



**Humanitaire**

Enjeux, pratiques, débats

31 | 2012

L'adoption internationale en pleine mutation

---

## Au Maroc, des enfants « inadoptables » pour cause de VIH/sida ?

Élise Guillermet, Khadija Zahi et Marc-Éric Gruénais

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/1220>

ISBN : 978-2-918362-49-4

ISSN : 2105-2522

### Éditeur

Médecins du Monde

### Édition imprimée

Date de publication : 26 avril 2012

ISSN : 1624-4184

### Référence électronique

Élise Guillermet, Khadija Zahi et Marc-Éric Gruénais, « Au Maroc, des enfants « inadoptables » pour cause de VIH/sida ? », *Humanitaire* [En ligne], 31 | 2012, mis en ligne le 11 mai 2012, consulté le 20 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/1220>

---

Ce document a été généré automatiquement le 20 avril 2019.

© Tous droits réservés

---

## Au Maroc, des enfants « inadoptables » pour cause de VIH/sida ?

Élise Guillermet, Khadija Zahi et Marc-Éric Gruénais

---

- 1 Au Maroc, la question du devenir d'enfants séropositifs abandonnés préoccupe aussi bien les responsables d'orphelinats que les équipes soignantes et les associations de lutte contre le sida. À partir de six études de cas, cet article expose les arguments autour desquels ces différents acteurs se confrontent. Mais il révèle aussi l'impact des perceptions locales du VIH/sida sur la prise en charge quotidienne des enfants infectés abandonnés : de fait, nombre d'entre eux deviennent « inadoptables ».
- 2 Si dans les pays à forte prévalence de VIH/sida, la pandémie a fortement impacté le fonctionnement des crèches et orphelinats et posé avec acuité la question du relais au sein des familles, elle soulève de nombreuses questions dans les pays moins touchés par la pandémie. Le risque de VIH/sida parmi les enfants abandonnés interroge notamment la responsabilité collective qui doit orienter la politique de protection de l'enfance. Aux États-Unis, la loi dite « *baby aids* » de l'État de New York prône ainsi le dépistage des nouveau-nés, l'information des parents et la mise sous traitement des enfants infectés. Elle se fonde aussi bien sur le droit des enfants à accéder à l'offre de soins que sur celui des parents adoptifs à être informés des questions de santé dont ils devront assumer la charge<sup>1</sup>. Cette préoccupation est désormais intégrée aux démarches d'adoption internationale à tel point que le site internet du ministère français des Affaires étrangères incite les personnes souhaitant adopter à soumettre l'enfant à une série d'exams, parmi lesquels la sérologie VIH. Mais en cela la démarche d'adoption crée un conflit entre le droit des enfants à la confidentialité sur leur santé et celui de leurs potentiels parents adoptifs à l'information. Comment cette opposition se pose-t-elle au Maroc où les pratiques de placement des enfants relèvent d'une forme particulière de tutelle, la *kafala*, puisqu'en droit musulman l'adoption *stricto sensu* n'existe pas?
- 3 Pour tenter de répondre à cette question, nous présenterons des parcours de prise en charge de six enfants infectés, abandonnés ou confiés momentanément à des orphelinats au Maroc. Leurs cas nous ont été exposés par différents acteurs ayant eu à intervenir en

leur faveur, rencontrés au cours d'un travail de recherche réalisé entre avril 2010 et avril 2011 au Maroc, depuis les centres urbains de Rabat, Casablanca, Marrakech et Agadir, et des communes rurales<sup>2</sup>.

## La kafala et l'adoption

- 4 La *kafala* relève de la loi islamique. Elle est l'institution légale au Maroc alors que l'adoption est interdite. Si la *kafala* et l'*adoption* se ressemblent du fait d'un objectif commun — trouver des tuteurs pour des enfants dont les parents biologiques ne sont pas en mesure de jouer leur rôle — elles se distinguent par les droits et devoirs qui unissent les tuteurs à l'enfant qui leur est confié. En effet, l'*adoption*, notamment lorsqu'elle est plénière en France, conduit à inscrire l'enfant dans une nouvelle filiation (avec don du nom et droit à l'héritage) en effaçant les liens originels de l'enfant à ses parents biologiques qui n'ont alors plus de droits sur l'enfant. La *kafala*, institution de placement de l'enfant, interdit ces pratiques. Elle consiste à placer momentanément ou durablement un enfant auprès de tuteurs (*kafil*) tant que ses parents biologiques se considèrent ou sont considérés inaptes à jouer ce rôle par les services sociaux. Ceux-ci sont en effet en droit de récupérer leur enfant, raison pour laquelle la filiation biologique ne doit en aucun cas être effacée et les héritiers de sang restent distincts des enfants confiés. La *kafala* et l'*adoption* se distinguent aussi par les critères de désignation des tuteurs. Le *kafil* doit appartenir à la communauté des musulmans, ce qui garantirait que l'enfant soit élevé selon les mêmes croyances et valeurs que ses parents. Ainsi les étrangers non musulmans désireux de prendre en charge des enfants marocains doivent se convertir à l'islam et délivrer un certificat de conversion aux autorités marocaines (procureur du Roi et service social). Les interlocuteurs administratifs marocains sont censés rester informés du lieu de vie de l'enfant parti à l'étranger. Dans la pratique, selon les assistants sociaux, peu de contacts seraient maintenus.
- 5 Au Maroc donc, le processus de placement et de départ des enfants ne peut relever que de la seule *kafala*, autorisée par décision du procureur du Roi. Pour autant, au sein des crèches ou des services sociaux, les intervenants sociaux emploient indifféremment les termes *adoption* ou *kafala* pour désigner le placement des enfants abandonnés. Dans les cas qui nous intéressent, ils parlent ainsi de l'impossibilité pour les enfants séropositifs « d'être adoptés ». Lorsqu'elle décrit les différentes pratiques de placement des enfants abandonnés au Maroc, la chercheuse Jamila Bargach<sup>3</sup>, qui a spécifiquement travaillé sur les différentes modalités de prise en charge des enfants au Maroc, le fait en employant le terme « d'adoption », précisant que l'on peut distinguer la *kafala* — en tant que pratique de placement qui n'efface pas la filiation biologique — des « adoptions secrètes ». Ces dernières<sup>4</sup> sont notamment conclues entre la mère qui décide d'abandonner son enfant alors qu'elle est encore enceinte ou que son enfant vient de naître et le couple qui désire prendre l'enfant. Les démarches d'inscription du nouveau-né à l'état civil — si elles réussissent, car elles sont en principes interdites — feront alors apparaître le nom des « adoptants », ce qui effacera la filiation biologique. De même les départs en *kafala* internationale, dénoncés par certains personnels des orphelinats comme étant des disparitions ou des ventes d'enfants, contribuent à révéler l'existence de pratiques intermédiaires désignées par l'usage du mot « adoption ».
- 6 Ces précisions terminologiques étant apportées et afin de faciliter la lecture, nous emploierons dans les lignes qui suivent le terme générique d'« adoption », tel qu'il est

privilegié par nos interlocuteurs et par Jamila Bargach. Nous nous interrogerons alors sur l'éligibilité ou non des enfants infectés abandonnés à l'adoption. Les stratégies observées sont révélatrices des enjeux concrets posés dans le quotidien de ces enfants, du rôle de leurs responsables institutionnels, et des perceptions locales de l'infection par le VIH.

## Situation de « l'enfant abandonné » au Maroc et interrogation des perceptions locales du VIH

- 7 Au Maroc, selon une étude réalisée par l'Unicef et la Ligue marocaine de protection de l'enfance, six mille quatre cent quatre-vingts enfants en bas âge auraient été abandonnés en 2008, soit 2 % des nouveau-nés<sup>5</sup>. Une partie d'entre eux est placée dans des crèches pour enfants en bas âge, créées par des associations parrainées par des membres de la famille royale, des mécènes anonymes et plus rarement par des partenaires étrangers. Le procureur du Roi de la région où l'enfant a été abandonné en devient le tuteur légal. C'est donc lui qui prend la décision de placement. Pendant que les démarches sont entérinées sous sa direction, une enquête policière est menée dans le but d'éclaircir les circonstances d'abandon et éventuellement d'identifier la mère. L'enfant est quant à lui soumis à un examen médical au sein des services de pédiatrie des hôpitaux de la région pour s'assurer qu'il n'est pas porteur d'une maladie contagieuse et qu'il peut donc être placé parmi d'autres enfants. Le VIH étant une maladie transmissible mais non contagieuse, il n'est pas testé pour le VIH lors de ce premier examen médical. Un enfant séropositif non diagnostiqué sera hospitalisé en pédiatrie uniquement s'il présente des pathologies graves et notamment contagieuses telles que la tuberculose ou la rougeole. Ce n'est que si les signes cliniques persistent que les médecins envisageront une sérologie pour le VIH.
- 8 Si des femmes enceintes ou certains de leurs parents (un frère, une sœur ou une mère) se rendent directement auprès des structures en vue d'entreprendre les démarches d'abandon avant même l'accouchement, d'autres enfants sont déposés à proximité d'hôpitaux ou de mosquées. Il apparaît de fait difficile de reconstituer avec exhaustivité les motifs d'abandon. Les femmes qui contractent des grossesses sans être mariées (situation illégale au Maroc, la mère célibataire encourant théoriquement une peine de prison) semblent toutefois spécifiquement désignées pour expliquer le recours à l'abandon, et cela par les associations d'appui aux « mères célibataires » et par les directeurs de sept crèches. Des assistants sociaux mis à disposition par leur ministère de tutelle ou détenteurs de diplômes d'établissements privés interviennent quant à eux au sein de structures d'accueil d'enfants plus âgés dans le but de reconstituer leurs trajectoires, de tenter de comprendre les raisons de leur placement et de rétablir les liens entre les mères et leurs enfants, notamment en vue d'une réintégration familiale. Cinq assistants sociaux rencontrés mentionnent que des enfants, dont certains sont arrivés à un âge avancé, sont placés pour des situations de violences familiales ou de grande précarité économique les mettant en danger, du fait de l'emprisonnement d'un de leur parent, ou d'une attitude jugée « déviante ». Ils précisent toutefois que ces jeunes, quel que soit le motif de leur placement, sont pour la plupart nés en dehors du mariage et que certaines des mères se prostituent. Dès lors, du fait des perceptions locales expliquant l'infection à VIH par des comportements sexuels estimés « déviants »<sup>6</sup>, il convient de s'interroger sur la manière dont est traité le risque d'infection VIH au sein des crèches et des orphelinats marocains. Que nous apprennent les démarches de dépistage effectuées au sein de ces institutions sur la perception du risque d'infection VIH de leurs protégés ?

## Quand le diagnostic conditionne les modalités de placement

- 9 Six trajectoires de placement d'enfants séropositifs abandonnés ont pu être reconstituées. Pour notre analyse, nous classerons les enfants en trois catégories : ceux qui ont été dépistés avant leur abandon, ceux qui ont été diagnostiqués avant leur placement en orphelinat et ceux qui ont été dépistés sur signes cliniques une fois intégrés à la structure. La variation de ce facteur « moment du diagnostic » permettra d'appréhender la diversité des questions posées autour de leur placement.
- 10 **Le diagnostic posé avant l'abandon**
- 11 Deux enfants sur les six étaient suivis dans les services hospitaliers avant d'être abandonnés. Le premier enfant était déjà connu du pédiatre de garde auquel la police, en charge de récupérer les enfants abandonnés sur la voie publique, l'avait remis pour l'examen médical précédant tout placement en orphelinat. Grâce à ses vêtements, le pédiatre avait en effet reconnu l'enfant qu'il avait soigné quelques jours auparavant et pour lequel il avait demandé le consentement de la mère afin d'effectuer un dépistage. Alors âgé de 3 mois celui-ci était trop jeune pour que sa sérologie puisse être définitivement établie<sup>7</sup>, mais le développement de premières infections opportunistes donnait à penser qu'il était infecté. Lorsque, quelques jours plus tard, le pédiatre a reconnu l'enfant conduit par la police, il s'est assuré qu'il n'avait pas développé d'infections opportunistes contagieuses et il a remis aux autorités le certificat médical permettant le placement de l'enfant en orphelinat. S'appuyant sur le secret médical et la nécessité de protéger l'enfant, le pédiatre explique avoir choisi de ne pas partager l'hypothèse de son infection à VIH avec les responsables de l'orphelinat avant que son état s'aggrave ou que sa sérologie soit confirmée. Mais par conscience professionnelle, il a demandé à être le médecin traitant de l'enfant.
- 12 Une deuxième enfant, âgée de 10 ans, était elle déjà suivie et sous traitement avant que sa mère ne demande son placement en structure faute de ressources économiques. L'équipe de l'orphelinat où la jeune fille a été prise en charge n'a pas été informée de sa séropositivité, le staff médical protégeant son anonymat. La jeune fille, informée de sa maladie et des risques de stigmatisation qu'elle encourt, développe des pratiques de dissimulation pour prendre son traitement et doit faire face au questionnement de l'équipe d'éducateurs du fait des effets secondaires des traitements et des certificats médicaux qu'elle doit présenter pour justifier ses sorties.
- 13 Ces deux cas illustrent le positionnement des équipes médicales qui optent pour le maintien du secret médical plutôt que pour le partage de l'information avec les responsables des structures d'accueil. Elles espèrent ainsi protéger les enfants d'un risque de marginalisation.
- 14 **Le diagnostic avant le placement**
- 15 La déontologie médicale oblige au secret médical. Celui-ci est d'autant plus important dans le cas du VIH que la connaissance de la séropositivité d'enfants a menacé leur intégration dans des orphelinats.
- 16 En 2002, un nouveau-né est retrouvé dans le jardin d'un hôpital. Souffrant de plusieurs pathologies, il est ballotté entre plusieurs services avant d'arriver dans un service de

maladies infectieuses où sa séropositivité est diagnostiquée du fait des signes cliniques qu'il présente et non de son abandon. Le directeur de l'hôpital, à la recherche d'un lieu de vie pour l'enfant, contacte un premier orphelinat qui refuse son admission au motif explicite de sa séropositivité. Durant près d'un an, les infirmières et médecins prennent soin de l'enfant. Parallèlement, un des médecins entame des procédures d'adoption pour recevoir cet enfant au sein de sa propre famille, craignant qu'il ne trouve pas de structures d'accueil. Le directeur parviendra finalement à obtenir que l'enfant hospitalisé soit accepté par un orphelinat situé en zone rurale. Neuf ans plus tard, l'enfant y vivait toujours.

- 17 L'itinéraire thérapeutique d'une petite fille hospitalisée dans une autre ville présente les mêmes caractéristiques. Fragile, souffrant d'infections respiratoires graves, de troubles digestifs et de fièvres importantes, elle a été maintenue en hospitalisation après son abandon. Sa sérologie a été réalisée après plusieurs semaines d'hospitalisation. Maintenu dans le service de pédiatrie suite au refus de la crèche de l'intégrer à son effectif, la fillette a été finalement adoptée — dès que son état de santé s'est amélioré — par une femme européenne qui s'était rapprochée du service social de l'hôpital.
- 18 Enfin, un troisième enfant a été abandonné par sa mère à la naissance au sein même de l'hôpital. La mère avait été dépistée séropositive au début de sa grossesse et a bénéficié du programme de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. L'enfant devait être maintenu dans le service de pédiatrie jusqu'à la confirmation de sa séronégativité : « *Nous attendions sa dernière prise de sang à 18 mois pour être certains qu'il n'est pas infecté. Maintenant, nous attendons les papiers pour le recevoir* », nous expliquait le directeur de la crèche.
- 19 Ces trois cas nous révèlent trois postures différentes de la part des orphelinats lorsqu'ils doivent intégrer des enfants séropositifs : le refus catégorique, l'acceptation ou l'acceptation conditionnelle.
- 20 **Le diagnostic après le placement**
- 21 Un des six enfants que nous avons suivis n'a pas été diagnostiqué avant son placement, son tableau clinique n'appelant pas les médecins à envisager une sérologie. Confié à un orphelinat éloigné des centres urbains, il a fallu plusieurs épisodes de maladie grave avant que sa séropositivité soit diagnostiquée et qu'il soit mis sous traitement. L'orphelinat a accepté d'en garder la responsabilité.
- 22 Sur la base de ces six cas apparaissent donc différents types de parcours de diagnostics et de placements : le diagnostic après le placement sur signes cliniques n'a pas conduit à une discussion quant à l'acceptation ou à l'exclusion de l'enfant de la crèche ou du dispositif d'adoption ; le diagnostic avant le placement compromet l'acceptation de l'enfant et donne lieu à des démarches plurielles dont une adoption qui aboutit ; enfin le diagnostic envisagé avant l'abandon par le médecin qui ne partagera pas son soupçon au nom du secret médical et dans le but de protéger l'enfant d'un risque de marginalisation des structures de prise en charge. Quels sont les arguments développés par les structures d'accueil pour expliquer leur décision lorsqu'elles sont sollicitées pour la prise en charge d'enfants séropositifs abandonnés ?

## Des postures explicitées : les enjeux de la stigmatisation

23 Les postures des sept directeurs d'orphelinats rencontrés recouvrent deux tendances : le refus catégorique ou l'acceptation conditionnelle. Le choix de refuser des enfants infectés au sein de leur institution a été mentionné par trois responsables rencontrés tandis que les autres ont manifesté une plus grande souplesse. Les arguments développés par les directeurs peuvent être confrontés autour de trois préoccupations : préserver l'équilibre au sein de la structure pour le bien de tous les enfants, protéger les enfants de la maladie et éviter la stigmatisation de l'enfant infecté et de l'établissement.

### 24 **Préserver l'équilibre au sein de la structure**

25 L'étude réalisée par l'Unicef et la Ligue marocaine de protection de l'enfance précitée estime que 18 % des enfants abandonnés souffrent d'un handicap. Manquant d'éducateurs spécialisés et de personnels soignants qualifiés pour accompagner ou soigner les handicaps, on peut comprendre que les équipes fortement impliquées soient aussi confrontées à leurs limites. Devoir prendre en charge un enfant séropositif est en effet décrit comme une responsabilité chronophage et coûteuse dans la mesure où l'état de l'enfant peut nécessiter des hospitalisations régulières qui entraînent des frais de transport et d'exams privés si le matériel est défaillant à l'hôpital public et la mobilisation à plein temps d'un accompagnant. Du fait de ces contraintes, les responsables de crèches intègrent les enfants séropositifs à l'effectif des « enfants à besoins spécifiques », indiquant par là même que l'adoption est une option qu'ils rejettent, tout comme ils le font habituellement pour un enfant souffrant d'un handicap. Intégrer un enfant séropositif revient ainsi selon eux à le prendre en charge pour une longue durée alors que les crèches ont pour vocation de permettre la réinsertion familiale des enfants en bas âge. Les directeurs qui ont l'expérience de la prise en charge d'un enfant séropositif justifient ainsi leur peu d'allant à accepter un autre enfant infecté. « *On aime notre Samir<sup>8</sup>. Il est notre enfant. Quand on a su qu'il était séropositif, il était déjà de notre famille. Mais c'est si difficile ! Maintenant il va mieux, mais quand il était petit il fallait l'emmener à l'hôpital tout le temps et rester auprès de lui alors qu'il faut aussi s'occuper des autres enfants. Il a tellement souffert. La nuit, il pleurait le pauvre en dormant tellement il avait mal. C'est beaucoup de travail et d'inquiétudes. Si on a le choix, si le procureur ne nous demande pas de prendre un autre enfant séropositif parce qu'on n'a pas le droit de refuser<sup>9</sup>, on préfère ne plus en recevoir. Surtout qu'on ne sait pas ce qu'ils vont devenir.* » Une autre structure s'était portée volontaire pour accueillir la fillette abandonnée à l'hôpital avant qu'elle ne soit adoptée par une étrangère : « *On s'était préparé à recevoir l'enfant. On a discuté ensemble pour voir si ça ne ferait pas trop de travail et si prendre cette enfant ne créerait pas un déséquilibre pour les autres enfants. Elle est venue plusieurs fois. Nous avons suivi une formation sur le sida. Nous étions prêts à l'accueillir. Encore aujourd'hui je pense à cette petite fille. Elle faisait déjà partie de la famille.* » Ainsi une même préoccupation est partagée pour justifier la décision de recevoir ou de refuser un enfant séropositif : celle de l'équilibre à trouver pour que l'ensemble des enfants bénéficient d'une prise en charge optimale. Si la question du droit de l'enfant infecté à être protégé est mise en avant par l'ensemble des directeurs, ils mentionnent les limites de l'organisation interne de la structure, reposant sur l'implication tant professionnelle qu'affective de son personnel, implication qui ne peut être infinie. Sont ainsi posées plus généralement les questions de la formation des éducateurs, du

recrutement des ressources humaines devant faciliter les prises en charge spécialisées et des possibilités de réinsertion familiale des enfants à « besoins spécifiques ».

## 26 Protéger les enfants de la maladie

27 Une deuxième préoccupation est la crainte de la transmission du VIH, évoquée dans l'exercice quotidien de la prise en charge d'un enfant infecté et non comme un critère de refus : « *On nous a dit qu'il y a peu de risques... on sait que s'il se coupe, il y a peu de chances pour que les autres soient contaminés mais on ne peut pas s'empêcher d'avoir un doute. C'est un vrai problème* ». Au-delà des craintes à propos du sang, d'autres peurs sont exprimées par les éducatrices au quotidien (risque d'être contaminée par le vomi d'un enfant, ses déjections ou sa transpiration) illustrant la prédominance du registre contagieux pour décrire le VIH/sida. Devant le constat de peurs partagées, des médecins informés et des militants associatifs ont pris l'initiative de séances de formation qui ont permis d'apaiser les craintes. La crainte infondée de la contagion n'est donc pas immuable, mais elle pose par ailleurs la question du partage du secret alors que la mise en contact avec des personnes extérieures non sensibilisées reste perçue comme un risque pour ces dernières. C'est ainsi que le retrait de l'école d'un enfant a été posé. « *Comment faire ? On ne veut pas le dire à l'école mais on ne veut pas mettre les autres enfants en danger ? Du coup, les autres partent et pas lui. Il prend du retard et bientôt il demandera pourquoi il est le seul à rester ici. On ne sait pas quoi faire.* »

## 28 La crainte de la stigmatisation de l'établissement

29 Ainsi convient-il de comprendre également la dernière préoccupation exprimée par certains directeurs concernant l'acceptation ou le refus d'enfants infectés et leur recours au dépistage. « *Nous n'avons jamais eu d'enfant qui avait le sida et nous n'en voulons pas. Nous faisons les tests à l'entrée pour en être certains mais jusqu'à présent, Hamdullah, nous n'avons jamais eu de cas positif. Ce n'est pas surprenant parce que les mères qui abandonnent leurs enfants sont souvent des jeunes femmes qui étaient vierges et qui ont été trompées par leurs petits amis. Elles ne sont pas des prostituées. Il n'y a donc pas de raison pour que nous ayons des enfants malades* ». Cette position semble aller dans le sens d'un plaidoyer mené sur la scène nationale pour faire en sorte que les enfants abandonnés ne souffrent plus de l'étiquette d'enfants de prostituées. Le refus d'intégrer (en tous cas officiellement) un enfant infecté rejoint la stratégie qui consiste à distinguer les mères célibataires perçues comme victimes d'abus de confiance, et les mères prostituées qui seraient responsables, selon les représentations locales<sup>10</sup>.

## La réintégration familiale des enfants

30 La survie quotidienne et le devenir de l'enfant infecté sont les motifs de mobilisation partagés par la grande majorité de ceux qui interviennent sur la question du placement de l'enfant. Les équipes médicales et associatives s'appuient sur les droits des malades pour renvoyer les structures d'accueil à leur obligation de recevoir les enfants. De nombreux motifs amènent néanmoins certaines de ces structures à refuser ou à négocier les modalités notamment du fait de la difficulté d'un engagement pérenne à l'égard des enfants infectés.

## 31 L'implication des intervenants soignants ou associatifs au-delà de leur rôle institutionnel



32 Si les membres des associations — qui sont souvent des personnels médicaux — choisissent de s'impliquer en faveur du droit des enfants infectés à être pris en charge, c'est en partie parce qu'ils ont eu à assumer une part de travail importante pour pallier l'absence de parents et parce qu'ils se sont heurtés à des refus des orphelinats. L'implication des personnels soignants peut même les conduire à déposer leur casquette d'acteur institutionnel pour entreprendre des démarches de *kafala*<sup>11</sup>. Sur les six études de cas réalisées, deux démarches nous ont été rapportées.

### 33 L'intégration à une famille

34 Une fois l'enfant accepté par une structure, se pose la question de son devenir et c'est l'une des préoccupations principales des directeurs. Si elle revêt tant d'importance c'est que, de leur point de vue, un enfant séropositif ne peut avoir accès à l'adoption. Seul un cas nous a été rapporté sur les six cas rencontrés. Des témoins de la démarche, et non ses acteurs principaux, ont d'ailleurs émis un doute sur le fait que la mère adoptive, venue d'Europe, ait été mise au courant de la séropositivité de l'enfant. D'autres ont précisé que les accords de *kafala* avec l'étranger ayant été interrompus dans cette ville du fait de la disparition d'enfants, cette adoption aurait donc été opérée de manière illégale : l'adoptante, confrontée à des obstacles juridiques importants et faute d'autres possibilités, aurait alors accepté l'enfant malgré sa séropositivité. Une des intermédiaires impliquées dans ce départ justifiait son implication informelle par la chance qui était offerte à cet enfant normalement destiné à être rejeté<sup>12</sup>.

35 Ces interprétations permettent de révéler à quel point les équipes des crèches partagent l'*a priori* selon lequel un enfant séropositif ne peut pas être accepté par une famille adoptive. « *Les gens se présentent pour avoir un bébé jeune, en bonne santé, et qui ne leur posera pas de problèmes. Les enfants handicapés ou malades ne sont jamais choisis. La plupart des parents demandent à prendre l'enfant pour lui faire faire une série d'exams. Ils testent évidemment le VIH/sida.* » Convaincus qu'une procédure d'adoption ne pourrait donc pas aboutir pour un enfant séropositif, les responsables de structures choisissent d'office de l'exclure de la liste des enfants adoptables. « *Les parents qui se présentent demandent souvent pour adopter Samir. Mais on leur dit qu'il n'est pas abandonné, que sa mère l'a confié momentanément et qu'elle reviendra le chercher.* » Deux raisons sont évoquées pour justifier cette mise à l'écart du processus d'adoption. D'une part, l'enfant pourrait s'attacher aux parents qui viennent lui rendre visite avant d'entreprendre des démarches et souffrir de la rupture qui s'en suivrait s'ils venaient à refuser de l'adopter. D'autre part, la direction devrait se résoudre à exposer le statut sérologique de l'enfant, ce qui reviendrait à rompre le maintien de la confidentialité quant à sa santé, confidentialité dont ils sont les garants. L'exclusion de l'enfant éviterait les paroles échangées devant l'enfant non informé et des réactions de rejet qui pourraient être adoptées spontanément par des visiteurs peu familiarisés avec le VIH/sida.

36 Au Maroc, le droit à la santé des enfants n'est jamais évoqué, ni par ceux qui s'opposent à un dépistage systématique des enfants placés en institution, ni par les directeurs des structures d'accueil. D'autres enjeux alimentent les débats contemporains suite à des premiers cas d'identification d'enfants abandonnés infectés. Tous les discours recueillis mettent l'accent sur la nécessité de protéger l'enfant infecté, mais ce qui relève de cette protection n'est pas défini de la même manière selon que les acteurs mobilisés sont extérieurs aux crèches ou qu'ils sont impliqués dans les structures d'accueil. Les premiers, au nom du droit des enfants à ne pas être discriminés à l'entrée des orphelinats et alors qu'ils n'ont pas de tuteurs potentiels, refusent le recours au dépistage sans signes

cliniques. Cette posture s'explique par le fait que les enfants refusés par les orphelinats sont amenés à être hospitalisés à long terme dans les services de pédiatrie, ce qui ajoute à la surcharge de travail du staff médical. Les seconds ont obtenu ou demandent à obtenir le droit de dépistage et le droit de pouvoir choisir quel enfant accueillir au sein de leurs structures dans le but de protéger l'équilibre de l'institution dont ils ont la responsabilité. Tous se heurtent en effet à ce que la prise en charge d'un enfant infecté souffrant d'infections opportunistes entraîne dépense de temps, inquiétudes, hospitalisations régulières, surveillance, précautions dans le partage de l'information, mise à l'écart du processus d'adoption... L'enfant infecté vient alors allonger la liste des enfants à « besoins spécifiques » pour lesquels les mêmes problèmes sont posés. La criminalisation des naissances hors mariage au Maroc et l'absence d'une possibilité d'adoption au sens strict du terme en droit musulman limite les droits, et partant, la protection des enfants. Un sentiment d'impuissance est alors exprimé ; les entretiens s'achevaient régulièrement par cette question « quel avenir peut-on leur offrir ? », rappelant les questions énoncées par les parents d'enfants infectés.

- 37 Ce sentiment d'impuissance est partagé par des acteurs convaincus que soumettre l'enfant infecté au processus d'adoption reviendrait à exposer son secret. Les risques de stigmatisation existent finalement peu à l'intérieur des structures responsabilisées mais ils s'avèrent redoutables à l'extérieur, à l'école ou dans le quartier quand des insultes sont prononcées à l'égard des enfants abandonnés ou quand de potentiels adoptants se présentent. C'est ainsi au Maroc : la délicate question du placement des enfants abandonnés infectés en dit long sur la lecture du VIH/sida au quotidien. Ces enfants sont perçus comme étant inadoptables et par conséquent, insidieusement, ils le deviennent.

---

## NOTES

1. Black Scott J., *Risky rhetoric : Aids and the cultural practices of HIV/testing*, Southern Illinois University Press, 2003.

Crawford C., "Protecting the weakest link : a proposal for universal, unblinded pediatric HIV testing, counseling and treatment", *Journal of Community Health*, vol. 20, n°2, 1995, pp. 125-141.

2. Nous ne précisons pas le nom de ces communes pour protéger l'anonymat des enfants concernés. Nous avons ainsi réalisé dans le cadre de cette étude vingt-quatre entretiens. Les points de vue des enfants n'ont pas été sollicités : la plupart d'entre eux sont en bas âge ou ne sont pas informés. Si au cours du travail d'analyse nous avons procédé par des reconstitutions au cas par cas en croisant les propos de ceux qui interviennent, nous privilégions ici une analyse thématique documentée par des extraits de parcours. Ce choix de présentation permet notamment de protéger l'anonymat des personnes rencontrées et des enfants.

3. Bargach J., *Orphans of Islam : family, abandonment, and secret adoption in Morocco*, Rowman & Littlefield, 2002

4. Nous les décrivons également au Niger, Guillermet E., « Droit islamique et pratiques sociales, la question de l'orphelin. Étude de cas à Zinder, Niger », *Afrique Contemporaine*, n° 231, 2009, pp. 171-185.

5. [http://www.unicef.org/french/protection/morocco\\_55422.html](http://www.unicef.org/french/protection/morocco_55422.html), consulté le 15 octobre 2011.
  6. Manhart L.E., Dialmy A., Ryan C.A. & Mahjour J., "Sexually Transmitted Diseases in Morocco : gender influences on prevention and health care seeking behavior", *Social Science and Medicine*, n° 50, 2000, pp. 1369-1383.
  7. Il convient en effet d'attendre dix-huit mois pour être assuré que les anticorps de la mère ne sont pas à l'origine du test positif.
  8. Le prénom a été changé.
  9. La perception de cette obligation diffère selon les établissements. Son application est relative.
  10. Manhart L.E., Dialmy A., Ryan C.A. & Mahjour J., "Sexually Transmitted Diseases in Morocco : gender influences on prevention and health care seeking behavior", art. cit.
  11. Comme nous l'avons souligné déjà en contexte nigérien pour les enfants abandonnés sans que la question de la sérologie ne soit posée. Ces démarches concernaient également les expatriés européens, présents au Niger dans le cadre de projets de développement en faveur d'enfants orphelins et qui envisageaient d'effectuer des démarches d'adoption internationale. Guillermet E., *Les constructions de l'orphelin au Niger. Anthropologie d'une enfance globalisée*, Editions Universitaires Européennes, 2010, pp. 194-206.
  12. Nous ne nous intéresserons pas plus avant à ces rumeurs qui rappellent le cas de l'Arche de Zoé. Guillermet E., « L'Arche de Zoé : un exemple d'incompréhensions autour de "l'orphelin". Vers un éclairage anthropologique », *Bulletin d'Amades*, 2008, pp. 1-8.
- 

## RÉSUMÉS

Au Maroc, la question du devenir d'enfants séropositifs abandonnés préoccupe aussi bien les responsables d'orphelinats que les équipes soignantes et les associations de lutte contre le sida. À partir de six études de cas, cet article expose les arguments autour desquels ces différents acteurs se confrontent. Mais il révèle aussi l'impact des perceptions locales du VIH/sida sur la prise en charge quotidienne des enfants infectés abandonnés : de fait, nombre d'entre eux deviennent « inadoptables ».

## INDEX

**Mots-clés :** Adoption, Sida

**Index géographique :** Maroc

## AUTEURS

### MARC-ÉRIC GRUÉNAIS

Elise Guillermet est anthropologue, post-doctorante à l'Institut de recherche pour le développement (IRD, UMR 912), Khadija Zahi est sociologue, professeur assistant à l'Université Cadi Ayyad de Marrakech et Marc-Éric Gruénais anthropologue, directeur de recherche à l'IRD et professeur à l'Université Bordeaux II. Tous trois ont participé au programme « Parents et enfants

vivant avec le VIH/sida au Maroc », financé par Sidaction. Dirigé par le Pr Gruénais (IRD-Univ. Bordeaux) en partenariat avec l'Institut National d'Administration Sanitaire, le Pr Benckekroun (CHU Rabat) et le Pr Himmich (CHU Casa). En collaboration avec des services des CHU de Rabat (Pr Benckekroun ; Pr Harmouche & *al.*), Casablanca (Dr Bendarqawi), Marrakech (Pr Bouskraoui & Dr Rada), de l'hôpital Ibn Zohr à Marrakech (Dr Aajli) et de l'hôpital Hassan II à Agadir (Dr Malmoussi *et al.* ; Dr Sebbar), l'Association du Jour, l'Association de Lutte Contre le Sida, Soleil, des orphelinats et associations féminines, des médecins du secteur privé et des patients.