

SOCIOTEXTE

Revue de sociologie de l'Afrique littéraire

ISSN 2518-816X

www.sociotexte.org

NUMERO n°06

AVRIL 2020

Les sciences sociales en dialogue

Une perspective plurielle du développement

**Sous la Direction de
Dr DJE Bi Tchan Guillaume**

Maître de Conférences

ORGANISATION

Directeur de publication : Madame **Virginie KONANDRI, Professeur titulaire** de Littérature comparée, Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan, Côte d'Ivoire).

Directeur de la rédaction : Monsieur **David K. N'GORAN, Professeur titulaire** de littérature comparée, diplômé de Science politique, Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan, Côte d'Ivoire).

Secrétariat de la rédaction : Monsieur **Koné KLOHINWELE, Maître de Conférences**, spécialiste d'études africaines anglophones à l'Université Félix Houphouët-Boigny, (Abidjan, Côte d'Ivoire).

Comité scientifique

- Prof. ADOM Marie-Clémence (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, RCI)
- Prof. BERNARD Mouralis (Université de Cergy-Pontoise, France)
- Prof. BERNARD de Meyer (Université du Kwazulu natal, Afrique du sud)
- Prof. COULIBALY Adama (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, RCI)
- Prof. DIANDUE Bi-Kacou (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, RCI)†
- Prof. FONKOUA Romuald (Université de Paris IV, Sorbonne nouvelle, France)
- Prof. HALEN Pierre (Université de Metz, France)
- Dr. AKASSE Clement (Howard University, Washington DC, USA)
- Prof. KONANDRI A. Virginie (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, RCI)
- Prof. KOUAKOU Jean-Marie (Université, Félix Houphouët-Boigny, Cocody, RCI)
- Prof. MAGUEYE Kasse (Université Cheik Anta Diop, Dakar, Sénégal)
- Prof. MEKE Meite (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, RCI)
- Prof. Sissao Alain, (Université de Ouagadougou, Burkina Faso)
- Prof. SORO Musa David (Université Alassane Ouattara, Bouake, RCI)
- Prof. ISAAC Bazié, (Université du Québec à Montréal, Canada).

Membres de la rédaction :

- Prof. COULIBALY Daouda (Université Alassane Ouattara, Bouaké, Anglais)
- Prof. Lezou Aimée Danielle (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, Lettres Modernes)
- Prof. N'GORAN K. David (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, Lettres modernes)
- Prof. Soko Constant (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, Sociologie)
- Prof. SYLLA Abdoulaye (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, Lettres Modernes)
- Prof. YEO Lacina (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, Allemand)
- Dr. Angoran Anasthasie (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, portugais)
- Dr Konaté Siendou (Université Félix Houphouët-Boigny, Ontario, Anglais)
- Dr Koné Klohinele (Université Félix Houphouët-Boigny, Anglais)
- Dr Kouakou Séraphin (Université Félix Houphouët-Boigny, Lettres modernes)
- Dr Imorou Abdoulaye (Université du Kwazulu Natal, études françaises)
- Dr Soumahoro Sindou (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody, Anglais)
- M. Dobra Aimé (Université Félix Houphouët-Boigny, Doctorant, Lettres modernes)
- M. Gbazalé Raymond (Université Félix Houphouët-Boigny, Doctorant, Lettres modernes).

Sommaire

DJE Bi Tchan Guillaume & TAHE Djibomin Fidel.....	1
Prise en charge des maladies chroniques et réponse du système sanitaire : Analyse de cas des patients insuffisants rénaux, hypertendus et diabétiques suivis aux CHU de Cocody et de Bouake (Côte d'Ivoire)	
NIAMKE Jean Louis.....	22
Examen de quelques problèmes théoriques et pratiques dans la lutte contre le travail des enfants en Côte d'Ivoire	
N'GUESSAN Koffi Jean Jacques & N'GUESSAN Manouan.....	35
Restructuration familiale à l'épreuve de l'insuffisance rénale chronique	
ADINGRA Tano Kouadio, BAH Mahier Jules Michel & TOH Alain.....	46
Rapport au pouvoir et mécanismes de gestion des ressources naturelles en pays Agni : <i>cas des Agni-bini des Sous-préfectures de Kouassi-datekro et de Boahia</i>	
TRA Bi Boli Francis.....	59
Analyse sémantique des messages publicitaires sur les marques de cigarettes à Abidjan (Côte d'Ivoire)	
Séhi Bi Tra Jamal, Zégbé Lou Ange Charlene & Dizo Bi Bouikalo Armand.....	71
Jeux et enjeux de l'épargne informelle dans les marchés Gouro à Abidjan : une analyse à partir des pratiques tontinières dans les marchés de COCOVICO et de COMAGOA	
Léon Koffi EZOUAH.....	88
La Vie entre droit naturel, liberté et politique chez Thomas Hobbes	
Bi Tra Isidore TRA& Bouaké BAMBA.....	99
Aspects développementaux des stratégies de résolution de problèmes chez des enfants d'Abidjan issus de milieux socio-économiques différents	
KRA Yawa Nathalie.....	111
Participation au budget familial au sein des couples à Cocody (Abidjan Côte d'Ivoire)	
BEDE Achoua Viviane Epse MOBIO.....	125
Inadéquation entre les activités réalisées et l'objectif poursuivi comme facteur de la non insertion des bénéficiaires du (FSE/THIMO)	
EKOUN Ahou Epiphane.....	136
Non priorisation de l'allaitement maternel exclusif chez les nourrices de 18 à 35 ans à Bingerville	
SOROKolotcholoma Issouf.....	148
Flexibilité cognitive et performances scolaires chez des élèves ivoiriens du premier cycle	

Avant-propos

La science vise à la fois la construction et la diffusion d'un corps de connaissance. Le sujet humain qui possède la connaissance se développe. Il passe d'un sujet inapte à un sujet expert dans la résolution des problèmes auxquels il fait face dans la société. Autrement, le sujet qui sait, contribue substantiellement au développement social ou sociétal. Ainsi peut-on soutenir que le début du développement de la société réside dans la diffusion et la prise en compte des acquis de la science, la connaissance.

La connaissance est toujours connaissance d'un objet, objet humain et ou non humain. Cet objet est multifacé. C'est pourquoi il a toujours été exploré sous différents angles et par différentes disciplines. Mais, est-ce que la pluralité des observations suivant différentes disciplines munies des mêmes caméras suffit pour que l'on arrive à l'objet ? Non, si l'on se réfère à Gaston Bachelard, dans son ouvrage *La psychanalyse du feu*, paru en 1949 aux Editions Gallimard, qui soutient qu'un objet n'est véritablement connu que lorsqu'on a déterminé toutes les conditions de son apparition et de sa disparition. L'objet de connaissance ne saurait être totalement exploré à l'aide des mêmes caméras, assimilables de ce fait à une seule science, à une science isolée. La variabilité des caméras et des types d'appareillage apparaît donc une nécessité, en vue de véritablement connaître l'objet. L'interdisciplinarité s'impose ainsi à la science et aux scientifiques pour un rendement plus élevé dans la construction des connaissances. Et la diffusion de telles connaissances rendrait plus de service à la société.

Les travaux réunis dans ce numéro de la revue SOCIOTEXTE s'inscrivent dans cette logique d'interdisciplinarité. Ils sont issus des observations de la psychologie, de la sociologie, de l'anthropologie, de la criminologie, de la philosophie et des Lettres modernes, et abordent des thématiques aussi diverses que variées, notamment les maladies chroniques, le travail des enfants, le tabagisme, les stratégies de résolution de problèmes chez les enfants, l'allaitement maternel, le rapport entre la liberté et la politique, etc.

Dr DJE Bi Tchan Guillaume
Maître de Conférences
Universités Félix Houphouët-Boigny (Abidjan, CI)

RESTRUCTURATION FAMILIALE A L'EPREUVE DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

N'GUESSAN Koffi Jean Jacque

Docteur en Sociologie de la santé

Université Felix Houphouët-Boigny/Institut d'Ethnosociologie

N'GUESSAN Manouan

Docteur en sociologie de la santé

Institut National de la Jeunesse et des Sports (INJS)

Résumé

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est de plus en plus présente au centre d'hémodialyse de Cocody où le nombre de malades de l'IRC est passé de 70 en 2010 à 227 en 2017. L'IRC étant chronique et incurable engendre une rupture entre vécu antérieur et le vécu post-diagnostic. Notre étude a eu pour objectif d'analyser la restructuration familiale à l'épreuve de l'insuffisance rénale chronique.

L'échantillonnage par choix raisonné a permis de sélectionner 30 malades de l'IRC de ce centre. Au total 30 entretiens basés sur le récit de vie ont été menés du 24 Février au 08 Mars 2017. Cette étude a mis en exergue différents types de structures familiales engendrées par l'avènement de l'IRC dans le vécu d'un membre de la famille. Ces structures familiales à savoir les malades vivant seul, les malades vivant dans une famille restreinte et les malades vivant dans une famille élargie au sein desquels s'insèrent ces malades de l'IRC afin de parvenir à surmonter cette épreuve que constitue cette maladie.

Mots clés : Insuffisance rénale chronique ; Rupture biographique ; Centre d'hémodialyse de Cocody ; Restructuration familiale ; Maladies chroniques.

Abstract

Chronic renal failure (CRF) is increasingly present at the Cocody hemodialysis center where the number of CRF patients increased from 70 in 2010 to 227 in 2017. The CRF being chronic and incurable generates a break between previous experience and post-diagnosis experience. The aim of our study was to analyze family restructuring facing chronic renal failure.

Reasonable choice sampling enabled 30 patients to be selected from this center's CRF. A total of 30 interviews based on life stories were conducted from February 24 to March 08, 2017. This study highlighted different types of family structures generated by the advent of CRF in the experience of a member of the family. These family structures, namely the patients living alone, the patients living in a small family and the patients living in an extended family in which these patients are integrated into the CRF in order to succeed in overcoming the ordeal that constitutes this disease.

Keywords: Chronic renal failure; Biographical breakdown; Cocody Hemodialysis Center; Family restructuring; Chronic diseases.

INTRODUCTION

Les sociologues (BURY, 1991 ; STRAUSS, 2009) abordent les questions des maladies chroniques, en général, sous l'angle de rupture biographique ; Rupture qui se définit par un changement d'identité sociale avec ses principes de vie (BURY, 1991).

En fait, l'une de ces maladies chroniques, à savoir l'insuffisance rénale chronique (IRC) est de plus en plus présente dans les différents centres hospitaliers universitaires (CHU) ivoiriens qui abritent des individus souffrant de cette pathologie en phase de dialyse. Dans l'un de ces centres, le centre d'hémodialyse de Cocody situé au sein du CHU de Cocody, nous sommes passés de 70 cas en 2010 à 227 cas en 2017 de malades de l'IRC (Enquête exploratoire, Février 2017).

D'ailleurs, l'IRC de plus en plus présente dans ce centre d'hémodialyse de Cocody, est définie comme une pathologie qui détruit progressivement et irréversiblement les reins en les empêchant à long terme d'assurer leur fonction de production d'urine, de filtration du sang et de fabrication des hormones (BILARY, 2012).

De part cette définition, les individus souffrant de l'IRC sont inscrits dans un traitement à guérison incertaine et à durée indéterminée fait de contraintes et d'exigences. Cette pathologie engendre une rupture qui se traduit également par des bouleversements observables aux plans médical, économique et social dans le vécu quotidien de ces individus.

En effet, au plan médical, les malades de l'IRC sont appelés à effectuer des séances de dialyses de 4H deux (2) fois par semaine. Ensuite, ils sont appelés à prendre régulièrement des médicaments pour réguler leur tension et leur taux d'hémoglobine pour la plupart d'entre eux hypertendus et anémiés. Puis, ces malades sont soumis à un régime alimentaire avec de nombreux interdits (Enquête exploratoire, Février 2017). Au plan économique, bien vrai que la dialyse soit subventionnée à hauteur de 1750 F la séance, des malades prennent les kits à crédits à causes des autres dépenses liées au traitement, le plus souvent imprévues. Aussi, les médicaments sont payants, à des couts allant de 40 000 à 140 000 F CFA en fonction de l'état de santé des malades dans le mois. Aussi, cette pathologie comprend des interdits alimentaires qui font intervenir deux menus par jour au sein de la famille dans laquelle vit le malade qui accroissent ainsi le budget alloué à la nourriture. Aussi, les malades n'oublient pas le transport pour se rendre à ces séances de dialyse et en revenir ; coût du transport qui varie en fonction de la capacité du malade à se déplacer (Enquête exploratoire, Février 2017).

Au plan social, nous avons constaté des pertes d'emploi dû l'état de santé du malade. Aussi, des malades perdent des amis dus à leur incapacité à participer à certains diversement de groupe. A cela s'ajoute des changements de lieu de travail pour se rapprocher du centre de dialyse ainsi que le changement d'emploi dû à son état de santé. Ensuite, il y a la difficulté à effectuer des déplacements de longue durée; Et même des déplacements dans certains endroits du pays dus au nombre restreint et circonscrit de centre de dialyse. En plus, l'individu souffrant de l'IRC est dorénavant identifié à un malade à vie entraînant une nouvelle orientation de sa vie sociale (Enquête exploratoire, Février 2017).

Aussi, le phénomène de rupture ou de bouleversement va se caractériser par une durée indéterminée de la maladie dans le vécu du malade. Cette durée de la maladie se manifeste au quotidien dans les différentes structures de vie du malade avec les différentes formes de connaissances que lui associent le malade et ses proches (Bury, 1991). En plus, les individus sont inscrits dans un processus de gestion de la maladie au fil du temps lié à leur nouvelle identité (BASZANDER, 1986).

De ce fait, l'insuffisance rénale chronique constitue une véritable épreuve pour le malade et sa famille appelés désormais à tenir compte de cette pathologie dans leur vécu quotidien et familial avec ses contraintes et ses exigences. Ainsi, la structure familiale semble ne pas rester en l'état face à cette épreuve que constitue l'avènement de l'IRC dans le vécu d'un membre de la famille. Cela nous amène à nous demander « *Comment la famille se restructure à l'épreuve de l'insuffisance rénale chronique ?* »

I- METHODOLOGIE

Elle précise le lieu d'enquête, la population, l'échantillonnage et les caractéristiques de l'échantillon, les techniques de collecte des données et d'analyse des résultats.

I. 1-Site et population

Notre étude s'inscrit dans une approche qualitative et a été réalisé du 24 Février au 08 Mars 2017. Les personnes interrogées sont affiliées au centre d'hémodialyse de Cocody. Il s'agit des personnes qui ont au moins cinq (5) ans d'expérience de la maladie ; Cinq (5) ans d'expérience qui permettent aux malades, de rendre entièrement compte des structures familiales engendrées par l'avènement de l'IRC dans leurs vécus.

Le centre d'hémodialyse de Cocody est le premier centre de traitement par dialyse de l'insuffisance rénale chronique. Il est également le centre publique d'hémodialyse de Côte d'Ivoire qui comprend le plus grand nombre de malades de l'IRC au nombre de 227. Il est aussi le centre qui abrite les malades ayant la plus longue expérience de vie avec cette maladie.

I. 2-Echantillonnage et caractéristique de l'échantillon

• Echantillonnage

Il s'agit dans cette étude d'un échantillonnage par choix raisonné. Trente (30) malades totalisant cinq (5) ans d'expérience avec la maladie ont été sélectionné.

Le centre d'hémodialyse de Cocody compte 227 malades de l'insuffisance rénale chronique. Pour l'étude, notre échantillon est de 30 malades. A ce nombre nous avons une saturation d'informations.

• Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon comprend trente (30) malades dont neuf (9) de sexe féminin et vingt-et-un (21) de sexe masculin. Ces trente (30) malades sont composés de cinq (5) personnes de 18 à 35 ans, vingt-deux (22) personnes de 36 à 60 ans et trois (3) personnes de plus de 60 ans. Ensuite, cet échantillon comprend vingt-deux (22) personnes chefs de famille (hommes et femmes) et huit (8) personnes membres de famille (fils et filles). Aussi, il regroupe quatre (4) personnes agent de l'état, deux (2) personnes agent du secteur privé, onze (11) personnes exerçant une activité libérale, dix (10) personnes sans emploi et trois (3) personnes retraitées. Cet échantillon comprend tous les couches confondues. Nous avons choisi comme code d'identification, X pour désigner les filles et Y pour les garçons. Aussi, l'expérience de vie avec la maladie varie de 6 à 24 ans, tous les participants confondus.

Tableau récapitulatif des caractéristiques de l'échantillon

Code	Sexe	Age	Situation matrimoniale/ nombre d'enfants	Position familiale	Catégorie professionnelle	Durée de l'IRC
X1	Féminin	61 ans	Veuve / 2 enfants	Chef de famille	Retraitée	12 ans
X2	Féminin	66 ans	Mariée/ 5 enfants	Chef de famille	Retraitée	10 ans
X3	Féminin	48 ans	Marié/ 6 enfants	Chef de famille	Commerçante	6 ans
X4	Féminin	38 ans	Célibataire/ 2 enfants	Chef de famille	Gérante de magasin	8 ans
X5	Féminin	39 ans	Célibataire / 1 enfant	Chef de famille	Commerçante	9 ans
X6	Féminin	29 ans	Célibataire/ sans enfant	Fille	Sans emploi	9 ans
X7	Féminin	42 ans	Célibataire / 02 enfants	Chef de famille	Sans emploi	19 ans
X8	Féminin	36 ans	Mariée/ sans enfant	Chef de famille	Sans emploi	7 ans
X9	Féminin	39 ans	Célibataire/ sans enfant	fille	Secrétaire de Direction	12 ans
Y1	Masculin	44 ans	Célibataire/ sans enfant	Chef de famille	Commerçant	12 ans
Y2	Masculin	66 ans	Marié/ 5 enfants	Chef de famille	Retraité	24 ans
Y3	Masculin	49 ans	Marié/ 2 enfants	fil	Sans emploi	11 ans
Y4	Masculin	46 ans	Célibataire/2 enfants	Chef de famille	Sans emploi	15 ans
Y5	Masculin	47 ans	Marié/ 2 enfants	Chef de famille	Eleveur de volaille	8 ans
Y6	Masculin	33 ans	Célibataire/ sans enfant	fil	Sans emploi	8 ans
Y7	Masculin	30 ans	Célibataire/sans enfant	Fils	Sans emploi	10 ans
Y8	Masculin	36 ans	Célibataire/ sans enfants	Chef de famille	Commercial	8 ans
Y9	Masculin	52 ans	Marié/ 5 enfants	Chef de famille	Mécanicien engin	11 ans
Y10	Masculin	55 ans	Marié/5 enfants	Chef de famille	Chauffeur	6 ans
Y11	Masculin	46 ans	Marié/ 3 enfants	Chef de famille	Chef de service ressources humaines	12 ans
Y12	Masculin	51ans	Célibataire/ 2 enfants	Chef de famille	Sans emploi	8 ans
Y13	Masculin	28 ans	Célibataire / sans enfant	Fils	Homme d'affaire	8 ans
Y14	Masculin	56 ans	Célibataire / sans enfant	Fils	Sans emploi	7 ans
Y15	Masculin	45 ans	Marié/2 enfants	Chef de famille	Entrepreneur	7 ans
Y16	Masculin	42 ans	Marié / 2 enfants	Chef de famille	Instituteur	10 ans
Y17	Masculin	41 ans	Marié/ 2 enfants	Chef de famille	Chauffeur	10 ans
Y18	Masculin	54 ans	Marié/ 4 enfants	Chef de famille	Policier	7ans
Y19	Masculin	35ans	célibataire	Fils	Commerçant	11 ans
Y20	Masculin	53ans	célibataire	Chef de famille	chauffeur	7 ans
Y21	Masculin	39 ans	Célibataire/ 3 enfants	Chef de famille	Sans emploi	10 ans

I. 3-Technique de collecte des données

Nous avons mené l'enquête avec un guide d'entretien. Nous avons procédé par entretien individuel basé sur le récit de vie. Cet entretien a été réalisé en fonction de la disponibilité des malades au cours des séances de dialyse. Les entretiens ont concerné la restructuration familiale à l'épreuve de l'insuffisance rénale chronique. Ces entretiens ont consisté à l'identification des caractéristiques de la restructuration familiale et à leur description dans le vécu des malades. Toutefois, la durée moyenne des entretiens avec chaque malade était d'une heure (1H).

I. 4-Technique d'analyses des résultats

Cette étude étant inscrit dans le cadre d'une étude qualitative et l'échantillon étant de petite taille, le dépouillement s'est fait manuellement puis a suivi le processus suivant :

- une retranscription et une élaboration de trente (30) fiches « des malades » avec des codes pouvant indiquer la retranscription de ces malades ;
- un regroupement des entretiens par thématique ;
- la construction des catégories d'analyse et des unités de signification.

II- RESULTATS

II.1. Structures familiales des malades de l'IRC

L'étude menée auprès des malades de l'IRC du centre d'hémodialyse de Cocody a permis de découvrir la présence de différents types de structures familiales. Ces différents types de structures familiales sont engendrés par l'avènement de l'IRC dans le vécu des malades. Ce sont les malades vivant seuls, les malades vivant dans une famille restreinte et les malades vivant dans une famille élargie.

II.1.1. Malades vivant seuls

Vivre seul pour un individu malade de l'IRC est souvent dû fait que le centre de dialyse lui permettant de se traiter, se trouve dans un autre endroit qui nécessite son déplacement. Ainsi, cette situation s'apparente à contrainte pour cet individu en déplacement dans un autre endroit. Dans cet endroit, il est amené à se trouver un toit où rester pour accomplir le motif qui fait objet de sa présence en cet endroit. Aussi, le malade est appelé à se détacher d'un vécu familial antérieur à l'avènement de l'IRC à laquelle il semble beaucoup attaché pour un autre à cause de la maladie. Ce rapprochement du lieu du traitement lui facilite les soins mais l'amène à une restructuration familiale. Cela amène un remaniement statutaire au niveau familial. Il passe d'une dépendance familiale à une vie autonome. Cette autonomie se caractérise par la location d'une maison et une prise en charge de ses besoins malgré la présence de la maladie dans son vécu. Une autonomie qu'il n'avait pas avant la maladie et que celle-ci a occasionné. Cela ressort des propos de l'enquêté Y7, âgé de 30 ans, célibataire, sans enfants, sans emploi, 10 ans de dialyse : « *Je vivais en famille avant la maladie. Je suis venu à Abidjan à cause de la maladie. J'étais à Bouaké. Maintenant je vis dans une maison que je loue ; et de là je suis mon traitement* »

II.1.2. Famille restreinte

La famille restreinte pour la plupart des malades de l'IRC est composée d'individus à leurs charges. Certains de ces individus sont les membres de la famille et d'autres protégés ou aidants familiaux ; d'autres malades de l'IRC vivent uniquement soit avec des aidants familiaux ou des membres de la famille.

- **Malades vivant avec compagnes, enfants et aidants familiaux**

Certains malades de l'IRC vivent avec leurs compagnes, leurs enfants et souvent des aidants familiaux. Ces malades constatent une présence de bon nombre d'individus sous leur toit malgré la présence de la maladie dans leur vécu. Ces individus malades de l'IRC ont en charge tout ce monde. D'où leur position de chefs de famille apparaît dans ce cas comme non affaiblie ni affectée par la maladie. Cette maladie, de ce fait, ne constitue pas un obstacle à leur volonté d'accueillir des individus sous leurs toits et à leurs charges. Cela se traduit par les propos de l'enquêtéY2, âgé de 66 ans, marié, père de 05 enfants, retraité, 24 ans de dialyse : « *Je suis avec ma femme et un jeune garçon depuis quatre (4) ans (enfant d'un cousin défunt) ; aussi une jeune fille (de même village) vit avec nous, il y a environ 1 an* ».

- **Malades vivant uniquement avec des aidants familiaux**

Certains malades vivent uniquement qu'avec des aidants familiaux. Ces individus viennent comme un soutien dans l'accomplissement des tâches ménagères. La maladie apparaît ici comme cause de réduction de leur faculté à accomplir certaines tâches. Ces tâches habituelles de la maison deviennent difficiles à accomplir par ces malades de l'IRC, tous seuls. Ainsi, la présence de ces aidants familiaux leur permet d'avoir de l'aide mais également de la présence humaine à leurs côtés. Les malades dans ce cas de figure, par la présence de ces aidants familiaux, reçoivent du soutien et de la compagnie qui les éloignent de la solitude. Ils semblent se retrouver à nouveau au sein d'un vécu familial avec la présence de ces aidants familiaux où certaines tâches s'accomplissent à plusieurs pour faire ressortir une certaine solidarité familiale. Cela est relevé dans les propos de l'enquêtéeX9, âgé de 39 ans, célibataire, sans enfant, secrétaire de direction, 12 ans de dialyse : « *Je vis avec une collègue à Williams ville. Elle est adjointe administratif. Nous vivons dans un studio. Elle est venue rester avec moi pour m'aider dans le ménage et mes besoins. Elle est venue en 2015* ».

- **Malades vivant uniquement avec compagnes**

Il y a parmi ces malades certains qui vivent dans une famille plus restreinte composé uniquement de leurs compagnes. Cela s'explique pour la plupart par l'avènement de la maladie dans le vécu de ces malades et par certaines réalités sociales. Ces malades se voient dans l'obligation de se séparer de certains membres de la famille qui sont leurs enfants. Cela intervient dans la mesure où les contraintes et exigences de la maladie ne les permettent plus de subvenir aux besoins de ces membres vivant sur leur toit. Cela amène alors les proches à recueillir ces membres. Ces proches viennent comme soutien dans la prise en charge des enfants de ces malades. Ainsi, l'absence des enfants auprès de ces malades apparaissent comme un soulagement. Aussi, certains éloignements des enfants à la suite de certaines

erreurs répréhensives, deviennent profitables pour ce chef de famille dont le statut familial est affaibli par la maladie. Cela ressort dans les propos de l'enquêté Y4, âgé de 46 ans, célibataire, 02 enfants Directeur d'entreprise, 15 ans de dialyse : « *Mes enfants ne vivent pas avec moi. Ma dernière fille vit avec mon grand frère. La première a fait un enfant. Elle vit avec son compagnon. Je vis avec Madame à la maison. On n'a pas l'argent pour prendre une servante* ».

- **Malades vivant avec compagnes et enfants**

Certains malades vivent dans une maison familiale avec une famille restreinte. Les enfants au sein de cette famille grandissent, prennent leur autonomie et se marient. Certains malades au cours de leur expérience de vie avec la maladie se sont vus dans une famille restructurée avec le départ de certains enfants. Cela leur a permis de se retrouver avec un nombre réduit d'enfants à leurs charges. Cette réduction du cercle familial ne se vit pas comme une restriction affective mais comme une réduction des charges familiales. La précision du statut professionnel de certains enfants reflète un soutien potentiel que peuvent leur apporter ces enfants en cas de besoins. Ainsi, le départ des enfants de la maison au-delà de la restriction familiale constitue à la fois pour ces malades une réduction de la charge familiale et pour ceux d'entre eux qui travaillent, une source potentielle d'aide en cas de besoin. Cela se traduit dans les dits de l'enquêtée X3, âgée de 48 ans, mariée, 06 enfants, commerçante, 6 ans de dialyse : « *Je vis avec mon mari et deux enfants. Une de mes filles à de 16 ans. Une seule est mariée et travaille ; les autres enfants sont des élèves. Les autres enfants sont partis. J'ai un fils mécanicien à Abidjan qui loue sa maison et qui vit seul. Il y a un élève qui vit au Mali avec sa grande sœur mariée. L'autre élève se débrouille avec sa sœur ici.* »

Certains vivent dans une famille restreinte composée uniquement des membres de la famille comme dans celle où le chef de famille se porte bien. Ces malades se trouvent dans cette famille qui est recomposée. En fait, la relation entreprise avec le partenaire au sein de cette famille se maintient malgré la présence de la maladie dans leur vécu. Aussi, ces malades se retrouvent une vie de famille dans laquelle ils expriment leur position familiale malgré la maladie. Cela est relevé dans les propos de X7, âgée de 42 ans, célibataire, mère de 02 enfants sans emploi, 19 ans de dialyse : « *Je vis avec mon fiancé. Il y a aussi ma fille de 7 ans (la fille de mon fiancé)* ».

II.1.3. Malades vivant dans une famille élargie

Certains malades de l'IRC avec la survenue de la maladie dans leurs vécus se sont maintenus ou retrouvés dans une famille élargie. Cet état de fait a été relevé au cours de nos entretiens auprès de certains malades à travers leurs récits de vie ; Ces récits de vie qui vont nous permettre de découvrir la composition familiale de ces malades avec l'avènement de l'IRC dans ces différentes familles élargies dans laquelle chaque malade est traité comme un enfant ou membre de famille.

- **Malades vivant avec leurs parents**

Certains malades de l'IRC se retrouvent à vivre avec leurs parents dû à l'avènement de la maladie dans leur vécu. Ces malades sont considérés à nouveau par les parents comme des enfants dont il faut en prendre soin. Cette attitude, pour ces parents est dû au fait que leurs

enfants ont été fragilisés par l'IRC qui les empêchent d'accomplir de nombreuses tâches. Cependant, cette attitude n'est pas toujours partagée par ces individus qui se retrouvent à vivre de nouveau avec leurs parents à cause de la maladie. Ces malades de l'IRC qui étaient autonome avant la maladie se sentent infantiliser par leurs parents. D'où cette structure familiale dans laquelle ils se trouvent, s'impose à eux. De ce fait, ils ont tendance à exprimer cette autonomie par certaines réalisations accomplies malgré la présence de la maladie dans leur vécu. Aussi, un positionnement de chef de famille se révèle dû au fait qu'ils ont accueillis ces parents sous leur toit. Alors, un conflit de positionnement de chef de famille surgit entre ces parents et leurs enfants à travers des actions posées dans ce sens de part et d'autre. Cela est inscrit dans les propos de l'enquêté Y5, âgé de 47ans, célibataire, père de deux enfants, éleveur de volaille, 8ans de dialyse : *« Je vis avec un de mes deux (2) enfants et ma mère. Je vis à Jacquerville où j'ai construit une petite maison. Je suis le seul fils de ma mère. Elle se plaint que je suis malade, donc elle ne peut pas bouger. C'est elle qui prépare à manger, s'occupe de la maison. Je suis devenu son bébé alors qu'avant la maladie, je le faisais tout seul à Bassam où j'étais ».*

- **Malades vivant chez un frère ou une sœur**

Il y a des malades qui vivent avec un frère ou une sœur avec l'avènement de la maladie dans leur vécu. L'avènement de cette maladie ne leur permet plus de vivre seuls. D'où une nécessité d'assistance physique et financière se fait ressentir. Ce frère ou cette sœur vient comme un soutien face à aux incapacités occasionnées par l'IRC dans le vécu de ces malades et aux difficultés pour subvenir à leurs besoins. Ces malades vivaient seuls avant la maladie de par leur capacité à se prendre totalement en charge. La maladie dans leur vécu apparaît comme la conséquence de la structure familiale dans laquelle ils se retrouvent. Ces malades aperçoivent la présence de frères et sœurs à leurs côtés, prenant soin d'eux. Ces individus se sentent comme des bébés face à cette attention fraternelle. Ces malades ont du mal à accepté cette manière d'être traité vu leur statut social antérieur à la maladie. Ils se voient perdre aussi un pouvoir de décision au sein de la famille. Les décisions prises au sein de la famille s'imposent à eux. Ils apparaissent au sein de cette structure familiale comme ceux dont il faut prendre soins dans leurs propres maisons. Une structure familiale dans laquelle une solidarité familiale s'exprime autour du malade qui se voit plutôt redevenu le plus jeune sans véritable pouvoir de décisions. Cela est relevé dans les dits de l'enquêté Y14, âgée de 56 ans célibataire sans enfant, sans emploi, 7 ans de dialyse en ces termes : *« Je vis avec mon frère, sa femme et ses deux enfants. Je vivais seul avant d'être malade. C'est mon frère et sa famille qui sont venus habiter chez moi quand je suis tombé malade à la demande de mes frères et sœurs après un conseil de famille. La famille a décidé que comme je suis malade et il ne faut pas que je reste seul Je suis devenu comme le bébé de la maison vu la manière dont on s'occupe de moi ».*

Par contre, il y a des malades qui ont toujours vécu dans une famille élargie. Avec l'avènement de la maladie. Ils se sont maintenus dans ce cercle familial dans lequel ils ont tout temps vécu. Ils se voient être traité davantage comme des enfants de la famille. Des enfants dont l'on continue à prendre soin et en charge malgré la survenue de l'IRC dans leur vécu. Dans cette structure familiale, les habitudes semblent demeurer à l'état. Cependant, la présence de l'IRC dans le vécu des individus occasionne un effort d'affectivité envers les malades pour maintenir ces mêmes habitudes. Les frères et sœurs de ces malades ont tendance à ne manifester aucun sentiment qui a tendance à affecter le vécu quotidien de ces malades de l'IRC. Ainsi, les malades se retrouvent à vivre dans une famille où la présence de la maladie semble n'avoir affecté aucun membre et particulièrement les malades. Cela est une source de facilitation de leur insertion au sein de ces familles où ils se sont maintenus. Cet état de fait

est relevé par l'enquête Y6, âgé de 33 ans, sans enfant, sans emploi, 8 ans de dialyse : « *Je vis avec ma grande sœur à Yopougon dans une maison de trois (3) pièces. J'occupe une chambre pour garçon. Depuis que je suis petit, je vis avec elle. Elle est institutrice et âgée. On peut dire c'est maman. C'est elle qui m'a élevé tout temps. Moi, je l'appelle Maman et non grande sœur. Je la vois ainsi et elle aussi me voit comme son fils* »

III-DISCUSSION

Nous avons porté notre réflexion sur la restructuration familiale à l'épreuve de l'insuffisance rénale chronique (IRC). Cette pathologie engendre une rupture entre le vécu antérieur et le vécu post-diagnostic du malade de par sa chronicité (BILARY, 2012).

Nous avons constaté que les malades atteints de l'insuffisance rénale chronique se retrouvent dans une période de bouleversement total (sur les plans médical, économique et social) en rupture avec le vécu antérieur. Les individus dorénavant identifiés comme des malades à vie, doivent orienter leur vie en tenant compte des contraintes et exigences de cette pathologie. Aussi, cette nouvelle situation chamboule toutes les habitudes au sein la famille, sollicitée pour aider le malade à surmonter cette épreuve. Ainsi, l'entrée de la maladie est définie comme une révélation pour le « *self* » et les autres de la transformation de l'identité sociale qui s'accomplit dans une contrainte de cheminement (STRAUSS, 2009).

Cette maladie étant chronique, inscrit le malade dans une gestion quotidienne avec famille et ses proches faisant appel à leur assistance et contribution incessantes. Ainsi, la gestion l'IRC au quotidien par le malade se fait aussi bien en fonction des critères sociaux que médicaux. L'IRC, vu sa persistance et sa gestion au fil du temps, engendre des conséquences sur l'organisation de vie du malade. De ce fait, la gestion de l'IRC au quotidien va impliquer une négociation de soin faisant appel aux acteurs professionnels (personnel de santé) et non professionnels (famille et proches du malade) comme le souligne CALVEZ (2010).

Aussi, cette rupture biographique appelé ainsi par GROSSETTI (2006) engendre des bouleversements au quotidien dans les différentes structures de vie du malade; Et ces bouleversements sont fonction des connaissances que ses proches et lui ont de cette maladie comme le souligne BURY (1996) pour qui, ce phénomène de rupture ou de bouleversement s'établit également avec l'entrée dans la maladie qui dure.

Les malades intègrent des structures familiales (les malades vivant seuls, les malades vivant dans une famille restreinte, les malades vivant dans une famille élargie) auxquels il appartient avec les bouleversements qu'engendre l'IRC. Surmonter ces bouleversements engendrés par l'IRC, nécessite un véritable effort d'adaptation de la part du malade dans son vécu au quotidien au sein de ces structures familiales. C'est ce qui est conceptualisé par certains auteurs en sciences sociales comme « bouleversement biographique » (BURY, 1982) dont le malade de l'IRC est appelé à y faire face et les surmonter pour parvenir concrètement à des « insertions immédiates » au sein de sa structure familiale (BASZANDER, 1986).

CONCLUSION

L'avènement de l'IRC dans le vécu des malades a engendré différents types de structures familiales dans lequel les malades s'insèrent afin de parvenir à surmonter cette épreuve que constitue cette maladie. Ainsi, l'étude a révélé différents types de structures familiales à savoir les malades vivant seul, les malades vivant dans une famille restreinte et les malades vivant dans une famille élargie.

Cette étude a fait découvrir que très peu de malades vivent seuls. Ce vécu seul est caractérisé par leur capacité à se prendre physiquement en charge après quelques temps de dialyse, par un rapprochement d'un centre d'hémodialyse et en absence d'un aidant familial.

En ce qui concerne les malades vivant dans une famille restreinte, la plupart de ces malades de l'IRC vivent avec des individus à leurs charges. Certains de ces individus sont membres de cette famille et d'autres des aidants familiaux. Il y a aussi des malades qui vivent uniquement qu'avec des aidants familiaux.

Aussi, certains malades de l'IRC avec la survenue de la maladie dans leurs vécus, se sont maintenus ou retrouvés dans une famille élargie au sein de laquelle ils bénéficient de tout appui face à cette épreuve que constitue l'insuffisance rénale chronique. De ce fait, la famille se restructure à l'épreuve de l'insuffisance rénale chronique.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- BASZANDER I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *In revue française de sociologie*, XXVII
- 2- BILARY C. (2012). Thèse de médecine du 13/12/ 2012 : *Hépatite virale B et VIH chez les hémodialysés à Abidjan*, Université de Cocody, Abidjan, non publié.
- 3- BURY M. (1982). Expérience de la maladie chronique du point de vue du malade. Rupture biographique : Chronic Illness as a biographical disruption, *Sociology of Health and Illness*, 4, 2: 167-182.
- 4- CALVEZ M. (2010). La négociation du soi et la situation de maladie: Questions pour la sociologie médicale. *Ethica Clinica*, 2010, 57, PP6-13 'halshs-00524091'
- 5- GROSSETTI M. (2006). L'imprévisible dans le parcours de vie. In *Les cahiers internationaux de sociologie N°120*
- 6- STRAUSS A. (2009). « Maladie et trajectoire », La trame de la négociation. www.congresafsp2009.fr/sectionsthematiques/st38/st38.html