

# ANTHROPOLOGIE MÉDICALE

## Analyse anthropologique des interactions entre soignants et enfants dans quelques services de pédiatrie d'Afrique de l'Ouest (Abidjan, Bamako, Conakry).

Y. Jaffré (1), M. Diallo (2), V. Atcha (3) & F. Dicko (4)

(1) CNRS Unité mixte internationale 3189, Environnement, santé, sociétés. E-mail : jaffre@univmed.fr

(2) Service de pneumopathologie, Hôpital Ignace-Deen & Faculté de médecine de Conakry, Guinée)

(3) SHADYC (EHESS/CNRS)

(4) Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie du Mali.

Manuscrit n° 3395. "Anthropologie médicale". Reçu le 20 février 2009. Accepté le 16 juin 2009.

**Summary:** Anthropological analysis of interactions between health care providers and children in some paediatrics services in Western Africa (Abidjan, Bamako, Conakry).

*Africa represents a major part of infant global mortality. But if the medical causes of these deaths are well-known, the quality of the medical care provided to the children and the way it affects them are not really studied. Our study conducted in three countries of western Africa describes how much the care given to children involves a part of violence and emphasizes how the social status and the children educational popular modes influence the quality of care. The article underlines how the improvement of the quality of care in pediatrics services cannot be limited to a simple improvement of techniques but must also include all these socio-emotional aspects which constitute the foundations of real ethics.*

### Résumé :

*L'Afrique représente une large part de la mortalité infantile mondiale. Si l'on connaît assez bien les causes médicales de ces décès, la qualité des soins accordés aux jeunes patients et la façon dont ces soins sont ressentis par les enfants ne sont que très peu étudiées. Notre étude, réalisée dans trois pays d'Afrique de l'Ouest, décrit combien les soins aux enfants comportent une part de violence et comment le statut social et les modes populaires d'éducation des enfants influent sur la qualité des soins.*

*L'amélioration de la qualité des soins dans les services de pédiatrie ne peut se limiter à une simple amélioration des techniques, mais doit aussi englober l'ensemble des dimensions socio-affectives qui constituent les fondements d'une éthique en acte.*

paediatrics  
pain  
ethics  
hospital  
Abidjan  
Bamako  
Conakry  
Ivory Coast  
Mali  
Guinea  
Western Africa  
Sub-Saharan Africa

pédiatrie  
douleur  
éthique  
hôpital  
Abidjan  
Bamako  
Conakry  
Côte d'Ivoire  
Mali  
Guinée  
Afrique de l'Ouest  
Afrique intertropicale

## Introduction

Chaque année, dans le monde, 10 millions d'enfants décèdent et l'Afrique représente pratiquement la moitié de la mortalité des moins de 5 ans, alors que ce continent ne compte que 22 % de l'ensemble des naissances. Dans des pays comme le Mali ou le Niger, pour mille naissances vivantes, plus de 200 enfants n'atteignent pas l'âge de 5 ans.

Une forte mortalité néonatale, quelques vastes maladies (diarrhées, malnutritions, infections respiratoires, paludisme) ou l'infection par le VIH sont principalement à l'origine de cette situation. Les caractéristiques « environnementales » de ces pathologies expliquent, en regard, les actions choisies – allant de l'éducation sanitaire à la distribution de moustiquaires

imprégnées – pour réaliser un des principaux objectifs du millénaire pour le développement : réduire la mortalité infantile des deux tiers en 2015 (46).

Tout ceci est indispensable. Mais nous voudrions souligner une autre conséquence résultant de cette situation sanitaire. En Afrique, les jeunes patients représentent – même si être malade n'est aucunement synonyme d'accéder aux soins – une part importante de la cohorte des usagers de l'hôpital. Pour ne prendre qu'un exemple, un article déjà ancien soulignait qu'à Bobo-Dioulasso, entre 1988 et 1990, 12 000 enfants avaient été hospitalisés dans le service de pédiatrie (22).

À Conakry, selon nos propres observations, le service de pédiatrie où nous avons travaillé accueille plus de 800 enfants par année. En moyenne, chaque enfant hospitalisé « béné-

fie » de 6 à 10 actes de soins. Si l'on considère les gestes les plus pratiqués – perfusion, injection intramusculaire ou intraveineuse – cela donne au bas mot, pour cette unique structure, près de 5 000 actes « invasifs » pratiqués sur ces jeunes patients.

Vaste cohorte disions-nous, mais silencieuse... En effet, que savons-nous de la façon dont sont véritablement effectués les gestes pédiatriques, des mots ou des silences qui les accompagnent, des douleurs qu'ils suscitent, de ce qu'en pensent les enfants, du halo de leurs craintes ? Que savons-nous, sauf indirectement et confusément par l'intermédiaire des taux de mortalité ou l'étude des infections nosocomiales, des interactions qui se déroulent entre enfants et soignants dans ces services ?

Ces pratiques, ces paroles enfantines et le domaine des douleurs ressenties, bien que composant quelques-unes des dimensions essentielles des espaces hospitaliers, restent largement inexplorés. C'est à contribuer à combler cette lacune en décrivant la situation des enfants dans les services de pédiatrie dans quelques services d'Afrique de l'Ouest qu'est consacré cet article.

## L'enfant malade à l'hôpital

Dans le domaine des sciences sociales, une très riche littérature appartenant principalement à la psychologie s'est attachée à décrire les dires des enfants confrontés à la maladie et à améliorer, autant que possible, leurs situations (40). D'autres textes ont exploré les violences hospitalières (37), l'histoire de la douleur (41) et les manières de prendre en charge la souffrance en milieu hospitalier (5, 13).

De même, pour décrire les conséquences de situations comportant une forme de violence, diverses recherches ont été consacrées à l'évaluation des « traumatismes » des enfants, notamment dans des contextes de guerre (34, 20). Usant parfois d'analyses thématiques de dessins (10), elles soulignent globalement que « toute catastrophe dans l'ordre social, domestique ou organique correspond à une perte de confiance, ponctuelle ou radicale, dans la sécurité des lois qui régissent les hommes. (...) De garant de la bonne foi d'où émanent la parole et la permanence des lois physiques, l'autre devient surface de signes et de formes à déchiffrer, sur fond de mots dévalués. » (17).

Enfin, dans les pays du Nord, divers intervenants, qu'ils soient professionnels ou bénévoles (algologues, musiciens, clowns...), s'efforcent d'évaluer les craintes et les douleurs ressenties afin de les réduire.

Le paysage africain – bibliographique tout au moins – contraste largement avec celui que nous venons de décrire. En effet, bien que des informations strictement sanitaires – notamment sous la forme de taux de morbidité et de mortalité – soient nombreuses et que divers textes soient consacrés à une anthropologie de l'enfance (7, 18, 39), l'importante question de la situation des enfants à l'hôpital en Afrique n'est pratiquement jamais abordée.

D'un point de vue scientifique, cette lacune doit être comblée. Mais notre hypothèse déborde cette légitime, mais strictement « livresque » perspective. Elle consiste aussi à penser qu'un dévoilement des émotions ressenties par les enfants et une description de la façon dont sont manipulés leurs corps au décours des actes de soins permettront de leur conférer une identité – de leur « donner un visage » (35, 29) – et que cette mise en existence est essentielle à l'amélioration des soins dans les services de pédiatrie.

## Matériel et méthode

S'il reste à recueillir ces paroles encore fragiles, enquêter auprès d'enfants – et qui plus est d'enfants malades – ne va pas sans poser quelques problèmes méthodologiques (14).

En effet – outre l'interprétation de dires articulés dans un lexique restreint et sémantiquement instable – les enfants n'expriment pas forcément leurs idées ou leurs choix par des mots, mais souvent directement par des actes. Par exemple, plus qu'énoncer un sentiment, un enfant témoignera de son amitié envers un nouveau compagnon en l'incluant dans une activité ludique (15). Sur nos « terrains », plus que se dire expressément, l'inquiétude crispe une main et les regards sont parfois des suppliques. Les histoires enfantines, plus encore que celles des adultes, sont souvent sans paroles et, de ce fait, l'enquête repose souvent sur l'observation et une façon d'explorer des litotes discursives ou comportementales.

Ensuite, être enfant varie selon les époques (2, 19, 42) et selon les sociétés (3). Autrement dit, si l'enfance est une étape physiologique, elle correspond aussi à certaines constructions sociales de l'âge induisant des périodisations spécifiques de la vie (16). Une certaine vigilance méthodologique est donc requise pour analyser les paroles et les conduites de ces jeunes acteurs en fonction de la diversité des contraintes et des prérogatives que leur accorde leur milieu (33).

Par exemple, dans les pays du Nord, fortement influencés par la psychologie, les enfants sont invités – voire incités – à analyser et exprimer leurs sentiments. Dans d'autres contextes, et notamment en Afrique de l'Ouest, les plus jeunes sont plutôt placés dans une sorte d'attente d'une réponse « autorisée ». Certes ces caractéristiques varient selon les lieux et les milieux sociaux. Mais, dans les hôpitaux où nous avons travaillé, il faudra souvent que l'enfant interroge l'adulte pour savoir ce qu'il est en droit de dire. Cela fut – et reste en partie – aussi le cas dans l'espace européen. « Sauf à de très rares exceptions [l'enfant] ne songera même pas à se représenter ce qu'il pense ou ce qu'il sent : mais il tâchera de deviner ce que, selon vous, il devrait sentir et penser » souligne ainsi Stéphane AUDOIN-ROUZEAU à propos des récits d'enfants français confrontés à la guerre de 1914-1918 (4). Comment, dès lors, tenir compte des non-dits sans abusivement les solliciter ?

De même, là où globalement la psychologie estime qu'il peut être important de ne pas dissimuler la « vérité » de la maladie à un enfant, d'autres normes insistent, au contraire, sur l'humanité d'attitudes visant à « distraire » le malade. En bambara, par exemple, on utilise le terme de *nègènègè* pour désigner cette manière de détourner par de petits amusements le malade de son mal (26). Bien que modestes, ces manières d'être sont essentielles, puisqu'elles représentent des sortes d'éthiques locales « en acte ».

Les formes du lien affectif et les modalités du rapport à soi varient donc fortement et influent sur les diverses façons d'exprimer son soutien, de vivre ses émotions, de dire ses affects et ses sentiments et même de construire sa biographie (23).

À ces diverses questions théoriques relevant globalement d'une ethnographie des catégories affectives, il faut bien sûr ajouter les difficultés inhérentes à la réalisation d'entretiens dans des lieux de soins. Faire parler un malade qui souffre ou demander éventuellement aux plus fragiles de critiquer ceux dont ils dépendent, pose de nombreuses questions allant de l'éthique au méthodologique.

Nous ne pouvons aborder ici l'ensemble de ces interrogations. Notre travail est plus modeste. Il consiste en une sorte de prélèvement systématique limité – une sorte de carottage – n'ayant d'autre ambition que d'offrir quelques descriptions et réflexions « exploratoires ».

Nous avons pour cela, choisi de mener un travail permettant d'observer les récurrences qui construisent l'ordinaire des faits sur trois « terrains » – Bamako, Conakry, Abidjan – que pour d'évidentes raisons éthiques nous ne préciserons pas davantage. Dans chacun de ces sites nous avons réalisé 20 entretiens avec les divers acteurs des situations de soins et 10 observations systématiques chronométrées.

Deux ensembles d'actions ont particulièrement sollicité notre attention. Nous avons analysé les interactions entre les divers acteurs des situations de soins, enfants, parents, soignants et nous nous sommes attachés à réaliser des observations systématiques des gestes techniques – injections, perfusions, ponctions lombaires... – les plus couramment mis en œuvre dans les services de pédiatrie.

À Bamako, nous avons, de plus, demandé à une vingtaine d'enfants hospitalisés de figurer graphiquement leur hospitalisation.

Dans cinq classes du premier cycle scolaire, nous avons adjoint à ces observations des rédactions et des dessins; la consigne étant de raconter un épisode vécu dans une structure sanitaire. Nous avons ainsi recueilli une centaine de rédactions et le même nombre de dessins.

## Résultats

Il est, bien sûr, impossible de présenter l'ordinaire dans son feuilleté complexe et son déroulement souvent chaotique. Comment dire l'enchaînement des gestes, l'imbrication des actes, des paroles, des regards et souvent des cris? Décrire implique d'isoler quelques séquences significatives (6). Ce sont ces quelques prélèvements thématiques, comme des sortes d'images arrêtées, que nous présentons maintenant. Les trois premiers paragraphes décrivent diverses interactions; le dernier s'attache à évoquer quelques propos des enfants.

### Les soins et les interactions langagières

Au plus large, il s'agit, tout d'abord, d'une sorte de paysage connu mêlant inextricablement une certaine désorganisation – liée notamment à un usage constant des « relations personnelles » – à la fréquence d'actions illicites contrastant parfois avec un dévouement exemplaire (31).

*« Le personnel, là, si le Président veut lutter contre la corruption, c'est à l'hôpital qu'il veut venir. Je paye tous les jours, la Rocéphine®, la perfusion et tout le nécessaire avec les infirmiers pour près de 15 000 CFA. C'est une vraie mafia. Quand tu achètes les produits avec quelqu'un, tu deviens son protégé et c'est lui seul qui fait les soins de ton enfant. Mais le drame c'est que si tu as besoin d'aide, quand il n'est pas là, personne ne s'occupe de toi. »* nous dit Monsieur D., informaticien à Conakry.

Globalement, l'hôpital, loin de fonctionner comme un système expert, correspond à un système réticulaire et en pédiatrie comme ailleurs, dans ces parcours thérapeutiques, accéder aux soins est dans bien des cas synonyme de réussir à trouver une « connaissance ». C'est ce que souligne la mère d'un enfant hospitalisé à Bamako :

*« Une fois qu'un malade est hospitalisé, ils te soignent bien. Mais avant de les avoir et d'accéder à une salle d'opération, ce n'est pas facile. (...) Je me rappelle que j'ai pleuré le premier jour où je suis arrivée ici. J'avais mon enfant malade sur le bras et je courais partout et personne ne voulait s'occuper de moi. C'est quand j'ai vu un médecin de passage que j'ai couru vers lui pour le supplier de m'aider à cause de Dieu. Je lui ai dit que j'ai tout ce qu'on m'avait demandé. Voilà deux sachets de sang et les médicaments, mais personne ne veut faire les soins : "Je vous en supplie, aidez-moi docteur".*

*Il m'a conduit dans une salle où il y avait des infirmiers qui étaient en train de causer. Il les a engueulés et leur a dit de s'occuper de*

*moi. (...) Ils m'ont fait entrer avec mon enfant pour faire des soins. Il y avait même une infirmière dans la salle qui est une amie de ma mère. Depuis que celle-ci m'a reconnue, elles se sont toutes bien occupées de nous. »*

Le reste est à l'avenant avec son cortège d'incompréhensions – versant parfois vers des formes de dominations linguistiques – et de pénurie « d'objets cognitifs » délitant la démarche diagnostique et faisant que les vies « ne tiennent qu'à un fil ». Ce qu'illustre concrètement Madame T., mère d'un enfant hospitalisé en pédiatrie à Bamako pour suspicion de tuberculose.

*« Mon enfant, dit-elle, a 9 ans. Nous sommes là parce qu'il a une pneumonie. Les "dogotorow" ne l'ont pas dit. Ils parlent de "sogosogoninjè" [lit. toux blanche, terme bambara souvent traduit par tuberculose] et depuis on nous fait faire des analyses seulement. Vraiment, je ne sais pas quoi dire avec ces gens-là. Le problème c'est qu'ils nous disent rien. Ce n'est même pas la même personne que tu vois. Tous les jours il y a un ordre différent, venant d'une personne différente. Même pour savoir ce que ton enfant a, les avis sont contraires. Il y a du bruit, des moustiques. Toi-même il faut sentir l'odeur de la poubelle. Finalement, c'est à l'hôpital qu'on vient tomber malade ».*

Pourtant ces mots qui se savent inécoutés enveloppent de multiples questions. Et notamment, dans ces contextes où les langues locales ne sont pas équipées de concepts scientifiques et techniques, les parents sont souvent partagés entre des représentations locales et un certain crédit accordé, malgré tout, à l'hôpital (25, 30, 45).

*« L'inquiétude que j'ai, c'est ce que les gens m'ont raconté. Les gens ont toujours dit qu'on ne doit jamais faire la piqûre à celui qui est atteint de sayi. Étant donné que mon enfant est atteint de sayi et on lui a fait plusieurs fois la piqûre. J'ai vraiment beaucoup d'inquiétude par rapport à cela... »* dit à ce propos la mère d'un enfant hospitalisé à Bamako.

Une seule scène peut résumer l'ensemble de ces dysfonctionnements. Elle souligne combien ces diverses dimensions mêlant étroitement des variables linguistiques, organisationnelles et matérielles, constituent des agencements – une sorte de « style de fonctionnement » des services – ayant un impact important sur le traitement des jeunes patients. Il s'agit d'une observation réalisée, à Bamako, dans une salle de consultation.

Le médecin est assis au bureau, lisant les anciennes ordonnances de l'enfant dont il s'occupe. Pendant ce temps, l'interne demande à la mère d'étaler un pagne sur la table d'examen et d'y déposer l'enfant.

Il met sa main sur le front de l'enfant, puis sur son thorax et sur son abdomen.

Après avoir regardé les conjonctives, palpé l'abdomen et ausculté le cœur et les poumons, il cherche rapidement des yeux sur la table, tête ses poches avant de demander au médecin responsable : « Docteur, avez-vous un abaisse-langue ? ».

Il répond : « non »

En fait, il n'y a ni thermomètre, ni abaisse-langue.

L'interne dit alors : « examen sans particularité » ?

Cet exemple le montre : s'il s'agit de mots, il ne s'agit pas uniquement de disposer d'un lexique. Plutôt de la façon dont diverses dominations symboliques se combinent avec un déficit d'objets cognitifs (thermomètre, tensiomètre, etc.) constituant le socle technique de l'acte médical pour construire ainsi un certain mode d'exercice professionnel préjudiciable aux patients.

### Les gestes techniques

Si l'on « entre » maintenant dans ce « théâtre des opérations » (38) par les gestes techniques de soins, une première forme de violence faite aux enfants peut être qualifiée de « violence par défaut ». Elle concerne certaines négligences affectant les

conditions minimales d'hygiène et de sécurité requises dans l'accomplissement des actes médicaux. Observons une interaction de soins dans un service de pédiatrie à Conakry.

L'infirmière A.D. pose le plateau sur un lit. Elle ne porte pas de gants et ne s'est pas lavé les mains.

Elle prend un flacon d'ampicilline dosé à 500 mg, sans lire l'étiquette, puis un flacon d'eau distillée de 5 ml et les dépose sur le lit.

Elle prend ensuite sur le plateau une seringue neuve à usage unique, défait l'emballage et adapte l'aiguille rapidement.

Elle prend ensuite le flacon d'eau distillée et enfonce l'aiguille sans désinfecter le point de pénétration et aspire tout le contenu qu'elle transfère dans le flacon d'ampicilline après avoir ôté le capuchon protecteur. Elle retire l'aiguille, puis agite le contenu jusqu'à ce que la solution soit homogène.

Elle traverse à nouveau le matériel plastique du flacon et aspire 5 ml du liquide opalescent dans la seringue.

Elle oublie de capuchonner l'aiguille et pose le tout dans le plateau. L'injection est quasiment prête, mais A.D. a oublié le tampon qui sert à désinfecter la peau avant l'injection. Elle dit à la maman « *wo mème!* » (litt. attendez) avant d'aller prendre le tampon dans le bureau du surveillant. Elle revient 7 minutes plus tard et procédera à l'injection avec l'aiguille qui est restée non couverte pendant plus de 7 minutes.

Elle passe ensuite au malade suivant, ne lit pas l'étiquette des produits, prépare rapidement la perfusion, purge la tubulure dans le plateau qui contient aussi les médicaments et du matériel supposé être stérile.

Elle laisse tomber par terre l'épicrânienne démunie de son étui de protection, elle la ramasse et continue son travail.

Elle installe la perfusion, toutefois elle n'a pas prévu de sparadrapp pour couvrir le point d'embouchure de l'épicrânienne à la peau. Pour pallier cet oubli, elle décolle l'étiquette du flacon de perfusion, en déchire une portion et la pose sur la partie indiquée. Elle passe dans le flacon suspendu tous les médicaments prescrits en utilisant la seringue qui a servi à traiter le premier enfant, après l'avoir rincée avec de l'eau distillée.

Mais elle se rend compte que le flacon d'ampicilline qu'elle a administré au premier malade était plutôt destiné au deuxième. Elle n'avait pas consulté les fiches de traitement.

Elle ne réagit pas et passe néanmoins au dernier malade.

Bien que sachant son erreur, l'infirmière n'est jamais revenue pour voir comment se comportait l'enfant.

Il ne faut pas ici « durcir » les données et seule une étude quantitative pourrait documenter l'importance des pratiques que nos observations permettent cependant de qualifier de « fréquentes ». Confirmant nos observations, un article fort bien documenté sur les risques nosocomiaux en Afrique souligne l'importance des infections nosocomiales manuportées et liées à la transmission parentérale (transfusion et injection). Les auteurs soulignent qu'en « *Afrique Sub-saharienne, il est vraisemblable que le plus gros contingent des infections nosocomiales soit constitué des infections sur les cathéters veineux* » (43).

Les hôpitaux où nous avons travaillé, quels que soient les services, circonscrivent partout de semblables scènes de négligence provenant de la conjugaison d'effets de routine, d'un manque de contrôle « vertical » par les chefs de service et d'une sorte de déficience « horizontale », puisque manque aussi le regard critique de pairs négligeant de la même manière des normes techniques au profit de normes pratiques (31). Mais ici, sans doute, faut-il ajouter à ces déterminations globales la faiblesse d'un enfant qui doit se plier à une relation de pouvoir et ne peut critiquer les pratiques des soignants.

Par ailleurs, la pédiatrie a aussi pour spécificité, pour le meilleur comme pour le pire, de construire des scènes à trois incluant les familles. Parfois les parents sont un soutien et représentent une forme de contre-pouvoir. D'autres fois, en adhérant à une conception doloriste des soins et à des normes sociales valorisant le pouvoir des soignants, les proches peuvent légitimer l'inacceptable des conduites des soignants et

accroître ce que l'on suppose de la solitude de l'enfant. Ainsi en témoigne cette observation réalisée à Conakry.

Un enfant de 10 ans et demi.

Le médecin lui a prescrit une perfusion à prendre en ambulatoire.

L'enfant a peur, et refuse de se coucher pour se prêter à l'acte de soin.

Dans la salle, il y a deux infirmières et un homme et une femme qui accompagnent l'enfant.

L'infirmière vérifie son matériel et s'approche de l'enfant.

Elle introduit l'aiguille et l'enfant vocifère tellement fort que tout l'entourage est alerté.

L'homme qui l'accompagne perd son calme et assène à l'enfant une très forte giflle.

L'enfant hurle, ce qui attire une foule de curieux sortis de toutes les salles de l'étage.

Les injures et reproches à l'encontre de l'enfant fusent de tous les côtés : « *Tu n'as pas honte à ton âge! Tu es une ordure! Ce sont des jeunes de ton âge qui font la guerre au Libéria!...* »

L'infirmière se plaint d'avoir perdu la veine à cause de l'agitation occasionnée par la giflle.

La perfusion est posée après trois tentatives.

## Les actes chirurgicaux

Bien qu'appartenant à la vaste rubrique des gestes techniques, il nous semble légitime d'isoler les gestes chirurgicaux à la fois parce qu'ils représentent un « niveau » plus élevé de complexité et qu'ils ne peuvent véritablement entrer dans la rubrique de l'ordinaire et des « routines ». Ils sont distincts aussi parce qu'ils confrontent les enfants à une plus importante douleur. Ainsi à Abidjan :

Un jeune garçon âgé de 10 ans souffre d'une fracture du coude, après une chute à l'école. Il vient dans le service avec son père vers 17 heures.

Ils « font le rang » et sont reçus par un médecin à 19 heures. Après une radio, l'enfant va au bloc chirurgical, où on lui place une broche. Il sort vers 3 heures du matin.

Après quelques semaines, il vient pour se faire enlever les broches.

L'enfant et son père arrivent vers 9h30.

À 14 heures, l'enfant vient de se mettre sur un lit pour qu'on lui enlève la broche.

Les soignants enlèvent les bandages et ouvrent les points de suture.

L'enfant a très peur et pleure.

Après avoir enlevé une des broches sans anesthésie, le médecin sort de la salle pour se changer pour aller présenter ses vœux à un supérieur.

Il laisse l'enfant à son assistant qui est un étudiant en septième année de médecine.

Celui-ci essaie tant bien que mal d'enlever la seconde broche, mais n'y arrive pas. L'enfant crie et se débat.

L'étudiant : « *en fait, on aurait dû commencer par cette broche qui est la plus compliquée. Comme le pédiatre est parti, je ne sais pas trop quoi faire (...). Je vais le recoudre et il va revenir lundi pour qu'on lui enlève cette broche* ».

L'étudiant part en salle de soin où l'enfant est couché pour faire ses points de suture.

Enquêteur : « *Vous allez mettre de l'anesthésie ?* »

Étudiant : « *Il est anesthésié.* »

L'étudiant commence les soins. L'enfant pleure car il a visiblement très mal.

L'enfant : « *Ça fait mal, faut pas faire fort, tu fais fort !* »

Enquêteur : « *Il me semble que l'enfant n'est plus anesthésié.* »

Étudiant : « *Oui, on dirait...* »

L'enfant hurle. Après avoir fini, l'étudiant a demandé à l'enfant de revenir pour qu'on lui enlève sa broche...

Certes, il faut nuancer le propos; évoquer la charge de travail des personnels, la difficulté à trouver des produits ou un anesthésiste. Il est parfois préférable d'agir violemment que de ne pas agir du tout. Il faut encore souligner qu'un ensemble

d'enfants « remercie » les personnels de santé. D'autres témoignages évoquent, en effet, la « gentillesse » des personnels de santé. « *Ils sont gentils, accueillants. Ils s'occupent bien des malades. Ils plaisaient beaucoup avec moi* » dit, par exemple, M.D., enfant de 13 ans à Bamako.

De même il faut, ici comme dans tous les espaces hospitaliers, distinguer entre les personnels.

« *Il y a une grosse femme parmi les soignants, qui fait durement et j'ai beaucoup mal après l'injection. Quand je la vois venir dans notre salle, j'ai tout de suite envie de pleurer, parce que je sais qu'elle va me faire très mal. Par contre, il y a une femme mince qui fait bien et ne m'a pas fait mal du tout. Quand je la vois venir chez nous, je n'ai pas peur.* » nous dit Dramane T., enfant de 7 ans hospitalisé à Bamako.

Le paysage est contrasté et les situations sont souvent moins homogènes que pourraient le laisser supposer nos exemples. Mais ces variations construisent aussi l'extrême fragilité des enfants soumis aux aléas des soins – à une sorte de « chance » ou de « malchance » organisationnelle – et de ce fait à une attente indéfinie ou l'incertitude fait le lit de l'inquiétude. C'est ce qu'illustre cette scène observée à Conakry.

Un enfant de 9 mois est hospitalisé dans le service de pédiatrie pour – dit-on – un « paludisme aigu ». Le médecin traitant lui a prescrit des médicaments et des perfusions et il est reçu dans la première salle à l'étage où la mère a étalé son pagne sur le matelas du lit.

Elle attend l'infirmière depuis environ 30 minutes et commence à s'impatienter d'autant plus que son enfant pleure. Arrive l'infirmière portant un plateau dans lequel elle a disposé le matériel de perfusion et les médicaments.

L'infirmière se dirige vers la femme sans lui adresser aucun mot, saisit fortement l'avant-bras de l'enfant qui se met aussitôt à pleurer.

La soignante dit en langue soussou, qu'il va être difficile de trouver des veines.

Elle monte rapidement le dispositif de perfusion et dit à l'enfant : « *ira khara nyè!* » (litt. du courage ou reste tranquille). Pour la première fois elle s'adresse à la mère et lui dit : « *ara sugu fan-nyira!* » (litt. tiens-le bien).

La mère immobilise l'enfant aidée par la femme qui accompagne l'infirmière.

Pour la ponction veineuse, elle utilise une aiguille qui est normalement destinée à un adulte. Elle ne parvient pas à rentrer dans la veine après deux piqûres dans la région du pli du coude droit. Les points de ponction saignent et sont tamponnés avec un tampon imbibé d'eau de Javel diluée qui est tombé plusieurs fois sur le lit ou à même le sol à cause des mouvements de l'enfant qui se débat, pleure et transpire abondamment.

Sa mère l'essuie régulièrement et tente vainement de le calmer.

Une troisième tentative du même côté après avoir remis un peu d'ordre, se traduit par un nouvel échec mis au compte de la mère qui, aux dires de l'infirmière, n'immobilise pas suffisamment l'enfant.

Cette dernière ne bronche pas, mais est visiblement inquiète et partagée entre le désir de voir aboutir le geste et l'impossibilité de continuer à voir souffrir son enfant.

Lors de la tentative d'introduction de l'aiguille dans la veine de son enfant elle a montré un visage défait et s'est mordu plusieurs fois la lèvre inférieure.

L'enfant a tellement pleuré qu'il est presque aphone, ce qui ne dissuade pas l'infirmière de tenter de trouver une veine sur l'autre bras.

Après deux tentatives, elle échoue à nouveau et décide enfin de recourir à une épicroânienne, beaucoup plus adaptée aux enfants. Pour cela, elle demande 1000 francs guinéens à la mère et se dirige vers la pharmacie laissant un enfant à bout de forces et une mère anxieuse après plus d'un quart d'heure de souffrances et de douleurs.

Un quart d'heure après l'infirmière revient avec l'épicroânienne qu'elle refuse d'installer parce qu'elle se dit très fatiguée.

C'est finalement la surveillante qui le fera à sa place avec une facilité déconcertante.

Cette surveillante félicite l'enfant pour avoir supporté l'injection : « *Bravo! Tu es un grand quelqu'un* ».

Il faut encore souligner l'extrême différence des conduites des soignants selon que les enfants viennent « en urgence » et appartiennent de ce fait à la succession des anonymes et ceux qui, souffrant d'une pathologie chronique – drépanocytose, séropositivité HIV... –, ont malheureusement le temps de tisser, tout au long de leur trajectoire, des relations dans les services. Le souci, dans ces contextes de pénurie, ne saurait être universel et le temps de contact entre les équipes soignantes et les malades est ici essentiel.

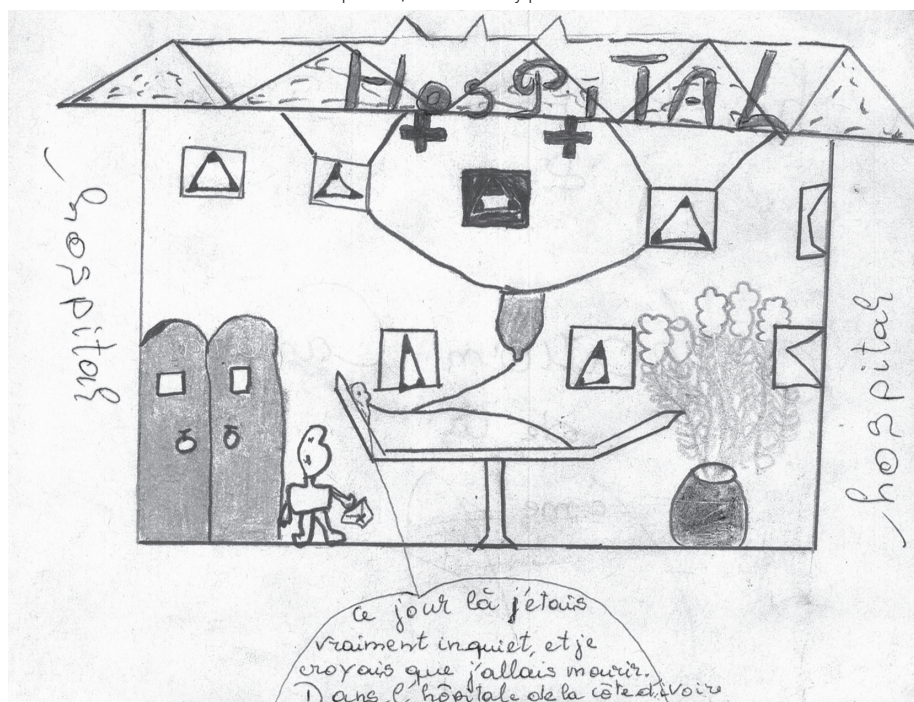
Des variations donc, mais globalement les quelques observations que nous avons présentées soulignent combien, dans ces espaces hospitaliers, une certaine violence est présente. Certes, s'y conjuguent des souffrances intrinsèques à la maladie avec d'autres inhérentes aux soins, mais rien n'est volontairement évité aux enfants, ni la douleur grâce à quelques antalgiques ni l'inquiétude qui pourrait, sans surcoût économique, être modérée par de simples paroles.

## Ce que disent les enfants

Comme nous l'évoquions en introduction, la littérature pédiatrique est riche. Mais, si l'on sait tout ou presque des données épidémiologiques et strictement médicales, des enfants eux-mêmes on sait très peu. « *Ce qu'enfant pense... [...] est pourtant la question centrale trop rapidement traitée* » (4). Il faut écouter dans les interstices puisque, comme nous l'évoquions

Dessin 1.

Paroles ici exprimées, mais furent-elles prononcées et entendues?  
Words here expressed, but were they pronounced or heard?



précédemment, la parole des enfants est largement régie par une certaine normativité intergénérationnelle et statutaire des échanges langagiers et des conduites. En témoignent ces quelques propos recueillis dans un service de pédiatrie à Bamako.

M.K. (12 ans) : « Nous avons été bien reçus. Les docteurs sont gentils. Ils m'ont posé beaucoup de questions. »  
Question : « Qu'est-ce qu'ils t'ont dit ? »

M.K. : « Ils ne m'ont rien dit. Ils ont seulement donné l'ordonnance pour payer les médicaments. »

Question : « Tu ne leur as pas posé de question sur ta maladie ? »

M.K. : « Je ne peux pas leur demander, parce que j'ai honte. »

Ce terme de « honte » (en langue bambara maloya) conjugue diverses nuances que la langue française nommerait le respect, une certaine gêne et la reconnaissance de la dignité de son interlocuteur. Ce sentiment sera donc particulièrement ressenti et marqué face aux aînés ou à tout acteur ayant une certaine autorité (père, enseignant, soignant).

Cet extrait d'entretien est représentatif de la plupart des interactions langagières entre les jeunes patients et les personnels de santé. Dans bien des cas, les enfants « n'osent pas », et ne sont d'ailleurs pas autorisés à poser des questions. Le cercle dès lors est bouclé, puisqu'à leurs paroles statutairement bridées répondent la rétention d'information et fréquemment un certain manque d'attention de la part des soignants.

« Généralement l'enfant n'a pas d'opinion chez nous (...). Moi, je suis venu pour traiter l'enfant. Sa parole peu importe (...). Si on fait par exemple, un geste sans anesthésie, c'est que les parents n'ont rien ». « Les parents sont pauvres » poursuit le docteur B. K. médecin dans un service de pédiatrie à Abidjan...

Et cette situation économique accentuant l'inégalité des interlocuteurs incite au silence et à l'acceptation de gestes que l'on n'a, de toute manière, pas les moyens de négocier. Quand on est pauvre, être soigné est une chance et il faut donc en accepter toutes les contraintes même si, comme pour cet enfant bamakois, cette posture d'obligatoire soumission est grosse de nombreuses inquiétudes...

Question : « Qu'est-ce que toi-même tu penses de ta maladie ? »  
D.K. (14 ans) : « Comme mon ventre est gonflé, je pense qu'il y a de l'eau dedans. S'il extrait toute l'eau dedans, je vais guérir. Les gens disent aussi que c'est un sort qu'on m'a jeté... »

Question : « Tu as peur de cela ? »

D.K. : « Oui. »

Question : « Si c'est un sort qu'on t'a jeté, tu penses que ça peut te faire... »

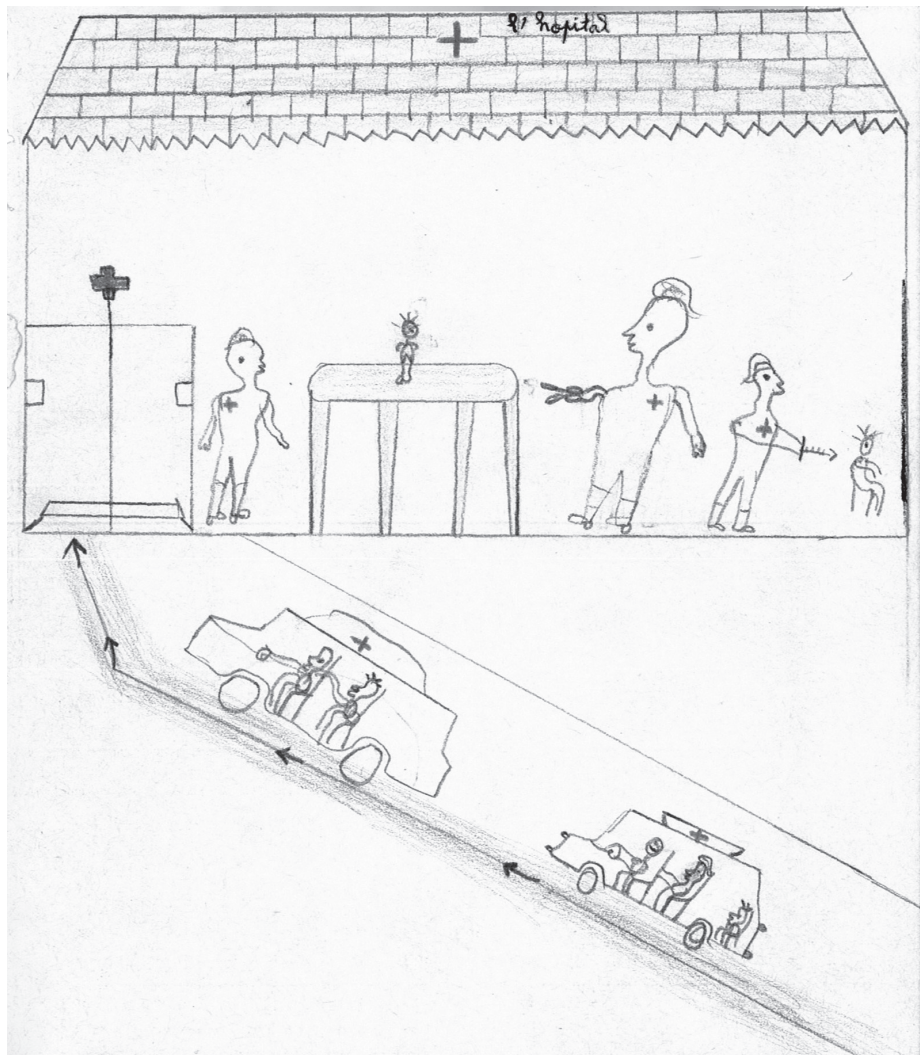
D.K. : « Je ne sais pas. On peut mettre des serpents dans le ventre des gens. Moi, j'ai très peur des serpents. »

« J'avais la trouille » dit aussi avec gouaille Moussa, enfant de Bamako. « J'ai cru que j'allais mourir et j'avais très mal » dit un autre hospitalisé à Abidjan.

Dessin 2.

Imaginons simplement le monde hospitalier depuis la taille de l'enfant.

The hospital world depicted from a child's height.



Les rédactions des jeunes élèves confirment ces propos « tenus à chaud » et révèlent toute une palette de sentiments.

« Au moment où l'infirmière a prononcé mon nom, j'étais angoissée, j'avais des douleurs partout. J'ai tellement eu peur que j'ai failli aggraver la maladie (sic) », dit une jeune fille.

D'autres, textes sont plus critiques.

« On m'a accueilli très mal. En ce moment j'avais très peur. Ils ont consulté mon corps d'abord et ensuite analysé mon sang. Le traitement a été très douloureux. Je croyais que j'allais mourir. Mais Dieu m'a sauvé. » écrit un écolier.

À l'inverse, certains soulignent un dévouement dépassant une simple attitude professionnelle.

« Au moment où j'avais très peur et où je pleurais, les soignants me consolait avec des histoires et des chansons que j'aimais. (...) Je voudrais que tous les centres fonctionnent comme eux. »

Les propos sont donc contrastés. Mais il suffit de regarder les quelques dessins que nous présentons pour comprendre comment sont mémorisés – « appris par corps » – ces épisodes de soins. Sur l'ensemble de la centaine de dessins, tous représentent des seringues et des injections : acte banal dans les services de santé – ou même à domicile – et sorte de paradigme « populaire » où piquer c'est soigner (dessin 1). Tous figurent aussi la petitesse de l'enfant – sa faiblesse ressentie ? – confronté aux personnels de santé (dessin 2). Enfin ces dessins soulignent combien les enfants observent le fonctionnement des hôpitaux

Dessin 3.

L'organisation des soins du point de vue des enfants. La « salle des morts » est centrale...  
Care management from children's point of view. The "death ward" is central...



et les spécificités des activités de ces espaces thérapeutiques (dessin 3). Bien sûr, rien n'autorise ici à généraliser, ni surtout à « surinterpréter » ces témoignages graphiques. Mais les images sont ici documents et non simples illustrations. La taille relative des personnages, la figuration des gestes techniques et parfois les légendes soulignent que ces douleurs ressenties ne furent pas anodines. Et si ces traces graphiques et ces propos semblent modestes, ils correspondent cependant à une forme d'évaluation de la qualité des soins « par le bas », témoignant que les enfants, loin d'être passifs, sont de véritables acteurs des services de santé.

## Conclusion et pistes de réflexion

Bien sûr, il existe toujours une profonde asymétrie entre les professionnels et les proches des enfants. « *Le professionnel tient les émotions à distance, l'entourage et le malade sont submergés pas elles* » (12). Il en est ainsi dans tous les services de santé. Mais, comment comprendre cet écart entre les pensées et les émotions que nos enquêtes révèlent et cette sorte de dépersonnalisation des enfants donnant l'impression d'être pris dans des pratiques uniquement instrumentales ? Il serait absurde autant qu'inutile d'incriminer une sorte de « mauvais vouloir » des soignants. Les personnels de santé sont d'ailleurs souvent très attentifs aux souffrances causées par les maladies elles-mêmes : drépanocytose, cancer, infection HIV... Mais, à l'inverse, la « douleur iatrogène » causée par les actes de soins n'est pas envisagée comme évitable. Du point de vue des personnels, cette souffrance serait un mal provisoire pour le bien de la guérison.

Cette situation des enfants dans les mondes hospitaliers ouest africains, nous semble résulter, d'un dispositif (21), de l'articulation de quelques logiques conjuguant chacune des dimensions techniques et sociales. Il s'agit, tout d'abord, de connaissances et de compétences médicales puisque la réanimation pédiatrique est bien peu enseignée. Globalement, qui sait véritablement tenir compte du poids d'un enfant pour strictement prescrire un traitement ? Et pourtant des gestes de base comme régler le débit d'une perfusion ou adapter une prescription en dépendent. On peut mourir d'une mauvaise posologie résultant d'une règle de trois hâtivement et maladroitement faite.

Il faut ensuite évoquer les effets d'une précarité obligeant à faire des choix. Soignants ou parents, sont conduits à sélectionner ce qui est faisable dans ce qui est souhaitable. Ici, faute de « socles » techniques et pécuniaires permettant d'effectuer certains traitements, le groupe professionnel se construit autour d'une norme implicite consistant à « se blinder » pour ne pas « inutilement » compatir. En effet, plus on se laisse aller à de l'empathie pour quelqu'un plus on se rend vulnérable. L'impossibilité matérielle d'être efficace ou de se dévouer pour tous oblige à développer une « éthique relative »... Illustrons-le très simplement :

faute de disposer de suffisamment de couveuses, il faudra parfois regrouper plusieurs enfants dans une seule machine. Mettre 3 « malades » ensemble pour qu'un « bien portant » bénéficie individuellement d'un appareil... C'est dire qu'il ne s'agit pas tant ici de « motivation » que de la façon dont l'économique et le technique induisent certains comportements et construisent certaines normes morales et postures émotionnelles.

Il s'agit troisièmement, d'un certain statut socio-affectif de l'enfant qu'énonce parfaitement le docteur D. résumant ainsi l'ensemble des propos tenus par les soignants :

*« En général ici on est dans la mentalité africaine où on dit que l'enfant n'a pas le droit à la parole. Il exprime très peu les choses. Quand c'est les nourrissons, ils ne peuvent même pas parler (...). Bon quand les enfants ont mal, il faut s'adresser aux parents pour les rassurer, pour leur dire que cet acte fait un peu mal. On n'a pas de communication véritable, sinon à travers les parents ».*

Certes, une nouvelle fois les situations sont plurielles. Mais globalement, l'enfant n'est que le « il » de l'interlocution : celui dont on parle, mais à qui personne ne s'adresse. Qu'il soit supposé sans parole incite à imaginer qu'il n'éprouve pas de véritables sentiments ; et puisque sans parole, on le suppose aussi sans mémoire. Dès lors on présume qu'il va rapidement oublier le moment douloureux. « *La douleur ne va pas durer* » (D<sup>r</sup> N.F., service de pédiatrie, Abidjan), pourquoi, alors, s'en préoccuper véritablement ?

Enfin, cette douleur est socialement considérée comme forgeant le caractère de l'enfant. Dans la société, « celui qui la subit sous le regard de tous, doit l'endurer en silence sous

peine de déchoir » (11, 5). Qu'il suffise ici d'évoquer la circonscription, l'excision ou les diverses façons dont des souffrances corporelles sanctionnent tout passage initiatique ou tout manquement aux règles sociales. L'éducation de l'enfant inclut massivement les diverses dimensions des douleurs infligées qu'elles soient rituelles, liées à l'inculcation de la politesse, à l'honnêteté, au respect des hiérarchies générationnelles ou même aux apprentissages religieux. Les violences ordinaires ne sont pas absentes des sociétés ouest-africaines (1, 24, 9).

Il ne s'agit aucunement ici de discuter ces normes éducatives le plus souvent mises en œuvre, du point de vue des acteurs : « pour le bien de l'enfant ». De même les multiples fonctions symboliques de la violence et de la douleur ne peuvent stricto sensu être transférées dans le monde technique de l'hôpital. Mais d'une certaine manière la situation médicale n'est pas très éloignée d'une situation sociale « normale » où tout adulte est en droit – et même en devoir – d'exercer son autorité sur l'enfant. Ces représentations largement partagées dans la vie courante orientent les jugements et les attitudes professionnelles. Elles s'entrelacent et créent des inclinaisons comportementales : *a minima* un argumentaire acceptable.

« On te fait une piqûre dans le dos. Tu es un homme et un homme supporte la douleur : tu n'as pas honte de pleurer ! » dit par exemple, la mère d'un enfant hospitalisé dans un service d'oncologie à Abidjan.

Et dès le plus jeune âge, les garçons sont supposés l'affronter, alors que les petites filles peuvent en être consolées.

« Oui, pour moi, il y a de grandes différences. Moi, pour le petit garçon, je vais lui dire, tu es un homme. Je vais lui expliquer que ça va te faire mal. Voilà, et quand je vois qu'il pleure, je lui dis qu'il est un homme, et qu'il faut serrer les dents. Pour la petite fille, je serai à côté, je vais attraper sa main. Je vais lui dire : ne pleure pas... » nous dit, par exemple, le Dr S.A. chirurgien pédiatrique à Abidjan.

Brefs instants de privilèges puisque ces jeunes filles deviendront femmes... Et au Sahel, on sait que la maîtrise des plaintes sera centrale lors de l'accouchement, y compris dans les services de santé (32).

À ce statut social spécifique de l'enfant, vient s'ajouter une posture médicale commune où la douleur – à tort et à raison – est « respectée » puisqu'utile à l'établissement du diagnostic. Dès lors, plus que le sujet souffrant c'est le signe médical qui focalise l'attention des soignants.

« L'enfant peut localiser la douleur, ce que les parents ne peuvent pas faire » souligne le Dr A.T. généraliste dans le service de pédiatrie médicale à Abidjan.

Plus encore, les gestes médicaux sont ambivalents, obligeant à infliger une douleur pour soigner.

« La douleur si on veut s'en préoccuper, on ne peut pas vraiment soigner l'enfant. Malgré les cris de l'enfant, on dirait qu'on n'est pas humain... Mais c'est par rapport aux résultats auxquels on veut aboutir. Quand on pense à ça, on ne se préoccupe plus de la douleur... » souligne le Dr K.R. à Abidjan.

Une fin thérapeutique qui justifierait les moyens douloureux comme le souligne M<sup>me</sup> D.A. technicienne supérieure de santé à Bamako.

« Ce que j'ai d'abord en tête, c'est la santé de l'enfant. C'est pouvoir lui offrir un traitement de qualité afin que je puisse le guérir de bonne manière. Après cela, j'éprouve de la pitié pour l'enfant. Mais, je dois mettre cela de côté pour faire face à mes obligations et je pense que ce qui est bien pour lui (...). C'est-à-dire que si je dois faire une injection à un enfant, même s'il se met à pleurer, mon devoir c'est de faire cette injection. Ils ont leur santé dans ça. Au départ, j'éprouvais énormément de pitié et j'hésitais souvent. Mais maintenant ça ne me dit plus rien. »

Cette idée d'une nécessaire douleur pour guérir est d'ailleurs liée à des conceptions populaires valorisant l'injection et assimilant la souffrance au combat du médicament contre l'agent pathogène. Dès lors, par des sortes de glissements progressifs, puisque les douleurs des traitements semblent inévitables, on ne se préoccupe plus vraiment de les éviter sauf si, pour diverses raisons, l'on est particulièrement « touché » par un enfant.

Ces diverses logiques peuvent être différemment combinées. Mais ces dimensions sociales et culturelles constituent « l'environnement » normatif des espaces techniques de soins et des professionnels qui y travaillent. Elles orientent leurs conduites et permettent aussi éventuellement de les justifier (44). Loin de relever de l'aléatoire, les actes des soignants correspondent ainsi à diverses manières d'ajuster de manière dynamique des pratiques cliniques avec des émotions et des univers techniques et matériels (28).

Notre étude trouve, bien sûr, son origine dans une sorte de vision contrastive des modes d'éducation des enfants que construit la mondialisation. L'extériorité culturelle ouvre à un questionnement de pratiques qui pourraient pour les acteurs locaux sembler « naturelles ». Mais les questions que soulèvent nos observations – et qui concernent les rapports entre des significations, des pouvoirs et des techniques – traversent de diverses manières l'ensemble des services de pédiatrie où la qualité des soins n'est jamais uniquement corrélée à des compétences techniques, mais correspond aussi au statut social, affectif et décisionnel accordé à l'enfant. Qu'il suffise ici de rappeler le retard avec lequel, en France notamment dans les services de néonatalogie et de pédiatrie, fut mise en application la loi Kouchner (du 4 mars 2002) reconnaissant les droits des malades et visant à soulager la douleur.

De même, la confrontation des professionnels à la maladie des enfants déborde un strict rôle professionnel, mais cause des accrocs dans des vies que l'on ravaude, le plus souvent, grâce à de l'indifférence ou, inversement, lorsque cela est possible à des groupes de paroles. Sans doute est-ce la raison pour laquelle, bien que fort diversement, un certain mal-être des soignants s'exprime en tous lieux, posant le plus souvent la question « du sens de l'activité professionnelle (...) où c'est le comment qui compte, c'est-à-dire le contexte humain, relationnel et symbolique » (38); interrogation douloureusement partagée par les familles des enfants hospitalisés (27).

Entre Nord et Sud, il s'agit donc plus de différences de niveaux d'action que de nature. Partout les modalités de prise en charge des patients sont liées au statut que l'on accorde au patient et à la légitimité de sa plainte. Sur nos « terrains » les dimensions liant le culturel et le technique sont simplement autrement modelées par la précarité.

C'est pourquoi il nous semble qu'en pédiatrie – comme d'ailleurs dans les autres services – améliorer la qualité des soins ne peut se faire sans trouver les moyens d'articuler une amélioration des connaissances, une meilleure gestion des objets techniques mais aussi sans oublier de reconnaître les paroles des patients. Certes, pour ces jeunes malades, des détours « pédagogiques » sont nécessaires. Citons simplement ces « bonhommes-douleurs » qui permettent aux enfants de dire leur corps en le dessinant, et de figurer hors les mots leurs souffrances (8). Bien que modestes, ces graffitis d'un soi douloureux pourraient – lorsque cela ne se fait pas encore – aider les soignants à porter attention aux demandes et à l'expression des émotions des enfants et subséquemment à user, lorsque cela est possible, de conduites rassurantes, d'explications ou d'antalgiques.

D'autres actions sont, bien sûr, envisageables et le travail auprès des mères d'enfants hospitalisés à Abidjan offre



d'autres « pistes » (36) et témoigne d'une préoccupation sur ces dimensions affectives des actes thérapeutiques. Les recherches et les actions sont donc ouvertes. Mais cette articulation entre le thérapeutique, l'économique et l'affectif est indispensable pour que se développe une éthique du soin en pédiatrie.

## Remerciements

Les enquêtes ont été réalisées à Bamako en 2002 ainsi que les dessins et les rédactions, puis à Conakry et à Abidjan en 2008. Les auteurs remercient les enfants de 8/10 ans scolarisés à Bamako, auteurs des dessins de cet article.

## Références bibliographiques

1. ABBINK J & VAN KESSEL I – *Vanguard or vandals: youth, politics and conflict in Africa*. Brill, Leiden & Boston, 2005, 331 p.
2. ARIES P – *L'enfant et sa famille sous l'Ancien Régime*. Seuil, Paris, 1975, 353 p.
3. ATTIAS-DONFUT C & ROSENMAYR L (Eds) – *Vieillir en Afrique*. PUF, Paris, 1994, 348 p.
4. AUDOIN-ROUZEAU S – *La guerre des enfants*. Seconde édition, Armand Colin, Paris, 2004, 240 p.
5. BASZANGER I – *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*. Seuil, Paris, 1995, 430 p.
6. BLUNDO G & OLIVIER DE SARDAN J-P (Dir.) – *Pratiques de la description*. EHESS, Paris, 2003, 220 p.
7. BONNET D & POURCHEZ L (Dir.) – *Du soin au rite dans l'enfance*. Érès/IRD, Toulouse/Paris, 2007, 230 p.
8. BONNET M – *Le traitement du cancer chez l'enfant : de la parole au choix*. Thèse EHESS-SHADYC, Marseille, 2008, 432 p.
9. BOUJU J & DE BRUIJN M (Eds) – *Violences sociales et exclusions*. Le développement social de l'Afrique en question. Bulletin de l'APAD n° 27-28, 2007, Lit Verlag, Hamburg, 2007. [<http://apad.revues.org/document3673.html>]
10. BRAUNER A & F – *Le dessin de l'enfant dans la guerre*. Expansion Scientifique Française, Paris, 1991, 254 p.
11. CASAJUS D – L'excellence de la souffrance : présentation. *Systèmes de pensée en Afrique Noire*, 2005, 17, 5-24.
12. CASTRA M & CRESSON G – Émotions et sentiments dans le travail de soin professionnel et profane. In: FERNANDEZ F, LÉZÉ S, MARCHE H (Eds), *Le langage social des émotions. Études sur les rapports au corps et à la santé*. Economica Anthropos, Paris, 2008, pp 52-75
13. COOK J & TURSZ A – *L'enfant et la douleur*. La Découverte & Syros, 1998, 198 p.
14. DANIC I, DELALANDE J & RAYOU P – *Enquêter auprès d'enfants et de jeunes. Objets, méthodes et terrains de recherche en sciences sociales*. Presses Universitaires de Rennes, 2006, 194 p.
15. DELALANDE J – *La récré expliquée aux parents*. Louis Audibert, Paris, 2003, 220 p.
16. DESCHAVANNE E & TAVOILLOT PH – *Philosophie des âges de la vie*. Grasset, Paris, 2007, 480 p.
17. DAVOINE F & GAUDILLIERE J-M – *Histoire et trauma. La folie des guerres*. Stock, Paris, 2006, 380 p.
18. ERNY P – *Les premiers pas dans la vie de l'enfant. Naissance et première enfance*. L'Harmattan, Paris, 1988, 227 p.
19. FARGE A – *L'enfant dans la ville*. Bayard, Paris, 2005, 120 p.
20. FARON O – *Les enfants du deuil. Orphelins et pupille de la nation de la Première Guerre Mondiale (1914-1941)*. La Découverte, Paris, 2001, 250 p.
21. FOUCAULT M – *Dits et Ecrits II 1976-1988*. Quarto Gallimard, Paris, 2001, 720 pages.
22. GAZIN P, TALL F, TRAORÉ A & NACRO B – Morbidité et létalité dans un service de pédiatrie en Afrique de l'Ouest. *Cahiers Santé*, 1992, 2, 243-244.
23. HARTOG F – *Plutarque entre les anciens et les modernes, Préface à Plutarque*. Vies parallèles, Quarto Gallimard, Paris, 2001, 9-49.
24. JANIN P & MARIE A (Eds) – *Violences ordinaires*. Dossier. *Politique Africaine*, 2003, 91, 5-100.
25. JAFFRÉ Y – Dissonances entre les représentations sociales et médicales de la malnutrition dans un service de pédiatrie. *Sciences Sociales et Santé*, 1996, 14, 41-71.
26. JAFFRÉ Y – Trop proche ou trop lointain, la construction de la relation entre soignants et soignés dans un service d'hé-mato-oncologie au Mali. *Santé Publique et Sciences Sociales*, 2002, 8 & 9, 119-144.
27. JAFFRÉ Y – Une épidémie au singulier pluriel, Réflexions anthropologiques autour des pratiques d'automutilations des adolescents. *Corps*, 2008, 5, 75-82.
28. JAFFRÉ Y – La mise en texte. Approche anthropologique des décès d'enfants dans quelques autobiographies contemporaines. In: FERNANDEZ F, LÉZÉ S, MARCHE H (Eds), *Le langage social des émotions. Études sur les rapports au corps et à la santé*. Economica Anthropos, Paris, 2008, pp 390-422.
29. JAFFRÉ Y – *La bataille des femmes. Analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques hôpitaux d'Afrique de l'Ouest*. Ed Faustroll, Descartes, 2009, 282 p. [<http://www.faustrroll.net/femmes/index.htm>]
30. JAFFRÉ Y & OLIVIER DE SARDAN JP – *La construction sociale des maladies*. PUF, Paris, 1999, 374 p.
31. JAFFRÉ Y & OLIVIER DE SARDAN JP – *Une médecine inhospitalière : les dysfonctionnements des services de santé en Afrique de l'Ouest*. Karthala, Paris, 2003, 460 p.
32. JAFFRÉ Y & PRUAL A – « Le corps des sages femmes » entre identités sociales et professionnelles. *Sciences sociales et santé*, 1993, 11, 63-80.
33. JAMES A – Giving voice to children's voices: practices and problems, pitfalls and potentials. *American Anthr*, 2007, 109, 261-272.
34. KEILSON H – *Enfants victimes de la guerre*. PUF, Paris, 1998, 380 p.
35. OMS/WHO – *Au-delà des nombres, examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse*. OMS, Genève, 2003.
36. OULAI S, CISSÉ L, ENOH J, YAOH A, MAHO S & ANDOH J – Vécu psychologique des mères de nouveau-nés malformés dans le centre hospitalier et universitaire de Treichville (Côte d'Ivoire). *Arch Pediatr*, 2008, 15, 357-361.
37. PETER JP – Connaissance et oblitération de la douleur dans l'histoire de la médecine. In: HÉRTIER F (Ed), *De la violence, séminaire*. Odile Jacob, Paris, 1996, pp 369-396.
38. POUCELLE MC – *L'hôpital ou le théâtre des opérations, Essais d'anthropologie hospitalière 2*. Seli Arslan, Paris, 2008, 217 p.
39. RABAIN J – *L'enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge*. Payot, Paris, 1979, 250 p.
40. RAIMBAULT G – *Clinique du réel. La psychanalyse et les frontières du médical*. Seuil, Paris, 1982, 259 p.
41. REY R – *Histoire de la douleur*. La découverte, Paris, 1993, 350 p.
42. ROLLET C – *Les enfants au XIX<sup>e</sup> siècle*. Hachette, Paris, 2001, 334 p.
43. SIMON F, KRAEMER P, DE PINTA J-J, DEMORTIERE E & RAPP C – Le risque nosocomial en Afrique intertropicale – partie 2 : les infections des patients. *Méd Trop*, 2007, 67, 197-203.
44. THÉVENOT L – *L'action au pluriel. Sociologie des régimes d'engagement*. La Découverte, Paris, 2003, 320 p.
45. TOURNEUX H – *Langues, cultures et développement*. Karthala, Paris, 2008, 354 p.
46. UNICEF – *Unite for Children, rapport sur la situation des enfants dans le monde*, 2007 [[www.UNICEF.org](http://www.UNICEF.org)].