

# LES URGENCES PEDIATRIQUES DU CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE GABRIEL TOURE – CHU GT- DE BAMAKO AU QUOTIDIEN

**Abdoulaye Guindo, Ph D**

*HI'Éducation (FSHSE), Bamako, chercheur associé à l'UMI  
Environnement, Santé, Sociétés 3189,  
abloguindo@yahoo.fr*

**Issa Diallo, Ph D**

*Sociologue de la santé, Faculté des Sciences Humaines et des  
Sciences de l'Éducation (FSHSE), Bamako  
issosfr@yahoo.fr*

## Résumé

*À partir d'un travail ethnographique portant sur « les enfants et soins en pédiatrie en Afrique de l'Ouest (ENSPEDIA) », cet article décrit le fonctionnement ordinaire d'un service d'urgence de pédiatrie à Bamako au Mali. Il se fonde sur des données issues de plusieurs phases d'enquête effectuées sur le terrain entre 2018 et 2019 avec un ancrage qualitatif : observation, entretien semi-directif, entretiens informel, journal de bord. Les résultats de l'étude ont mis en évidence, qu'au-delà de l'impossibilité de répondre à certains besoins techniques à cause du faible niveau du plateau technique de l'hôpital, les interactions ratées observées entre professionnels de santé et les parents d'enfants malades, ouvrent sur les modes relationnels caractérisant l'individu face à l'institution publique au Mali.*

**Mots clés :** Urgence pédiatrique – interaction – enfants malades – parents – Mali

## Abstract

*Based on ethnographic work on "children and pediatric care in West Africa (ENSPEDIA)," this article describes the ordinary functioning of a pediatric emergency department in Bamako, Mali. It is based on data from several phases of investigation conducted in the field between 2018 and 2019 with a qualitative anchor: observation, semi-structured interview, informal interviews, and logbook. The results of the study highlighted that, beyond the*

*impossibility of meeting certain technical needs due to the low level of the hospital's technical platform, the failed interactions observed between health professionals and parents*

*+of sick children; open up on the relational modes characterizing the individual vis-à-vis the public institution in Mali.*

**Key words:** *Pediatric emergency - interaction - sick children - parents - Mali*

## **Introduction**

Il y a de cela une dizaine d'année l'organisation Mondiale de la Santé –OMS- (2010, p.3) a révélé que les décès d'enfants à l'hôpital surviennent le plus souvent dans les 24 heures qui suivent leur admission. Trois ans plus tard, une étude anthropologique (Jaffré et Guindo, 2013) menée dans un hôpital africain a confirmé cette tendance. En effet, selon les travaux de ces deux auteurs, sur les 15% de décès d'enfants enregistrés, 82% sont intervenus dans les 24 premières heures qui ont suivi l'arrivée des malades à l'hôpital. C'est ce qui a fait dire à une pédiatre que : « *quand les enfants malades sont admis dans les services de pédiatrie, la prise en charge n'est pas faite tout de suite. Les malades qui viennent meurent dans les premières heures parce qu'on ne s'occupe pas d'eux.* » (Cité par Jaffré et Guindo, 2013, p.160). À la lumière de ce que nous venons de développer, nous pouvons dire à la suite de l'OMS (2007 : 3) qu'une grande partie de ces décès pourrait être évitée si les enfants gravement malades étaient identifiés dès leur arrivée et traités immédiatement.

Dès lors que ce constat a été établi, des initiatives ont été développées au plan mondial pour corriger cette situation. La mise en place des directives de prise en charge et la formation en Tri, Évaluation et Traitement des Urgences (TETU) dans les hôpitaux, en 2007, en est une. Mais, pour comprendre comment nous en sommes arrivés à parler du dispositif TETU, il nous faut reprendre, au moins brièvement, l'histoire du tri. En effet, le

triage naquit des leçons tirées du règlement d'emploi du soutien sanitaire de 1910 (Wey, 2005 : 415). L'image de ce dispositif de soutien était celle d'une orientation des blessés des lieux de combats vers les hôpitaux tel un colis vers son destinataire. Le malade « étiqueté » pouvait ainsi être envoyé vers un hôpital.

C'est dans ce courant de pensée et de prévention que s'inscrit à partir des années 1914 le système du tri, axé sur un traitement des blessés commençant par les plus graves à acheminer le plus précocement possible (Wey, 2005). Il faut cependant attendre les années 1943 pour que les « sections de triage » apparaissent dans la médecine militaire. Dès lors, on assista progressivement à la réglementation du tri au point que cette section devint un passage obligé pour tous les blessés de guerres. En termes de résultats, il est difficile pour nous de prouver que l'adoption du triage a eu un impact positif sur la réduction de la mortalité, mais il semble qu'elle ait rendu les professionnels de santé plus conscients des problèmes de besoins d'assistance.

Dans la médecine civile, cette prise de conscience s'est traduite dans l'organisation des services d'urgences dans les années 1970, dans les pays anglo-saxons et un peu plus tard, en 1990, en France (Vassy, 2004). Si l'on prend le cas de la France, aux dires de C. Vassy, les services d'urgences en opérant entre soins de routine et intervention de pointe, action médicale et gestion du social, ont largement contribué à la diffusion du triage.

Dans le domaine de la pédiatrie, les contributions les plus connues sur le système du triage est le manuel « Triage, Évaluation et Traitement d'Urgence » (TETU). Ce manuel s'inscrit dans une initiative plus globale appelé Amélioration des Soins Pédiatriques Hospitaliers (PHI).

Le bilan que l'on peut tirer de la mise en œuvre de ce dispositif est positif. Dans les pays qui ont fait l'objet d'une étude, le TETU a permis de réduire de façon considérable la réduction de la mortalité infantile dans les hôpitaux. C'est le cas au Malawi où, au niveau du Queen Elizabeth Central Hospital, il a permis

d'améliorer le flux des patients dans les services de consultation externe à forte activité et de réduire les décès des enfants de 13% (OMS, 2007, p.4).

Tous ces dispositifs techniques qu'administratifs qui régissent le processus de la prise en charge des enfants dans les services de pédiatrie restent largement sous-documentés en Afrique. En effet, depuis les travaux pionniers d'E. Hahonou en 2002, les Urgences à l'Hôpital National de Niamey, les prises en charge dans les services d'urgence ont fait l'objet de peu de publications. C'est cette lacune que nous chercherons à corriger. L'objectif de ce travail est de décrire finement l'ordinaire du fonctionnement d'un service d'urgence pédiatrique. À la lumière du travail ethnographique réalisé par E. Hahonou (2002), qui n'est pas étendu dans les urgences pédiatriques, notre recherche, tente de façon spécifique d'abord de dresser à partir du parcours de soins de l'enfant malade le fonctionnement du dispositif de triage. Ensuite, mesurer la qualité des soins des urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Gabriel Touré.

## **I. Méthodologie**

À partir d'un travail ethnographique portant sur « les enfants et soins en pédiatrie en Afrique de l'Ouest (ENSPEDIA), cet article propose de décrire le fonctionnement ordinaire d'un service d'urgence de pédiatrie à Bamako au Mali. Il se fonde sur des données issues de plusieurs phases d'enquête effectuées sur le terrain entre 2018 et 2019 avec un ancrage exclusivement qualitatif : observation participante, entretien semi-directif, entretiens informel, journal de bord.

Les enquêtes ont été menées dans le service d'urgence pédiatrique du CHU GT. C'est le plus grand service de pédiatrie du pays et constitue la dernière référence en matière de soins d'urgence.

Au cours des six mois (non consécutifs) passés à l'hôpital, une dizaine de parcours de soins d'enfants malades a été réalisé. Les

parents des enfants ont des caractéristiques démographiques, sociales, économiques, professionnelles et des niveaux d'instruction, ainsi que des appartenances ethniques et religieuses différentes. La plupart vivent à Bamako dans des quartiers populaires, d'autres dans des quartiers plus aisés. S'ajoutent à ceux vivant à Bamako, des parents venus de l'intérieur du pays pour les soins de leurs enfants.

Près de trente entretiens semi-directifs ont été réalisés avec les parents d'enfants malades (n=15), enfants (n=5), les soignants dont trois pédiatres (n=3), cinq infirmières (n=5) et deux aides-soignants (n=2). Ces entretiens formels, ont été complétés par ceux informels. Les entretiens informels sont ceux menés souvent dans les couloirs où lors des soins sans une organisation préalable. Ces entretiens ont concerné cinq professionnels de santé.

Toutes les entrevues ont été réalisées soit en bambara ou en français. Ces deux langues sont respectivement des langues locale et officielle, parlées par environ 80 % et 30 % de la population (Diakité, 2002). Les deux auteurs ayant menés l'enquête maîtrisent les deux langues. Ce qui les a permis d'échanger facilement avec le personnel médical mais surtout avec les enfants et leurs parents.

Tous les entretiens ont fait l'objet d'une transcription intégrale. Cette transcription a concerné une trentaine d'entretien sur Word. Cela a correspondu à 200 pages. À ces 200 pages s'ajoutent les 50 pages du journal de bord et les procès-verbaux des observations participantes. L'exploitation de ces matériaux nous a permis d'identifier les thèmes significatifs. Dans l'analyse, un accent particulier a été mis sur l'accès aux soins, la prise en charge des enfants aux urgences et les conditions dans lesquelles les professionnels de santé réalisaient certains gestes techniques.

Les protocoles du programme ENSPEDIA ont fait l'objet d'une approbation par des comités scientifiques et éthiques des

différents pays. En plus de cela, l'étude a été réalisée avec l'accord des responsables de la pédiatrie et le consentement des personnes interrogées.

## II. Les résultats

### *II.1. Les urgences pédiatriques du CHU GT: le dispositif technique*

Situées dans le bâtiment principal, abritant le département de pédiatrie, une grande partie des urgences dont les box de consultation, les salles de soins intensifs au nombre de trois, la salle de triage, la salle des infirmiers et le bureau des pédiatres responsables de l'unité, se trouvent au rez-de-chaussée. Elles disposent de cinq chambres d'hospitalisation de deux lits, appelées chambres VIP, et d'une salle pour les Etudiants en spécialisation (CES) à l'étage. Liées au service des urgences pédiatriques et de néonatalogie, les urgences accueillent tous les enfants référés des autres établissements sanitaires du pays en plus des cas d'urgence qui se présentent directement en elles quel qu'en soit la pathologie en dehors des nouveau-nés qui sont accueillis dans le service de néonatalogie. Outre la prise en charge des cas d'urgence, elles assurent également le service de consultation du « tout venant » après les heures de descentes, les jours fériés et les weekends.

Sa mission principale est la prise en charge des enfants malades dont l'état de santé nécessite des soins d'urgences<sup>1</sup>. Pour accomplir cette mission, l'unité dispose de 13 grands lits et 13 grands berceaux répartis comme suit : 10 grands lits dans les cinq chambres VIP à l'étage, 3 grands lits et 13 berceaux dans les salles de soins intensifs. En plus des lits et berceaux, les salles de soins intensifs ont bénéficié des installations sanitaires : 24 bouches d'oxygène, 12 d'air, 36 de vides, 2 respirateurs. S'y

---

<sup>1</sup> « Sont considérées comme des cas d'urgence, les malades, les femmes enceintes ou les victimes d'accident dont la vie ou l'intégrité physique, y compris celle des enfants qu'elles portent, peuvent être remises en cause à bref délai. » (Article 8 de la loi hospitalière).

ajoutent 3 aspirateurs électriques dont un fonctionnel, une source d'eau courante et un lavabo. La salle des infirmiers dispose d'un réfrigérateur pour la conservation des poches de sang et des médicaments. Mais, en pratique, cet appareil est plutôt utilisé pour la conservation d'aliments du personnel infirmier. L'unité dispose également d'une ligne téléphonique fixe, sur lequel peuvent appeler les usagers en cas de besoin d'urgences.

Grâce à ces équipements, l'unité arrive aujourd'hui à prendre en charge les enfants en détresse respiratoire qui sont d'ordre médical comme les crises de bronchiolites aiguës ou les crises d'asthme graves. De même, les enfants atteints de paludisme grave, appelés formes neurologiques et anémiques, sont stabilisés.

Son personnel se compose d'une professeure, pédiatre, qui est le chef de service. Elle est assistée par deux autres pédiatres, responsables de l'unité. Le reste du personnel est constitué par les CES et cinq techniciennes de santé. En dehors de ce personnel permanent, l'unité accueille également les élèves stagiaires provenant des écoles de santé du District, ainsi que les étudiants de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie – FMPOS-.

Après la présentation des aspects liés à l'espace, entrons maintenant à l'intérieur pour voir ce qui s'y déroule au quotidien.

## ***II.2. Les activités de l'unité***

Les urgences pédiatriques trient, consultent, hospitalisent et assurent le suivi médical des enfants malades. Mais en pratique, ces trois activités ne sont pas réalisées de façon distincte. Si bien qu'il y a enchevêtrement entre elles. Mais comme les autres structures de santé, la prise en charge aux urgences commence tout d'abord par le triage.

## *II.2. 1. Le triage*

Dans un service d'urgences, le système de tri est un processus qui consiste à identifier, à évaluer et à classer les problèmes de santé des patients qui se présentent selon des critères préétablis. Cette évaluation s'effectue à partir d'un bref recueil d'informations sur la raison de la consultation, sur les signes et les symptômes du patient, selon son état général et d'après l'observation de certains paramètres. Il s'agit de porter un jugement clinique sur le degré de gravité potentielle du problème de santé et donc sur l'urgence d'une intervention médicale. Pour pratiquer cette activité, une salle a été accueillie à cet effet. Située à environ 5 mètres de la grande porte d'entrée du département, la salle de tri est la première à gauche en traversant le département d'Est en Ouest. Cette proximité à la porte d'entrée expose les occupants de la salle aux regards des personnes qui passent devant la salle. Pour se mettre à l'abri de ces regards, la porte de cette salle est régulièrement fermée. Le parcours d'un malade aux urgences pédiatriques commence dans cette salle comme cela été le cas de Halima.

Halima est une fille de 17 mois. Son père est gardien et sa mère ménagère. Ils habitent Kanadjiguila, un village situé à 30 km de Bamako. Les parents de la fille ont commencé leur parcours dans le CSCom de leur village où le médecin a examiné l'enfant. Faute de moyen pour pouvoir prendre le malade à son niveau, le médecin du centre a pris soin de le référer au CHU GT. C'est ainsi qu'ils arrivent au Gabriel Touré à 9h10. Remarquables par leurs habillements, le père portait un boubou sale et la mère en camisole et l'enfant sur le dos. Le couple est accompagné par la petite sœur de la mère qui tenait sous ses bras un sacnet noir contenant quelques effets personnels des parents et ceux de l'enfant. Ils sont arrivés dans un véhicule personnel, conduit par un jeune, fils du patron du père de la fille. À l'entrée de l'hôpital, le jeune qui les a conduits, présente la fiche d'évacuation. Ainsi, ils franchissent le premier obstacle. Dans le hall du Bureau



d'Entrée (BE), plusieurs longues files sont formées. Ne maîtrisant pas le parcours du malade, le jeune essaie de se mettre en rang pour avoir le ticket de consultation. C'est alors que nous l'abordons pour d'abord nous présenter et ensuite voir la fiche. Ainsi, après avoir lu la fiche, nous l'informons qu'avec cette fiche, ils n'ont pas besoin de faire la queue. Nous avons invité les parents de l'enfant et les accompagnants à nous suivre. Nous les conduisons aux urgences pédiatriques.

9h 20 mn– Arrivée aux urgences, nous prenons la fiche d'évacuation, sur laquelle il était écrit (anémie plus convulsion et aucun soin à ce jour), pour entrer dans la salle de consultation. Nous confions Halima à un médecin stagiaire.

9h 21 mn– Halima est reçue. Ses paramètres sont pris - température 37°9 ; poids 7kg 900 et un dossier médical est élaboré pour son hospitalisation.

9h 30 mn– Fin de la consultation clinique. Le médecin sur instruction d'un CES demande des examens complémentaires- Groupage, taux hémoglobine, goutte épaisse.

9h 46 mn– Un agent du laboratoire vient effectuer les prélèvements de sang dans la salle de consultation. Les frais d'analyse, 3 000 F CFA, sont directement payés à cet agent.

9h 50 mn– A cause de la convulsion qui fait suspecter une méningite, une ponction lombaire (PL) est réalisée sur la fille.

9h52 mn– Évacuation de la salle pour la réalisation de la PL.

9h55 mn– Après avoir discuté avec le CES, responsable de la salle, le médecin retient 2 hypothèses : paludisme forme grave plus méningite.

10h15 mn– Une première ordonnance est délivrée pour traiter le paludisme : Artesun 60 mg. Halima à moins de 5 ans, éligible au programme de la gratuité du paludisme, les parents ne payent pas les frais du médicament.

Une deuxième ordonnance est délivrée : celle-là comprend : perfuseur, cathéter, sparadrap, perfolgan, seringues.

10h 18 mn– Les résultats du sang sont disponibles : le taux d'hémoglobine est à 4g/dl ; taux d'hématocrite = 12% ; groupe sanguin : A+.

10h 22 mn– Le médecin remplit une fiche de demande de produit sanguin Rhésus A+, une poche, et le remet au père pour aller à la banque de sang située non loin des urgences.

10h 28 mn– Nous accompagnons le père à la banque de sang. Malheureusement le Rhésus A+ est en rupture. Le responsable dit au père : « Il n'y a pas de groupe A tout de suite. Mais, tu vas aller chercher une autre personne, plus toi, vous allez donner votre sang. Et, puis tu reviens à 14 heures pour voir, si on a eu le Groupe A. Il ajoute, « ça également, ce n'est pas sûr hein. Mais, si tu as la chance, tu l'auras ». Le père appelle au téléphone un de ses cousins et lui explique la situation. Quelques minutes après ce coup de téléphone, ce dernier est venu à l'hôpital pour le don de sang.

10h 30 mn– À la pharmacie, les produits prescrits ne sont pas vendus ; car le pharmacien estime que les noms des produits ne sont pas bien lisibles. Le père retourne voir le prescripteur pour changer l'ordonnance.

10h 47 mn– Une nouvelle ordonnance est délivrée et le père retourne à la pharmacie pour enfin acheter les produits prescrits. Un des produits, perfolgan, n'est pas disponible. Il va au dehors le chercher dans une pharmacie privée.

11h 05 mn– Il revient dans la salle de consultation pour déposer les produits et aller à la banque de sang pour donner son sang.

11h 18 mn– Halima reçoit, enfin, 2 heures après son admission aux urgences, (les premiers soins – perfolgan et Artesun), étant dans la salle de consultation.

13h 50 mn – Le père retourne à la banque de sang.

14h10 mn – Le sang est disponible, mais on ne peut pas le remettre au père. Il faut un agent de santé. Nous sommes en blouse blanche. Nous jouons ce rôle et nous faisons sortir le sang.

14h 12 mn– Halima est transférée dans la salle des soins intensifs pour être transfusée. À l'entrée 2 infirmières causent. Nous donnons la fiche de soin à l'une d'entre elles. Cette dernière nous dit : « Allez déposer le sang et le perfuseur à côté de l'enfant ». Elles continuent leur causerie.

14h 25 mn– Choquée par cette attitude, nous négocions une autre infirmière, avec qui nous avons de bon rapport.

14h 26 mn– La transfusion est réalisée.

17h20 mn - Le père de l'enfant qui suivait la transfusion, remarque que le sang ne descendait pas. Il alerte un agent de santé pour venir voir ce qui se passait. L'agent arrive et constate que Halima est décédée.

17h 40 mn– Le père est convoqué dans la salle de consultation où on l'informe du décès de sa fille. On lui demande également, s'il allait garder le corps dans la morgue ou rentrer avec chez lui. Très fatigué et un peu perdu, après avoir poussé un grand souffle, il décide de rentrer avec le corps de son enfant.

17h 55 mn– Un certificat de décès est rédigé par un FFI, un CES le signe et on le remet au père.

18h 03 mn– Nous accompagnons le père à prendre le corps de son enfant. Nous prenons un pagne à la mère

pour ensevelir le corps et accompagner la famille à la porte de l'hôpital. Sur la route, le père se pose des questions sur les compétences des médecins : « Je viens de perdre mon deuxième enfant comme ça. Je me demande quelles sortes de Docteurs sont nos soignants ? Tu emmènes ton enfant à l'hôpital, ils sont là arrêtés en train de causer, alors que ton enfant souffre. Et, après, ils ne font que t'envoyer faire des examens, acheter des médicaments. Tu fais tout ça et ton enfant meurt ».

Sur la cause du décès de la fille - « Son décès est lié à une anémie décomposée. En fait, la fille est arrivée ici très fatiguée, donc quand on lui a transfusé, elle a fait un choc. Moi, je savais depuis son arrivée qu'elle allait mourir, mais je ne pouvais pas le dire aux parents », nous a confié son médecin traitant.

Observation, juin 2018

L'histoire tragique de Halima n'est pas aussi inhabituelle que cela. En effet, le service d'urgence pédiatrique enregistre l'un des taux de mortalité hospitalier le plus élevé au Mali (21%, selon le rapport 2017).

Son parcours résume par ailleurs à lui seul la plupart des problèmes, auxquels sont confrontés les professionnels de santé et les parents dans la prise en charge des enfants. Parmi ces problèmes rencontrés le plus notable est le retard dans la prise en charge. Les conséquences médicales de ce retard dans la définition des problèmes de la mortalité infantile hospitalière restent entières, si on se place dans le contexte des hôpitaux africains où la plupart des décès ont lieu durant les premières heures, précédant l'admission du patient à l'hôpital. Les travaux menés dans ce sens, notamment ceux de Jaffré & Guindo (2013, p. 160) en font foi : « [...] *Les malades qui viennent meurent dans les premières heures parce qu'on ne s'occupe pas d'eux.* »

Il est utile de préciser que les interprétations du retard dans la prise en charge varient dans les détails selon que l'on soit professionnel de santé ou parent d'enfant malade. Ainsi, pour les professionnels de santé, c'est l'agencement des gestes techniques qui en est la cause principale.

### **II.2.2. Admission**

Quand un malade arrive aux urgences, très généralement c'est un interne qui le consulte en premier. Mais, ce dernier ne peut prendre aucune décision tout seul. C'est la raison pour laquelle, il associe un CES ou un interne. Cette association peut se faire de deux manières. Soit l'interne examine le malade avec le CES, dans ce cas, la décision d'hospitaliser le malade ou pas est vite prise. Soit, il examine seul le malade et fait le compte rendu au CES ou à l'interne. Dans ce dernier cas de figure, le CES est obligé de vérifier si tout ce que l'interne a dit est vrai. En plus de cela, les CES et les internes ne sont pas fixés à des postes, ils font la rotation entre les différentes unités. Ce qui retarde les prises de décision et empiètent également sur la prise en charge. Toujours dans le prolongement de cette question d'organisation des soins, un autre facteur d'explication du retard dans la prise en charge peut être recherché dans la collaboration entre médecin et infirmier. Dans ce cadre : « *normalement voici un médecin, voici un infirmier. Le médecin finit de consulter, il prescrit très rapidement, voici un lit et l'infirmier commence son travail* » (CES en pédiatrie). Mais, dans la réalité, il faut noter que la collaboration entre ces deux agents bien que nécessaire, se fait de façon parallèle et le plus souvent cloisonnée. Pour dire autrement, il y a une absence de travail d'équipe pour reprendre les propos de Y. Jaffré et de J. P. Olivier De Sardan (2003, p. 73), « *le chacun pour soi dans le cadre de la division bureaucratique des tâches est la règle* ». Ce manque de travail d'équipe a des conséquences néfastes sur la prise en charge des enfants malades. Nous avons vu cela lors de la prise en charge de Halima où après la prescription, la petite fille est

pratiquement restée plus d'un quart d'heure sans recevoir les soins, parce que tout simplement, les pédiatres chargés de suivre l'application des protocoles de soin ne l'ont pas fait. Après la prescription, ils ont juste demandé aux parents d'amener l'enfant dans la salle de soins. Quand on interroge les médecins sur ces cassures des gestes, ils évoquent les motifs suivants :

« Pour les gens comme nous internes, nous sommes là pour un temps bien donné. Ce faisant, nous n'avons pas trop d'impact sur ces infirmières. Je peux vous dire que tous ceux qui sont là aujourd'hui comme patrons du service, il y a beaucoup d'entre eux, qui ont trouvé certaines infirmières ici. Et ces infirmières les ont vu en tant qu'interne, en tant que médecin, en tant que CES et aujourd'hui en tant que chef de service. Donc, ceux-ci ne peuvent pas leur parler sous un certain ton à plus forte raison nous. Si tu finis un dossier, tu établis la feuille de soin et tu le remets au major, qui va à son tour trouver une infirmière pour faire le soin. Rarement, je demande à une infirmière de faire les soins, au risque qu'elle ne me dise pas qu'elle travaille ici avant ma naissance. » (Interne des hôpitaux).

Dans le contexte hospitalier malien et par extension africain, le rôle de responsabilité est difficile à porter pour les jeunes médecins dans le fonctionnement médical qui est influencé par les considérations sociales. Ainsi, on attend d'eux qu'ils restent dans leur rôle de cadet social obligés de se soumettre aux ordres des aînés. Au cas où les cadets se trouvent hiérarchiquement au-dessus des aînés, ils se gardent le plus souvent de ne pas donner d'ordre aux aînés.

### ***II.2.3. Élaboration du dossier du malade***

Le dossier du malade en hospitalisation représente, selon Dr B.M. pédiatre :

« L'ensemble des renseignements qui concernent le malade, allant de sa vie, de l'évolution de sa maladie jusqu'à la recherche d'un diagnostic. C'est les détails qui concernent non seulement sa vie actuelle, sa situation d'avant et son état actuel. Le dossier médical parcourt tous ces différents aspects tant sur son côté médical que sur ces antécédents, dont l'objectif est d'établir un diagnostic pour sa situation actuelle. »

Au CHU GT, ce document est préétabli sous la forme d'un formulaire et imprimé. Munis de ce formulaire, le pédiatre, le CES ou l'interne en face du malade recueille des informations et les rapporte sur le dossier. Concernant les enfants, dans la plupart des cas, les agents de santé sollicitent la présence de quelqu'un, qui connaît bien l'enfant, notamment la mère. Le dossier comprend quatre compartiments. Le premier et le deuxième niveau concernent l'identification : le premier pour l'enfant et le second pour les parents. Le troisième niveau relate tout ce qu'il y a de spécifique à l'enfant, notamment en rapport avec son développement psychomoteur, son développement psychique, en termes de : qu'est-ce qu'il savait faire avant ? Qu'est ce qui a modifié depuis ? Enfin, la quatrième partie du dossier donne des renseignements cliniques : établit l'histoire de la maladie et examine méthodiquement le malade à travers les différents organes.

Ce dossier s'il est bien rédigé, permet selon Dr B.T., d'avoir des éléments codifiés par rapport à une maladie, facilitant ainsi le traitement du malade : « *Tout malade doit avoir un dossier et un dossier bien conçu, si bien que tout le monde puisse en profiter : pour mener des recherches, pour suivre le malade, pour la traçabilité des soins* » (Dr B.T., pédiatre). Ce document, s'il est

aussi précieux pour les agents de santé que pour le malade, son élaboration fait perdre énormément de temps. Car, lors de nos observations, nous avons pu remarquer que les agents de santé perdent souvent plus de temps à les rédiger qu'à s'occuper des malades. La raison principale avancée par les CES et les internes pour expliquer cette situation tient au fait que les dossiers sont présentés aux staffs<sup>2</sup>. Très redouté, cet espace exerce, comme l'avait souligné, Hahonou (2002), une forte pression sur ces derniers :

« Après chaque garde, nous présentons devant nos professeurs tous les dossiers des malades que nous avons eus. Seuls les CES et les internes sont responsables. Pour ne pas être critiqué, il faut que notre démarche soit cohérente : histoire de la maladie, les hypothèses, les examens complémentaires et la prescription. Si jamais tu fais une erreur, on va te laminer. Or, certains dossiers sont élaborés par les FFI. Donc, en plus des dossiers que nous élaborons, nous sommes obligés de suivre ceux élaborés par ces derniers. C'est pour éviter ces critiques que nous sommes très regardants dans l'élaboration du dossier. C'est vrai, cela fait perdre du temps, mais on ne peut pas faire autrement. » (CES en pédiatrie).

Ce discours fournit au lecteur quelques éléments, à partir desquels s'organise le système hospitalier. À cette fin, il importe de préciser que si théoriquement, le malade est au centre, force est de constater que cela est généralement très peu mis en pratique. Dujardin (2003) dans la description qu'il a consacrée aux systèmes de santé virtuels, confirme ce fait lorsqu'il écrit :

---

<sup>2</sup> Un staff médical se compose de pédiatre et de CES qui se réunissent régulièrement pour analyser des situations cliniques rencontrées dans leur pratique lors des gardes.



« Pour qu'un système de santé soit performant, toute minute passée en dehors du contact direct avec le principal acteur (individus, familles et communautés) devrait être justifiée en termes de coût d'opportunité. Or, les études de cas l'ont montré, c'est l'inverse, qui le plus souvent se passe : les priorités des autres passent avant celles des patients. » (Dujardin, 2003, p. 182).

#### ***II.2.4. Réalisation des examens complémentaires***

Au Mali, rare sont les enfants ayant des carnets de santé contenant les informations médicales. De fait, quand les enfants tombent malades et que leurs parents les accompagnent à l'hôpital, les médecins demandent des examens complémentaires. Cette demande répond à deux préoccupations majeures des soignants. La première est relative à la confirmation ou à l'infirmité des hypothèses posées lors des examens cliniques :

« En médecine, quand on doit traiter, on doit savoir ce que l'on traite. L'Hôpital Gabriel Touré, service de pédiatrie, 3<sup>e</sup> référence, c'est le dernier niveau en matière de médecine en République du Mali. Normalement, quand vous arrivez ici, ça veut dire que vous êtes passés par les autres services et ceux-ci n'ont pas pu trouver une solution à votre problème de santé. Et si vous êtes ici, vous ne devez pas sortir sans qu'on ne trouve une solution à votre problème. On peut être certain d'un diagnostic, mais nul n'est parfait, une suspicion n'est pas un diagnostic : il faut le confirmer. Il faut obligatoirement, lorsqu'on a une maladie, la poser cliniquement et la confirmer par les examens complémentaires. La médecine ne peut marcher sans les examens complémentaires, sinon, ça deviendra le charlatanisme, tout ce qu'on voit, si on peut le

confirmer, il faut le confirmer. Et ce sont les examens complémentaires qui le confirment. » (Pédiatre).

La seconde préoccupation répond au besoin des traitements. Pour être plus précis rappelons que Halima est arrivée à l'hôpital dans un état d'anémie. Pour la transfuser, le médecin avait besoin de connaître son groupe sanguin pour aller chercher du sang au centre national de transfusion sanguine. Mais, les parents de la fille ne connaissaient pas le groupe sanguin de leur fille. Pour soigner le patient le médecin a été obligé de donner un bilan sanguin dont le groupage. Or, pour les médecins, ces genres d'informations médicales doivent être réalisés et consignés dans les carnets de santé des enfants bien avant :

« Les gens ne sont pas suivis au Mali, sinon il y a certains examens, qui ne doivent pas être faits à notre niveau, mais, c'est parce que les autres ne les ont pas faits que nous les faisons. Par exemple le groupage, tu vois un peu, ce n'est pas le jour de la maladie d'un enfant qu'on va chercher à savoir le groupage d'un enfant. Normalement, ces genres d'examen doivent être faits et les parents doivent les emmener dans les carnets. Si ces préalables ne sont pas faits, et que nous ne disposons d'aucune information sur l'enfant, on est obligé de donner ces examens. Et cela nous fera perdre davantage de temps. » (CES en pédiatrie).

L'interprétation de ces trois facteurs fait état de dissension entre les professionnels de santé et les parents car, pour les parents, les agents de santé mettent trop de temps avant de prodiguer des soins à leurs enfants : « *Ils sont là arrêtés en train de causer, alors que ton enfant souffre. Et, après, ils ne font que t'envoyer faire des examens, acheter des médicaments.* » (Père de Halima). Les médecins battent en brèche ces « allégations » des parents en disant ceci : « *pour quelqu'un qui ne connaît pas le système, 2 heures peuvent paraître longues, mais je crois qu'au vu des*

*conditions dans lesquelles nous travaillons, cela est raisonnable.* » (Médecin stagiaire).

Selon les références internationales, pour prendre en charge les urgences vitales, un délai de 9 minutes est requis (Morel, 2014, p. 63). Quand nous appliquons cette règle aux urgences pédiatriques du CHU GT, nous remarquerons qu'on est bien au-delà. Le fait de ne pas pouvoir prendre en charge les enfants dès leur admission au GT peut, bien sûr, se comprendre pour des raisons de l'organisation du système hospitalier. Mais au-delà, si l'on analyse concrètement les attitudes des agents, relevant de différents services, intervenant dans la prise en charge de l'enfant, cela peut également renvoyer à certain manque de collaboration entre les différents acteurs en présence. Une fois de plus, le cas de Halima en illustre. Pour soigner cette fille on a constaté que chaque agent – médecin, pharmacien, banquier de sang, infirmière- s'est comporté en « boutiquier », vendant ses propres produits sans tenir compte de ceux de l'autre. Les conséquences de ce manque de coordination ont été fatales pour la jeune fille. Or, comme nous avons eu à l'évoquer plus haut, pour améliorer la qualité de la prise en charge des malades, il faut impérativement que les actions des agents s'inscrivent en chaîne. Dans cette chaîne où tous les éléments sont en interrelation, les agents doivent, en posant un acte, non seulement prendre en compte ce qui a été fait en amont et ce qui se fera en aval, mais aussi se concerter mutuellement.

En récapitulant les faits qui concernent la prise en charge des enfants, on remarque qu'il y a un rapport différencié du temps entre les professionnels de santé et les parents d'enfants malade. Ces dissensions se traduisant souvent par des dysfonctionnements dans les relations de soins entre ces deux acteurs, sont lourdes de conséquences pour les enfants. La situation qu'Adja a vécue, que nous appellerons une interaction ratée entre parents et professionnels de santé, peint parfaitement cette autre réalité.

## Le cas d'Adja

Adja est une fille de 6 ans, hospitalisée dans le service de pédiatrie depuis trois mois. Elle est suivie pour des problèmes d'Infirmité Motrice Cérébrale (IMC). Ses parents viennent de Nioro du Sahel, un cercle situé à 437 km de Bamako. Son père est cultivateur et sa mère, ménagère. Après avoir réalisé des examens complémentaires, sur avis d'un neuro-chirurgien, Adja devrait être opérée. Mais, le bilan préopératoire a montré une insuffisance pondérale. C'est donc pour corriger cette situation que la fille a été admise aux urgences pédiatriques pour suivre un régime alimentaire : gavage au lait chaque trois heures de temps. Mais, le père de l'enfant n'a pas observé les consignes du CES et le médecin traitant s'en est aperçu. Il interpelle le père :

CES : Quelle est la situation de l'enfant ?

Père : Vous m'avez demandé de donner du lait à l'enfant chaque 3 heures. Mais, la façon dont la tête des docteurs travaille et la façon dont notre tête travaille, ce n'est pas la même chose. Comme je vois que l'enfant est en train de maigrir, j'ai enlevé de chaque 3 heures pour ramener à chaque 2 heures.

CES : Pourquoi as-tu changé les consignes que je t'ai donnée ? Tu penses que nous ne connaissons rien ?

Père : Non, ne me dis pas ça. Si vous ne connaissiez rien, vous ne seriez pas ici. Nous aussi, si nous connaissons quelque chose, nous n'allions pas venir ici. J'ai fait ça parce que j'avais pitié de mon enfant.

CES : Donc tu penses que nous n'avons pas pitié des enfants ? Si c'est comme ça, tu prends ton enfant et tu l'emmènes chez toi à la maison. Quand tu viens dans notre service, tu te conformes à nos règles.

Père : Même si vous avez pitié des enfants, la pitié que le père a pour son enfant est plus grande et dans ça, la

pitié de la mère est encore plus grande que celle du père.  
Moi, je suis un malinké, je ne sais pas bien parler.  
Pardonne-moi à cause de Dieu.

« Quand nous demandons aux parents de faire de telles façons, ils refusent et le font de leur manière. Cela nous énerve. Nous leur disons tout le temps de se conformer à ceux que nous leur demandons de faire. Et d'ailleurs pour l'enfant de ce vieux-là, le problème est déjà connu : il doit être opéré. Il est évident que si ce problème nutritionnel n'est pas corrigé, il ne sera pas opéré. Mais, le vieux n'a rien voulu comprendre. Je lui ai dit finalement, si tu ne veux rien comprendre tant mieux alors. Qu'il prenne son enfant et qu'il l'emmène à la maison. » (CES en pédiatrie).

Observation, avril 2019

Une telle perspective comme on peut le deviner, en créant des dysfonctionnements, rend aléatoire la prise en charge.

### **III. Discussion : Dysfonctionnements techniques aux interactions ratées entre professionnels de santé et parents d'enfants malades**

L'argumentaire développé par les médecins et les parents, qui ne sont pas sans rappeler les difficiles relations entre soignants-soignés (Jaffré et Olivier De Sardan, 2003), se traduit en une sorte de dialogue entre deux sourds. Pour un bref rappel, il est courant de voir ou d'entendre les professionnels de santé et les parents d'enfants s'accuser mutuellement d'être responsable de la mort d'un enfant malade. Ainsi, pour les professionnels de santé, les populations ne recourent aux établissements de santé qu'après avoir tout tenté à la maison. Donc, dans ces conditions, le malade qui arrive à l'hôpital, est quasiment en état de détresse vitale. Dans une telle perspective, si le malade meurt, pour les professionnels de santé, ce sont les parents qui en sont responsables. Mais, les parents acceptent rarement de porter

seuls cette responsabilité. Ils accusent à leur tour les agents de santé d'être négligents dans la prise en charge de leur malade ou de voler leurs médicaments servant à soigner le malade. Ce flou autour de la responsabilité de la mort des enfants dans les centres de santé contribue, aujourd'hui, à décrédibiliser l'action des professionnels de santé auprès des parents d'enfants malades qui mettent en cause leurs compétences. On a vu cela avec le père de Halima. Mais l'exemple qui illustre le plus cet état de fait, c'est le cas d'Adja. En effet, on a vu que le père de cette fille n'avait pas respecté les consignes données par le médecin traitant. D'autres travaux réalisés aux urgences (Hahonou, 2002 ; Chave, 2002 ; Grimprel et Bégué, 2013) révèlent également ces types de dysfonctionnements. En effet, selon E. Hahonou (2002 : 65) :

« L'univers des soignants fait référence à des concepts biomédicaux trop éloignés de ce à quoi la grande majorité des usagers est susceptible d'accéder. Si l'on considère le niveau d'analphabétisme au Niger (83%), on prend un peu la mesure de la distance qui sépare les soignants des patients. Les attitudes des patients sont notamment liées à des représentations de la santé, de la maladie et de la guérison dont la complexité ne permet d'aborder l'étude mais qui constituent leurs références pour l'action. Entre ces deux types de représentations de la santé et de la maladie, il y a un véritable fossé ».

De même, F. Chave (2002 :31) dans une étude portant sur « la prise en charge médicale dans les services d'urgence pédiatrique » a souligné que l'impatience et l'exaspération, liée à des conditions d'attente pénibles que nul ne constate mais que les professionnels de santé se gardent cependant de reconnaître trop ouvertement, génèrent des critiques qu'ils admettent très difficilement.

Globalement, même si les professionnels de santé et les parents d'enfants semblent agir pour le bien-être des enfants, mais ils ne se comprennent pas. Cette incompréhension est le plus souvent basée sur la temporalité. En effet, le temps du professionnel de santé basé sur le diagnostic nécessitant souvent des examens complémentaires n'est pas le même que celui des parents qui attendent des soignants une prise en charge immédiate des patients pour leur admission aux urgences. Toujours dans cette perspective de dialogue de sourd, dans un autre volet, la plainte des parents fait très souvent échos celle en retour des soignants mettant en cause la faiblesse du système de santé (Chave, 2002 : 32).

## **Conclusion**

Au-delà de l'impossibilité de répondre à certains besoins techniques à cause du faible niveau du plateau technique de l'hôpital, le fonctionnement de cette unité nous permet de comprendre en partie pourquoi le taux de mortalité dans les urgences pédiatriques est aussi fort. Dans l'établissement des causes de ces décès les parents d'enfants malades et des professionnels s'accusent mutuellement. Pour rappel, selon les professionnels de santé les parents d'enfants recourent aux soins tardivement. Alors pour les parents, s'ils viennent à l'hôpital, les pédiatres les négligent en les envoyant réaliser des examens et ou acheter des ordonnances. Mais, dans la réalité, nous avons remarqué que le temps du médecin n'est pas celui des usagers. En effet, pour les parents, quand ils emmènent leurs enfants malades à l'hôpital, ces derniers doivent recevoir rapidement les soins. Or, pour soigner les médecins ont souvent besoin de réaliser des examens complémentaires comme ce fut le cas d'Alima quand il s'est agi de lui transfuser du sang. Le rhésus du sang de la fille n'étant pas connu, les médecins ont été obligés de réaliser avant la transfusion. Ce temps, qui n'a pas été expliqué par les soignants aux parents, ces derniers ont interprété

comme une négligence. Outre ce problème de temporalité, les causes de la faible qualité de soins peuvent aussi être recherchées dans la faible collaboration entre les soignants. À ce propos, on peut rappeler la relation entre les internes et CES, cadets, et les cadres infirmiers, aînés. Il est clair que le glissement de cette relation sociale dans le professionnel au gré « du droit d'ainesse » est susceptible de casser la chaîne des soins et aussi de brouiller les chemins pour situer les responsabilités en cas de bavures techniques.

Cette étude, « au-delà des strictes limites de la santé, les interactions observées ouvrent sur les modes relationnels qui caractérisent l'individu face à l'institution publique, le citoyen face à l'État, car la scène hospitalière est en bien des aspects un reflet de ce qui se joue dans la société et des dysfonctionnements du secteur public au [au Mali]. » (Hahonou, 2002, p. 72).

## **Bibliographie**

Chave, F., (2002). *La prise en charge médicale dans les services d'urgence pédiatrique*. Rapport d'étude. Université Paris-Nanterre, Ecole d'Architecture de Paris-Belleville. Laboratoire IPRAUS.

Grimprel, E. & Bégué P. (2013). Les urgences en pédiatrie dans les hôpitaux d'enfants. *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2013, 197, no 6, 1127-1141.

Hahonou, E., (2002). *Les urgences à l'Hôpital National de Niamey*. Etudes et Travaux, Laboratoire d'étude et recherches sur les dynamiques sociales et le développement local (LASDEL), Niamey.

Jaffré, 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*, 37(3), 157-177.



Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (2003). Un diagnostic socio-anthropologique: des centres de santé malades. In, Jaffré, Y. & Olivier de Sardan J.-P. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, APAD - Karthala., 51-102.

Morel, S., (2014). *L'urgence à plusieurs "vitesses": Fracture territoriale et inégalité sociale dans l'accès aux soins d'urgence en France. Genèse et réalité d'un sous champ sanitaire*. Thèse de Doctorat, Université de Nantes.

OMS. (2007). *TETU (Tri, Évaluation et Traitement des Urgences)*. Manuel du participant, OMS - Mali, Bamako.

Vassy, C., (2004). L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire. *Mouvements*, 2(32), 67-74.

Wey, R., (2005). Le service de santé des armées au centre du champ de bataille. *Médecine & Armée*, 36(5), 409-420.