rural	30,0	36,2	29,5	38,2
Ensemble	29,4	34,9	28,3	37,2
Ensemble des enfants				
Urbain	27,8	30,7	26,8	32,1
Rural	33,0	38,4	33,0	39,8
Ensemble	32,4	37,5	32,2	38,9

TABLEAU 10 : PROPORTION (EN %) D'ENFANTS AYANT EU LA DIARRHÉE ET OU LE PALUDISME

Âge et milieu de résidence	Enfant biologique		Enfant confié	
	Diarrhée	Paludisme	Diarrhée	Paludisme
0-23 mois	44,6	48,7	32,3	45,2
24-59 mois				
Urbain	22,8	27,2	19,6	28,3
Rural	30,0	37,4	26,4	32,7
Ensemble	29,2	36,4	24,9	31,7
Ensemble des enfants				
Urbain	28,3	31,3	18,2	32,7
Rural	33,2	39,3	28,2	33,7
Ensemble	32,6	38,4	25,9	33,5

À part le paludisme en milieu urbain où les enfants confiés ont une proportion de malades légèrement supérieure aux enfants biologiques, partout ailleurs, quelle que soit la tranche d'âge et le milieu de résidence et quelle que soit la maladie (diarrhée ou paludisme), les enfants confiés sont moins malades que les enfants biologiques des nourrices. Ce résultat est assez renversant car on s'attendait à ce que les enfants confiés, généralement moins bien traités, soient plus exposés aux maladies. Mais il y a lieu de se demander si les nourrices ont déclaré correctement l'état de santé des enfants confiés. La tendance à s'attarder sur l'état de santé de ses propres enfants lors des enquêtes, les populations s'attendant toujours à des retombés et croyant recevoir des médicaments, biaise parfois les réponses. La nourrice peut déclarer que l'enfant qu'on lui a confié est en bonne santé alors qu'en réalité l'enfant souffre d'un mal.

Nous avons vu également que dans la partie nutrition, les enfants confiés bénéficiaient beaucoup plus de compléments d'aliments de nutrition et de vitamine A que les autres enfants. Cet état de fait n'aurait-il pas pour conséquence que les enfants confiés soient mieux protégés de certaines maladies ?

## 5. L'attitude de la nourrice en cas de maladie chez l'enfant

### 5.1 La détection de la maladie

Est-elle détectée à temps et par qui ? Cette détection est-elle fonction des caractéristiques de l'enfant (âge, sexe, lien de parenté ?). En d'autres termes, y-a-t-il une discrimination liée au sexe et au lien de parenté par rapport à la surveillance sanitaire de l'enfant ?

Dans nos civilisations africaines, c'est principalement la mère qui s'occupe de l'enfant et qui naturellement, si elle en prend bien soin, doit être la première à détecter la maladie lorsqu'elle survient chez l'enfant. Lorsque c'est une autre personne qui découvre que l'enfant est malade, on peut supposer un manque d'attention de la nourrice vis-à-vis de l'enfant. Ce manque d'attention est-il lié au sexe de l'enfant, au lien de parenté avec l'enfant ? Autrement dit, les mères (les nourrices) en matière de surveillance médicale de l'enfant, ont-elles une attitude sélective selon que l'enfant est une fille ou un garçon, selon que c'est leur propre progéniture ou un enfant qu'on leur a confié ?

Dans l'enquête EIM, lorsque l'enfant a été malade au cours des 15 jours qui ont précédé le passage de l'agent enquêteur, on a demandé à la nourrice, quelle était la personne qui avait détecté la maladie. Nous allons donc utiliser cette information comme indicateur de surveillance médicale de l'enfant par la nourrice. Pour une catégorie donnée d'enfants (les filles, les garçons, les enfants confiés etc.), si la proportion d'enfants dont la maladie est détectée par une personne autre que la nourrice est grande, on pourra dire que ce groupe est défavorisé du point de vue de la surveillance médicale par la nourrice.

TABLEAU 11 : PROPORTION (EN %) D'ENFANTS MALADES DONT LA MALADIE A ÉTÉ DÉTECTÉE PAR UNE AUTRE PERSONNE QUE LA NOURRICE

Milieu de résidence	Sexe de l'enfant		Lien de parenté avec la nourrice	
	Garçon	Fille	Enfant biologique	Enfant confié
Urbain	1,2	8,2	4,0	11,1
Rural	6,7	5,3	5,3	24,6
Ensemble	6,2	5,6	5,2	21,6

Il apparaît, tableau 11, qu'en milieu urbain il y a une différence entre filles et garçons En effet, 8,2% des maladies des filles ont été détectées par une autre personne que la nourrice contre seulement 1,2% chez les garçons. En milieu rural la différence entre filles et garçons n'est pas statistiquement significative.

Lorsqu'on considère le lien de parenté de l'enfant avec la nourrice, il apparaît très nettement (tableau 11), que quel que soit le milieu de résidence, une plus grande proportion d'enfants confiés ont vu leurs maladies détectées par une autre personne que la nourrice. Ce qui montre que les nourrices font beaucoup plus attention à la santé de leurs propres progénitures qu'à celle des enfants confiés. Ce résultat traduit ce qu'on constate un peu partout. Mais il faut aussi nuancer car même si l'enfant est confié à une nourrice, du fait qu'il n'a pas sa mère dans la concession, c'est tout le monde qui le surveille, si bien que par rapport à un enfant dont la mère biologique est dans la cour, il y a plus de chance que la maladie de l'enfant confié soit détectée par une autre personne. L'enfant confié est sous la surveillance de tout le monde, alors que pour l'enfant dont les parents sont dans la concession, on s'en remet à ses parents. Il y a donc plus de

chance que la maladie d'un enfant confié soit détectée par une autre personne sans que cela présage nécessairement d'une mauvaise surveillance de la nourrice.

## 5.2 Les soins apportés

Une fois la maladie détectée, l'attitude de la mère quant aux soins à apporter est intéressante à analyser. Il est évident que la question telle que posée lors de l'enquête est discutable. On a demandé si l'enfant a été soigné ou pas. Qu'entend-on par soigner ? En l'absence d'une compréhension claire et unique pour toutes les femmes, cette information doit être traitée avec précaution. De plus la discrimination entre enfants peut s'opérer au niveau de la qualité des soins. Mais ici, nous entendons par soigner le fait que la nourrice a fait quelque chose pour soulager l'enfant. Dans un premier temps, c'est cette volonté, cette intention de la nourrice qui nous intéresse. Dans le paragraphe suivant nous verrons plus en profondeur la qualité des soins. Mais cette première approche est intéressante car lorsqu'un enfant est malade et que la nourrice ne fait rien, et que cette inaction est consciente et voulue en fonction du sexe et du lien de parenté de l'enfant, cela pose un problème. Il est intéressant donc de voir si de tels comportements existent pour trouver les voies et moyens de les endiguer par des messages appropriés.

On constate qu'en milieu urbain, (tableau 12), 10,6% de filles malades n'ont bénéficié d'aucun soin contre 7,2% de garçons. En milieu rural ces proportions sont respectivement de 20,6% pour les filles et 18,2% pour les garçons. Il apparaît assez clairement que les filles sont pénalisées. Que ce soit en milieu urbain ou rural, beaucoup plus de filles malades restent sans soin.

TABLEAU 12 : PROPORTION (EN %) D'ENFANTS MALADES N'AYANT PAS BÉNÉFICIÉ DE SOINS

Milieu de résidence	Sexe de l'enfant		Lien avec la nourrice	
	Garçon	Fille	Enfant biologique	Enfant confié
Urbain	7,2	10,6	8,0	16,7
Rural	18,2	20,6	19,8	13,1
Ensemble	17,3	19,6	18,7	13,9

Évidemment, un élément non pris en compte est l'appréciation que la nourrice a de la gravité de la fièvre. Lorsqu'un enfant est malade c'est selon l'état de gravité qu'on a recours aux soins. Si la nourrice constate que bien que malade, la situation de l'enfant ne nécessite pas de soin, la maladie selon la nourrice étant sans gravité, on ne peut pas à priori voir là une discrimination.

Lorsqu'on examine l'attitude des nourrices en fonction du lien de parenté qui les lie à l'enfant, on constate qu'en milieu urbain les nourrices sont plus promptes à soigner leur propre progéniture que les enfants qu'on leur a confiés en garde. En effet, (tableau 12), 16,7% des enfants confiés malades en ville n'ont pas eu de soin contre seulement 8% des enfants biologiques. En milieu rural par contre les femmes s'occuperaient beaucoup plus des enfants qu'on leur a confiés que de leurs propres enfants. Ce résultat est un peu paradoxal. Quelle que soit la bonté d'une nourrice, elle peut tout au plus porter la même attention aux enfants (confiés ou non) mais pas s'occuper plus des enfants confiés que de ses propres enfants. Le regard de la société, le qu'en dira-t-on, ne peuvent-ils pas être des éléments d'explication d'un tel comportement ?

Pour tenter de donner un élément de réponse à ce constat, il nous semble important de se référer à quelques éléments culturels. En milieu urbain où les ménages sont de plus en plus nucléaires, l'enfant confié est du ressort de la nourrice qui est la seule à s'en occuper. En zone rurale la situation est quelque peu différente. Malgré les évolutions, le cadre de vie en milieu rural est la famille élargie où plusieurs ménages, dont plusieurs femmes, cohabitent dans la même concession. Lorsqu'un enfant est confié, toutes les femmes de la concession sont responsables de cet enfant et chacune s'en occupe à sa manière. En cas de maladie,

toutes les femmes de la concession peuvent apporter un soin à l'enfant, si bien qu'il a plus de chance de recevoir un soin quelconque que tout autre enfant. Évidemment la qualité de ce soin est sujette à caution, mais pour l'instant là n'est pas notre propos. C'est une hypothèse et une interprétation possible.

### 5.3 Nature des soins

Dans ce qui précède, nous n'avons pas pris en compte la qualité du soin. Dans le présent chapitre nous allons nous intéresser à la qualité du soin en cas de fièvre chez l'enfant. Pour ce faire nous avons opéré d'abord deux distinctions :

- les soins modernes. Nous entendons par-là, les soins donnés par le personnel de santé des centres médicaux, les médicaments modernes etc.
- les soins traditionnels : soins donnés par les guérisseurs du village, les consultations occultes.

Nous partons de l'hypothèse que les soins modernes sont de meilleure qualité que les soins traditionnels. Hypothèse simplificatrice et discutable. Nous n'ignorons pas que certains maux ne trouvent pas de remède dans la médecine moderne et qu'on a recours dans ces cas aux guérisseurs qui parfois sont plus efficaces. Mais il ne s'agit pas ici de toutes les maladies que l'enfant peut avoir. Dans l'enquête EIM il était question uniquement de la fièvre.

Au niveau de chaque type de soin (moderne ou traditionnel) nous avons distingué les soins gratuits et les soins payés. Lorsque la nourrice débourse de l'argent pour soigner un enfant cela n'a pas la même signification ni la même portée que si le soin est gratuit. La qualité du soin est donc perçue sous deux angles : moderne ou traditionnel, et gratuit ou payé. Les enfants qui bénéficient de soins modernes et payés font partie du groupe des privilégiés et doivent être contrastés avec les enfants qui bénéficient de soins traditionnels gratuits, le groupe le moins favorisé. Nous comparerons également selon le sexe, les enfants qui ont reçu des soins payés (modernes ou traditionnels), aux enfants qui ont reçu des soins gratuits (modernes ou traditionnels). L'élément important ici à nos yeux c'est le fait de dépenser de l'argent pour soigner un enfant. C'est un effort consenti par la nourrice et il importe de savoir si cet effort se fait de façon indifférenciée ou non en fonction du sexe et du lien de parenté de l'enfant avec la nourrice. Selon notre appréhension qui est discutable, ceux qui ont bénéficié de soins payants ont probablement été mieux soignés que ceux qui ont eu des soins gratuits.

En milieu urbain 83,2% de garçons ont bénéficié de soins modernes contre 77,7% pour les filles. Toujours en milieu urbain 83,2% de garçons ont bénéficié de soins payés contre seulement 73% aux filles, soit plus de 10% d'écart. En milieu rural les chiffres sont de 61,7% pour les garçons et 58,6% pour les filles pour les soins modernes et 54,4% pour les garçons et 49,5 pour les filles en ce qui concerne les soins payés, En considérant la variable sexe, on constate donc que, quel que soit le milieu de résidence, les garçons ont bénéficié de meilleurs soins que les filles.

Mais la différence entre filles et garçons est plus marquée en milieu urbain. En observant de près les résultats du milieu urbain, il y a un paradoxe. En effet, on y vaccine plus les filles, elles sont mieux allaitées, on les nourrit mieux, mais elles sont moins bien soignées ! À notre avis, c'est la nature du soin qui pose un problème. L'EIM s'est intéressée exclusivement aux soins en cas de paludisme (fièvre). On ne s'est pas intéressé aux soins en cas de diarrhée par exemple, ni les soins concernant bien d'autres maladies qui n'ont pas été évoquées dans l'enquête. Le soin du seul paludisme n'est pas représentatif de l'ensemble des soins qu'on peut apporter à un enfant qui fait souvent face à beaucoup de maladies, même si le paludisme est l'une des maladies les plus répandues. Cette situation peut expliquer le paradoxe observé ci-dessus.

TABLEAU 13 : PROPORTION (%) D'ENFANTS AYANT EU LA FIÈVRE QUI ONT BÉNÉFICIÉ DE SOINS SELON LA NATURE DES SOINS.

Milieu de résidence et nature des soins	Enfant biologique	Enfant confié
<b>URBAIN</b>		
Moderne gratuit	6,0	-
Moderne acheté	75,3	-
Traditionnel gratuit	5,3	-
Traditionnel acheté	2,0	-
Tous soins (payé ou gratuit, moderne ou traditionnel)	11,3	-
<b>RURAL</b>		
Moderne gratuit	9,5	9,8
Moderne acheté	50,7	47,6
<i>Sous total moderne</i>	<i>60,2</i>	<i>57,4</i>
Traditionnel gratuit	18,2	26,2
Traditionnel acheté	1,4	1,6
<i>Sous total traditionnel</i>	<i>19,6</i>	<i>27,8</i>
Tous soins payé (moderne et traditionnel)	20,2	14,8
Tous soins (payé ou gratuit, moderne ou traditionnel)	52,1	49,2
<b>TOUT MILIEU</b>		
Moderne gratuit	9,2	7,6
Moderne acheté	52,9	50,6
<i>Sous total moderne</i>	<i>62,1</i>	<i>58,2</i>
Traditionnel gratuit	17,1	24,0
Traditionnel acheté	1,4	1,3
<i>Sous total traditionnel</i>	<i>18,5</i>	<i>25,3</i>
Tous soins payé (moderne et traditionnel)	19,4	16,5
Tous soins (payé ou gratuit, moderne ou traditionnel)	54,3	51,9

Pour ce qui concerne les enfants confiés, en milieu urbain nous n'avons que 18 enfants qui ont été malades et soignés. Ce petit effectif rend les calculs statistiques et les tests peu fiables (il faut au moins 30 événements pour assimiler une distribution statistique à une loi normale, base sur laquelle sont effectués les principaux tests statistiques). De plus, dans le tableau croisant les différentes variables il y a beaucoup de zéro, ce qui rend le test du  $\chi^2$  impossible.

Mais on notera que 11 enfants sur les 18 ont été soignés de façon « moderne » avec des produits achetés, 3 avec des produits traditionnels gratuits et les 4 autres avec des produits mixtes.

D'après les données du tableau 13, en milieu rural 60,2% des enfants biologiques des nourrices ont bénéficié de soins modernes contre 57,4% pour les enfants confiés. Toujours en milieu rural, 52,1% d'enfants biologiques des nourrices ont bénéficié de soins payés contre seulement 49,2% des enfants confiés. On a beaucoup plus recours aux soins traditionnels pour soigner les enfants confiés, alors que pour leurs propres progénitures, les nourrices ont plutôt recours aux soins modernes. En milieu rural, les enfants biologiques des nourrices sont mieux soignés que les enfants confiés. On attendait plus ou moins à de tels résultats. Ce qui est plutôt étonnant, c'est la faiblesse des écarts : bien que statistiquement significatifs, ils sont de l'ordre de 3%.

## 6. Scolarisation et statut de l'enfant

L'inégalité entre filles et garçons en matière de scolarisation est bien connue et très bien documentée. En revanche, ce qui nous semble important à analyser, c'est la scolarisation des enfants confiés et des enfants biologiques des nourrices. Ce point à notre connaissance n'a jamais fait l'objet d'étude empirique et les données de l'EIM fournissent des éléments pour une telle étude.

Il ressort (tableau 14) que les enfants confiés sont défavorisés en matière de scolarité. En milieu urbain, 31,5% des enfants confiés en âge d'être scolarisés ne le sont pas, contre

seulement 18,8% des enfants biologiques des nourrices. La proportion d'enfants confiés scolarisés au moment de l'enquête(61,6%) est beaucoup plus faible que celle des enfants biologiques(75,6%), soit un écart de 14%. La proportion des dé-scolarisés est plus forte chez les enfants confiés en milieu urbain. Cette différence entre enfants biologiques et enfants confiés est identique à la différence entre filles et garçons : le taux net de scolarisation est de 81,5% pour les garçons contre 67,9% pour les filles, soit un écart de 13,6%. Une première réflexion est qu'en matière de scolarisation, il faut accorder la même attention à la lutte contre la discrimination entre enfants confiés et enfants biologiques et à la lutte contre la discrimination sexuelle.

TABLEAU 14 : SITUATION SCOLAIRE DES ENFANTS DE 7-15 ANS SELON LEUR STATUT (%)

Situation scolaire	Milieu urbain		Milieu rural		Ensemble	
	Enfant biologique	Enfant confié	Enfant biologique	Enfant confié	Enfant biologique	Enfant confié
Non scolarisé	18,8	31,5	69,1	67,4	62,0	61,2
Scolarisé	75,6	61,6	25,5	26,0	32,6	32,3
Déscolarisé	5,6	6,9	5,4	6,4	5,4	6,5
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En milieu rural par contre les différences entre enfants confiés et enfants biologiques sont moins perceptibles. On observe même un taux de scolarisation légèrement plus important chez les enfants confiés. Cette situation ne traduit-elle pas la survivance de pratiques anciennes ? En effet, dans un passé pas très lointain où l'école était une corvée pour les paysans, on envoyait de préférence l'enfant confié ou l'orphelin. Il n'est pas exclu, cela reste une hypothèse, que ces pratiques puissent encore exister dans certains villages.

En proportion, les enfants confiés sont presque autant scolarisés que les enfants biologiques (26% contre 25,5%). Cependant, le phénomène de dé-scolarisation est plus important chez les enfants confiés : même s'ils sont massivement scolarisés en milieu rural, les conditions sociales de vie ne leur permettent pas souvent d'aller loin dans leurs études.

### 6.1 Les caractéristiques du ménage

Nous avons introduit cinq indicateurs obtenus à partir de certaines caractéristiques du ménage comme variables de contrôle dans l'analyse univariée. Il s'agit d'un indicateur d'environnement sanitaire, un indicateur de niveau de la consommation de l'eau et trois indicateurs sur le niveau économique du ménage. Nous avons construit des groupes de ménages d'appartenance des enfants à partir de ces indicateurs. Mais l'analyse n'a rien donné de cohérent. Il s'est avéré que les différents groupes de ménages ne sont ni discriminants ni pertinents. Cela est lié à notre avis aux variables utilisées pour la création de ces groupes à savoir, le nombre de tête de bétail, la nature du toit de l'habitat du ménage, le type de moyen de locomotion, le type de latrines et le mode d'approvisionnement en eau du ménage. Ces variables n'ont pas permis de saisir les éléments discriminants entre ménages en matière d'attitude comportementale vis-à-vis de l'enfant.

## Conclusion

En abordant la situation nutritionnelle de l'enfant et sa surveillance en matière de santé, la conclusion importante qui se dégage est qu'il y a une discrimination liée au sexe de l'enfant et à son lien de parenté avec la nourrice. La présente étude n'a pas pour but de trouver une explication à cette discrimination. Cela peut être l'objet d'autres types d'études.

Mais un parallèle peut être fait avec la discrimination alimentaire qui frappe les femmes, surtout dans les milieux traditionnels africains. Dans certaines sociétés, les femmes ne doivent pas manger des œufs ou certaines viandes. Souvent ce sont les meilleurs morceaux qui sont interdits aux femmes. Beaucoup d'interdits alimentaires frappent surtout les femmes enceintes, soumettant le bébé qu'elles portent à des restrictions qui peuvent avoir un impact nutritionnel néfaste. Les discriminations alimentaires vis-à-vis des enfants sont des pratiques similaires. Elles sont néfastes et compromettent la santé et le développement de l'enfant.

L'étude a montré que la discrimination varie avec le milieu de résidence. Les différents indicateurs sont favorables au garçon en milieu rural et à la fille en milieu urbain. Il serait cependant hâtif de conclure qu'en milieu rural il y a une préférence pour les garçons et qu'en milieu urbain, le déséquilibre s'établit en faveur des filles. Il est vrai qu'une telle conclusion rencontre une opinion souvent avancée dans certains milieux populaires et même scientifiques. Les éléments mis en relief ici devraient faire l'objet d'autres études approfondies de type sociologique ou anthropologique au niveau des interdits alimentaires dans la petite enfance, afin de mieux formuler des messages de sensibilisation.

Concernant l'éducation, il apparaît aussi que les enfants confiés subissent un comportement discriminatoire. Cette différence entre enfants biologiques et enfants confiés en milieu urbain est comparable à la différence entre filles et garçons. À ce titre, on doit accorder la même attention au combat contre l'inégalité dans l'éducation entre enfants confiés et enfants biologiques qu'au combat contre l'inégalité sexuelle dans l'éducation.

## BIBLIOGRAPHIE

- ANTOINE P., GUILLAUME A., 1984. « Une expression de la solidarité familiale à Abidjan : enfants du couple et enfants confiés » *Les familles d'aujourd'hui*, Colloque de Genève 1984, AIDELF, pp. 289-297.
- BIAYE M., 1994. *Inégalités sexuelles en matière de santé, de morbidité et de mortalité dans l'enfance, dans trois pays de l'Afrique de l'Ouest*, Académia-L'Harmattan, Louvain la – neuve, 292p.
- DABIRÉ B., 2001. « Le confiage des enfants, alternative à une transition de crise ? », *les transitions démographiques des pays du sud*, AUPELF-UREF, Éditions Estem, Paris, pp.407-421.
- ERNY P., 1990. *L'enfant dans la pensée traditionnelle de l'Afrique noire*, Éditions l'Harmattan, Paris, 197 p.
- FAGNON P., KPADONOU E. 1997. *Phénomène des enfants confiés (Vidomegon) au Bénin. Ampleur – conséquences – interventions - perspectives*, Cotonou, Bénin, 26p.
- ISIUGO-ABANIHE U., 1985. « Child fostering in West Africa », *Population and development review*, vol. 11, n°1, pp.53-73.
- JONCKERS D., 1994. « Adoption et alliance chez les Minyanka-Bamana du Mali », *droit et culture*, no 27, pp.105-134.
- JONCKERS D., 1997. « Les enfants confiés », in Pilon M., Locoh T., Vimard P, Eds., *Ménages et familles en Afrique : approches des dynamiques contemporaines*, les études du CEPED, no15, Paris, pp.193-208.
- LALLEMAND S., 1976. « Génératrices et éducatrices Mossi », in *L'homme XVI*, numéro 1, pp.109-124.



- LALLEMAND S., 1978. « L'adoption des enfants chez les Kotokoli au Togo », *Anthropologie et société*, volume 4, n° 2, pp.19-37
- TABUTIN D., WILLEMS M., 1993. *La surmortalité des petites filles dans le sud des années 1970 aux années 1980*, Working Paper, Institut de Démographie, UCL, Louvain, 54p.