

AFRICAN JOURNAL OF LITERATURE AND HUMANITIES

vol.1/Issue 2

Mai 2020



www.afjoli.com

ISSN 2706-7408

EDITORIAL BOARD

Managing Director:

- LOUIS Obou, Professor, Félix Houphouët-Boigny University (Côte d'Ivoire)

Editor-in-Chief:

- Lèfara SILUE, Senior Lecturer, Félix Houphouët-Boigny University (Côte d'Ivoire)

Associate Editors:

- Moussa COULIBALY, Senior Lecturer, Félix Houphouët-Boigny University (Côte d'Ivoire)
- Anicette Ghislaine QUENUM, Senior Lecturer, Abomey-Calavi University (Bénin)
- Pierre Suzanne EYENGA ONANA, Senior Lecturer, Yaoundé 1 University (Cameroun)
- Djoko Luis Stéphane KOUADIO, Associate Professor, Félix Houphouët-Boigny University (Côte d'Ivoire)
- ADJASSOH Christian, Associate Professor, Alassane Ouattara University (Côte d'Ivoire)
- Boli Dit Lama GOURE Bi, Associate Professor, I.N.P.H.B, Yamoussoukro (Côte d'Ivoire)

Advisory Board:

- Philippe Toh ZOROBİ, Senior Lecturer, Alassane Ouattara University (Côte d'Ivoire)
- Idrissa Soyiba TRAORE, Senior Lecturer, Bamako University (Mali)
- Nguessan KOUAKOU, Associate Professor, Ecole Normale Supérieure, (Côte d'Ivoire)
- Aboubacar Sidiki COULIBALY, Associate Professor, Bamako University (Mali)
- Paul SAMSIA, Associate Professor, Yaoundé 1 University (Cameroun)
- Justin Kwaku Oduro ADINKRA, Senior Lecturer, Sunyani University (Ghana)
- Lacina YEO Senior, Lecturer, Félix Houphouët-Boigny University (Côte d'Ivoire)

Editorial Board Members:

- Adama COULIBALY, Professor, Félix Houphouët-Boigny University (Côte d'Ivoire)
- Alembong NOL, Professor, Buea University (Cameroun)
- BLEDE Logbo, Professor, Félix Houphouët-Boigny University (Côte d'Ivoire)
- Bienvenu KOUDJO, Professor, Abomey-Calavi University (Bénin)
- Clément DILI PALAÏ, Professor, Maroua University (Cameroun)
- Daouda COULIBALY, Professor, Alassane Ouattara University (Côte d'Ivoire)
- DJIMAN Kasimi, Professor, Félix Houphouët-Boigny University (Côte d'Ivoire)
- EBOSSE Cécile Dolisane, Professor, Yaoundé 1 University (Cameroun)
- Gabriel KUITCHE FONKOU, Professor, Dschang University (Cameroun)
- Gnéba KOKORA, Professor, Félix Houphouët-Boigny University (Côte d'Ivoire)
- Irié Ernest TOUOUI Bi, Professor, Félix Houphouët-Boigny University (Côte d'Ivoire)
- Jacques Sassongo SILUE, Professor, Félix Houphouët-Boigny University (Côte d'Ivoire)
- Jérôme KOUASSI, Professor, University Félix Houphouët-Boigny (Côte d'Ivoire)
- Mamadou KANDJI, Professor, Cheick Anta Diop University (Sénégal)
- LOUIS Obou, Professor, Félix Houphouët-Boigny University (Côte d'Ivoire)
- Pascal Okri TOSSOU, Professor, Abomey-Calavi University (Bénin)
- Pierre MEDEHOUEGNON, Professor, Abomey-Calavi University (Bénin)
- René GNALEKA, Professor, University Félix Houphouët-Boigny (Côte d'Ivoire)
- Yao Jérôme KOUADIO, Professor, Alassane Ouattara University (Côte d'Ivoire)

Table of contents

	Pages
SILUE Ténéna Mamadou, Thatcherism and Family Strife in Jonathan Coe's <i>What a Carve UP!</i>	p.1
Tchinele D. Joseph Sévérant , Deconstrucción del Ilusionismo Moderno/Occidental en <i>Akon y Belinga de Inongo-Vi-Makomè</i>	p.11
El Hadji Omar THIAM, Alienacão e Afirmação : Un Olhar Comparativo Sobre a Personagem <i>Mulata Nos Romances o Mulato</i> de Aluisio de Azevedo e Nini, <i>Mulâtresse</i> du Sénégal de Abdoulaye Sadjì	p.22
Cyriaque Akomo-Zoghe, De Los Fang a Los Afrocolombianos : Una Aproximación a La Representación Mitológica De La Muerte	p.31
A. Mia Élise ADJOURMANI, Regards croisés sur l'esclavage : récits testimoniaux Africain Américain et Africain francophone	p.44
Demgne Isabelle Valérie "L'éprouver" dans <i>Isabelle</i> d'André Gide	p.56
Nicolas Balutet, C'était Marcus Garvey	p.68
Yanick FEPEKAM NOUPAYIE, Reconfiguration du nationalisme Camerounais dans <i>Empreintes de Crabes</i> de Patrice Nganang	p.78
KOUASSI Tanoh Valéry, Temporalités et disqualification du l'alimentation chez les accompagnants à l'unité oncologie pédiatrique du CHU de Treichville	p.89
WABIY SALAWU (<i>PhD</i>),Corruption ou culture dominante dans <i>L'homme rompu</i> de Tahar Ben Jelloun (1994)	p.101
Ibrahima Khalilou Diagne, Interdits liées à la confection de la céramique en milieu Wolof dans les localités de Tivaouane et Kébémér au Sénégal. Regard ethnographique	p.109
Papa Samba Ndiaye, Le héros racinien: un être à géométrie variable	p.124
SECKA GUEYE, Le réalisme militant chez Sembène Ousmane	p.134
Eric MOUKODOUMOU MIDEPANI, L'initié dans le destin d'un guerrier de Joseph Bill Mamboungou	p.144
Arsène MAGNIMA- KAKASSA, Le vieux nègre et la médaille: entre colonialisme et postcolonialisme	p.158
Tiako Djomatchoua Murielle Sandra, Crimes et châtiments surnaturels chez Djibi Thiam et Seydou Badian : une lecture de <i>Ma sœur la panthère</i> et les noces sacrées	p.169
ASSANA BRAHIM, Périphérie de la poésie camerounaise contemporaine : stratégies de la rhétorique publicitaire du positionnement du péritexte.....	p.180
Delphe Kifouani NKOUIKANI, Le temps des héroïnes: rapports de sexe, pouvoirs et résistance des femmes dans <i>Félicité</i> d'Alain Gomis	p.191

TEMPORALITES ET DISQUALIFICATION DE L'ALIMENTATION CHEZ LES ACCOMPAGNANTS A L'UNITE ONCOLOGIE PEDIATRIQUE DU CHU DE TREICHVILLE

KOUASSI Tanoh Valéry
 Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan-Cocody
tanohva@yahoo.fr

Résumé

Le cancer pédiatrique est devenu un problème de santé publique en Côte d'Ivoire, car le nombre de nouveaux cas ces deux dernières années (2016-2017) est de 338, alors qu'on enregistrait 15 ans (2007 – 2015) avant cette recrudescence 863 cas. Le protocole de soins impose des hospitalisations de plusieurs semaines. Or, durant cette période, des mères qui accompagnent leurs enfants passent des jours sans se restaurer. Cette privation menace la santé des mères qui pour finir prolonge le temps du traitement, réduit les chances de guérison et accroît les risques financiers et sociaux. L'étude tente de comprendre le comportement des accompagnants au prisme des temporalités biographiques, familiales et socio-économique. L'investigation révèle qu'une institutionnalisation gouverne le comportement de hiérarchisation des besoins qui discrimine l'alimentation des accompagnants, plus spécifiquement leur alimentation en milieu hospitalier. Cet article est une contribution aux stratégies et plans d'action pour une prise en charge globale dans la lutte contre le lymphome de burkitt. Il propose des interventions ciblées afin que les accompagnants soient efficaces durant le protocole de soins.

Mots-clés : institutionnalisation, alimentation, prise en charge familiale, temporalité, cancer pédiatrique

TEMPORALITIES AND CARERS' FOOD DISQUALIFICATION IN BURKITT LYMPHOMA TREATMENT

Abstract

Paediatric cancer has become a public health problem in Côte d'Ivoire because the number of new cases is increasing these two years (2016-2017): 338 compared to the new number of cases (863), 15 years (2007-2015) before the new crisis. The treatment protocol requires hospitalizations of weeks. However, during these periods, the mothers who accompany their children spend days without eating. This deprivation threatens the health of the mothers, which in the end prolongs the treatment time. This situation reduces the chances of recovery and increases the financial and social risks. The study attempts to understand the behaviour of the carers through the prism of biographical, family and socio-economic temporalities. The investigation reveals that an institutionalization governs the behaviour of hierarchy of needs which discriminates the feeding of the carers, specifically their feeding in hospital. This paper is a contribution to strategies and action plans for a global management in the fight against burkitt lymphoma. It proposes targeted interventions so that carers can be effective during the care protocol.

Key-words: institutionalization, food, family management, temporality, pediatric cancer

Introduction

En Côte d'Ivoire, le nombre de cancer pédiatrique est en évolution. De 2007 à 2015, le nombre de nouveaux cas est de 863 avec 85,3% de lymphome de burkitt (L. Couitchere et al., 2019). En deux ans, c'est-à-dire de 2016 à 2017, le nombre de nouveaux cas est estimé à 338 (Groupe Franco-Africain d'Oncologie Pédiatrique (GFAOP), 2018).

Le centre de référence de la prise en charge biomédicale du lymphome de burkitt des enfants est l'Unité d'Oncologie du service pédiatrique du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Treichville. Toutes les familles vivant sur l'étendue du territoire national, sont obligées de se déplacer vers ce centre pour le diagnostic des cas suspects et le traitement des cas de lymphome de burkitt pédiatrique confirmés. Ce traitement est un protocole de soins composé de cures chimio-thérapeutiques et de bilans médicaux. Chaque série de cures dure une semaine et, est espacée d'une semaine destinée à la réalisation de bilan des examens. La durée du protocole de soins est d'au moins un mois pour les cas précoces et de cinq mois au moins pour les cas tardifs (T. V. Kouassi et E.-A. B.-U. Koua, 2019). Durant cette période de traitement qui nécessite des hospitalisations régulières d'une semaine, 56 accompagnants ont déclaré ne pas pouvoir s'alimenter régulièrement. Selon les oncologues de l'Unité, les résidus du traitement chimio-thérapeutique affaiblissent l'organisme parce que les produits adjuvants détruisent les cellules et réduisent l'immunité. Or, l'alimentation comprise comme la consommation de nourriture est destinée à compenser les pertes protéiniques et énergétiques afin de maintenir l'équilibre de l'organisme. Dans une telle situation, l'alimentation protège des maladies opportunistes. Celles-ci pourraient entraver les efforts de l'accompagnant et prolonger la durée totale du temps du lymphome de burkitt.

En réalité, la prise en charge biomédicale nécessite de manière permanente qu'un adulte accompagne l'enfant. Cet accompagnement crée une rupture dans le parcours de vie de l'adulte qui ne peut plus assumer ses responsabilités d'avant la bifurcation que constitue l'annonce du lymphome de burkitt. En effet, après cette annonce, le cours de la vie bascule, car un parent est contraint d'accompagner l'enfant en se dégageant de ses obligations familiales envers le conjoint et la fratrie du malade. Ce désengagement a des conséquences sur la stabilité du couple parental, l'éducation et la scolarité des enfants. De plus, l'arrêt des activités de l'accompagnant réduit le revenu familial, alors que les dépenses liées à la prise en charge biomédicale s'ajoutent aux contraintes budgétaires déjà existantes. Dans ce contexte, quelle est la logique qui gouverne le comportement de l'accompagnant à l'égard de l'alimentation?

Le regard des sciences sociales sur l'alimentation visite les perspectives du choix rationnel et les inégalités sociales. En effet, au niveau de la rationalité, le rapport à l'alimentation est rattaché à la perception du goût, du plaisir et de la confiance. Concernant la perception du goût et du plaisir, les projets de consommations sont guidés par le goût ou le dégoût d'une saveur, le plaisir ou le déplaisir que procure des aliments ainsi que l'environnement de la dégustation favorisent ou non la consommation (A. Dupuy, J.-P. Poulain, 2008). Aussi la perception de la confiance se rapporte-t-elle au risque encouru ou

non à l'ingurgitation d'un aliment (E. Masson, 2011). Cependant, le choix rationnel ne suffit pas à rendre compte du rapport à l'alimentation, car l'individu subit le poids de son écosystème. Les inégalités sociales et identitaires sont des pistes de réflexions pour élucider le comportement alimentaire. A ce sujet, la différence de revenus, culture, profession, éducation et genre sont un ensemble de continuum social et institutionnel (T. De Saint Pol, 2008) qui préside à l'institutionnalisation des comportements alimentaires. C'est dans cette perspective d'institutionnalisation que s'inscrit cet article, quoique les études précédentes ne s'intéressent pas au lymphome de burkitt, encore moins aux accompagnants ou aidants familiaux d'enfants malades. L'approche s'adosse sur la théorie du parcours de vie (A. Gherghel et M.-C. Saint-Jacques, 2013). Ce projet permet de formuler la question suivante : Comment les temporalités construisent-elles le rapport de l'accompagnant à l'alimentation pendant le temps des hospitalisations dues au lymphome de burkitt pédiatrique ? Pour apporter des éléments de réponse, la réflexion est guidée par l'idée que les temporalités (biographie, familiale et sociale) contribuent à comprendre le rapport à l'alimentation des accompagnants durant la gestion familiale du lymphome de burkitt chez l'enfant au cours des hospitalisations. L'étude est une contribution à la prise en compte de la discrimination de l'alimentation des accompagnants pendant les hospitalisations, dans les projets d'interventions de la lutte contre le lymphome de burkitt pédiatrique en Côte d'Ivoire.

1- Méthode

L'étude utilise une approche qualitative et concerne les familles d'enfants atteints du lymphome de burkitt affiliés à l'unité d'oncopédiatrie du CHU de Treichville. Elle concerne une population de 58 individus obtenue grâce à la technique de « boule de neige ». Les entretiens ont eu lieu au CHU, au sein de l'unité d'oncopédiatrie (41 sur 58 individus) et au domicile de certaines familles (17 sur 58 individus) de juillet à décembre 2018. Les individus inclus dans ladite, sont les membres (père ou mère ou à défaut le tuteur) de famille ayant été admis à l'unité d'oncologie du service pédiatrique et ayant effectué au moins deux séries de cure chimio-thérapeutique entre 2014 et 2018.

Les entretiens semi-directifs ont eu pour fil conducteur une grille du calendrier de transitions adaptée dont l'articulation tourne autour du calendrier familial, professionnel, résidentiel et de soins avant et ou pendant le temps du lymphome de burkitt de l'enfant. Par ailleurs, le modèle d'analyse choisit pour appréhender la dynamique temporelle du rapport à l'alimentation est l'approche tripartite constituée du modèle archéologique, du modèle structurel et du modèle de cheminement, proposés par F. De Coninck et F. Godard (1990). Le modèle archéologique est centré autour de la recherche d'un point d'origine pertinent à partir duquel d'autres événements vont se mettre en place. Alors que, le modèle de cheminement a pour objet l'analyse du processus lui-même. Le modèle structurel s'intéresse aux temporalités qui vont au-delà de la biographie individuelle.

2- Résultats

Profil sociologique des enquêtés

L'analyse des récits de l'étude sur le rapport à l'alimentation des accompagnants dans la prise en charge familiale du lymphome de burkitt, instruit sur le profil sociologique des 58 individus rencontrés. Ce profil renseigne sur les caractéristiques que sont la situation matrimoniale, le nombre d'enfants, le genre, l'âge, la profession et le lieu de provenance au moment de l'intrusion de lymphome de burkitt. La majorité des individus interrogés vit en couple. Il s'agit de 41 sur 58 individus. D'autres individus vivent en famille (11 sur 58). Ils sont avec leurs parents (père et/ou mère) ou avec un frère ou une sœur. Les autres individus (6 sur 58) vivent seuls après une séparation d'avec un conjoint.

Les individus de l'enquête ont des enfants dont la répartition est la suivante: les familles ayant un enfant sont au nombre de 8 sur 58. Les familles qui ont deux enfants sont les moins nombreuses (3 sur 58). Elles sont suivies des familles de six enfants qui en dénombrent cinq. Les familles qui ont quatre enfants sont les plus nombreuses (21 sur 58). Après, les familles de quatre enfants, les familles de trois sont au nombre de 12 sur 58. Cette répartition montre qu'en plus de l'enfant atteint du lymphome de burkitt, la grande partie des familles (50 sur 58) doit faire face aux besoins des autres enfants. De même, la population est constituée quasiment de femmes (52 sur 58). Les femmes sont celles qui accompagnent les enfants. Elles jouent le rôle d'assistantes aux maladies à domicile et en hospitalisation. Elles participent à toutes les étapes de la prise en charge du lymphome de burkitt. Quant aux hommes, ils représentent une faible portion (6 sur 58). Ils sont généralement chargés de trouver les moyens financiers pour subvenir aux besoins de la famille.

Concernant, l'âge des individus interrogés, elle est comprise entre 22 et 53 ans. A ces extrémités, il y a 1 individu par âge. Cependant, les individus de 42 ans sont plus nombreux (9 sur 58). Les individus de 41 ans sont presque autant nombreux (7 sur 58). La composition des individus de 32 ans, 37 ans et 40 ans, est de six individus pour chaque âge. Cette distribution montre que les individus sont tous majeurs, car l'enquêté qui a 20 est une femme. Au niveau de l'emploi, les commerçants sont plus représentatifs avec 24 sur 58 individus. Ils sont suivis des ménagères au nombre de 18 sur 58. Quant aux agriculteurs, ils sont 10 sur 58. Les moins nombreux sont artisans et les employés. Les artisans sont constitués d'un couturier, d'un mécanicien, d'un esthéticien. Alors que, les employés sont composés d'un commercial, d'un caissier et d'un contractuel.

Les lieux de provenance des familles concernent des localités de différentes régions de la Côte d'Ivoire. Les familles se déplacent de divers horizons pour se rendre au CHU de Treichville, à Abidjan pour la prise en charge du lymphome de burkitt des enfants, car le centre de référence est l'unité d'oncopédiatrie du CHU de Treichville. A Abidjan, les communes d'Abobo et de Yopougon abritent le nombre d'individus le plus élevé respectivement six et sept sur 58. A l'intérieur, ce sont les communes de Korhogo et Divo qui abritent le plus d'individus avec trois sur 58 pour chaque localité. Par conséquent, chaque

famille doit effectuer un voyage pour bénéficier de soins appropriés par des oncologues du CHU de Treichville.

Temporalités

Temporalités biographiques

L'analyse des entretiens révèle une accumulation de transitions dont le diagnostic du lymphome de burkitt est le référentiel. Ces transitions éclairent sur le rapport à l'alimentation pendant la prise en charge.

Temporalités antérieures

Les entretiens ont mis en exergue des transitions avant le diagnostic chez 39 sur 58 enquêtés. Les discours sont imprégnés d'évènements qui sont présentés comme ayant un enjeu dans l'alimentation, car si ces évènements s'étaient déroulés autrement, ils auraient eu un impact différent.

Le premier récit est l'histoire de Madame M. qui a interrompu sa scolarité pour des questions de performances. Elle n'a pas non plus achevé sa formation professionnelle parce qu'elle a contracté une grossesse. Cette grossesse est la transition qui lui a valu l'expulsion du domicile familiale après la naissance de son enfant. Elle a rejoint le père de l'enfant avec qui elle a cohabité dans une chambre, dans la cour familiale de ce dernier, dont les parents avancés en âges ne peuvent plus subvenir aux besoins de la famille. Ce passage est l'expression de sa vie précaire :

J'ai 24 ans parce que je suis née en 1994, et mon fils a eu trois ans en 2018. Ma famille est comme les autres familles, une famille modeste. Mon père se débrouille en zone industrielle et ma mère est ménagère. La maison familiale se trouve en zone industrielle. Mes parents m'ont mis à l'école ici à Abidjan, mais comme je n'arrivais pas obtenu le BEPC, ils m'ont inscrit à l'intérieur du pays chez des cousins pour faire la classe de seconde. Malheureusement ça n'a pas marché quand je suis arrivée en seconde. Je suis revenu à Abidjan, j'ai suivi une formation en couture pendant deux ans. Et, je savais déjà coudre. C'est au terme de la deuxième année, que je suis tombée en enceinte. Quand j'ai accouché, mes parents m'ont demandé de rejoindre le père de l'enfant que j'avais rencontré en ..., lorsque j'étais en seconde. En effet, nous avions gardé le contact lorsque, je suis revenu à Abidjan en famille.... Il a arrêté les cours en classe de seconde. Depuis que je le connais, il travaille comme ouvrier dans une société à l'intérieur de pays. Il n'a pas d'assurance maladie. Il vit dans la cour familiale avec ses frère et sœurs, ainsi que ses parents âgés. Il est né en 1990...A l'annonce, le médecin a dit que la maladie est avancée... lorsque je viens pour la chimio, je suis seule...dans les tous cas, depuis longtemps, je suis seule depuis le début...Avec tous ces problèmes quand tu as un peu d'argent tu ne peux pas penser à autre chose qu'à la prochaine chimio. Manger ? (rire), si je peux faire deux jours sans manger, quand, je finis que j'arrive à la maison, je mange la nourriture...

Madame M. est ménagère parce qu'elle n'exerce pas la profession qu'elle a appris et son compagnon est ouvrier. Ce dernier ne bénéficie pas d'assurance. Tous les deux sont issus de familles modestes. Elle arrive à peine avec l'aide de bienfaiteurs à couvrir les charges des produits adjuvants pour les chimiothérapies, mais ne peut assumer la chambre d'hospitalisation. Elle n'est pas non plus à mesure d'assurer les repas pour son fils et elle. Madame M. est amaigrie et fatiguée. Elle a présenté une image d'elle avant la maladie de

l'enfant qui montre la nette différence. Le second récit est celui de Madame E., elle a vécu des décès successifs de personnes proches. Ensuite, elle a fait face à la perte de son emploi et la détérioration de sa relation avec son grand-frère qui l'avait prise en charge depuis l'adolescence, suite à une grossesse. En plus, elle a décohabité de chez son frère pour se mettre en couple. A cela s'ajoute les ruptures successives d'avec les pères de ses trois enfants. Et, elle a été dépistée séropositive :

Je suis née en 1976, je tiens un commerce de boissons (un bistrot). Ma fille est décédée quand elle avait cinq ans. Elle était mon troisième enfant. J'ai eu trois enfants de pères différents... Dans ma famille, nous sommes beaucoup. Mon père avait plusieurs femmes. Mon papa a eu plus de 15 enfants, je suis l'unique enfant de ma maman. Que je n'ai pas connu, elle est décédée. J'ai grandi avec une des femmes de mon papa qui est décédé. Elle avait un enfant qui n'était pas de mon père. Ce dernier est décédé. Je me dis que je suis seule parce qu'en Afrique, c'est coté maman qui prime. Mais, je suis allé à l'école chez mon grand-frère ici à Abidjan, je me suis arrêtée en classe de terminale. J'ai après suivi une formation de secrétariat. J'ai fait secrétariat, J'étais secrétaire dans l'entreprise de mon grand frère... mais, je suis parti (une hésitation puis...) je suis parti sans problème, tout allait bien... il n'y a rien eu... j'étais seulement enceinte. Mais, je ne suis pas restée avec le père de l'enfant. Or, à cause de la grossesse, j'ai quitté mon travail et la maison de mon frère... Lorsque ma fille avait trois mois, je suis tombée malade. Comme, je la rendais malade aussi, j'ai été obligée de la sevrer. Moi j'ai été guéri et puis, je me suis occupée d'elle. C'était à l'intérieur du pays, on lui a fait une transfusion sanguine. Après la transfusion est devenue normale (le dossier médical a révélé une infection VIH de l'enfant), elle était guérie... On est revenu à Abidjan. L'homme avec qui je vis aujourd'hui, est contractuel, il ne gagne pas de bon travail... Je me suis mise avec lui lorsque ma fille avait trois ans. Il n'est pas le père biologique de l'enfant... avant le début de la maladie, j'étais enceinte... comment quelqu'un peut penser à la nourriture avec tout ce qu'on traverse, vraiment c'était le dernier de mes soucis... Mais pour manger, je préparais quelque chose ou j'achetais à manger dehors ce qui me revenait moins cher...

Le passif avec lequel Madame E. aborde le lymphome de burkitt, est constitué d'un cumul de décès des personnes sur qui elle aurait pu compter pour la garde (ses mères). Elle s'est éloignée de son frère capable d'intervenir financièrement après une « grossesse précoce ». De plus, elle est séropositive et a transmis le VIH à sa fille. Elle est commerçante (un bistrot sous un appâtâmes de pailles) et son compagnon est un contractuel. Ils n'ont pas de couverture médicale et elle est enceinte. Durant la période de chimio, elle a perdu l'enfant qu'elle portait avant le décès de sa fille malade.

Temporalités simultanées

L'analyse du discours des individus dans l'étude a permis de constater des transitions simultanées chez 31 sur 58 individus. Ces transitions simultanées à la prise en charge familiale du lymphome de burkitt pédiatrique induisent un arbitrage dans l'utilisation des ressources. Madame GG. est l'aînée d'une famille polygame de 14 enfants dont aucun n'a un emploi stable. Elle décrit les événements en mettant l'accent sur la simultanéité de certaines transitions après sa séparation et le décès de son père en ces termes :

On est en 2018, j'ai 41 ans aujourd'hui et ma fille est décédée suite à un lymphome de burkitt. Mon dernier enfant est une fille, elle avait 4 ans. Son père vit à l'intérieur du pays. Il ne travaille pas, il a un niveau terminal et, il se débrouille. On n'est plus ensemble après avoir eu deux enfants. Il est marié et a d'autres enfants. Mon petit frère avait fait un accident et son état nécessitait qu'on

s'occupe de lui. En même temps, il n'y avait pas la paix dans mon couple. En plus, j'étais enceinte et j'ai décohabité de chez mon mari. Le comble même dans tout ça, c'est que ma fille de trois ans était malade et je n'avais pas d'argent... Ce n'était pas facile. Ça n'allait pas du tout: le loyer de maison, s'occuper de ma fille avec mes maigres moyens, j'étais enceinte avec des difficultés avec mon chéri à cause de disputes...mais, C'est comme si s'était une traversé de désert pour moi. J'étais seule, ma vie avait basculé...je ne mangeais même plus tellement s'était devenu difficile...j'étais fatigué... avec tout ça ma fille est décédée plus tard...

Madame GG. a mobilisé sa mère pour assister son frère. Elle a recherché et accepté un emploi dans un restaurant. Elle a mis un terme à sa vie de couple et loué une maison. En ce qui concerne les désagréments ressentis par sa fille, elle a recouru au service de santé. Le lymphome de burkitt a été diagnostiqué avec un stade avancé. Elle négocie la gestion de son travail, la garde de ses enfants et les hospitalisations pour les cures pendant qu'elle est porte une grossesse. Le père de ses enfants à une autre famille de 4 enfants et n'a pas un emploi stable. Ses ressources ne sont pas assez pour payer les services d'un personnel de maison et s'acquitter des frais du protocole de soins, du repas de ses enfants, son loyer et aider son frère qui a été victime d'un accident. Elle préfère réduire ses dépenses alimentaires. Par ailleurs, le lymphome de burkitt est apparu après un engagement financier en faveur des études des enfants. Parlant de sa souffrance, Madame CS dit:

J'ai cinq enfants, dont trois avec mon mari. Le premier enfant a un père différent, il a 11 ans. Et, une fille que j'ai adoptée ... Elle avait trois ans, aujourd'hui, elle est en sixième. J'ai un fils en sixième. Mon mari a eu trois autres enfants, dont un est en sixième. Nous avons deux enfants en terminale, et en plus, l'aîné a été inscrit en cycle ingénieur avant le début de la maladie. Mon mari avait contracté un emprunt pour faire face aux études des enfants... et, voilà maintenant une maladie...Il arrive que je n'aie pas d'argent pour venir aux rendez-vous, comment penser à ce que je vais manger. Quelques fois, je restais sans mettre quelque chose dans la bouche, mais ce n'est pas toujours, si quelqu'un donne un peu d'argent, j'acheté de la nourriture...Ce n'est pas important... la santé de ma fille d'abord !

Madame CS n'arrive plus à respecter les délais de cures et de bilans. Son mari est instituteur, à l'occasion d'une rentrée scolaire, il a effectué un emprunt à sa banque qui doit courir sur les deux ans avenir pour son fils aîné qui a commencé une formation en ingénierie. C'est dans cette même période que le diagnostic du lymphome de burkitt est intervenu. La famille comptait sur l'assurance qui au son regret, ne prend pas en charge les produits de la chimio. Elle estime alors que la nourriture peu venir après.

Temporalités subséquentes

L'analyse des conséquences du lymphome de burkitt montre que cette maladie est source de perte d'emploi et l'emprisonnement de parents d'enfants atteints du lymphome de burkitt selon 16 sur 58 individus. Une illustration est la perte de l'emploi de personnes intime (mari et frère) à Madame AD:

Mon petit-frère nous est venu en aide, il a dépensé beaucoup d'argent dans la maladie. Il était un chauffeur de taxi à l'intérieur du pays. Mais, il ne travaille plus. Il n'arrive plus à avoir de voiture, on dit qu'il fait trop de manquants...De même, mon mari ne peut plus nous venir en aide parce qu'il a perdu lui aussi son travail à cause de la maladie. On lui reproche la mauvaise gestion du

commerce qu'il tient. Ceux avec qui il travaille ont peur qu'il n'utilise l'argent pour les soins de l'enfant... on ne peut pas penser à chercher à manger, il y a un vrai problème qui est là...

Les sollicitations financières pour la gestion du lymphome de burkitt se trouvent être à la base des accusations et des suspicions qui pèsent sur le frère et le mari. Dans ce sens, Madame AD suppose que ces hommes lui envoient plus qu'ils ne devraient pour leurs activités. Ils sont accusés de mauvaise gestion. Cette accusation entache leur réputation et ils ne trouvent plus de travail alors que le protocole de soins n'est pas à son terme. Comment Madame AD pourrait-elle respecter les échéances pour les stades avenir ? Des parents cumulent des emprunts auprès de plusieurs individus. Lorsqu'ils ne parviennent pas à rembourser, certains créanciers ont recours à une convocation du commissariat. Ce qui se solde par une arrestation du parent concerné.

Madame Y. est commerçante, elle raconte comment, son mari a été mis en prison pour insolvabilité après un emprunt sollicité pour sa fille diagnostiquée d'un lymphome de burkitt. Il est commerçant en banlieue où il vit avec ses quatre enfants.

Lorsqu'on a su que l'enfant avait le lymphome de burkitt, on a demandé des aides. Comme, on avait toujours besoin d'argent... le traitement est long... il a commencé à prendre des crédits... quand on demandait de rembourser, on ne pouvait pas... on avait toujours besoin moi-même d'argent. Mais, un jour un frère (une connaissance) avec qui il avait pris de l'argent l'a convoqué... on l'a gardé en prison là-bas... mais, je n'avais pas d'argent pour rembourser...c'est devenu plus difficile parce qu'il n'y avait même pas d'argent pour manger.

Lorsque les demandes d'aides ne fonctionnent plus; les parents empruntent de l'argent alors qu'ils ne savent pas quand ils seront en mesure de rembourser. Ce cas extrême présenté montre que des parents se retrouvent en prison. Une telle situation constitue un blocage au processus d'alimentation en hospitalisation et à la maison.

Temporalités sociales

Les temporalités sociales montrent les transitions des autres individus et le contexte de la prise en charge familiale du lymphome de burkitt pédiatrique.

Temporalités familiales

L'analyse des entretiens montre que les individus sont de plus en plus enclins à satisfaire leurs propres besoins et à réaliser leurs propres projets. Lorsqu'ils sont sollicités de la part des familles faisant l'expérience du lymphome de burkitt, ils évaluent le niveau d'aide qu'ils peuvent apporter sans compromettre les besoins de leurs familles. Dans cette perspective, les sollicitations des familles ne trouvent pas toujours un écho favorable. En effet, Madame D. est agricultrice dans le centre-est, son fils qui avait un lymphome de burkitt, est en rémission. Elle a reçu des soutiens de bienfaiteurs qui réglèrent les factures d'ordonnances et d'examen médicaux. Elle a aussi reçu une contribution de parents :

Un jour, un homme est venu dans la chambre et m'a trouvé affligé. Je lui ai expliqué ma situation. Et, il a décidé de prendre en charge le financement. C'est ce qu'il a fait pendant 4 mois... mais il était malade, il souffrait d'un cancer. Il a fait une rechute et, je me suis retrouvée seule à nouveau. Dans ma détresse, un autre bienfaiteur a répondu favorablement, et il a poursuivi la prise en charge

financière...Mais, après 7 mois, il ne pouvait plus et l'a fait savoir...Mes parents ont cotisé pour moi au début... Après ça, ils n'ont plus rien fait pour moi. Quand je les appelais ils disaient que je m'étais trompé de numéro, mes propres parents....Toutes les aides que je recevais, s'étaient pour payer les médicaments...mais pour manger, c'était une autre affaire...si ton enfant a eu médicaments que tu n'as pas mangé, ça fait quoi ?

Dans le premier cas, les parcours se synchronisent jusqu'au moment de la rechute. Cette transition met fin à l'aide puisque le bienfaiteur doit s'occuper de sa santé. Le second bienfaiteur met fin à un apport financier de 7 mois parce qu'il est épuisé. Dans le second cas, les parents ont contribué, mais ils sont confrontés à des difficultés individuelles. L'enfant souffre d'un « mal incurable » pourquoi dépenser inutilement, car lors de leur visite, ils se sont rendus compte que le mal est un cancer. Madame CS constate que les individus qu'elle sollicite ne peuvent plus continuer à l'aider, car ils ont leur propre famille à prendre en charge :

Au début de la maladie, nous avons eu de l'aide de nos parents et nos amis. Mais, maintenant, quand tu appelles, certains ne décrochent pas parce qu'ils savent que tu vas demander de l'argent pour des médicaments... Ils nous ont aidés aussi, ils ont des charges, ils ont des enfants. Actuellement, on approche les fêtes de fin d'année, quand tu appelles, ils te parlent de leurs charges, des préparatifs des fêtes (d'un ton ironique avec des larmes aux yeux). Nous, on pense aux médicaments et examens, les autres pensent aux fêtes.... Je n'en veux à personne parce qu'ils ont aussi leurs familles à gérer...Certains ne décrochent plus ou leur contact ne passe plus. (Elle retient ses larmes mais sans succès).

Des individus acceptent d'aider ponctuellement, mais doivent s'occuper de leurs familles particulièrement aux périodes charnières que constituent la rentrée scolaire et les différentes fêtes. Ils ne décrochent plus parce qu'ils ne sauraient motiver leurs incapacités à répondre aux sollicitations.

Situation de l'emploi

L'étude sur l'alimentation lors de la prise en charge familiale du lymphome de burkitt chez l'enfant intervient dans un contexte de précarité de l'emploi et du revenu. Cette précarité est mise en exergue par l'utilisation de l'expression « se débrouille », lorsqu'un individu évoque une situation professionnelle. En effet, Madame M. dans ses propos, explique que son père et son mari travaillent, mais tous les deux se débrouillent : « Mon père se débrouille en zone industriel depuis, que j'ai rencontré mon mari, en 2012, à l'intérieur du pays, il travaille dans une société...Il se débrouille là-bas... ». Par ailleurs, la précarité de leurs conditions de vie se traduit par le manque de travail. A ce sujet, Madame GG n'a pas pu recourir à ses frères parce qu'aucun d'entre eux parmi les 13, n'avait du travail : « J'avais plus de 40 ans et, je suis l'aînée d'une famille de 14 enfants. Personne parmi mes frères et sœurs ne travaillait. Je ne pouvais pas leur demander de m'aider puisque qu'ils attendaient de l'aide de ma part... ».

Prise en charge biomédicale

La prise en charge pour le traitement se déroule à l'unité d'oncologie pédiatrique au sien du CHU de Treichville. Le coût cumulé des produits de la chimiothérapie se situe entre

347 500 FCFA et 1 557 500 FCFA selon que le stade soit précoce ou tardif. Il existe une subvention qui couvre les deux tiers du montant de la chimiothérapie. Cette subvention du GFAOP et de ses partenaires, ne concerne que les enfants diagnostiqués précocement, ne présentant aucune pathologie associée et ne s'étant pas fait de déjà traité pour un lymphome de burkitt. Le coût du ticket modérateur pour les hospitalisations est de 1400 FCFA par jour. Il donne droit à un lit dans une chambre et trois repas destinés à l'enfant en hospitalisation. Aussi, des prestataires proposent un service dont le montant par repas est de 1000 FCFA.

3- Discussion

Discrimination de l'alimentation dans la gestion du lymphome de burkitt

Le comportement des accompagnants à l'égard de l'alimentation est une construction sociale. Le processus prend du sens à partir des temporalités biographiques à travers les transitions antérieures, simultanées et subséquentes. Les transitions antérieures sont le décès de parents, l'arrêt de la scolarité, la déception de parents qui limitent le recours à l'aide financière et symbolique. Ces transitions constituent un passif pour les ressources. Aussi les transitions simultanées sont-elles la décohabitation, l'acquisition de nouvelles charges dont le loyer, les frais de soins d'un parent, etc. Ces transitions entraînent la dispersion des ressources. De même, les transitions subséquentes comme l'endettement l'arrestation et la perte d'emplois ont tendance à remettre en cause la continuité du traitement.

L'accumulation de ces événements constitue la base d'élaboration du rapport à l'alimentation des accompagnants à l'égard de l'alimentation. Les individus procèdent à une hiérarchisation des besoins qui met au premier plan la santé de l'enfant en se focalisant sur les charges liées au traitement chimio-thérapeutique et la nourriture de l'enfant. Cette initiative découle d'une stratégie qui permet de s'adapter aux inégalités sociales (P. Cadron, 2010). Dans cette orientation, la désynchronisation des parcours individuels ne favorisent que des demandes d'aide spécifiques aux frais médicaux et examens. En effet, la situation de l'emploi et des revenus imposent une priorisation des dépenses dans les besoins indispensables. Le diagnostic tardif et les pathologies associées ne permettent pas aux familles de bénéficier toutes de la subvention du GFAOP qui amoindrit le coût du traitement. En plus de ce coût élevé du protocole de soins, les familles ont une marge de manœuvre réduite pour couvrir les charges familiales.

Par ailleurs, la dépréciation de l'effet des résidus et de l'impact de la dénutrition des accompagnants conduit à l'affaiblissement de l'organisme et du système immunitaires. Cet affaiblissement affecte les soins profanes (G. Cresson, 2006) que procure l'accompagnant au malade. Son attention pour faire face aux besoins de l'enfant diminue, sa patience face aux comportements déviants de l'enfant baisse. Lorsqu'elle est malade, les soins de l'enfant peuvent être suspendus. Portant, la suspension des soins, rallonge la durée totale du traitement, ainsi que les coûts sociaux et financiers qui y sont rattachés. Ce déclassement de l'alimentation par l'accompagnant s'apparente à un interdit. Il s'agit du rejet du plaisir et du goût que procure la nourriture face à les souffrances des enfants et charges financières difficile à assumer (M. Gomez-Larenas, 2005). De plus, l'hôpital est un environnement de

soins, c'est ce qui explique la référence des repas après l'hospitalisation. La famille est décrite comme un lieu d'incitation, d'intimité et d'affect où le repas redynamise (N. Diasio, 2014).

Interventions

Les interventions doivent porter sur le changement de comportement par l'intégration du volet alimentaire dans les actions menées en faveur des enfants atteints du lymphome de burkitt. En faveur, des accompagnants les messages de communication devraient être accentués sur les inconvénients de la dénutrition sur le prolongement de la maladie et les coûts socio-économique qui vont découler de l'allongement de la durée. Il faudrait relever le fait que le plaisir de se nourrir pourrait être un exemple que les enfants imitent en milieu hospitalier, malgré les effets indésirables (perte d'appétit, nausée, etc.) du traitement. L'adresse des particuliers bienfaiteurs, les partenaires privés et publiques, la communication devrait être axée sur la prise en charge globale qui intègre les accompagnants spécifiquement leurs alimentations durant les hospitalisations. Le bien-être des enfants atteints du lymphome de burkitt est lié à celui des accompagnants ou aidants familiaux.

Conclusion

Le rapport à l'alimentation des accompagnants, dans la prise en charge biomédicale du lymphome de burkitt pédiatrique réinterroge la construction de la discrimination de la dimension nutritionnelle. L'évolution du nombre croissant d'enfants atteints du lymphome de burkitt, est un problème de santé publique. La question de la prise en charge globale intègre les enfants et leurs familles. Cependant, lors des hospitalisations, les accompagnants qui sont principalement les mères passent des jours sans manger. Ce dénuement impacte la santé physique et psychique de la mère qui affecte sa capacité à procurer les soins profanes qui sont nécessaires au travail des professionnels de la santé. Alors, la problématisation est dirigée vers la compréhension de la logique qui sous-tend la disqualification de l'alimentation durant les hospitalisations. L'étude qualitative a pris en compte 58 individus sous à une grille du calendrier de vie durant le dernier semestre de 2018.

Les temporalités montrent une hiérarchisation des besoins dans laquelle l'alimentation tenait la dernière place. Cette hiérarchisation s'explique par le cumul d'un passif provenant des transitions antérieures et aggravé par les transitions simultanées et subséquentes à la prise en charge. De surcroît, la désynchronisation des parcours familiaux, la situation de l'emploi et des revenus, ainsi que le coût élevé du protocole de soins participent à une institutionnalisation de cette disqualification dans les familles d'enfants malades et surtout pendant les hospitalisations. Dans un tel contexte, le changement ne peut venir que des mères met aussi, des partenaires à la prise en charge, en focalisant l'attention non seulement sur les enfants, mais aussi en intégrant l'aspect alimentaire des accompagnants pour une prise en charge globale durable.

Bibliographie

CARDON Philippe, 2010, « Regard sociologique sur les pratiques alimentaires des personnes âgées vivant à domicile », *Gérontologie et société*, 2010/3 (vol. 33 / n° 134), p. 31-42, [En ligne] : DOI : 10.3917/gs.134.0031, URL : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2010-3-page-31.htm>

CRESSON Geneviève, 2006, « La production familiale de soins et de santé. La prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle », *Recherches familiales* 2006/1 (N°3), pp. 6 - 15, Mis en ligne sur Cairn.info le 01/01/2011, [En ligne] : URL : <https://doi.org/10.3917/rf.003.0006>

COUITCHERE Line, N'DA Guy, AHOLI Jean-Marie, N'DOUMY Kouakou, AZAGOH-KOUADIO Richard et OULAI Soumahoro, 2019, « Cancers de l'enfant : épidémiologie dans l'unité d'oncologie pédiatrique d'un centre hospitalier universitaire à Abidjan, Côte d'Ivoire », *Médecine et sante tropicales*, 29(1) ; pp. 97-101, [En ligne] : URL : DOI: 10.1684/mst.2019.0875

DE SAINT POL Thibaut, 2008, Déterminants sociaux et culturels de l'alimentation, « Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique », pp. 217-235, [En ligne] : URL : <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6522/?sequence=14>

DESTANDAU Sébastien, 2015, « RAPPORT HYPERTEXTE: Les pathologies liées à l'alimentation », pp 1-53, [En ligne] : URL : http://www.vcharite.univ-mrs.fr/redactologie/IMG/pdf/rapport_hypertexte_les_pathologies_liees_a_l_alimentation.pdf

DESPRES Caroline, DOURGNON Paul, FANTIN Romain, JUSOT Florence, 2011, « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », *Questions d'économie de la santé*, 169, [En ligne] : URL : <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes169.pdf>

DIASIO Nicoletta, 2014, « Alimentation, corps et transmission familiale à l'adolescence », *Recherches familiales*, 2014/1 (n° 11), p. 31-41, [En ligne] : DOI : 10.3917/rf.011.0031. URL : <https://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2014-1-page-31.htm>

DUPUY Anne, POULAIN Jean-Pierre, 2008, « Le plaisir dans la socialisation alimentaire », *Enfance*, 2008/3, 60, pp. 261-270, [En ligne] : URL : DOI : 10.3917/enf.603.0261, URL : <https://www.cairn.info/revue-enfance1-2008-3-page-261.htm>

Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), 1998, « La malnutrition: causes, conséquences et solutions », p. 16, [En ligne] : URL : <https://www.unicef.org/french/sowc98/pdf/presume.pdf>

GOMEZ-LARENAS Miguel, 2005, « Lorsque les conduites alimentaires se troublent... », *Les Cahiers Dynamiques*, 2005/1 (n° 33), p. 22-24, [En ligne] : DOI : 10.3917/lcd.033.0022.

KOUASSI Tanoh Valéry et KOUA Eby-Ama Bénédicte-Ursule, « Parcours de vie et renoncement à l'éducation d'enfants lors de la prise en charge familiale du lymphome de burkitt pédiatrique », *Revue Internationale des Sciences et Technologies de l'Education*, 012, pp 27-62.

MASSON Estelle, 2011, « Représentations de l'alimentation : crise de la confiance et crises alimentaires », *Bulletin de psychologie*, 2011/4 (Numéro 514), p. 307-314, [En ligne] : URL : DOI : 10.3917/bupsy.514.0307.