

# LES ENJEUX ETHIQUES DES GESTES TECHNIQUES ET AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS DANS UN SERVICE DE PEDIATRIE AU MALI

**Abdoulaye Guindo, Ph D**

*Anthropologue, Maître-assistant, Faculté des Sciences Humaines et des Sciences de l'Éducation (FSHSE), chercheur associé à l'UMI Environnement, Santé, Sociétés 3189, [abloguindo@yahoo.fr](mailto:abloguindo@yahoo.fr)*

**Issa Diallo, Ph D**

*Sociologue de la santé, Maître-assistant, Faculté des Sciences Humaines et des Sciences de l'Éducation (FSHSE), [issosfr@yahoo.fr](mailto:issosfr@yahoo.fr)*

## Résumé

*Les gestes techniques représentent un élément essentiel des soins médicaux dans les hôpitaux et leur utilisation a connu une énorme croissance dans les services de pédiatrie ces dernières années. Cette situation est liée à la nature des pathologies pour lesquelles (paludisme, diarrhées, Infections respiratoires, Infections néonatales, méningites, etc.) les enfants soignés à l'hôpital. Notre travail postule que les pratiques médicales cachent des mécanismes sociaux. Il repose sur des enquêtes ethnographiques réalisées dans une unité pédiatrique à Bamako. Les résultats de l'étude mettent en évidence que la réalisation d'un geste technique est révélatrice des enjeux socio-économiques, technologiques et culturels. L'étude montre également que dans la plupart des cas les effets collatéraux, douleur, engendrés par les gestes techniques ne sont pas pris en charge. Toutefois, nous avons rencontré de nombreuses expériences innovantes et riches, qui démontrent qu'un contrôle efficace de la douleur est possible. La formation du personnel soignant à la prise en charge de la douleur est donc fondamentale pour faire évoluer les pratiques médicales.*

**Mots clés :** Gestes techniques, pédiatrie, douleur, anthropologie, Mali.

## Abstract

*Technology is an essential component of medical care in hospitals and its use has grown enormously in pediatric wards in recent years. This is linked to the nature of the pathologies for which (malaria, diarrhea, respiratory infections, neonatal infections, meningitis, etc.) children are treated in hospital. Our work postulates that medical practices hide social mechanisms. It is based on ethnographic surveys carried out in a pediatric unit in Bamako. The results of the study show that the realization of a technical gesture reveals socio-economic, technological and cultural stakes. The study also shows that in most cases the collateral*

*effects, pain, generated by technical gestures are not taken care of. However, we have encountered many innovative and rich experiences, which demonstrate that effective pain control is possible. The training of healthcare personnel in pain management is therefore fundamental to the evolution of medical practices.*

**Key words:** *Technical gestures, paediatrics, pain, anthropology, Mali.*

## **Introduction**

Ce que nous appelons geste technique correspond aux soins infirmiers qui comprennent tous les actes simples s'inscrivant dans la « *rubrique de l'ordinaire et des routines* » du personnel paramédical (Jaffré, Diallo, Atcha, & Dicko, 2009,). Il s'agit essentiellement des injections, des poses de perfusions, des pansements, etc. Ces gestes représentent un élément essentiel des soins dans les hôpitaux et leur utilisation a connu une énorme croissance dans les services de pédiatrie ces dernières années. Il s'avère difficile d'obtenir un décompte exact du nombre d'actes que peut subir un enfant malade. Toutefois, si nous prenons le cas des injections, l'OMS (2002) a estimé que sur les 1,5 injections que reçoit chaque habitant dans les pays en développement, les enfants hospitalisés peuvent en avoir 10 ou 100 fois plus. On dispose d'un ensemble de données, issues des statistiques ou de l'épidémiologie provenant du Système d'Information Hospitalier (SIH) pouvant expliquer cette situation. Tout d'abord, les enfants représentent la plus grande part des patients hospitalisés. Si l'on prend le cas du centre hospitalo-universitaire Gabriel Touré pour les années 2014 et 2015 sur les 18 050 et 26 360 usagers malades hospitalisés, 9 000 et 13 187 représentant respectivement 49,8 et 50,02 %, étaient des enfants (rapport d'activité, 2016). Les données épidémiologiques ont établi les maladies pour lesquelles les enfants sont admis à l'hôpital : paludisme grave (33,7%), déshydratation sévère par gastro-entérite (18,4%), les pneumopathies, les infections néonatales et la méningite, etc. Dans bien des cas, dans la prise en charge de ces pathologies, les pédiatres privilégient des traitements par voie intraveineuse ou intramusculaire. Il s'agit particulièrement des injections ou des perfusions. Sujets à fort pouvoir d'évocation médicale, ces deux gestes résument parfois à eux seuls l'expérience courante de l'hôpital pour les enfants.

Au Mali, la réalisation des gestes techniques est régie par les lois n°2017-033 du 14 juillet 2017 portant création de l'Ordre des sages-femmes du Mali et celle n°2017-034 du 14 juillet 2017 portant création de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Mali. Mais, au quotidien, tout ceci reste le plus souvent théorique ; en réalité ce ne sont pas tous les agents chargés de les mettre en œuvre qui ont le diplôme d'infirmier ou d'aide-soignant. En effet, les fonctions d'aide-soignant peuvent, par exemple, s'acquérir grâce aux réseaux de connaissance (Jaffré, 1999). Toutefois, la tendance à exercer cette fonction sans passer par l'école ne doit pas être interprétée uniquement sous l'angle du respect de normes médicales, mais appréciée également à partir d'autres critères comme celui de l'apprentissage informel. Ce concept désigne le système par lequel un jeune apprenant acquiert les compétences propres à un métier en travaillant aux côtés d'un chef (BIT, 2012). Si nous rapportons cette définition aux différentes tâches qu'exécutent les aides-soignants, injections, pansements, poses de perfusions, le modèle d'acquisition de nouvelles compétences pour ce corps est tout simplement assimilable à celui d'un apprenti mécanicien dans un garage automobile ou dans une menuiserie (Jaffré, 1999).

Certaines études en médecine ont questionné les conséquences de ces gestes. C'est le cas des travaux réalisés par L. Geuye (2005) ayant montré que l'injection intramusculaire reste, aujourd'hui, la cause principale des paralysies des jambes dans les services de santé. Dans l'analyse des causes, l'étude a identifié la non qualification des personnels ayant fait les injections et l'utilisation abusive de la quinine. Outre ces aspects techniques relevant de la santé publique, la réalisation de ces actes peut également engendrer d'autres dimensions relatives à la douleur et aux émotions. En effet, du point de vue des acteurs qu'ils soient soignants, enfants ou encore parents, ces gestes engagent des dimensions de douleur et des dimensions d'émotion. Certaines études anthropologiques ont montré que les douleurs engendrées par les soins sont peu prises en charge parce que le soignant pense traiter la maladie et non prendre en compte le corps de l'enfant en souffrance (Jaffré et *al.*, 2009 ; Ida, 2013). D'autres travaux se situant dans le même sillage que ceux cités (Guindo, 2017), ont montré à partir des observations que pour réaliser un geste technique certains soignants hésitent et dans bien des cas, ils ne savent pas

comment faire. Ce qui fait que dans certains cas, ils font le geste comme si le patient n'existait pas ; dans d'autres cas ils le font en transférant la responsabilité du geste thérapeutique à d'autres, simplement parce qu'ils vont souffrir du mal dont ils sont conscients de faire à l'enfant. Donc, cette question d'émotion qui régule en partie l'interaction entre soignants et soignés qui est une dimension importante pour améliorer la qualité des soins, n'est prise en compte dans aucun dispositif à l'interne dans les services de pédiatrie au Mali.

L'objectif de cet article est de contribuer à combler ce vide qui caractérise les recherches sur les pratiques infirmières et la qualité des soins dans les services de pédiatrie au Mali. Il prolonge les différentes réflexions sur « Maladie vécue et qualité des soins en Pédiatrie », mais s'intéresse plus spécifiquement aux dimensions socio-économiques, culturelles et émotionnelles que peuvent impliquer la réalisation d'un geste technique. Concrètement, il s'agit d'évaluer la qualité des soins dans les services de pédiatrie à travers deux questions principales : quelles sont les normes qui président à la réalisation des gestes techniques ? Quelles sont les modalités de prise en charge des effets provoqués par les gestes techniques ?

## **2. Méthodologie**

Ce travail s'inscrit dans le cadre d'une étude intitulée « Maladie vécue et qualité des soins en Pédiatrie » réalisée dans le cadre du programme de recherche Enfance, Soins et Pédiatrie en Afrique de l'Ouest (Enspedia). Dirigé par Yannick Jaffré, ce programme associe anthropologues et pédiatres de sept pays : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Togo. Mobilisant l'observation ethnographique, les entretiens approfondis et les études de cas, ce programme prend le parti de donner la parole aux enfants afin qu'ils évaluent à leur manière la qualité des soins qui leur sont prodigués (Jaffré, 2019).

### **2.1. Lieu d'enquête**

Les enquêtes ont été réalisées en pédiatrie 4 dans le département de pédiatrie du Centre Hospitalo-Universitaire Gabriel Touré (CHU GT).

La pédiatrie 4 relève de la pédiatrie générale. Elle forme avec la pédiatrie 1 et 2, les pavillons d'hospitalisation.

L'unité comprend trois grandes salles contenant 19 lits d'hospitalisation, deux salles servant de bureau dont un pour la pédiatre, chef de l'unité, et un autre pour le major. Quant au personnel, il se compose d'une pédiatre, de quatre étudiants en Certificat d'Étude Spécialisée en pédiatrie (CES), trois Faisant Fonction d'Interne (FFI), d'une technicienne supérieure de la santé, deux infirmières et d'un aide-soignant.

Concernant l'organisation des soins, chaque matin, après la visite médicale, les pédiatres prescrivent l'ordonnance du jour pour les remettre aux parents. Ces ordonnances sont généralement accompagnées des fiches de soins dans lesquelles les pédiatres décrivent le protocole d'administration des soins. Après le départ de l'équipe de pédiatres, les parents achètent les médicaments et attendent l'arrivée des infirmières pour la réalisation des soins.

## ***2.2. Déroulement des enquêtes***

L'étude a été réalisée avec l'accord des responsables de la pédiatrie et le consentement des personnes interrogées. Pour des raisons éthiques, les noms des enfants ont été modifiés. Les protocoles du programme ENSPEDIA ont fait l'objet d'une approbation par des comités scientifiques et éthiques des différents pays.

Les enquêtes ont été réalisées durant trois mois au sein de l'unité entre mai et juillet 2014. Combinant observation ethnographique et entretiens compréhensifs, ces enquêtes ont été complétées avec quatre nouvelles semaines d'investigations au mois de mai 2020.

Ce travail a ainsi permis d'établir vingt études de cas d'enfants malades subissant des gestes techniques. Ces patients, filles et garçons d'âges variés (7-15 ans) appartenaient à des familles disposant de moyens économiques contrastés. Nous avons observé les gestes techniques à partir des salles d'hospitalisations et la salle de soins. Ces observations ont été complétées par les entretiens réalisés dans la langue choisie par les différents interlocuteurs (français, bamanankan).

### 3. Résultats

#### *3.1. La réalisation d'un geste technique, une activité complexe*

Bourama est un garçon de 18 mois hospitalisé en pédiatrie VI pour une pneumopathie. Au cours de son séjour à l'hôpital, un paludisme est venu se greffer à sa pneumonie. Donc, les injections qu'il reçoit ce matin se situent dans le cadre du traitement de ces deux maladies. Ce matin, ses soins ont accusé du retard car ses parents qui devaient apprêter les produits avant le passage des infirmières n'y sont pas parvenus. Du fait du manque de ressources financières, le père a été obligé de prendre l'ordonnance pour aller en ville afin de chercher de l'argent pour acheter les produits et le matériel de soins. Parti dans les environs de 8h 30 mn, c'est finalement à 12h05 mn qu'il est revenu. À son arrivée la mère est allée appeler les infirmières pour la réalisation des soins de Bourama. L'extrait ci-dessous décrit le déroulement de cette séance de soins.

12h 30 mn – 2 infirmières rentrent dans la salle II pour réaliser les soins du jour de Bourama. Derrière elles, un aide-soignant pousse un chariot sur lequel est posé un plateau contenant de petits matériels de soins notamment un flacon d'alcool, du coton, un ciseau, du garrot, des pinces, etc. Après les salutations d'usage, la chef d'équipe, une infirmière, demande à la mère la fiche technique qu'elle lui remet.

Elle regarde la fiche technique et vérifie si la mère dispose de tous les produits : il s'agit d'une poche de sang, du Clamoxil 1 g, Genta 80 mg, Dexa 4 mg, perfalgan 1g, artesun et un cathéter G24.

Sur la fiche de soins, le protocole d'administration de chaque produit est précisé : sang en perfusion, le Clamoxil 1 g à réaliser en 2 doses séparées de 8 heures en intraveineuse directe (IVD), la Genta 80 mg à réaliser en Intraveineuse lente (IV), le Dexa 4 mg en IVD, le perfalgan 1g IVD à chaque 6 heures de temps, artesun en intramusculaire et la pose du cathéter G24.

12h 33 mn – Elle pose la fiche de soins sur le chariot et demande les produits à la mère : « Où sont les médicaments ? ».

La mère – analphabète et sous le coup de l'émotion, semble un peu perdue. Elle peine à trouver les sachets qui contiennent les produits. Au bout de quelques instants, elle se ressaisit et trouve un premier sachet qui contenait le sang. Elle le donne à la chef d'équipe.

L'infirmière - « As –tu mis de la glace sur le sang ? ».

La mère – Non.

Infirmière - En raison de la forte chaleur qui prévaut dans la salle pendant cette période de l'année, mois d'avril, supérieur à 40 degrés, l'infirmière estimant que le sang soit gâté veut sursoir à la transfusion sanguine : « Alors on ne va pas faire la transfusion, puisque le sang doit être gâté ». Elle poursuit le questionnement : « Où sont les autres médicaments ? »

La mère : « Pourtant mon mari a acheté tous les produits. Il me les a remis avant de repartir. » Les autres parents d'enfants malades, se trouvant dans la salle qui contient 4 grands lits suivent les échangent entre l'infirmière et la mère, commencent à se sentir mal à l'aise, puisque souvent les parents s'accusent mutuellement de vols de médicaments. De fait, sans pour autant être reprochée de quoi ce soit, la voisine d'en face de la mère de Bourama, se lève et essaie de voir sur son lit si les produits perdus étaient déposés par hasard, mais il n'était rien de tout cela.

12h 40 mn – La chef s'impatiente et déclare : « Tu vois, tu nous as fait perdre notre temps. Tu veux qu'on soigne ton enfant alors que tu n'as pas de médicaments. Nous allons partir, quand tu vas retrouver les médicaments, tu viens nous appeler. ».

12h 47 mn –Avant de repartir, elle décide de recueillir l'avis d'un CES sur la qualité du sang à transfuser. Ce dernier, ne disposant pas de matériel lui permettant d'apprécier cela se

contente de demander à la mère : « Quand est-ce qu'on t'a remis la poche de ce sang ? » La mère répond : « Ce matin ». Il dit, « C'est bon, vous pouvez transfuser le sang » et s'en va.

12h 50 mn – La mère a profité de ce temps d'absence de l'infirmière pour réunir ses « nerfs » et retrouve enfin les autres médicaments. Soulagée, elle les remet à la chef.

12h 55 mn – L'infirmière (chef de l'équipe) prend le sachet mais n'échange aucune parole avec la mère pour manifester sa colère. Elle appelle ses collègues pour préparer l'opération.

Elle porte une paire de gants, les autres n'en portent pas parce qu'il n'y avait pas pour tout le monde, et sort tous les produits et les matériels un à un pour les poser sur le chariot. Ensuite elle procède à la répartition des tâches. Ainsi, elle charge l'autre infirmière de s'occuper du matériel. Cette dernière accroche la poche de sang sur la potence et raccorde le perfuseur, ensuite elle sort le cathéter. Après, elle prend une seringue pour charger la solution d'Artesun pour l'injection intramusculaire. Pour ne pas mélanger cette seringue des autres, elle la met sur le lit et après elle charge une autre seringue de perfalgan. L'aide-soignant dilue le Dexa dans l'eau distillée et le charge dans une seringue. Elle-même s'est occupée à charger les 2 autres médicaments, la clamoxil et la Genta, dans 2 seringues. Pendant ce temps, la mère arrêtée à côté, les observe silencieusement.

12h 58 mn – pose du cathéter : Étant la plus expérimentée, la chef s'en charge. Elle attache le garrot sur l'un des bras de Bourama et demande à son collègue, homme, de bien prendre l'enfant pour éviter les mouvements. Elle demande à l'enfant de fermer son poignet et tape sur le dos de la main pour rendre les veines plus visible, puis elle prend un morceau de coton imbibé d'alcool pour nettoyer le dos de la main et pique. Bourama sursaute et pleure. Elle demande à son collègue de bien le maintenir et puis elle ouvre la fermeture du cathéter pour voir si le sang coulait dans le cathéter, mais ce n'était pas le cas, signifiant ainsi que le dispositif n'était pas placé sur une

veine. Elle essaie de faire tourner l'aiguille à l'intérieur de la peau de l'enfant, mais le sang ne venait toujours pas. Finalement, elle retire l'aiguille et pique sur une autre veine non loin du premier lieu où elle avait piqué. Elle ouvre le cathéter et le sang coule à l'intérieur : « c'est bon » s'exclame-t-elle. Elle prend du sparadrap et immobilise de dispositif. L'enfant continue à pleurer sous les yeux de sa mère qui ne peut intervenir.

13h 01 mn – Administration des produits. L'aide-soignant maintient toujours l'enfant, celle qui a posé le cathéter administre les produits et l'autre infirmière qui est restée à côté du chariot se charge de donner les seringues chargées à sa collègue. Celle qui est chargée d'administrer les produits ouvre le cathéter et place le bout de la seringue pour administrer les produits un à un. Ce fut d'abord, le perfalgan, puis la clamoxil, ensuite la dexta pour finir avec la Genta. Comme il était demandé d'administrer la Genta en IV lente, lors de l'administration de ce produit l'infirmière observa deux petites pauses de quelques secondes. L'injection intramusculaire a été réservée en dernière position. Comme ce fut avec la pose du cathéter, elle a d'abord nettoyé la cuisse de l'enfant avec la solution de coton avant de piquer. Bourama qui avait commencé à se taire, explose de cris. En 3 secondes le produit est administré. On met un tampon sur la zone piquée. Après l'injection, elle branche le perfuseur au cathéter pour la transfusion sanguine.

13h 07 – Fin des soins. L'équipe se retire. La mère vient auprès de son enfant qui pleure et torpille son sexe. Assise, elle met Bourama au sein. Il tète et arrête de pleurer, mais visiblement il avait encore de la douleur car il tétait les yeux fermés et ses mains carrément agrippées sur les seins de sa mère.

Pressée, l'équipe a oublié les conseils à donner à la mère. En effet dans le cadre du conditionnement, il était demandé à la mère de laisser l'enfant dans une position demi-assise et de fractionner les repas. Mais l'équipe a quitté la mère sans réaliser cette activité. Nous nous en chargeâmes.

13h10 mn – Nous prenons congé de Bourama en le laissant sous transfusion sanguine.

Observation, mai, 2014.

Cette scène qui a concerné Bourama, comparable à la plupart des scènes auxquelles nous avons assisté, montre que la réalisation des injections et la pose de perfusion s'inscrivent dans un champ plus vaste qui touche, aux facteurs socio-économiques, technologiques et culturels.

### ***3.2. Les facteurs socio-économiques***

Pour réaliser les soins, la disponibilité des produits et du matériel de soins est nécessaire. Mais, dans la réalité, rares sont les parents d'enfants qui arrivent à les mobiliser aux heures indiquées dans les protocoles de soins. La raison majeure, même si souvent les médicaments et matériels de soins peuvent manquer dans la pharmacie hospitalière, de cette situation est financière comme le souligne ce pédiatre :

« Rares sont les parents qui peuvent acheter trois ordonnances de suite. Nous avons en gros un problème d'observance des traitements que nous prescrivons. Généralement après les deux premiers jours d'hospitalisation les parents s'essoufflent financièrement. Imagine-toi, tu prescrites une ordonnance le matin, et les parents te diront que l'argent va quitter Bamanba [une ville située plus 120 Km de Bamako] pour qu'ils payent. Donc, les traitements qui devraient être réalisés le matin ne le seront que, si tu as la chance, vers 16 h. Entre temps la maladie évolue. Cela rallonge non seulement le séjour du malade à l'hôpital et peut même amener les complications. » (Interne en pédiatrie, mai, 2014).

Cet extrait n'ayant pas besoin d'un long commentaire montre à la fois l'importance des ressources financières dans les soins et comment son manque peut déconstruire la profession médicale et impacter négativement sur la santé du patient.

Cet obstacle financier constitue l'un des plus grands soucis des chefs de ménages quand un membre de la famille tombe malade. D'où, la question : comment augmenter, tout en améliorant la qualité des soins, le taux de couverture sanitaire pour l'ensemble du corps social ? Plusieurs stratégies sont mises en œuvre. Il s'agit d'abord des législations favorables à la création de systèmes de solidarités institutionnelles. La Loi n° 96-022, du 14 décembre 1995, régissant la mutualité en République du Mali et celle n° 09-015 du 26 juin 2009 portant institution d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) s'inscrivent dans ce cadre. Ces cadres organiques ont permis la création des mutuelles de santé et de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM). En termes de résultats, même si ces deux systèmes n'offrent pour le moment qu'une faible couverture sanitaire aux populations, elles ont, en revanche, le mérite d'avoir mis à jour la liaison entre le système de solidarité institutionnelle et la santé.

Outre ces conséquences directes, cette situation financière implique également des conséquences indirectes. En effet, c'est connu que si officiellement les traitements sont continus au niveau des hôpitaux, dans la pratique les infirmières ont arrêté des heures fixes, en tout cas au niveau des pavillons, pour les réaliser. C'est ainsi que les matins, elles les réalisent entre 9h et 10h, juste après la visite médicale, et les après-midi entre 16h et 17h avec les équipes de garde. Au-delà de ces heures indiquées, ces agents veulent disposer des « temps pour soi ». Ces « temps pour soi » sont mis à profit par certaines infirmières pour mener des activités lucratives afin de compléter les salaires du mois. C'est le cas d'A.T. qui vend dans l'enceinte de l'hôpital des parfums, des chemises d'hommes et des bijoux de femmes :

« Aujourd'hui tout le monde sait que le salaire des agents de santé est bas et les dépenses sont énormes. Le revenu de l'homme seul ne suffit plus pour couvrir toutes les dépenses. Dans ce cas, nous sommes obligés de contribuer. C'est pourquoi je mène cette activité. J'ai une cousine en France qui envoie des marchandises. Il y a les parfums, les bijoux, les chemises. Je les amène ici pour les placer à crédit. À la fin du mois, je recouvre les crédits et je prends mes bénéfices et

rembourse le propriétaire des marchandises » (Une infirmière d'État, mai, 2014).

Comme A.T., M.S, bénévole, vend des jus de « bissap » et de gingembre :

« Je ne suis pas encore mariée, donc je suis en train de constituer mes trousseaux de mariage. Mon salaire ne suffit pas. C'est ma mère qui prépare les jus et le matin en venant à l'hôpital je les apporte pour les vendre. C'est très bon. » (Infirmière premier cycle, juin, 2014). On peut ajouter à ces deux types d'activités la vente de médicaments et de petits matériels de soins comme les cathéters et les seringues. C'est ce que fait M.D. :

« Moi je suis le seul soutien de ma famille. Mes parents sont à la retraite. Je fais tout ça pour leur apporter quelque chose à la fin du mois. Je sais qu'il est interdit de vendre les médicaments dans l'enceinte de l'hôpital, mais que faire ? On n'a pas le choix. S'ils veulent lutter contre ça, il faut qu'ils augmentent nos salaires. » (Une infirmière premier cycle, juin, 2014).

Sans aller jusqu'à l'exhaustivité, le but de l'exercice de ces activités au-delà de celui avoué, contribue à payer les tontines dans lesquelles sont engagées la plupart des infirmières. Créées pour s'entraider, les tontines sont des groupements de femmes généralement formés en fonction des proximités sociales (ressortissants d'une même famille, quartier, village, etc.) ou souvent professionnelle (ayant fréquenté la même école ou travaillant dans un même service, etc.). Ainsi, à la fin de la journée, chaque membre du groupement cotise une somme allant de 1 000 à 5 000 F CFA, pour les remettre à l'une des membres.

Dans ce contexte que nous venons de décrire si une mère d'un enfant malade, pour une raison ou une autre accusait du retard dans l'achat des médicaments et venait à appeler une infirmière pour réaliser les soins de son enfant en dehors des heures « indiquées », elle doit affronter leur colère. C'est ce qui est arrivé à la mère de Bourama. On se souvient, lorsque cette mère est venue les appeler après 12h00 mn pour réaliser les soins de son enfant, cela été considéré par les infirmières comme un dérangement. Les suites des événements nous

l'ont prouvé, car, il s'en est fallu de peu, le temps mis par la mère pour retrouver les médicaments, pour que la chef d'équipe se mette en colère. Cette colère qui s'est manifestée par le silence, n'a pas favorisé l'échange d'une part, entre la mère et les membres de l'équipe et d'autre part, entre l'équipe et Bourama. Or, il est prouvé que le silence du professionnel de santé dans les moments de réalisation des soins douloureux traduit bien souvent une prise en charge insuffisante de la douleur (Pédiadol, 2006). Ensuite, au moment de l'administration des soins il était indiqué d'effectuer la Genta en intraveineuse lente. Pour avoir approché un pédiatre à ce sujet, le temps requis pour effectuer une injection intraveineuse lente va de 15 à 30 mn. Mais, au cours des soins, l'infirmière en charge, avait juste observé deux pauses de quelques secondes pour l'administrer. En complément de cette question de faible observance on peut rappeler également que les soins liés au « conditionnement » de l'enfant a été oublié par les infirmiers. Ce travail de conditionnement qui est loin d'être négligeable pour le confort de l'enfant, est resté invisible pour deux raisons simples, nous semble-t-il. Premièrement, parce qu'il ne relève pas d'un savoir formel et ensuite il ne nécessite pas comme les autres soins infirmiers l'usage d'un instrument. D'ailleurs, la preuve existe aujourd'hui que les infirmières préfèrent les gestes techniques qui nécessitent l'usage d'un instrument par rapport à ceux relationnels (Mercadier, 2008). En effet, même si cela est à relativiser pour le cas des enfants, le contact au corps dénudé éveille toujours les sens (désir, dégoût, etc.). Pour se mettre à l'abri de ces affects lors de la réalisation des gestes comme le lavage, les soignants préfèrent garder le silence. Or, il est connu que le silence accentue l'impact émotionnel. Inversement, les autres gestes techniques comme les injections, les ponctions, etc., peuvent se réaliser en instaurant un dialogue avec le sujet porteur qui est sensé atténuer l'impact émotionnel (Bilhaut, 2007).

Tous ces exemples montrent comment les obligations sociales peuvent bousculer « les chaînes gestuelles techniques » (D'Alessandro, 2012).

### ***3.3. Les facteurs techniques : le bénéfice d'une technologie adaptée aux soins***

Établir une corrélation entre les matériels d'injection et la qualité des soins soulève deux questions, celle d'opportunité et de menace. Par

rapport à la première, si l'on prend le cas de l'utilisation du cathéter dans les soins infantiles, on peut dire qu'il permet de réduire de manière significative le nombre de gestes invasifs comme les injections. Le cas de Bourama peut dans ce cas nous servir d'exemple. En effet, on l'a vu, Bourama qui devrait avoir six piqûres d'aiguilles n'en a finalement reçu, grâce au cathéter, que deux : la pose du cathéter et l'injection à la cuisse. De ce point de vue, même si, souvent la pose d'un cathéter peut nécessiter beaucoup de piqûres plus particulièrement chez les enfants déshydratés, son adoption dans le dispositif de soins a constitué une opportunité pour les enfants et les professionnels de santé. Toujours pour l'enfant, aux yeux de certains professionnels de santé comme D<sup>r</sup> A.D, pédiatre, le matériel avec lequel on doit travailler doit être adapté à la cible : *« pour réaliser un prélèvement de sang chez un enfant, il est préférable d'utiliser une épicroânienne, mieux adaptée aux veines des enfants qu'une seringue de gros calibre. »*

Prise d'une veine au moyen d'une aiguille épicroânienne dans le laboratoire du CHU GT, mai 2020.



L'adaptation du matériel, signe supplémentaire pour amoindrir la douleur de l'enfant lors des soins a été également souligné dans le livre de Pédiadol (Réseau Francophone de Soins Palliatifs Pédiatriques).

Si les matériels d'injection peuvent constituer une opportunité, ils peuvent aussi engendrer des risques d'infections nosocomiales dus à l'hygiène du milieu.

En effet, dans ces pavillons, plusieurs enfants de tout âge et porteurs de pathologies différentes sont hospitalisés ensemble. Certaines de ces maladies sont contagieuses. Les matelas posés sur ces lits sont sans couverture en plastique. Par conséquent, le fait que certains enfants malades urinent dessus et les aliments liquides versés par les mères en donnant à manger aux enfants font dégager aux matelas une certaine puanteur. Ces matelas constituent ainsi de véritables nids de microbes.

Dans une telle perspective, on peut imaginer les risques encourus par des enfants couchés à deux voire trois pour certains dans ces lits. Pour les enfants porteurs de cathéter, ces risques infectieux peuvent davantage se multiplier. Certains pédiatres sont conscients de la situation et n'hésitent pas à conseiller les parents d'enfants hospitalisés pour la malnutrition : « *« si l'enfant n'est pas malade, moi je préfère le suivre à la maison en donnant des conseils nutritionnels aux parents que de venir le mettre dans un hôpital infestés de microbes. Et, les infections contractées à l'hôpital sont très difficiles à traiter avec les antibiotiques.* D<sup>r</sup> B.T., pédiatre, avril, 2014. » Ce risque infectieux qui est réel et craint par ce pédiatre a été souligné par plusieurs travaux. En 2003, les travaux de Y Jaffré (2003) avaient montré que les trois hôpitaux nationaux du Mali que sont l'Hôpital Gabriel Touré, Hôpital du Point G et l'hôpital de Kati) étaient infestés de nombreux micro-organismes tels que les Cocci gram et bacilles gram. Dans cette étude, l'auteur n'a pas manqué de rappeler ce que le pédiatre avait évoqué notamment que ces microbes étaient forts dangereux puisqu'ils sont habituellement résistants aux antibiotiques et antiseptiques. D'autres études plus récentes notamment celle D'Alessandro, (2012), ont estimé que 10 à 30% des enfants hospitalisés sont victimes de ces genres d'infections (D'Alessandro, 2012). Mais, jusqu'à présent, à part les déclarations d'intention, rares sont les actions précises posées par les autorités sanitaires en vue d'endiguer ce phénomène.

Si de nos jours, il ne fait aucun doute que le recours à une technologie adaptée peut participer à l'amélioration de la qualité des soins dans les services de pédiatrie, leur accès et l'environnement dans lequel ils sont utilisés peut poser d'énormes problèmes.

### **3.4. Les facteurs culturels**

Lors de nos observations, nous avons constaté à plusieurs reprises qu'il y avait une sorte de « marquage social des lieux » à l'hôpital. Ce marquage social se manifestait à travers la répartition des travaux selon le sexe. Ainsi, pour la plupart du temps ce sont les infirmières qui réalisaient les poses de cathéter et de perfusion. Mais, nous avons constaté que chaque fois que ces dernières rencontraient des difficultés pour se faire obéir par un enfant ou ses parents elles sollicitaient l'intervention de leurs collègues hommes. Cette façon de faire tient aux

rôles sexués tels que construits dans la société malienne. Ces rôles sexués se constatent au niveau des familles à travers la place d'éducatrice qu'occupe la femme et celle de pourvoyeur et d'autorité de l'homme.

On peut rapprocher cette division de travail observée au sein des familles au partage de fonction entre hommes et femmes dans les relations de soins dans les hôpitaux. Le cas de Mamoutou, un garçon de 8 ans, venu avec sa mère, pour recevoir des soins contre le paludisme en illustre parfaitement.

9H30. Mamoutou est hospitalisé dans la salle 4. Le pédiatre vient et interroge la mère de l'enfant.

Pédiatre : qu'est-ce qui s'est passé ?

La mère: il vomit tout ce qu'il mange

Pédiatre: depuis quand ?

Mère: depuis hier soir ?

Pédiatre: est-ce que tu lui donné des médicaments ?

Mère: non.

Pédiatre : Ton enfant est pale, il a besoin du sang. Je dois te prescrire une poche de sang que tu dois aller chercher au Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS).

La mère, ne peut aller, car, elle vient de Baguineda, 35 Km de Bamako, et elle est seule.

Pédiatre : où est son père ?

Mère : il est parti au travail. Il refuse de m'accompagner dans le suivi de l'enfant.

Pédiatre : d'accord.

Elle appelle une infirmière pour effectuer un prélèvement de sang à l'enfant.

L'infirmière vient et essaie 3 fois, sans succès. C'est au 4<sup>e</sup> essai qu'elle parvint finalement.

Après, le retrait de la seringue, Mamoutou se tord de douleur.

Pédiatre : On va lui faire un prélèvement nasal avec une tige dont le bout est enrôlé de coton.

Mère : je suis d'accord.

L'infirmière prépare le matériel et s'approche de l'enfant. Elle demande à l'enfant de se mettre sur le dos. L'enfant s'exécute. Mais quand elle veut mettre la tige dans le nez de Mamoutou, il refuse.

L'infirmière, sort de la salle et part chercher un infirmier.

Ce dernier arrive, menace l'enfant : « si tu refuses je vais te piquer avec cette seringue ». Pour dissuader l'enfant, il prend une seringue et se dirigea dans la direction de l'enfant. Mamoutou cria et dit : « j'accepte, j'accepte, ... ». L'infirmière sourit, effectue son prélèvement sous le regard vigilant de son collègue ».

Après cette menace, l'infirmière veut administrer un produit antidouleur à l'enfant à travers le cathéter. L'enfant pleure et refuse catégoriquement. Pour le convaincre, elle montre la seringue à Mamoutou en disant : « regarde, j'ai enlevé l'aiguille qui pique de la seringue. Je vais juste ouvrir le cathéter et brancher ce bout pour administrer le médicament. Tu verras qu'après cela tu auras moins mal ». Cette explication ne rassure pas l'enfant qui continue à pleurer en disant « ça va me faire mal ».

9h45. Sa mère intervient : Mamoutou, regarde, il n'y a pas d'aiguille sur la seringue. Elle va juste mettre un produit. Ça ne te fera pas mal. Calme-toi.

Il se calme et l'infirmière administre le produit.

Observation, Juin, 2014.

Chaque jour, lors des soins, plusieurs enfants comme Mamoutou subissent ces genres de terreurs de la part de certains agents de santé. Cette façon de se comporter envers l'enfant dans le contexte des soins

douloureux peut générer deux effets négatifs majeurs. Le premier est relatif à la construction de l'image du soignant par les enfants. À ce sujet on l'a vu avec Mamoutou comment les attitudes de certains soignants peuvent être contre-productives à la construction de la qualité des soins. Pour rappel, on se souvient, que lors des 3 premiers essais l'enfant n'avait pas pleuré. Donc, le comportement que l'infirmier a tenu a certainement dû traumatiser l'enfant, au point d'inculquer en lui une peur de l'aiguille. Cette figure dévalorisante du soignant en captant l'attention de l'enfant le contraint à ne pas regarder ailleurs. La conception que les enfants ont de l'hôpital comme un lieu hostile peut s'expliquer également par des attitudes de ce genre.

Quand les enfants reviennent à la maison, les adultes utilisent cette expérience douloureuse que l'enfant a vécue à l'hôpital sous forme de chantage pour se faire obéir. Les propos très rependus et couramment utilisés par les adultes du genre « *si tu n'arrêtes pas de faire cela je vais t'emmener à l'hôpital et le « dogotoro »<sup>1</sup> va te piquer avec une grosse aiguille* », se situent dans ce cadre. Cette façon d'utiliser les effets qu'engendrent ces gestes sur les enfants sous forme de menaces pour se faire obéir peut, en plus de ce que nous avons évoqué plus haut, développer chez l'enfant une phobie des soins. Même si certains soignants estiment qu'ils sont là pour soigner les enfants. Dans la réalité, « ce » « nous sommes là pour les soigner », très souvent, les adultes ne le disent pas aux enfants quand ces derniers tombent malades ou au moment de les administrer des soins à l'hôpital.

Ces violences répétées et inutiles que nous observons dans les relations de soins et dans la pratique des professionnels de santé ne sont pas sans rappeler celles dont parlent Jaffré, Diallo, Atcha, & Dicko, 2009. Dans une certaine mesure, elles nous font revivre également les attitudes que les adultes adoptaient devant les enfants lors des rites de passage comme la circoncision (Bâ, 1992, ).

De nos jours, avec l'insuffisance que l'on connaît de l'approche culturaliste à rendre compte de certaines réalités sociales, nous

---

<sup>1</sup> Ici, ce mot englobe toutes personnes réalisant des actes biomédicaux (prescriptions, injections, perfusions, opération chirurgicale etc.).

estimons que l'effort médical malien et très largement africain gagnerait à remettre en cause ces violences pour s'inscrire dans une approche dynamique ; car nous estimons qu'il faut imaginer le monde tel qu'il est et non tel qu'il fut.

S'il est vrai que dans la plupart des cas les infirmières ne ménagent pas les enfants lors des soins dans le service de pédiatrie, il n'en demeure pas moins que certaines notamment celles qui savent bien que l'acte de soin doit être exempt de terreur, s'y prennent autrement. Pour ces dernières, réaliser une injection avec une menace revient à mettre à l'écart une bonne partie des enfants dont beaucoup sont craintifs par nature. On se souvient des propos d'une infirmière affirmant, que dans certains cas, il suffit juste de voir une blouse blanche pour que les plus craintifs se mettent à crier. Pour éviter toutes ces situations, certaines infirmières adoptent des attitudes respectueuses envers les enfants. La relation de soin que M.D., une infirmière, a eu avec Fatou, une fille de 4 ans, devant subir un prélèvement de sang, illustre les effets qu'un bon accompagnement de la part d'un adulte peut avoir.

7h 30 mn – Fatou est hospitalisée en pédiatrie 4 depuis 3 jours. La veille elle a fait une fièvre, le FFI qui la suit, soupçonne un paludisme et a prescrit une goutte épaisse pour confirmer son hypothèse.

7h 35 mn – Sa mère part au laboratoire pour chercher un tube.

7h 40 mn – à son retour, elle négocie avec M. D., une infirmière venant d'une autre unité, de réaliser le prélèvement de Fatou. À son arrivée, M.D., très souriante, s'approche de la fille établi une relation avec la fille :

M.D. – Elle caresse le bras de Fatou et lui pose la question : « Comment t'appelles-tu ? ».

Fatou – « Je m'appelles Fatou »

M.D. – « Très bien, où sont tes parents ? »

Fatou – « Voici ma mère et papa est à la maison ».

M.D. – « Ok, Fatou, je vais te soigner et comme ça tu vas rentrer à la maison pour voir papa ».

Fatou – « D'accord ».

M.D. – Demande à la mère de Fatou de chercher une aiguille épicroânienne en lieu et place de la seringue 5 cc prescrite. La mère envoie un de ces neveux à la pharmacie pour payer le dispositif.

7h 50 mn – Le neveu revient avec le matériel. M.D. appelle Fatou à venir s'asseoir auprès d'elle et lui tendre sa main. Elle s'exécute. Elle saisit un garrot et attache au niveau du poignet de Fatou et tâte sur le dos de la main pour rendre les veines plus visibles. Ensuite, elle prend l'aiguille et dit à Fatou « Je vais te piquer Fatou, mais tu n'auras pas très mal. Si ça te fait mal, tu me diras après, comme ça je vais essayer de faire mieux la prochaine fois. Es-tu d'accord ? »

Elle fait un mouvement de tête, avant, arrière, pour lui signifier qu'elle était d'accord. Ainsi, elle enfonce l'aiguille dans une veine et recueille du sang dans le tube, elle regarde le niveau du tube et une fois qu'elle jugea le niveau bon, elle arrête. Elle prend un morceau de coton imbibé dans une solution aseptique et le pose sur la partie piquée et retire l'aiguille d'un trait. Puis, elle s'adresse à Fatou : tu peux te lever. Bravo, Fatou. Est-ce que ça t'a mal. Non, répond Fatou.

8h 00 mn – M.D., repart avec le prélèvement au laboratoire en laissant Fatou avec sa mère.

Observation, mai, 2020.

On le voit, le comportement de cette infirmière contraste avec celui de la plupart de ces collègues. Cette façon d'impliquer les enfants lors des séances d'injection sécurise les gestes. De nombreux pédiatres ont compris l'importance de ce principe, qui cherche à faire des parents et des enfants un partenaire de soins (Lachat, 2009). Ne serait-il pas indiqué que l'on tienne compte de ce principe dans les services de pédiatrie en Afrique afin de mieux réduire la souffrance des soins ? Outre cette sécurisation, elle permet d'atténuer la douleur de l'enfant car « *quand tu dis à quelqu'un que, tu vas le piquer et que cela ne le fera pas mal,*

*tu mets la personne en confiance. Après, c'est à toi de bien t'appliquer pour honorer cet engagement* », Nous a confié M.D, infirmière.

#### **4. Discussions des résultats : À la recherche des référents en qualité des soins**

L'attitude respectueuse que l'infirmière M.D a eue à l'égard de Fatou nous intéresse. Mais, les infirmiers ayant ces genres d'approches de soins ne sont pas nombreux dans les services de pédiatrie. Elles sont isolées, souvent découragées et le plus souvent invisibles. Dans le débat au sujet des réformes du système de santé en Afrique, qui s'est particulièrement intensifié ces dernières années, l'anthropologie a fourni des concepts analytiques allant à celui des « réformateurs » (Olivier De Sardan, 2017) au « référents en qualité de soins » (Jaffré, 2019). A la suite de ces auteurs, nous pouvons considérer les infirmières comme MD des réformateurs sur lesquels on peut s'appuyer pour engager de véritables innovations. C'est ce que fait le programme ENSPEDIA en organisant des journées scientifiques et des ateliers techniques à l'intention des professionnels de santé et des chercheurs. Les participants, composés de chercheurs pluridisciplinaires, de responsables des services de pédiatrie et des agents de santé, étaient venus de plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest (Sénégal, Mali, Burkina Faso, Bénin, Togo) et du Cameroun. L'objectif de ces travaux consistait à former des « référents qualité des soins » autour de l'amélioration de la prise en charge de l'enfant et de la prise en charge de sa douleur et de ses souffrances. »

Pour ce faire, ENSPEDIA a fait appel à l'expérience de PEDIADOL en mobilisant certains de ses membres dont D<sup>r</sup> Elisabeth Fournier-Charnière, Claire Dorin et Christine Berlemont. Deux agents de santé maliens notamment une pédiatre et un médecin ont suivi ces formations en plus des deux anthropologues, travaillant sur ces questions. Sur le plan quantitatif, la formation de deux soignants peut paraître insuffisante pour un pays. Mais, rappelons une fois de plus que l'objectif d'ENSPEDIA consiste, comme cela s'est fait en France, de s'appuyer sur un noyau de soignants pour diffuser les bonnes pratiques en matière de soins infantiles.

## Conclusion

La réalisation d'un geste technique est révélatrice des enjeux socio-économiques, technologiques et culturels. Du point de vue professionnel, le manque par exemple des ressources financières des parents peut avoir des effets négatifs sur le suivi du malade ainsi que sur l'identité du soignant. Les résultats de l'étude ont montré que la réalisation d'un geste technique reste très hétérogène à l'intérieur d'une même unité de soins. Dans la plupart des cas, les effets collatéraux, douleur, engendrés par les gestes techniques ne sont pas pris en charge. Toutefois, nous avons rencontré de nombreuses expériences innovantes et riches, qui démontrent qu'un contrôle efficace de la douleur est possible. Dans une certaine mesure, c'est cela qui a permis aux pays occidentaux d'ouvrir un débat sur la douleur (Baszanger, 1995). Concernant les enfants, ces débats ont eu deux mérites, celui de bousculer les conceptions traditionnelles de la médecine vis-à-vis de la douleur et implémenter à la suite de cela, des dispositifs pour l'évaluer et des protocoles pour la traiter. Dans cette perspective, si nous prenons le cas de la France où les méthodes, les technologies et la documentation utilisées peuvent inspirer les pays d'Afrique francophones, les travaux des pédiatres (Gauvain-Piquard & Meignier, 1993 ; Annequin, 2002 ; Fournier-Charnière 2007 ; Carbajal, 2008) ont largement contribué à la reconnaissance de la douleur chez l'enfant ainsi que sa prise en charge. Outre ces œuvres individuelles, l'Association pour le traitement de la douleur de l'enfant (ATDE-Pédiadol), a rédigé un ouvrage (*La douleur de l'enfant : stratégies soignantes de prévention et de prise en charge*) qui est paru en 2003. L'un des éléments nouveau que les travaux de ces auteurs ont apporté et dont notre étude veut s'inspirer est d'avoir démontré que les changements intervenus dans la prise en charge de la douleur des enfants en France s'inscrivaient dans les actions individuelles : « *Il apparaît nettement que ces changements ont généralement été insufflés par une personne, médecin ou cadre infirmier, qui, du fait d'une formation spécifique ou d'une expérience professionnelle, a entrepris de changer les attitudes face à la douleur dans le service* » (Bloch & al. (1998).

La formation du personnel soignant à la prise en charge de la douleur est donc fondamentale pour améliorer la qualité des soins. Dans cette perspective, nous estimons que l'approche adoptée par ENSPEDIA notamment la constitution d'un noyau de soignants pour diffuser les bonnes pratiques en matière de soins infantiles peut être payante.

## Bibliographie

- Annequin Daniel.** (2002). *La douleur chez l'enfant*, Paris, Masson.
- ATDE Pédiadol,** (2006), *La douleur de l'enfant : stratégies soignantes de prévention et de prise en charge.* [En ligne],. [www.pediadol.org](http://www.pediadol.org)
- Bâ Amadou Hampâté,** (1992). *Amkoullel, l'enfant Peul. Mémoires.* Avignon: Coédition: Actes Sud - Labor - l'Aire.
- Baszanger Isabelle,** (1995). *Douleur et médecine, la fin d'un oubli.* Paris: Seuil.
- Bilhaut Anne-Gaël,** (2007). Les mots du corps : une ethnographie des émotions des soignants en cancérologie, *Ethnographiques.* Org Numéro 14, [en ligne]. <http://www.ethnographiques.org/2007/Bilhaut.html>
- Bloch Juliette, Spira Raphaël, Gloaguen Elizabeth, Goldman Stéphane, Pawlotsky Françoise, Sznajder Marc, Annequin Daniel.** (1998). *Enquête nationale sur la prise en charge de la douleur de l'enfant dans les établissements de court séjour,* [en ligne.] <https://pediadol.org/enquete-nationale-sur-la-prise-en-charge-de-la-douleur-de-lenfant-dans-les-etablissements-de-court-sejour/>
- Bureau Eve, et Hermann-Mesfen Judith,** (2014), « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 8 | URL: <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1342>
- Bureau International Travail, (2012), L'amélioration de l'apprentissage informel en Afrique. Un guide de réflexion, Département des compétences et de l'employabilité du BIT
- Carbajal Ricardo., Rousset André, Danan Claude, Coquery Sarah, Nolent Paul, Ducrocq Sarah, Bréart, Gérard,** (2008), Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. *AMA*, 300 (1), 60-70.
- D'Alessandro, Eugénie,** (2012). Prévenir le risque infectieux à l'hôpital ? . *Anthropologie & Santé.* [En ligne], 4 | 2012, mis en ligne le 28 mai 2012, consulté le 07 avril 2017. URL:

<http://anthropologiesante.revues.org/835>;  
10.4000/anthropologiesante.835

DOI:

**Fournier-Charrière, Élisabeth.** (2007). La douleur laisse-t-elle des traces chez le bébé? *Spirale*, 2(42), 34-48.

**Gauvain-Piquard Annie et Meignier Micher,** (1993), *La douleur de l'enfant*, Paris: Calmann-Lévy.

**Gueye Lamine,** (2005), La sciatique iatrogène : Ces injections qui paralysent- *Le sud - Sénégal* – Source.  
<http://www.sudonline.sn/social.php>

**Guindo Abdoulaye,** (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 (EHESS).

**IDA Akiko,** (2013), « L'enfant hospitalisé en Afrique de l'Ouest : Douleurs, soins, silences et sentiments. » *Corps*, 1 n° 11, p. 255-265.

**Ida Akiko,** (2016), *Les vécus de l'enfant hospitalisé à Dakar : une analyse ethnographique des paroles et des interactions dans quelques services de pédiatrie à Dakar*. Thèse de doctorat d'anthropologie sociale et d'ethnologie, EHESS, Paris.

**Ida, Akiko,** (2013), L'enfant hospitalisé en Afrique de l'Ouest : douleurs, soins, silences et sentiments, *Corps*, N° 11 | p. 255-265

**Jaffré Yannick,** (1999), « Les services de santé "pour de vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey) », *Bulletin de l'APAD* [Online], URL: <http://journals.openedition.org/apad/475>

**Jaffré Yannick, & Guindo Abdoulaye,** (2013). "On ne s'occupe pas assez d'eux". *Anthropologie d'un dispositif de soins pédiatriques en Afrique de l'Ouest. Anthropologie et Sociétés*, 37(3), 157-177.

**Jaffré Yannick,** 2019 (dir.). *Enfants, soins et pédiatrie en Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala.

**Jaffré Yannick, Diallo Moussa, Atcha V, et Dicko Fatoumata,** 2009, « Analyse anthropologique des interactions entre soignants et enfants dans quelques services de pédiatrie d'Afrique de l'Ouest (Abidjan, Bamako, Conakry) », *Bulletin Société de pathologie exotique*, 102, 4 : 238-246.

**Jaffré, Yannick,** (2003). La configuration de l'espace moral et psychologique des personnels de santé. In Jaffré Yannick. & Olivier de

Sardan, Jean-Pierre. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Marseille/Paris: APAD-Karthala, 295-337.

**Kane Hélène**, 2014, *Négocier la guérison du petit malade : configurations d'enfance et accessibilité des soins à Nouakchott (Mauritanie)*. Thèse de doctorat d'anthropologie sociale et d'ethnologie, EHESS, Paris.

**Mercadier Cathérine**. (2008). Le travail émotionnel des soignants, la face cachée du soin. *Soins cadres de santé* (65), 19-22.

**Noémie Lachat**, (2009), *La collaboration parents-infirmières face à l'évaluation de la douleur chez l'enfant hospitalisé en service de pédiatrie*, Mémoire de Bachelor, Haute Ecole de Santé, Fribourg.

**Olivier de Sardan Jean-Pierre**, (2010), Anthropologie médicale et socio-anthropologie des actions publiques, *Anthropologie & Santé* [En ligne], URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/86>.