

**D'un service à un autre**  
**Complexité des filières de soins dans la prise en charge**  
**des enfants atteints d'un cancer à Bamako**

Abdoulaye Guindo

*Émulations - Revue de sciences sociales*

2018, n° 27, « Les maladies chroniques dans les Suds. Expériences, savoirs et politiques aux marges de la santé globale ».

Article disponible à l'adresse suivante

---

<https://ojs.uclouvain.be/index.php/emulations/article/view/guindo>

Pour citer cet article

---

Abdoulaye Guindo, « D'un service à un autre. Complexité des filières de soins dans la prise en charge des enfants atteints d'un cancer à Bamako », *Émulations*, n° 27, Mise en ligne le 10 mars 2019.

DOI : 10.14428/emulations.027.06

Distribution électronique : Université catholique de Louvain (Belgique) : [ojs.uclouvain.be](https://ojs.uclouvain.be)

© Cet article est mis à disposition selon les termes de la Licence *Creative Commons Attribution, Pas d'Utilisation Commerciale 4.0 International*. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Éditeur : Émulations – Revue de sciences sociales / Presses universitaires de Louvain  
<https://ojs.uclouvain.be/index.php/emulations>

ISSN électronique : 1784-5734

## D'un service à un autre

### Complexité des filières de soins dans la prise en charge des enfants atteints d'un cancer à Bamako

---

Abdoulaye Guindo<sup>1</sup>

**[Résumé]** Cet article s'intéresse au parcours de soin de l'enfant atteint de cancer dans le système de santé du Mali. La prise en charge de cette maladie implique, en plus du pédiatre oncologue, différents spécialistes (chirurgiens pédiatres, anatomopathologistes, radiologues) et sites hospitaliers. Il s'agit ici de mettre à jour les formes de collaboration entre ces différents acteurs autour des soins. À partir d'une enquête ethnographique, ce travail jette les bases d'une réflexion plus large sur l'organisation des soins en oncologie pédiatrique au Mali. L'étude a permis d'éclairer le parcours de soin de l'enfant atteint de cancer en mettant en évidence les facteurs déterminants de la collaboration. Elle a montré que la prise en charge des cancers de l'enfant est révélatrice des enjeux socioéconomiques, professionnels et géopolitiques.

**Mots-clés :** parcours de soins, oncologie pédiatrique, collaboration, hôpital, Mali.

**[Abstract]** This paper explores health seeking behaviors of pediatric cancer patients in the health system of Mali. The management of pediatric cancer involves the pediatric oncologist, various specialists (pediatric surgeons, anatomopathologists, radiologists) and various hospitals. The paper aims to update the forms of collaboration between the above actors around care. Based on an ethnographic survey, this work lays the foundations for a broader reflection on the organization of paediatric oncology care in Mali. The study sheds light on the child's cancer care journey by highlighting the determinants of collaboration. It has shown that the management of childhood cancers reveals the socio-economic, professional and geopolitical challenges.

**Keywords:** health seeking behavior, pediatric oncology, collaboration, hospital, Mali.

### Introduction

De nombreuses recherches en santé publique et en épidémiologie ont été consacrées à l'accès des enfants aux services de santé. La tuberculose, le paludisme, les infections aux VIH et les hépatites sont les maladies auxquelles l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a accordé une priorité absolue en Afrique (Lemerle *et al*, 2005). Les rai-

---

<sup>1</sup> Docteur en anthropologie, chercheur associé à l'unité mixte de recherche internationale « Environnement, Santé, Sociétés », Université des lettres et des sciences humaines de Bamako (ULSHB).

sons pour lesquelles on s'intéresse à ces maladies sont largement connues. Ce sont des maladies graves dont l'apparition est brutale et inattendue, d'extension rapide mais plus encore en raison de la mortalité souvent élevée qu'elles entraînent (Ricosse, Husser, 1982 : 145). Elles correspondent aux politiques de la « santé globale » qui privilégient de manière générale la prévention et le traitement des maladies infectieuses considérées comme dominantes au « Sud » et menaçant les pays du « Nord » (Livingston 2012 ; Lemoine *et al.*, 2013).

Pourtant, en Afrique subsaharienne, des milliers d'enfants sont atteints de maladies chroniques tels que les cancers (35 000 à 45 000 nouveaux cas en 2005), et ce chiffre évolue de jour en jour (Lemerle *et al.*, 2007). La plupart de ces enfants souffrent de la détresse liée à la pauvreté qui augmente au sein de la famille. Les parents sont en effet les principaux soutiens du malade et suspendent souvent leurs activités professionnelles pour l'accompagner. La maladie prive également ces enfants des activités ludiques, de la vie scolaire et de manière générale des espaces de sociabilité. Toutefois, les cancers des enfants ne font généralement pas partie des programmes de « santé globale ». La raison principale tient au fait que la prise en charge de cette maladie nécessite à la fois des soins plus spécifiques disponibles seulement dans les hôpitaux spécialisés et surtout personnalisés et coordonnés entre différents services et niveaux du système de santé. Ce qui n'est effectivement pas une priorité des politiques de santé globale qui ont tendance à cibler des mesures de façon plus verticale (Atlani-Duault, Vidal, 2013). Néanmoins certains organismes s'intéressent aux enfants atteints de cancers. C'est le cas du Groupe Franco-Africain d'Oncologie Pédiatrique (GPAOP). Même si les ressources mobilisées par ce Groupe sont moins importantes que celles des programmes pour la lutte contre les maladies infectieuses<sup>2</sup>, sa création en 2000 a constitué un tournant dans la prise en charge du cancer de l'enfant en Afrique.

Constitués de médecins africains et français, les membres du GPAOP ont mis en place des unités pilotes dans quelques pays, partant de l'hypothèse qu'avec le développement de l'oncologie pédiatrique, l'offre de soins serait améliorée. Initialement installées dans huit villes (Tunis, Alger, Oran, Rabat, Casablanca, Dakar, Yaoundé et Tananarive), ces unités se sont étendues à partir de 2005 à trois autres villes (Bamako, Abidjan et Ouagadougou).

L'installation de ces unités pilotes a d'abord permis de répertorier l'ensemble des cancers de l'enfant et, ensuite, d'élaborer et de mettre en place des protocoles adaptés pour les soigner. Les succès enregistrés dans le traitement des cancers tels que les lymphomes de Burkitt (tumeur maxillaire ou abdominale) et les néphroblastomes

---

<sup>2</sup> Concernant les maladies prioritaires, en 2008, le budget de l'UNICEF était de 7,7 milliards de dollars, celui de l'OMS de 1,1 milliard et le budget de la Banque Mondiale consacré à la santé était de 2,7 milliards. Quant au fonds mondial, il a engagé 15,6 milliards de dollars dans 140 pays entre 2002 et 2011 (Baliq, 2011 : 36).

(cancer du rein) sont remarquables et enregistrent des taux de guérison de 61 % et 73 % (Lemerle *et al.*, 2007). Ces deux types de cancer représentent à eux seuls, si l'on prend le cas du Mali, près de la moitié des cancers de l'enfant (48,3 %) (Togo *et al.*, 2014).

En Afrique francophone, les cancers de l'enfant constituent un sujet privilégié de la recherche épidémiologique depuis la mise en place des premières unités de soins (Lemerle *et al.*, 2005 ; Lemerle *et al.*, 2007, Togo *et al.*, 2014). Toutefois, en dehors des travaux remarquables d'Akiko Ida (2013) au Sénégal, ils ont rarement fait l'objet d'investigations systématiques en sciences sociales. D'où mon intérêt pour ce thème peu étudié et mon désir de réaliser une étude sur les filières de soins des enfants atteints de cancer dans une unité d'oncologie pédiatrique à Bamako. Le but initial de cette recherche était d'explorer les questions suivantes : comment les enfants atteints de cancer accèdent-ils aux soins ? Comment sont-ils soignés ? Comment les différents spécialistes et structures de santé collaborent-ils dans la prise en charge de ces enfants ?

Ce travail documente ethnographiquement le parcours de soins de l'enfant atteint de cancer. Il permet de préciser les obstacles et les stratégies d'adaptation, à la fois pour les soignants, les enfants malades et leurs parents, dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins.

## 1. Contexte et sites de l'étude

Cet article est tiré d'une étude ethnographique en milieu hospitalier réalisée dans le cadre d'une thèse de doctorat (Guindo, 2017). Les enquêtes de terrain ont été menées dans l'unité d'oncologie pédiatrique du département de la pédiatrie du Centre hospitalo-universitaire Gabriel Touré (CHU GT) situé à Bamako. La création de l'unité date de 2005. Elle a bénéficié de l'appui du GPAOP. L'aide apportée par cet organisme est réalisée sous forme de projets incluant l'achat de matériel médical, de médicaments anticancéreux, l'octroi de bourses de formation, la construction d'unité et le paiement de salaire du personnel additionnel. Cette unité ne comportait initialement qu'un seul membre : le Professeur Boubacar Togo dont la formation initiale était interniste. Il a séjourné au Centre hospitalo-universitaire Pellegrin de Bordeaux où il a réalisé des stages entre 1993-1997 en hématologie pédiatrique. Avec une bourse du Gouvernement Français, ces stages l'ont progressivement mené vers l'oncologie pédiatrique et c'est dans le centre Léon-Bérard de Lyon qu'il a acquis une formation complémentaire, financée par le GPAOP, en 2005.

À son retour au Mali, en décembre 2006, il commence à mettre ses nouvelles compétences en œuvre, notamment en cytologie<sup>3</sup>. Ce qui lui a permis de poser le diagnostic des Burkitt et des leucémies. Ses compétences lui permettent de rendre l'unité d'onco-pédiatrie fonctionnelle et de prendre en charge bien plus de malades qu'auparavant. Toutefois, bien que déterminantes, la formation et les compétences d'un médecin ne suffisent pas à apporter les soins adéquats à un malade. Il faut également un environnement de travail et des médicaments pour qu'il puisse apporter une confirmation et une réponse thérapeutique à son diagnostic. Conscient de cette problématique, le Groupe rénove l'unité en mettant à sa disposition dix salles d'hospitalisation fonctionnelles, dotées chacune d'un lit. Le GPAOP fournit également à l'unité les drogues servant à traiter les cancers. Les cancers de l'enfant les plus importants qui y sont soignés sont entre autres : les lymphomes malins non hodgkiniens (33,5 %), le rétinoblastome (24,6 %), le néphroblastome (14,8 %), les leucémies aiguës lymphoblastiques (7 %) et la maladie de Hodgkin (4 %) (Togo *et al.*, 2014 : 68).

Les données ont été collectées en 2012 et complétées en 2017 sur une durée totale de six mois. Les services concernés par les enquêtes sont : l'unité d'oncologie pédiatrique, les services de la chirurgie pédiatrique, de l'imagerie et de la radiologie au niveau du Centre hospitalo-universitaire Gabriel Touré (CHU GT) et celui d'anatomopathologie au CHU du Point G.

Les enquêtes ont porté sur le parcours de soins de dix enfants atteints de cancer dont huit garçons et deux filles, appartenant à différentes catégories sociales : « pauvres » et « riches ». Nous considérons que les « pauvres » sont ceux qui n'arrivent pas couvrir les frais de soins de leurs enfants et doivent donc recourir à l'aide du service social. Alors que les « riches », en plus d'assurer les frais de soins, parviennent à payer les chambres individuelles. Ces chambres coûtent 5 000 francs CFA (7,5 EUR) la nuitée alors que celles communes, où se trouvent les plus modestes, en coûtent 1 000 francs CFA (1,5 EUR). En plus des enfants, l'étude s'est également appuyée sur des observations et des entretiens approfondis ciblant quinze professionnels de santé et paramédicaux (deux oncologues pédiatres, deux chirurgiens pédiatres, un anatomopathologiste, cinq infirmières, trois faisant fonction d'interne (FFI), deux étudiants en Certificat d'Étude à la Spécialisation Pédiatrique (CES) et dix parents d'enfants malades). J'ai en particulier observé des situations d'interaction entre d'une part, les agents de santé et, d'autre part, les parents et enfants. L'étude a été réalisée avec l'accord des responsables de la pédiatrie et le consentement des personnes interrogées.

Par ailleurs, mon travail s'inscrit dans le registre de ce que certains anthropologues (Bouillon, Fresia, Tallio, 2005) ont appelé « terrain sensible ». Ainsi, j'ai été, à certains

---

<sup>3</sup> Cette technique, utilisée dans le cadre du diagnostic du cancer, permet une étude en microscopie optique des cellules étalées sur lames.

moments, touchés par la situation de certains enfants. Et, je savais aussi que mon intervention pouvait aider certains d'entre eux. J'ai mis en œuvre ce que l'on peut appeler de l'observation participante, mais qui dans mon cas est parfois devenue de la « participation observante ». Par exemple, j'ai été amené à donner mon sang pour aider certains enfants ou à négocier avec le personnel pour que l'un d'entre eux obtienne une consultation. Pour moi, le fait de faciliter l'accès aux soins des enfants que je suivais pouvait être perçu comme une compensation pour le temps que m'ont accordé les participants. De plus, enquêter auprès d'enfants souffrant de pathologie chronique, et souvent létale, pose des problèmes méthodologiques tels que : quand, où et comment les interroger ? Afin d'accéder à des données d'enquête utiles, il m'a fallu gagner la confiance des enfants et de leurs parents. Par ailleurs, la connaissance de la culture malienne, dont je suis issu, m'a permis de m'adapter aux situations concrètes qui se présentaient à moi. Par exemple, attendre que les crises de douleurs passent pour interroger un enfant, ou s'accommoder à des réponses incomplètes ou apprendre à décoder les non-dits des enfants ou des parents. Sur un autre plan, le fait de parler le bambara et le français qui sont respectivement des langues locale et officielle, parlées par environ 80 % et 30 % de la population (Diakitè, 2002), m'a permis d'échanger facilement avec le personnel médical mais surtout avec les enfants et leurs parents.

## 2. Cancers de l'enfant au Mali : une priorité sanitaire ?

Au Mali, il n'existe pas de cadre réglementaire structurant l'organisation des soins en cancérologie comme cela existe notamment en France<sup>4</sup>. L'absence de ce cadre a amené les décideurs à intégrer la prise en charge du cancer de l'enfant dans le schéma global du système de santé. Or, les structures de soins en cancérologie doivent être adaptées et organisées en prenant en compte tant les aspects de coopération inter-hospitalière, que la coordination avec la médecine de ville et de soins à domicile. En outre, l'unité d'oncologie pédiatrique, du CHU GT, est largement dépendante du GFAOP qui a formé et installé son équipe médicale. Le Groupe continue à assurer la formation de certaines infirmières qui y travaillent. Depuis 2005, le GFAOP apporte chaque année un soutien financier de l'ordre de 20 000 à 25 000 euros de médicaments. Bien que ces appuis financiers restent très en dessous de ceux consacrés aux programmes verticaux ciblant les maladies infectieuses évoquées plus haut, ils sont importants pour le fonctionnement de l'unité comme le reconnaît ce pédiatre :

Les parents ne pourraient pas supporter sans cette aide. Pour le coût d'une cure il faut compter 300 000 à 400 000 francs CFA, et il faut savoir que la plupart des malades viennent de la campagne. Dans ces conditions, il est

---

<sup>4</sup> Circulaire DGS-DH n° 986213, datée du 24 mars 1998.

évident que les parents ne peuvent pas supporter trois cures. Or, pour parler de cancérologie il faut des drogues anticancéreuses et des médicaments pour traiter les malades. S'il n'y a pas de médicament, on ne peut pas traiter les malades, et donc on ne peut pas parler de service de cancérologie. (Agent, CHU GT, septembre 2012)

D'une certaine façon, la faible intervention de l'État malien dans la formation des pédiatres et dans la fourniture des médicaments anticancéreux pourrait être considérée comme la manifestation d'un désintérêt pour ce sous-secteur sanitaire. Les conséquences sont désastreuses car elle entraîne le décès de nombreux enfants avant le diagnostic du cancer. Cette faiblesse dans la formation des médecins est un véritable handicap pour l'accès aux diagnostics et aux soins pour les enfants des parents à revenus modestes qui n'ont même pas la chance d'être référés. Au Mali comme ailleurs, tous ces drames sont aujourd'hui documentés et constituent des défis intellectuels et institutionnels auxquels les autorités médicales et politiques doivent faire face pour contrer cette maladie en pleine expansion (Livingston, 2012).

Le petit nombre d'enfants malades qui arrive à l'hôpital est généralement pris en charge tardivement alors que la maladie est déjà à un stade avancé. Ce retard s'explique tout d'abord par la situation financière des parents, en général pauvres, qui n'est pas favorable à la réalisation régulière des bilans de santé. En plus, quand la maladie se déclenche, ces derniers consultent prioritairement les guérisseurs traditionnels ou recourent à l'automédication en achetant les médicaments aux vendeurs ambulants. On peut noter deux facteurs supplémentaires : le faible niveau du plateau technique des Centres de santé communautaire (CSCom<sup>5</sup>) et le manque de connaissances des professionnels de la santé au sujet des cancers pédiatriques. En effet, il faut noter l'absence de campagne nationale de dépistage pour ce type de cancer, à la différence de ceux des femmes (col de l'utérus et des seins), considérés comme une priorité de santé publique. De telles politiques sélectives sont observées dans la majorité des états pauvres qui suivent les recommandations des organisations spécialisées des Nations Unies (Balique, 2011 : 36). Or, il est reconnu que les cancers de l'enfant sont très différents de ceux des adultes : « ce sont des tumeurs à croissance et dissémination très rapide, mais qui sont très sensibles aux chimiothérapies » (Lemerle *et al.*, 2007 : 498). Ce qui rend nécessaire la mise en place d'un dispositif de diagnostic précoce afin d'augmenter les chances de guérison de l'enfant.

Tous ces éléments, qui posent à la fois la question de la place des enfants dans la société malienne et celle des cancers de l'enfant dans le système de santé, nécessitent de systématiser l'organisation des soins en cancérologie de façon à garantir à tous les malades une égalité d'accès à des soins de qualité.

---

<sup>5</sup> Composés d'un infirmier d'état ou technicien de santé, une sage-femme ou une infirmière obstétricienne et un gérant de la pharmacie.

### 3. Parcours de soins de l'enfant atteint de cancer : entre normes théoriques et pratiques quotidiennes

Selon les pédiatres que nous avons pu interroger sur l'accès aux soins hospitaliers, les malades empruntent principalement deux voies : ceux qui suivent la voie de la référence-évacuation et ceux qui viennent spontanément à l'hôpital. Les premiers respectent le système de référence-évacuation qui stipule que le malade ne doit se rendre à l'hôpital de troisième référence, comme le CHU GT, que lorsqu'il a épuisé toutes les autres voies de recours de soins situées en périphérie. Promus par les organisations internationales comme l'OMS, de tels modes d'organisation de soins se sont développés au Mali ces dernières années. En 1990, la réforme sanitaire a préconisé l'organisation des soins en termes de système de référence qui devait non seulement faciliter la collaboration entre les différentes structures sanitaires, mais aussi hiérarchiser les soins de santé de façon à ce qu'il y ait une interdépendance entre toutes les structures de santé. L'organisation pyramidale du système de santé à trois niveaux procède suivant la logique décrite ci-dessous.

Ainsi, le premier niveau est constitué des CScom, qui ont pour objet de traiter les pathologies courantes. Au deuxième niveau, se trouvent les Centres de santé de Références (CSRéf). Il s'agit d'hôpitaux de district qui sont au nombre de soixante-cinq. Ces centres assurent des soins de consultations externes avec de l'hospitalisation (médecine, pédiatrie, chirurgie, maternité). Et au sommet de la pyramide se trouvent les hôpitaux nationaux offrant les soins spécialisés. Ces établissements, situés à Bamako et dans ses environs, sont : l'Hôpital Gabriel Touré, Hôpital du Point G, l'Hôpital de Kati, le Centre National d'Odontostomatologie (CNOS) et l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique (IOTA). En 2000, grâce à la loi hospitalière, tous ces établissements ont été érigés en Centre hospitalo-universitaire chargés d'assurer la formation initiale des étudiants et celle continue des professionnels de santé. Autour de ces structures publiques gravitent celles privées intervenant dans tous les maillons de la chaîne de santé. La partie structurée du secteur privé se compose de différents types d'entités comprenant des institutions confessionnelles, des ONG, des pharmacies, des laboratoires d'analyses et d'imageries médicales. Alors que celle non structurée comprend les guérisseurs traditionnels et les vendeurs ambulants de médicaments.

Pour être opérationnel et surtout impacter positivement la prise en charge du malade, ce dispositif technique a besoin d'être intégré à des facteurs comme la collaboration interprofessionnelle et les rôles des proches.

La collaboration interprofessionnelle est : « le lieu de structuration d'une action collective qui réunit des membres d'au moins deux groupes professionnels autour d'un but commun, à travers un processus de communication, de décision, d'intervention et d'apprentissage ». C'est aussi un processus dynamique et complexe qui résulte « d'une interaction entre les acteurs (dont les patients), entre les acteurs et la structure organisationnelle, et entre ces deux éléments et des structures englobantes » (D'Amour *et*



*al.*, 2003 : 116). Ainsi, pour rendre compte de la qualité de la prise en charge des enfants malades, j'ai identifié trois types de collaborations illustrés à partir de trois études de cas. Par ailleurs, en Afrique, plusieurs travaux (Jaffré, 1991 ; Baxerres, Le Hersan, 2010 ; Kane ; 2015) soulignent que ce sont des modèles familiaux qui structurent les décisions de soins. C'est la raison pour laquelle nous avons tenu également à analyser le rôle central des parents dans la coordination des soins de leurs enfants malades (Baszanger, 1984 ; Livingston, 2012 ; Kane, 2017).

## **4. Les formes de collaboration autour des soins**

Les formes de collaboration que j'ai identifiées sont la collaboration en action, la collaboration en construction et la collaboration en inertie.

### **4.1. La collaboration en action. Le parcours d'Ahmed<sup>6</sup>**

Ahmed est un garçon qui a quatorze ans. Il est issu d'une famille pauvre, son père est cultivateur et sa mère ménagère. Ce jeune garçon vient de Nara, une ville située à 380 km de Bamako. Son père travaille pour un riche commerçant installé à Nara. Quand Hamed est tombé malade, le patron de son père a envoyé un de ses frères, connaissant bien le système de santé, auprès de lui en prenant en charge les frais occasionnés par ses soins. L'enfant souffre d'un néphroblastome.

Son traitement a commencé à Nara où il est resté un mois. Là-bas, il a subi des traitements traditionnels comme la saignée. Les traces des scarifications dues à ces traitements mal cicatrisés étaient encore visibles sur son ventre quand je l'ai rencontré. Ces traitements n'ont pas eu de succès. C'est ainsi que ses parents ont décidé de l'amener au CSRéf de Nara où il restera également un mois. Le faible plateau technique du centre n'a pas permis la prise en charge de sa maladie. Alors, les autorités sanitaires du centre l'ont référé à l'hôpital du Point G. Au Point G, il a été admis dans le service de médecine interne où il a été hospitalisé durant un mois. Puis, le 3 août 2012, après avoir reçu les résultats des examens d'échographie montrant une anomalie sur le rein, les médecins du Point G l'ont référé au CHU GT dans le service d'oncologie pédiatrique. C'est dans ce service que son diagnostic de néphroblastome a été posé.

Il a subi trois cures de chimiothérapie pré-opératoires, conformément au protocole thérapeutique du GPAOP, qui ont permis de réduire le volume de la tumeur. Par la suite, il a été transféré dans le service de la chirurgie pédiatrique. Il a subi une néphrectomie le 29 août 2012. Après l'opération, les chirurgiens ont prélevé une pièce de la tumeur. La pièce a été conditionnée et

---

<sup>6</sup> Le nom des enfants et autres participants a été changé.

remise aux parents afin qu'ils l'acheminent eux-mêmes à l'hôpital du point G. En raison du manque d'équipement d'anatomo-pathologie au CHU GT, l'analyse ne peut y être réalisée.

Trois jours après, les conclusions des examens réalisés à l'hôpital du point G parviennent au médecin traitant d'Ahmed.

Compte rendu histologique : À l'ouverture on observe une masse tumorale mesurant 5 cm de diamètre au niveau du pôle supérieur. La masse présente des remaniements nécrotiques, hémorragiques kystiques. La coloration est blanche jaunâtre. La nécrose est très étendue dépassant 80 % de la tumeur. Le hile n'est pas infiltré, de même que la graisse péri-rénale.

Conclusion : Aspect histologique d'un néphroblastome.

Ainsi, le médecin traitant a convoqué les parents d'Ahmed pour les informer de ces résultats et des traitements à suivre en post-opératoire. Les parents ont respecté tous les rendez-vous. En 2013, après avoir suivi tous ses traitements Ahmed était en rémission complète.

Selon Franck Chauvin et *al.* (1998), la prise en charge du cancer doit favoriser la coordination et faciliter la communication entre les professionnels de santé et les usagers. C'est ce que montre le parcours de soin de cet enfant. En effet, comme cela ressort en filigrane dans le texte, les professionnels de santé se sont transmis des informations sur l'évolution du patient pour prendre, à chaque fois, le relais du traitement. Pour ce faire, les acteurs se sont notamment appuyés sur le dossier médical, un outil de communication fiable et utilisable rapidement.

Tout au long de la prise en charge, il faut aussi souligner le rôle central joué par les proches d'Hamed. En effet, le choix du recours aux soins de l'enfant par ses proches et leur implication dans l'accompagnement et le déroulement de sa prise en charge a permis de bien articuler les soins. Ce rôle joué relève de la division du travail entre hommes et femmes dans les familles (Guindo, 2017). Ainsi, les mères à travers la place d'éducatrice qu'elles occupent dans les familles se chargent d'accompagner leurs enfants dans les structures de santé situées en périphérie comme les CSCom, tandis que les pères, pourvoyeurs de soins, se chargent de celles plus éloignées des domiciles comme les hôpitaux. En outre, comme souligné par Hélène Kane (2017 : 7) : « les hôpitaux sont également considérés comme des lieux hostiles où il est préférable d'être accompagné d'un connaisseur et, si possible d'un homme considéré plus à même de négocier la prise en charge ».

Cette façon d'agir en synergie entre différents services médicaux, selon une méthode d'attribution des tâches suivant le genre, permet de réunir les informations afin de fixer les grandes lignes des traitements. Outre ces aspects, le rôle joué par les proches favorise les échanges entre l'enfant et les professionnels de santé. Sur ce sujet nous pouvons rappeler ce qu'Ahmed a confié à son médecin après son opération :

Quand j'étais au village, je ne pouvais pas sortir au dehors pour jouer avec mes camarades car ils se moquaient de moi en me qualifiant d'homme en état de grossesse à cause du volume de mon ventre. Pire encore, je ne pouvais même

pas aussi défendre mon petit frère quand on le frappait. Maintenant que je suis guéri, je vais pouvoir faire tout cela à mon retour au village. Vous êtes bien gentil. Merci.

Un pédiatre de l'unité d'onco-pédiatrie GT, en souriant, lui a rappelé qu'il allait revenir de temps en temps à l'hôpital pour suivre le reste de son traitement de chimiothérapie post-opératoire. Ainsi que le montre cet exemple, la cohérence globale du parcours de soins d'Hamed a dépendu, d'une part, de l'organisation des unités et d'autre part de la coopération entre les services. Autrement dit, de l'implication des professionnels de santé et de leur volonté de coopérer ensemble au bénéfice du malade.

Ainsi, ce parcours définit assez clairement les facteurs favorables pour réussir une action de collaboration. Parmi ces facteurs il est important de souligner l'engagement des parents, l'absence de tensions entre spécialistes au sein d'un même hôpital (oncologues et chirurgiens du CHU GT), mais aussi entre différents sites hospitaliers (services CHU GT et d'anatomopathologie du Point G). Le diagnostic rapide du cancer et le bon pronostic sont aussi d'autres aspects qui expliquent la réussite du traitement d'Ahmed.

Mais il arrive souvent que les choses se passent moins bien. C'est le cas d'un autre jeune garçon que j'ai suivi.

#### **4.2. La collaboration en construction - Le parcours de Moriké**

Ce que j'appelle la collaboration en construction se manifeste par les difficultés de communication au sujet du cancer comme le montre cette étude de cas :

Moriké est un garçon de huit ans résident à Bamako avec ses parents dont le père est entrepreneur et la mère ménagère. Sa famille est riche bien que le niveau d'étude du père se limite à l'école primaire. Le fait que ses parents habitent Bamako et l'ont amené en consultation lui a donné la chance d'être diagnostiqué très tôt. Moriké est admis dans le service d'oncologie du CHU GT en mars 2011 pour un néphroblastome. Après avoir reçu des premières cures de chimiothérapies pour diminuer la taille de la tumeur, il a été transféré dans le service de la chirurgie pédiatrique où il est opéré le 20 octobre 2011. Après son opération, une pièce de la tumeur a été prélevée et envoyée dans le service d'anatomo-pathologie, à l'hôpital du Point G. L'analyse a révélé que les cures de chimiothérapie ont permis de nécroser plus de 50 % des cellules cancéreuses. Les autres 50 % restantes devraient faire l'objet d'un autre traitement post-opératoire dans le service d'oncologie pédiatrique. Après la cicatrisation, l'enfant et ses parents sont rentrés directement chez eux sans suivre la recommandation de se rendre à l'unité d'oncologie après l'hospitalisation en chirurgie. Ils sont restés avec l'enfant jusqu'au jour où le père a remarqué que son enfant avait de nouveau un gros ventre. C'est ainsi qu'il a ramené l'enfant à l'hôpital le 13 mars 2012, soit six mois après l'opération. Ils se rendent d'abord dans le service d'oncologie pédiatrique. Les agents de ce service, sachant qu'ils ne pouvaient pas faire grand-chose pour

cet enfant l'ont référé en chirurgie. Les chirurgiens sont sceptiques : « Cet enfant fait déjà des métastases pulmonaires et hépatiques, on ne peut rien faire pour lui. Si on l'opère, il va mourir sur la table ». (Un chirurgien pédiatre) Morikè est ramené de nouveau dans le service d'oncologie où il été accueilli par le professeur qui l'a soumis à un traitement « palliatif » qui malheureusement n'a pas pu le sauver. Il meurt en avril 2013. (Observation, oncologie pédiatrique, mai 2013)

Avant d'analyser l'extrait de cette observation, soulignons que lorsque j'avais rencontré Morikè et ses parents pour la première fois l'enfant se trouvait à un stade très avancé de sa maladie. Pour reconstituer l'histoire de sa maladie, j'ai consulté son dossier médical, avec l'accord de son médecin traitant, et complété cela par des entretiens avec les soignants et sa famille. Dans cette perspective, il est utile de noter que lorsque le diagnostic de néphroblastome a été posé, le pédiatre nous a dit avoir appelé le père et lui dire ceci : « La maladie que ton enfant porte est une maladie que mon service soigne. Il été diagnostiqué très tôt et il est facile de guérir sa maladie. Même s'il existe des cas de rechute, nous arrivons à guérir près de 60 % des malades. Toutefois, il faut que tu respectes les rendez-vous » (Pr B.T., pédiatre oncologue, mai 2018). Ces propos optimistes ont été confirmés par le père : « Le Docteur m'a dit que mon enfant avait beaucoup de chance de guérir si on respectait les rendez-vous et que les médicaments pour le cancer étaient gratuits » (Père de Morikè, mai 2018).

Dans l'extrait, on remarque que la première étape de la prise en charge a réussi. Puis progressivement la chaîne de soins s'est rompue à cause d'un problème de communication intervenu entre les différents acteurs. Lorsqu'on interroge ces acteurs sur les motifs, les réponses accusatrices fusent. Ainsi, pour le père de l'enfant, les médecins ne lui ont pas bien expliqués la conduite à tenir : « On m'a juste demandé de venir à l'hôpital une fois que la plaie sera cicatrisée. Après l'opération, le processus de cicatrisation a duré plus de deux mois. Pendant tout ce temps, je partais au CSCOM avec l'enfant pour faire le pansement » (Père de l'enfant, mai 2012).

Mais pour les médecins le père a disparu avec l'enfant : « je sais que tu es un commerçant, tu pensais que l'enfant était guéri, donc tu l'as laissé à la maison et continué à voyager » (Oncologue pédiatre, CHU GT, mai 2012).

Pourtant, d'après les médecins, le père avait bien été informé du calendrier thérapeutique et des conséquences de sa non observance. Alors comment expliquer son attitude ? Bien que le père ne le reconnaisse pas, les propos d'un chirurgien pédiatre mettent en lumière la conduite de certains parents dans une telle situation :

L'accompagnement d'un enfant atteint de cancer est fastidieux. Il épuise les parents financièrement, physiquement et psychologiquement. De fait, souvent, quand nous opérons les enfants et montrons aux parents les « masses » que nous sortons de leurs ventres, ils estiment que leurs enfants sont guéris et rentrent à la maison. Même si on leur avait dit auparavant dans un autre service que le traitement allait continuer, ils ne croient pas. (Chirurgien pédiatre, janvier 2017)

Par conséquent, le pédiatre conclut donc que le père de Morikè s'attache à considérer le cancer comme une maladie qui est totalement guérie une fois la masse tumorale extraite.

J'ai assisté à l'annonce de plusieurs diagnostics. J'observe une différence de la manière d'annoncer la maladie liée à la fois à la catégorie sociale, au niveau d'étude des parents et à leurs états psychologiques. Ainsi, avec les personnes d'un niveau d'étude relativement faible, les pédiatres rencontrent de nombreuses difficultés, souvent liées à l'absence de terminologie dans les langues nationales pour nommer et expliquer ce que sont les types de cancer. Quant à l'état psychologique, il peut varier d'un parent à un autre et dépend du jugement du pédiatre. Si nous prenons le cas de Morikè par exemple, lorsque le pédiatre a remarqué que sa maladie avait fait des métastases, et qu'il ne pouvait plus le guérir, il a décidé de le mettre sous traitement palliatif sous une forme dite « métronomique ». Ce traitement consiste à administrer de façon continue des médicaments anticancéreux à faible dose sous forme de comprimés et permet ainsi d'améliorer la qualité de vie du malade. Cependant, à cause de l'état de colère du père, le pédiatre ne l'a pas informé du caractère non curatif des traitements. Ainsi, il lui a dissimulé la dégradation rapide, attendue, de l'état de santé de son enfant. Toutefois, soulignons qu'au vu du nombre relativement limité de cas suivis, il faudrait recourir à un matériau d'enquête plus substantiel pour pouvoir en tirer des conclusions pertinentes.

Beaucoup de parents comme ceux de Morikè sont souvent isolés dans leurs parcours de soins. Ils n'ont pas souvent de renseignements clairs sur l'état de santé de leurs enfants. Plusieurs raisons peuvent expliquer ces problèmes de communication. D'abord, cela peut relever d'un problème de langue pour rendre intelligible le cancer et ses multiples formes dans un pays qui compte plusieurs dialectes et où cette maladie est rarement connue par la population, en particulier dans ses formes pédiatriques. Ensuite, il y a les principes religieux et les facteurs économiques. En effet, la population malienne est composée de 90 % de musulmans et 5 % de chrétiens. Or, certains fanatiques de ces religions au Mali se considèrent le plus souvent impuissants face à la mort, qui relèverait de la seule volonté de Dieu. Sur le plan économique, les médecins ont peur d'annoncer la fin de vie des enfants aux parents car dans un contexte de revenus limités pour le ménage, si les parents savent que le malade va mourir, ils risquent d'abandonner les soins de l'enfant et utiliser l'argent à d'autres fins. À ceci s'ajoute enfin l'état psychologique des parents comme l'exprime un médecin : « si nous constatons que les parents sont très émotifs, on ne leur annonce pas que l'enfant est en fin de vie. Par contre, si nous remarquons qu'ils peuvent supporter nous leurs annonçons. C'est au cas par cas » (Pédiatre oncologue, janvier 2017). Ces problèmes de communication entre soignants et parents ne sont pas propres au Mali. Ils se posent également au Sénégal où A. Ida (2013 : 258) a remarqué que certains parents d'enfants malades n'ont aucun renseignement sur l'état de santé de leurs enfants et n'ont même pas pu dialoguer avec l'équipe médicale.

De ce qui précède, on remarque que ce problème de partage de l'information sur le malade est crucial car il permet de garantir la continuité des soins. *A contrario*, son absence peut souvent être fatale pour l'enfant comme le montre ce deuxième cas.

### 4.3. La collaboration en inertie. Le parcours d'Oumou

Ce type de collaboration se caractérise soit par l'absence de relation et de négociation, soit par la présence de conflits, notamment au niveau du partage des responsabilités entre les établissements. Ce qui rend le recours aux services discontinu et peu efficient.

Oumou a dix ans et vient de la région de Kayes. Elle est accompagnée par son père, paysan, dont le frère réside en France. Ce frère participe aux frais de soins de la fille. Le père et sa fille sont arrivés de nuit à l'hôpital GT, où ils ont été accueillis par l'équipe de garde composée de CES et de FFI. Oumou se plaignait d'une toux persistante. Ainsi, après avoir réalisé un entretien avec le père, le diagnostic d'une pneumonie a été posé. Ce diagnostic a été confirmé par une radiographie thoracique. Comme le CHU GT ne dispose pas de spécialiste en chirurgie thoracique, la fille a été transférée, le lendemain, à l'hôpital du Mali. Là-bas, elle a subi une opération thoracique au cours de laquelle le médecin lui a placé un drain pour évacuer le liquide pleural contenu dans ses poumons. Mais, trois mois après l'opération, Oumou n'a toujours pas recouvré sa santé. C'est ainsi que l'hôpital du Mali l'a envoyé à l'unité d'oncologie pédiatrique du CHU GT. Oumou a été admise dans cette unité le 22 août 2012. Le père est accueilli par le chef de l'unité qui lui explique la procédure du diagnostic, et notamment la réalisation d'une ponction médullaire sur la fille. Le père, énervé, hausse le ton et déclare : « j'ai commencé mon parcours dans cet hôpital et je reviens encore ici. Je me remets à Dieu, mais je ne vais plus accepter d'autres soins. Vous êtes tous des incompetents. J'ai dépensé plus d'un million de francs CFA dans ses soins, mais vous n'avez encore pas pu poser un diagnostic clair, et à plus forte raison, la soigner ». Le chef d'unité l'écouta attentivement et lui fit comprendre ceci : « Tu as raison. Tout cela peut arriver. Mon service fonctionne comme un hôpital de jour. Ce qui a fait que je n'étais pas là quand vous êtes arrivés. Maintenant que tu es là, nous allons poser le diagnostic de ta fille. Si les résultats montrent qu'elle porte une maladie que mon unité soigne, nous allons la prendre en charge. Ici, les salles sont climatisées et les soins sont gratuits ». Le père accepta et Oumou a subi un myélogramme. La lecture des résultats a révélé, le même jour, une leucémie aiguë lymphoblastique (LAM). Il fallait donc mettre Oumou sous chimiothérapie. Mais, les nombreux errements dans le parcours de soins l'avaient fortement affaiblie, rendant ainsi difficile le traitement. Il fallait donc la « remonter » en la mettant sous perfusion (sang et sérums). Toutefois, la chimiothérapie n'était plus bénéfique à ce stade de la maladie. L'équipe médicale de l'unité a dit ceci : « La maladie s'est développée et a fait des métastases pulmonaires et hépatiques : on ne peut pas faire grand chose

pour cette fille » nous confie-t-on. C'est ainsi que deux jours après son diagnostic Oumou a perdu la vie. (Extrait, observation, septembre 2012)

Cet extrait montre les dysfonctionnements des structures hospitalières liés aux manques d'équipements de diagnostics et de personnels spécialisés. À ceux-ci viennent se greffer d'autres problèmes tels que l'histoire des hôpitaux. En effet, Yannick Jaffré et Abdoulaye Guindo (2013) ont souligné que la plupart des hôpitaux de l'Afrique de l'ouest porte la marque de tensions qui proviennent souvent des sources de financements perçus d'organismes partenaires étrangers ou de la coprésence de personnels dont les formations initiales furent souvent liées à l'attribution de bourses d'études accordées en fonction des volontés d'influence des blocs politiques durant la Guerre froide et au-delà entre les différents bailleurs étrangers. La collaboration entre le service de chirurgie général du CHU GT et l'université de Münster en Allemagne où l'unité d'oncologie envoie souvent des biopsies relève de ce cadre. En effet, le responsable du service de la chirurgie générale avec lequel l'unité d'oncologie pédiatrique travaille a fait ses études dans cette université. C'est donc par l'intermédiaire de son collègue que le responsable de l'oncologie envoie ses biopsies. Elles sont étudiées par les médecins anatomopathologistes allemands et les résultats sont renvoyés au Mali. De l'avis du chef de l'unité de l'oncologie pédiatrique, cette démarche entre dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des enfants malades :

Nous envoyons ces prélèvements à l'extérieur pour pouvoir soigner avec plus de précision nos malades. Ici, nous avons des spécialistes en anatomopathologie, mais nos partenaires qui sont à l'extérieur sont plus compétents qu'eux ; car, là-bas il y a des anatomopathologistes qui se sont surspécialisés dans le diagnostic des leucémies, des Burkitt et ainsi de suite. Alors qu'ici ils sont généralistes. (Oncologie pédiatrique, mai 2015)

Il faut souligner que les résultats de ces examens peuvent prendre plusieurs semaines. Aussi arrive-t-il que les pédiatres oncologues réalisent certaines biopsies ou examens biologiques avec leurs confrères du Mali afin de mettre l'enfant sous traitement, en attendant la confirmation des résultats extérieurs. Mais leurs collègues du service d'anatomopathologie du Point G n'ont pas la même appréciation de cette situation :

En principe, tous les cas de prélèvements doivent venir chez nous. Malheureusement, nous n'avons pas de législation, il arrive que certains envoient à l'extérieur. Vous voyez, ce sont des gestes un peu déplacés car dans les pays qui se respectent, on n'a pas le droit de faire sortir ce genre de prélèvement sans l'aval du spécialiste. Maintenant, c'est à nous de réceptionner et de faire le travail là-dessus. S'il y a une étude spéciale que nous devons faire, c'est à nous de préparer le dossier et d'envoyer la pièce à un laboratoire étranger et on sait à qui l'adresser. (Médecin anatomopathologiste, Point G)

De même en chirurgie pédiatrique on estime que seuls les agents de l'unité d'oncologie pédiatrique bénéficient des formations :

S'il y a des formations à faire c'est eux qui vont : ils sont au Maroc, en France, aux États-Unis, pendant que les autres spécialités ne bénéficient en rien et ne sont associées en rien. De sorte que s'il y a des nouvelles découvertes ou de nouvelles technologies, il faudra que tous soient au même niveau d'information pour harmoniser la prise en charge. Mais, cela n'est pas fait. (Chirurgie pédiatrique, septembre 2012)

De ce qui précède, on peut retenir que si théoriquement les collaborations internationales, dans le cadre de la « santé globale », sont réalisées pour compenser les déficits en ressources manquantes (économiques, matérielles, humaines), dans la réalité elles peuvent court-circuiter l'organisation locale des soins et renforcer la fragmentation du système de santé. Tous ces facteurs frustrant et isolent les différents acteurs qui doivent pourtant intervenir ensemble. Un autre facteur aggravant cette faible collaboration est la moindre reconnaissance des pédiatres ayant effectué leurs études en Chine ou en Russie. En effet, si les pédiatres ayant fait leurs études dans les pays de l'Ouest (en France, États-Unis, Canada par exemple) bénéficient d'un cadre normal pour avancer en carrière cela n'est pas le cas pour les seconds, dont les niveaux sont le plus souvent « jugés au rabais », qui doivent reprendre certains diplômes au Mali ou ailleurs. Ces éléments mis ensemble compliquent les relations interpersonnelles pourtant nécessaire au bon fonctionnement des structures hospitalières pour une prise en charge complète et fluide des patients atteints de cancer.

Sans être exhaustive, l'analyse de ces trois types de collaboration montre combien les facteurs qui les influencent sont nombreux et peuvent varier d'une situation à l'autre. Ainsi, le cas de Ahmed montre qu'une coordination de soins se construit autour d'un partenariat. Il faut l'engagement des parents et une relative bonne entente entre différents professionnels de santé et institutions cliniques. Le diagnostic rapide du cancer et le bon pronostic facilitent aussi ce type d'action. Le cas de Moriké fait apparaître les problèmes de communication au sujet du cancer dans la société malienne. Alors que celui d'Oumou fait apparaître certains effets des financements extérieurs des structures de santé, qui peuvent parfois limiter la coordination des soins.

## Conclusion

La prise en charge des cancers de l'enfant est révélatrice des enjeux socioéconomiques, professionnels et géopolitiques qui limitent la mise en œuvre fluide de la chaîne de prise en charge des patients. Du point de vue des professionnels de santé, le niveau d'étude des parents, leur situation financière et leur connaissance du système de santé sont généralement perçus comme déterminants. Si cela explique en partie la capacité des parents à contribuer à la coordination des soins, notre analyse montre que les relations entre les services médicaux, souvent basés dans des hôpitaux différents (en fonction de la disponibilité des équipements et médicaments),



jouent un rôle tout aussi central. Ces relations interprofessionnelles et interinstitutionnelles sont également liées aux sources extérieures de financements des projets tel que l'octroi de bourses d'étude, lesquelles sont façonnées par les politiques parfois concurrentes entre les pays occidentaux du « Nord » et ceux de « l'Est » pour influencer les politiques de santé en Afrique. Ces exemples nous permettent de toucher du doigt la complexité que peut représenter la prise en charge du cancer de l'enfant et de mieux comprendre les raisons des échecs ou des succès des traitements.

Du point de vue politique, l'État malien investit peu dans ce sous-secteur et de manière générale dans la lutte contre le cancer. Pour corriger cela, il faut que l'État accorde davantage de place à la formation du personnel médical pour que des équipes se déplacent à l'intérieur du pays afin de sensibiliser leurs collègues et le personnel paramédical sur l'épidémiologie et les signes caractéristiques du cancer de l'enfant. Ensuite, même si l'accès aux soins de qualité est primordial pour atténuer l'impact de ces pathologies invalidantes sur la vie des enfants, il n'empêche que les parents sont toujours contraints de s'acquitter de certains frais y afférents (en termes de transport, d'alimentation, mais également liés aux congés professionnels pour accompagner l'enfant dans le parcours de soins). Le manque de connaissance général au sujet des cancers pédiatriques couplés aux difficultés financières permettent de saisir pourquoi de nombreux parents retardent le plus longtemps possible les soins, y renoncent totalement ou consultent les tradipraticiens. Cela aggrave la maladie de l'enfant. De ce fait, la prise en compte de l'analyse de la capacité financière et des dépenses réelles des parents des enfants atteints par les maladies chroniques peut contribuer à apporter de nouveaux éclairages à la question de l'accès de ces enfants aux soins de qualité.

Un autre objectif de cette étude est de montrer les enjeux inhérents à la mise en œuvre d'une entreprise collaborative dans le contexte des soins du cancer au Mali. À ce sujet, nous avons remarqué que ce sont les normes institutionnelles, professionnelles, ainsi que les tensions liées à la dépendance à l'aide internationale, qui posent des problèmes dans la mise en œuvre des collaborations. Pour répondre aux besoins des malades, le niveau de collaboration et de coordination entre les services doit être renforcé dans la perspective de traiter des maladies souvent curables et de soulager au mieux les souffrances.

## Bibliographie

- ATLANI-DUAULT L., VIDAL L. (2013), « Le moment de la santé globale : Formes, figures et agenda d'un miroir de l'aide internationale », *Revue Tiers Monde*, vol. 3, n° 215, p. 7-13.
- BALIQUE H. (2011), « Le défi de la santé en Afrique subsaharienne et ses perspectives », in D. KEROUENDAN (dir.), *Santé internationale : les enjeux de la santé au sud*, p. 29-50.

- BASZANGER I. (1986), « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, vol. 27, n° 1, p. 3-27.
- BAXERRES C., LE HESRAN J.-Y. (2010), « Quelles ressources familiales financent la santé des enfants : les difficultés du recours aux soins pour traiter le paludisme en milieu rural sénégalais », *Tiers Monde*, vol. 202, p. 149-165.
- BOULLON F., FRESIA M., TALLIO V. (dir.) (2005), *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie*, Paris, CEA-EHESS.
- CHAVIN F., FARSI F., RAY-COQUARD I., PHILIP T. (1998), « Actualité et dossier en santé publique : dossier cancer », *Réseaux et Filières*, n° 25, p. 40-46.
- D'AMOUR D., GOULET L., PINEAULT R., LABADIE J.-F., REMONDIN M. (2003), *Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Centre Ferasi, Rapport d'étude.
- DIAKITE D. (2002), « Les défis du multilinguisme au Mali », *Recherches africaines*, Annales de la Faculté des lettres, langues, arts et sciences humaines de Bamako.
- DUJARDIN B. (1987), « Aide internationale : l'offre correspond-elle aux besoins ? » *Politique africaine*, n° 28, p. 65-80.
- GUINDO A. (2017), « L'hôpital pour de vrai ». *Une ethnographie de l'ordinaire d'un service de pédiatrie à Bamako (Mali)*, thèse de doctorat d'anthropologie sociale et d'ethnologie, Paris, École des hautes études en sciences sociales.
- IDA A. (2013), « L'enfant hospitalisé en Afrique de l'Ouest : Douleurs, soins, silences et sentiments », *Corps*, vol. 1, n° 11, p. 255-265.
- JAFFRE Y. (1991). « Anthropologie de la santé et éducation pour la santé », *Cahier Santé*, vol. 1, p. 406-414.
- JAFFRE Y., GUINDO A. (2013). « "On ne s'occupe pas assez d'eux". Anthropologie d'un dispositif de soins pédiatriques en Afrique de l'Ouest », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 37, n° 3, p. 157-177.
- KANE H. (2015), *Négocier la guérison du petit malade. Configurations d'enfance et accessibilité des soins à Nouakchott (Mauritanie)*, thèse de doctorat d'anthropologie sociale et ethnologie, École des hautes études en sciences sociales, Marseille.
- KANE H. (2017), « Configurations familiales et accès des enfants aux soins à Nouakchott (Mauritanie) », *Enfances Familles Générations*, En ligne, consulté le 30 juin 2018. URL : <http://journals.openedition.org/efg/1568>.
- LEMERLE J., BARSAOUI S., HARIF M., HIRECHE K., LADJADJ Y., MOREIRA C., ANDOH J., DOUMBE P., TOGO B., KAM L., RAFARAMINO F., PATTE C., TOURNADE M.-F., RAPHAEL M.,

- BOCCON-GIBOD L., MALLON B., RAQUIN M-A., MSEFER ALAOUI F. (2007), « Le traitement des cancers de l'enfant en Afrique. Travaux du Groupe Franco-Africain d'Oncologie Pédiatrique », *Medecine Tropicale*, vol. 67, p. 497-504.
- LEMERLE J., MSEFER-ALAOUI F., DOUMBE P., HARIF M.M., KHATTAB M., MOREIRA C., BARSOU S., BENCHEKROUN S., RAFARAMINO F., LADJADJ Y., BOUHASS R., MADANI M., RAQUIN M.A., MALLON B., AUPERIN A., TOURNADE M.F., PATTE C. (2005), « Le groupe franco-africain d'oncologie pédiatrique : bilan d'une première étape », *Archives de pédiatrie*, n° 12, p. 848-850.
- LEMOINE M., GIRARD P-M., THURSZ M., RAGUIN G. (2013) « Dans l'ombre du VIH/SIDA : les maladies oubliées de l'Afrique sub-saharienne. Quels enjeux sanitaires ? Quelle responsabilité des bailleurs de fonds ? », En ligne, consulté le 30 juin 2018. URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/792>.
- LIVINGSTONE J. (2012), *Improvising medicine: An African oncology ward in an emerging cancer*, Duke University Press.
- RICOSSE J.-H., HUSSER J.-A. (1982), « Bilan et avenir de la lutte contre les grandes endémies en Afrique occidentale francophone », *Cahiers d'études africaines*, vol. 22, n° 85-86, p. 145-168.
- TOGO B., TRAORE F., TOGO A.P., TOGO P., DIAKITE A.A., TRAORE B., TOURE A., COULIBALY Y., TRAORE C. B., FENNETEAU O., SYLLA F., DUMKE H., DIALLO M., DIALLO G., SIBIDE T. (2014), « Épidémiologie et pronostic des cancers pédiatriques », *Médecine et santé tropicales*, n° 24, p. 68-72.