

OUMAROU HAMANI

LES DOSSIERS MÉDICAUX AU NIGER



## SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE</b>	<b>3</b>
<b>La problématique de recherche</b>	<b>3</b>
<b>Les documents de santé au Niger</b>	<b>8</b>
<b>Les questions de recherche au Niger</b>	<b>11</b>
<b>Le processus de recherche</b>	<b>13</b>
Des enquêtes multi-sites	13
La collecte des données : privilégier les observations	14
Le choix des sites d'observation, une démarche participative	17
Les conditions de collecte des données	21
<b>LES DOSSIERS MEDICAUX DANS L'ADMINISTRATION SANITAIRE</b>	<b>23</b>
<b>La santé, un service public de « papier »</b>	<b>23</b>
Les types de dossiers utilisés dans les formations sanitaires	23
Anciens dossiers, nouveaux dossiers et leur utilisation	30
<b>Le système national d'information sanitaire (SNIS) et les dossiers médicaux</b>	<b>34</b>
Organisation du SNIS	35
La transmission des informations sanitaires	35
La provenance des supports	37
<b>L'élaboration et la révision des supports</b>	<b>38</b>
Au niveau national	38
Au niveau de l'hôpital de district de Konni	40
<b>LES PERSONNELS DE SANTE ET LES DOSSIERS MEDICAUX : LES NORMES, LES PRATIQUES ET LES DISCOURS</b>	<b>43</b>
<b>Le contenu des dossiers médicaux</b>	<b>43</b>

Un cadre juridique peu clair, une défaillance du système ?	43
Les informations les plus récurrentes dans les dossiers médicaux	43
Les informations les plus importantes par dossier médical	43
<b>Remplir les dossiers médicaux, de la norme à la pratique</b>	<b>45</b>
Observation 1 : La tenue des staffs	46
Observation 2 : Une visite de malades au service de pédiatrie du CHR de Tahoua	49
La revue des normes, un système de contrôle de la qualité des dossiers dans un contexte général de micro-réformes	54
<b>Le remplissage des dossiers</b>	<b>56</b>
Apprendre à remplir les dossiers	56
Les contraintes liées au remplissage des dossiers médicaux	58
La qualité de remplissage des dossiers et la supervision	63
<b>Le système de référence et de contre-référence des malades</b>	<b>65</b>
Le discours sur la référence et contre-référence	65
La réalité de la référence à Konni	67
La face cachée de la référence	67
Les perceptions autour de la contre-référence	70
<b>CONCLUSION</b>	<b>77</b>

# LES DOSSIERS MÉDICAUX AU NIGER

*Oumarou Hamani*

## ***Introduction***<sup>1</sup>

L'anthropologie de la santé africaniste s'est très peu intéressée aux dossiers médicaux, en tant qu'objet à part entière d'analyse des systèmes de santé, comparé à la profusion d'écrits sur le sujet dans les pays du Nord. C'est ce fossé que tente de combler la présente recherche qui s'inscrit dans le cadre d'un programme de recherche qui tente de mettre sur la table *Les problèmes négligés du système de santé au Niger*. La thèse qui est défendue ici est que la compréhension du système de santé serait incomplète si l'on occulte la place prépondérante qu'occupent les dossiers médicaux dans le travail au quotidien des personnels de santé. Les dossiers ne sont pas étudiés pour eux-mêmes ici, mais ce sont des descripteurs pertinents pour saisir les pratiques médicales et, de façon plus générale, le fonctionnement au quotidien des services de santé. Prise sous cet angle, notre approche se veut complémentaire des travaux sur les interactions entre usagers et personnels de santé (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). Nous tentons d'appréhender les interactions dans un sens plus large entre les personnels de santé situés à des niveaux différents de la pyramide sanitaire. Il nous apparaît pertinent de saisir comment, à travers la circulation des dossiers médicaux, les personnels de santé interagissent au quotidien entre eux, mais aussi dans leurs relations de face-à-face avec les usagers des services de santé.

---

<sup>1</sup> Ce rapport est issu du programme de recherche « Les problèmes négligés des systèmes de santé en Afrique », mené par le LASDEL, avec un financement du CRDI (Canada), qui comportait six axes : les sages-femmes ; les supervisions ; les dossiers médicaux ; les interruptions volontaires de grossesse ; les collectivités territoriales face à la santé ; et les conséquences du départ des ONG médicales.

De plus, les dossiers ayant vocation à "fixer" les événements, les processus de leur remplissage, de leur transmission et de leur conservation (et archivage) invitent à une compréhension plus large de la place que les personnels de santé donnent aux dossiers médicaux. Une analyse des dossiers médicaux est sans conteste révélatrice des principes de sélection en jeu, en ce sens qu'elle contribue à dévoiler ce que les agents décident d'écrire et/ou de "censurer". Relever de ce qui est "censuré" nous paraît digne d'autant d'intérêt que mettre le doigt sur les mobiles de la sélection opérée par les personnels de santé ; une telle démarche aide à dissocier les informations "les plus importantes", les "moins récurrentes", les informations "secondaires" et les informations "essentielles" du point de vue des personnels.

Ce sont autant de dimensions relatives aux dossiers médicaux que le présent rapport tente d'analyser et de comprendre. Issu d'une recherche empirique menée à Niamey et dans la région de Tahoua, ce rapport comprend trois parties. La première partie décrit notre démarche méthodologique en insistant sur la description du problème et le processus d'enquête. La seconde partie fait une description des dossiers dans l'administration sanitaire à partir de l'élaboration et de la révision des dossiers, et du rôle du système national d'information sanitaire. La troisième partie, enfin, aborde les pratiques au quotidien des personnels de santé dans leurs contacts avec les dossiers médicaux. Nous nous intéressons au contenu, aux techniques de remplissage des dossiers, aux perceptions et discours autour du système de référence et contre-référence, etc.

## PROBLÉMATIQUE ET MÉTHODOLOGIE

### *La problématique de recherche*

Une question sert de fil conducteur à cette recherche : *en quoi le remplissage et la tenue des dossiers médicaux constituent-ils une dimension importante de la qualité des services de santé ?* Une telle question peut concerner l'ensemble des systèmes de santé en Afrique sub-saharienne. Toutefois, le besoin de concision et de pertinence nous impose de limiter géographiquement nos réflexions au cas du Niger.

La qualité des services de santé repose en partie sur la qualité de la tenue des « dossiers médicaux ». Outils incontournables à la production de l'information sanitaire, les dossiers constituent également un dispositif de « gouvernance de la prise en charge des usagers de la santé ». Il ne s'agit pas pour nous d'étudier les dossiers médicaux pour eux-mêmes ; ils servent de terrains ethnographiques pour analyser le fonctionnement au quotidien de l'administration sanitaire.

Toutefois, partageant l'avis de Fantino et Ropert (2004), la qualité d'un dossier médical repose également sur la fiabilité des données qu'il contient. De fait, la bonne tenue des dossiers médicaux n'est pas une garantie de la qualité des informations qui y sont inscrites. La tenue des dossiers médicaux est un critère de qualité certes, toutefois cette qualité passe aussi par le type d'informations qu'ils contiennent et la cohérence de celles-ci avec les informations recherchées.

La tenue quotidienne des « dossiers sanitaires », en même temps qu'elle informe sur le fonctionnement des centres de santé, configure des types particuliers de relations hiérarchiques (formelles et informelles) et horizontales (interactions entre agents de santé travaillant en équipe et entre agents et usagers). Ils sont porteurs des « traces des pratiques professionnelles des agents de santé ».

Par l'intermédiaire des dossiers médicaux en général et des  *carnets de santé*  en particulier, les agents de santé interagissent avec les patients. Mais cette

interaction se fait le plus souvent dans un langage peu maîtrisé par les usagers. Comment les patientes, en majorité non instruites, intériorisent-elles les prescriptions portées dans les carnets de santé (le calendrier vaccinal, les services offerts, les observations, etc.) ?

Aux dossiers médicaux étatiques classiques se sont ajoutés avec la crise nutritionnelle de 2005 une série de « dossiers non étatiques » exigés par les ONG urgentistes dans le cadre de la prise en charge des enfants malnutris. Les traditionnels *carnets de santé* ne constituent plus les seules cartes d'accès aux services nutritionnels ; de nouveaux documents leur sont associés. Cette complexification des dossiers affecte indubitablement les perceptions des mères et redéfinit leurs rapports aux documents sanitaires de leurs enfants (carnet de santé, carnet de soins, carnet de vaccination, etc.). Dès lors, les articulations entre les dispositifs d'information sanitaire des ONG et celui de l'Etat méritent d'être investigués. De façon plus précise, les formations sanitaires appuyées par des ONG urgentistes tiennent-elles mieux les dossiers de santé que les centres de santé pauvres en termes d'appuis extérieures ?

En nous référant à la loi du 4 mars 2002 en France, nous retenons comme définition du dossier médical « *les documents gardés par le médecin ou l'établissement dans le but de faciliter la qualité, la coordination et la continuité des soins* » (Duguet et al. 2005). Nous considérerons, par extension, que les "dossiers" médicaux englobent aussi l'ensemble des documents détenus par les patients. Ces documents sont censés contenir les mêmes informations que celles inscrites dans les dossiers gardés au niveau de l'établissement sanitaire. Duguet et ses collègues précisent que la loi prévoit une liste non exhaustive des éléments constituant un dossier médical (p.1). Toutefois, ces éléments doivent contenir des « *informations formalisées* », c'est-à-dire consignées sur un support quel qu'il soit (ibid.). Les pièces constituant un dossier renvoient à trois moments de l'itinéraire du malade à l'intérieur d'une formation sanitaire : l'entrée du malade dans la formation sanitaire, sa prise en charge, et la sortie du malade.

L'article collectif de Béliard et Biland (2008) ouvre une voie nouvelle pour l'analyse des institutions. Elles se sont engagées à « *montrer qu'un autre type de matériau [les dossiers] peut être mobilisé pour étudier la force des institutions et les formes de résistance ou d'évitement développées par les individus* » (p.106). Leur démarche,



qualitative, se démarque des approches classiques de l'étude des dossiers dominées par les méthodes quantitatives, de type statistique. Leurs travaux respectifs portent sur : (a) la prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs (Aude Béliard) ; et (b) les concours de la fonction publique (Emilie Biland). Elles font remarquer que, le plus souvent, les dossiers sont exploités en tant que document d'archives dont le but est de reconstituer une histoire de cas individuels.

Comme ces auteures, les dossiers que nous étudions ne sont pas des archives. Au cours des enquêtes de terrain, nous avons été témoins des interactions entre usagers des services de santé autour des dossiers, et de la manière dont ces dossiers sont remplis par les agents. Les entretiens ont complété les séances d'observation au niveau des unités de soins, notamment à l'hôpital régional de Tahoua.

Nous entendons, à l'instar de Béliard et Biland (2008), étudier les dossiers en tant que traces des pratiques professionnelles relatives à la prise en charge des usagers des formations sanitaires. Cet objectif se structure autour de questions de savoir comment les dossiers sont co-produits : leur contenu est-il en adéquation avec les règles/principes/normes admises par les autorités sanitaires ?

Au-delà des pratiques professionnelles, Béliard et Biland pensent que « *le fonctionnement des institutions est visible dans les dossiers* » (p.109). Les dossiers ne renferment pas seulement des données pour l'enquête, ils sont également des objets sur lesquels l'on peut enquêter (p.109). En tant qu'objet, le dossier médical est un analyseur des interactions individuelles et institutionnelles. Il met en interaction des agents de santé et des structures médicales les uns avec les autres.

De plus, il nous paraît pertinent, dans l'analyse des dossiers médicaux, de saisir les principes de sélection des informations à inscrire. Quelles informations sont considérées par les agents de santé comme les plus dignes d'être écrites dans les dossiers des patients ? Qu'est-ce qu'on décide d'écrire et comment la décision se prend-elle ? L'analyse des pratiques liées au remplissage des dossiers médicaux

permet de saisir le mode d'appropriation individuelle des logiques institutionnelles, à savoir les modalités de remplissage des dossiers (sélection de l'information à inscrire, conditions de travail, etc.).

Pour aller dans le même sens que Hull, les dossiers médicaux sont des documents bureaucratiques ; ce sont aussi des « *objets ethnographiques* » (Hull, 2012) qui assure la relation entre des usagers et une organisation et, au sein d'une organisation, entre les différentes échelles de l'organisation. Weber nous rappelle la place importante des dossiers, en tant qu'élément constitutif de la bureaucratie :

« The management of the modern office is based upon written documents (the 'files'), which are preserved in their original or draught form. There is, therefore, a staff of subaltern officials and scribes of all sorts. The body of officials actively engaged in a 'public' office, along with the respective apparatus of material implements and the files, make up a bureau » (Weber 1978:957)

Pour Weber, les documents officiels sont une caractéristique essentielle de l'administration moderne. Il considère les documents comme l'expression de la norme.

Hull pour sa part, suggère de les considérer comme des données ethnographiques. Pour Hull,

« Documents are not simply instruments of bureaucratic organizations, but rather are constitutive of bureaucratic rules, ideologies, knowledge, practices, subjectivities, objects, outcomes, and the organizations themselves » (Hull, 2012 : 253)

Selon la conception de Hull, que nous partageons d'ailleurs, les documents (ici les dossiers médicaux) ont une portée heuristique étendue qui dépasse l'organisation bureaucratique. Ils permettent de saisir les normes, les rôles, les idéologies, les pratiques et les savoirs associés à leur manipulation au quotidien. Se référant à des anthropologues de l'Etat, Hull insiste sur les documents comme descripteurs du fonctionnement de l'administration :

« Sharma and Gupta (2006 :12), for example, argued that the importance of "observing the correct bureaucratic rule" is evidenced by the divergence of documentation from reality it purports to represent" (Hull:255).

Rapportée au domaine de la santé, l'analyse des dossiers dévoile le degré d'observation des normes de remplissage (de l'OMS ou du SNIS), l'échange des connaissances et l'apprentissage des techniques de remplissage, la communication entre plusieurs acteurs manipulant les dossiers, etc.

Les documents ont deux principales fonctions, fait remarquer Hull. D'une part, en tant qu'outils de contrôle dans une organisation, ils permettent la coordination des activités (Hull : 257). Ce sont « *des traceurs qui organisent toute activité* » (Latour, 2004 :84). Le travail de Latour sur le Conseil d'Etat en France est inspirant sur le plan méthodologique, en ce qu'il s'appuie sur le traitement des dossiers pour saisir les formes de relations au sein de cette juridiction<sup>2</sup>.

D'autre part, les documents permettent de construire des catégories, d'opérer des regroupements. Ce sont des outils de caractérisations. Dans le domaine de la santé, les dossiers médicaux ont aussi pour but de produire des catégories de patients qui diffèrent selon les pathologies. Ces catégorisations orientent les patients vers des services de prise en charge conformes aux catégories sociales :

“Documents are what mediate between schemes of classification and particular people, places, and things” (Hull: 259)

Hull rejoint sur ce point une idée de Berg et Bowker (1997) qui se sont intéressés au processus de « production du corps des patients à partir des données médicales ». Ces auteurs insistent sur l'idée selon laquelle :

“The record produces a patient with a medical history; the accumulation of sets of traces configures a medical past for a specific patient” (Berg & Bowker, 1997: 5)

---

<sup>2</sup> Cf. « Savoir faire mûrir un dossier », in Latour, 2004, pp.83-118

Dans ce sens, les carnets de santé de la mère et de l'enfant informent-ils sur le statut de la femme enceinte et/ou de son bébé. Le partogramme évoque le statut de femmes entrées dans le processus de l'accouchement, etc. A ce niveau, les anthropologues de l'Etat ont vite fait d'établir un lien entre les documents et leurs caractéristiques (mode d'élaboration, contenus, les critères qu'ils contiennent, etc.), et l'Etat. Les caractéristiques des documents sont révélateurs de la façon dont l'Etat est imaginé (Sharma & Gupta, 2006 ; Das et Poole, 2004 ; Hansen & Stepputat, 2001). Pour les penseurs de l'anthropologie de l'Etat en effet,

« Like other forms of material culture, such as uniforms, cars, and official buildings, documents are central to "how the state comes to be imagined, encountered, and reimagined by population" (Sharma & Gupta, 2006:12).

### ***Les documents de santé au Niger***

Les documents d'orientation nationale en matière de santé reconnaissent, en théorie, l'importance des données de qualité. En effet, le plan de développement sanitaire du Niger (PDS)-2011-2015 insiste sur les limites du système d'information sanitaire dont « les performances sont en deçà des attentes des différents acteurs ». Les données qu'il produit ne reflètent pas la situation sanitaire dans son ensemble car une part importante des données du secteur privé lui échappe. Le PDS propose, dans le cadre de la politique sanitaire, « d'améliorer la mise en place d'outils de collecte des données, le processus de collecte des données ainsi que leur analyse systématique à chaque niveau pour une prise de décisions éclairée » (p.20).

On retrouve dans les archives nationales des traces de *dossiers médicaux* sous la colonisation. Ainsi, en 1933, une circulaire<sup>3</sup> précise les documents nécessaires à la prise en charge des « fonctionnaires lorsqu'ils se font traiter à domicile ». Cette circulaire est une application de l'arrêté du

---

<sup>3</sup> Circulaire n°08/C de septembre 1933

Gouverneur général du 8 juin 1927, réglementant la question des soins médicaux aux fonctionnaires.

L'article 6 de la circulaire mentionne :

« ...doit se faire délivrer par son chef de service *une feuille de visite médicale* sur laquelle il est indiqué si la gravité de l'état nécessite la visite à domicile... »

La feuille de visite médicale a une fonction administrative, certes. Elle est également déterminante par la prise en charge médicale du fonctionnaire malade :

« Lorsqu'il s'agit du fonctionnaire ou de l'agent personnellement, le médecin consultant consigne sur cette feuille sa décision touchant, soit le nombre de jours de repos, soit l'hospitalisation ; dans le dernier cas, il doit être joint un *billet d'hospitalisation* ».

L'accès des fonctionnaires coloniaux aux soins de santé était ainsi très contrôlé par l'administration coloniale puisque « *les fonctionnaires et agents non munis de la feuille de visite ou dont les noms ne figurent pas sur le cahier de visite ne seront pas examinés* » (Circulaire n°08/C de septembre 1933).

En 1935-1936, des instructions vont définir une feuille de rédaction des rapports médicaux mensuels pour « faciliter la rédaction de la partie statistique, base de tout commentaire ». Ces instructions qui sont inscrites dans la circulaire n°139/S précisent que :

« Les fonctionnaires malades doivent en outre, être notés avec soin sur un cahier confidentiel ; la documentation qui les concerne est indispensable pour l'étude ultérieure possible de leur cas. Cet enregistrement doit avoir valeur de consultation ».

Les données relatives à la santé des fonctionnaires faisaient l'objet d'une attention particulière pour les autorités coloniales au point d'être réglementées par un arrêté spécial. Selon l'arrêté n°67/AG/SS du 5 septembre 1935, portant rapports médicaux confidentiels, « *il faut établir et transmettre un rapport confidentiel sur la santé des fonctionnaires, qu'il s'agisse de*

*consultations pour les affections nouvelles ou d'affections anciennes. Ces renseignements devront être consignés sur des feuillets numérotés qui constituent les archives secrètes médicales du poste ».*

Au Niger, les recherches sur les dossiers médicaux se résument à une peau de chagrin. Une recherche documentaire dans les bibliothèques des écoles de santé a révélé deux documents. Le premier est une thèse de médecine qui analyse la qualité des prescriptions en consultations curatives au centre de santé intégré de Gaweye (district sanitaire de la commune Niamey3).

Réalisée à partir de 150 observations faites sur des patients à la sortie de consultation, cette étude visait entre autres à apprécier la qualité du diagnostic posé, et apprécier la qualité du traitement. L'étude fait ressortir une différence entre les plaintes mentionnées par l'agent de santé et les plaintes du malade, et ceci dans 68% des cas. De plus la majorité des plaintes n'est pas mentionnée sur le carnet de santé.

L'analyse des ordonnances médicales prescrites à la sortie de la consultation fait ressortir que seulement 2% des traitements prescrits sont justes ; les 98% présentent des lacunes (entre autre l'ajout de médicaments non prévus par les programmes nationaux de santé), la durée du traitement n'est pas déterminée, le moment de prise de médicaments non précisé (6%) et le sous ou surdosage des médicaments (5%)...

Une autre étude sur la prescription médicamenteuse à Niamey a été également réalisée dans 9 pharmacies de la ville de Niamey, 443 ordonnances ont été dépouillées. Il faut noter que 57,78% des ordonnances analysées par cette enquête ont été faites par des prescripteurs anonymes (absence d'identité, même sommaire). Ces ordonnances proviennent pour la plupart des formations sanitaires de Niamey : 9,4% à l'HNN ; 24,6% dans les CSMI, et 14,8% dans les dispensaires. Par ailleurs, l'étude montre que 97,5% des ordonnances ne renseignent pas sur l'âge des patients.

## *Les questions de recherche au Niger*

Quand on aborde la question des dossiers médicaux avec les acteurs de la santé, deux idées majeures se dégagent. Il y a, d'un côté, le constat général sur la mauvaise qualité des dossiers et de l'autre, l'inquiétude que suscite, chez certains personnels de santé, cette limite.

Les réflexions sur la mauvaise qualité des dossiers sont argumentées à partir de constats issus des missions de supervision qui

Elles « ... ont montré que les supports sont mal remplis. Dans chaque support, il y a des lacunes dans le remplissage, les rapports sont faits avec des crayons, les tableaux sont vierges... C'est surtout la non concordance entre les données, mais aussi dans le remplissage des registres et cela malgré l'existence du guide de remplissage fourni par le SNIS » (épidémiologiste à Niamey)

La mauvaise qualité du remplissage des dossiers n'est pas imputable uniquement au niveau de compétence des personnels de santé, puisque :

« ...Même les agents formés, ils ne remplissent pas les supports ! Il y a beaucoup de négligence par rapport au remplissage des dossiers » (Mme A., SNIS)

On peut admettre que la « négligence » soit une variable explicative, mais elle ne saurait être isolée de l'ensemble du (dys)-fonctionnement du système de santé tout entier. Dans une perspective systémique, la négligence entretient des liens avec d'autres réalités cachées qui lui donnent toute sa substance. De ce fait, des interrogations sur les systèmes de supervision et de sanction, sur la formation et les processus de socialisation professionnelle ont toute leur pertinence.

La mauvaise qualité des dossiers est ressentie comme une source d'inquiétude chez certains personnels de santé qui n'hésitent pas à aborder le problème de front. Ils apparaissent comme des iconoclastes porteurs d'innovations dans un contexte de banalisation généralisée des négligences à l'égard des dossiers des patients. Ces porteurs d'innovations font de la

traçabilité des pratiques médicales un objectif, une condition de l'évaluation des performances réalisées :

« Tout ce qu'on fait, quand il n'y a pas de traces, on ne peut pas te juger [évaluer] » (SNIS, Niamey)

« Une fois que le carnet est perdu, c'est toute l'histoire médicale de l'enfant qui est partie » (H., DSME, division santé néonatale et infantile)

S'appuyant sur le besoin de protection juridique, dans un contexte social et politique marqué par une montée en puissance du droit et du recours à la justice comme mode de régulation sociale, d'autres porteurs d'innovations cherchent à se protéger à travers l'écrit :

« Il faut faire les dossiers pour notre propre sécurité, c'est-à-dire avoir une couverture. On reçoit de plus en plus de coups de fil de Niamey... par conséquent il faut qu'on se protège ! On peut faire des recherches rétrospectives ! », (S et A, médecins au CHR de Tahoua)

« La question des dossiers engage la responsabilité de l'institution et des individus. Il peut y avoir des enquêtes médico-légales... », (HR, CHR de Tahoua)

Collectées au démarrage de nos recherches, ces données permettent d'esquisser trois points de réflexion.

Le premier point porte sur *le dispositif d'information et sa fiabilité*. Les questionnements développés par rapport à ce point portent essentiellement sur la production, la transmission et le traitement des données contenues dans les dossiers médicaux. Une attention a été accordée au circuit de transmission des données du SNIS, système centralisé de collecte et de diffusion des informations sanitaires au Niger. Bien évidemment, on ne saurait faire l'économie d'enquêtes auprès des agents qui remplissent les dossiers (personnels de santé, agents de santé communautaires, personnel d'appui, bénévoles, etc.). Quels types d'informations sont récurrents? Quelles sont les conditions d'archivages des données dans les formations sanitaires ?

Le second axe aborde les formes d'*interactions* observables autour des dossiers médicaux. Ici, le remplissage, la transmission et l'archivage des dossiers s'inscrivent dans un système d'activités à l'intérieur duquel les acteurs coopèrent en vue d'assurer aux usagers la continuité des soins. Dans cette



perspective, une ethnographie du traitement des dossiers médicaux donnera un aperçu de ces formes d'interactions. Une attention particulière est portée sur les informations récurrentes, les aspects les moins valorisés des dossiers médicaux. Une valeur explicative est donnée aux écarts entre ce qui devrait être et ce qui est concrètement inscrit dans les dossiers.

Le troisième axe évoque les *représentations* associées à la qualité des dossiers médicaux.

## ***Le processus de recherche***

### ***Des enquêtes multi-sites***

Trois terrains ethnographiques ont servi de cadre à notre recherche : Niamey, le centre hospitalier régional de Tahoua et l'hôpital de district de Birnin N'Konni.

A Niamey, les enquêtes ont été menées en deux phases : la première phase de collecte s'est faite de façon discontinue de juin à septembre 2013. Les entretiens ont été réalisés auprès de l'administration centrale du Ministère de la santé (direction de santé de mère et de l'enfant, ministère de la santé, direction régionale de la santé), auprès de personnels de santé exerçant dans les formations sanitaires de l'hôpital de district de Gaweye, au CSI Gaweye, au CSI de Boukoki, ainsi qu'à l'hôpital « Poudrière ». Il faut préciser ici le but recherché à travers les enquêtes à Niamey. Nous engageant pour la première fois dans une recherche sur les questions de santé, il nous a paru nécessaire, pour mieux appréhender notre problématique, de nous familiariser avec le discours biomédical associé aux dossiers médicaux, afin de comprendre la diversité des dossiers médicaux. Dans la même perspective, il nous a paru indispensable d'avoir une vision claire de la pyramide sanitaire et de ses articulations internes. Cette phase préparatoire nous a offert des rudiments pour

nous rendre, avec sérénité, sur les terrains de Tahoua, localité située à plus de 400 km au Nord de Niamey.

Une seconde phase d'enquêtes a été conduite du 09 au 18 juin 2014. Il s'est agi à travers ces enquêtes de courte durée de compléter les données collectées en 2013. La nécessité de conduire ces enquêtes a été soulevée lors de l'atelier organisé en février 2014 à Niamey, regroupant les représentants de l'OOAS, du CRDI, des cadres du Ministère de la santé et les chercheurs impliqués dans le programme *Problèmes négligés de santé*.

### ***La collecte des données : privilégier les observations***

Dans le cadre de la seconde phase d'enquêtes sur les *dossiers médicaux*, le centre hospitalier régional (CHR) de Tahoua a servi de site. Les enquêtes se sont déroulées du 30 novembre au 16 décembre 2013.

Il s'est agi, au cours de ces enquêtes intensives, de collecter les données relatives à la gestion et à la tenue des dossiers médicaux. Nous avons privilégié les observations comme techniques de collecte des données. Nous avons ainsi observé les agents de santé en situation de travail, décrit les actes qu'ils posent et les *traces* laissées sur les fiches constituant les dossiers des malades. Nous avons assisté à deux *staffs*, observé une séance de *visite des malades* par les médecins et les *activités de tri* des malades. A chaque niveau, il s'est agi de décrire comment les dossiers sont remplis.

Les observations sont de véritables gisements d'informations lorsqu'on fait des enquêtes en milieu hospitalier. Elles permettent de compenser l'impossibilité de conduire des entretiens approfondis du fait du « manque de temps » constamment évoqué par les agents de la santé, occupés à recevoir en consultation et à administrer (ou à superviser) les soins aux malades. Dans l'impossibilité de disposer d'une heure d'entretien avec les agents de santé, les observations ont été accompagnées de « bouts d'entretiens » qui, juxtaposés les uns aux autres, ont permis à la fin de nos enquêtes de « reconstituer » des heures d'entretien.

Les activités journalières des agents de santé commencent par les *staffs* qui se tiennent tous les matins, entre 8 heures et 9 heures. C'est le lieu d'exposer les cas compliqués et leurs prises en charge par les infirmières, d'exposer les difficultés rencontrées et de solliciter l'avis de l'équipe médicale. Ce rituel s'apparente à une passation de responsabilité entre l'équipe de garde (de nuit) et celle de relève :

« -Au cours de la revue des normes, il y a eu près de 180 dossiers sans fiches de tri ! Comment expliquez-vous cela ?

C'est au cours des gardes qu'ils n'ont pas mis les fiches de tri ; pour d'autres dossiers, les fiches se perdent... »

Le staff est le lieu où sont débattus à la fois les aspects médico-techniques et des questions relatives au respect des normes en matière de remplissage des dossiers. La participation aux staffs comme site d'observation est pertinente en termes de démarche méthodologique. La première observation à laquelle j'ai participé le 05 décembre 2013 annonçait ainsi les couleurs :

« Parfois, on a l'impression que vous faites tout par pur formalisme... Mais dans l'ensemble on a un peu évolué par rapport au remplissage des fiches » (B., médecin généraliste au service de pédiatrie du CHR de Tahoua)

Ce fragment d'entretien entendu au cours du staff met côte à côte, quelques insuffisances constatées par les médecins dans le remplissage des fiches en même temps que les avancées enregistrées de façon globale. Les améliorations constatées dans le remplissage des fiches sont une conséquence indirecte de la « *revue des normes* », un mécanisme introduit par la direction du CHR pour évaluer mensuellement le « respect des indicateurs par les agents de santé ».

Les séances d'observation ont été complétées par des entretiens semi-directifs. Les entretiens visaient essentiellement à clarifier les actes et les inscriptions faites dans les dossiers médicaux par les agents de santé, leurs perceptions des dossiers médicaux, leurs vécus et les contraintes liés au

remplissage des dossiers des malades, leurs attentes. En même temps que nous observions leurs pratiques en train de se faire, je demandais aux agents de santé d'expliquer le sens des actes qu'ils posent. Evidemment, une telle démarche est porteuse de biais dont nous sommes conscients. Et le plus important des biais est de tomber sur des discours de légitimation ou de justification des pratiques « déviantes ». A plusieurs reprises, en effet, les agents de santé ont tenté de m'expliquer ce qui rendait difficile et/ou impossible le respect des normes de remplissage des fiches.

Les entretiens ont concerné à la fois les médecins et les infirmières qui exercent au niveau de la pédiatrie du CHR de Tahoua. Nos entretiens ont été élargis à quelques administrateurs du CHR, acteurs intervenant dans la conception et la gestion des supports nécessaires à la constitution des dossiers médicaux.

Les médecins et les infirmières n'ont pas forcément les mêmes rapports aux dossiers des malades. Les premiers assurent la coordination des soins au sein des unités de soins ; ils décident des soins à administrer aux malades. Plus en contact avec les malades, les secondes initient les pièces qui vont constituer les dossiers des malades. Ce sont elles qui, au quotidien reçoivent en premier les malades, tiennent et remplissent les dossiers. Elles cochent les cases, prennent les constantes, posent les premiers diagnostics et tentent de stabiliser les malades graves.

Du fait de leurs contacts directs avec les usagers du service de pédiatrie, il nous est apparu intéressant de les soumettre à un exercice qui consiste à passer en revue les rubriques de certaines fiches afin qu'elles nous décrivent les « aspects les moins respectés » et « les informations les plus importantes » à inscrire dans les dossiers médicaux. Grâce à cet exercice, les infirmières ont pu nous livrer leurs propres expériences ; elles ont également commenté leurs propres pratiques en matière de remplissage des dossiers médicaux. Nous avons pu nous rapprocher le plus possible « du point de vue des agents de santé ».

Dans cette perspective, nous avons initié une démarche qui a été porteuse : faire l'analyse des rubriques que contiennent les fiches médicales. L'exercice consiste à parcourir, avec les agents de santé eux-mêmes, l'ensemble des rubriques en insistant sur les « aspects les plus négligés » et « les items les plus respectés ». Nous avons ainsi pu isoler et classer les informations considérées par les agents de santé comme « nécessaires et/ou importantes » et les informations « secondaires ».

### *Le choix des sites d'observation, une démarche participative*

#### *Le CHR de Tahoua*

A mon arrivée à Tahoua, j'avais une idée assez vague des services qui allaient me servir de terrains ethnographiques. J'étais focalisé sur les *dossiers médicaux*, sans aucune idée précise sur ces dossiers. Evidemment, mon premier point de chute fut le bureau du directeur régional de la santé publique (DRSP), qui venait à peine de prendre fonction, l'ancien ayant été affecté à Agadez. Au bout d'une vingtaine de minutes, celui-ci, après avoir « manifesté un intérêt pour l'étude », m'orienta vers le directeur du centre hospitalier régional (CHR) :

« C'est surtout les centres hospitaliers qui sont concernés par votre étude, c'est surtout au niveau des hôpitaux de district, des CSI, etc. Je vous suggère de rencontrer le directeur du CHR et celui de la maternité *Tassigui* qui sont les deux structures de référence à l'échelle de la région » (DRSP, Tahoua)

Je compris, par ces suggestions que la DRSP est faiblement impliquée dans la gestion et la tenue des dossiers médicaux. Cette prérogative relève essentiellement des structures de soins :

« La direction n'a pas de contact avec les dossiers médicaux ; elle fait un travail de supervision des structures de soins...de façon globale ; mais pas spécifiquement sur les dossiers médicaux. La supervision se fait sur la base d'une grille globale... » (ibidem).

Ces précisions sur les missions de la DRSP vont orienter le choix de mes interlocuteurs. Je compris alors que mon terrain ethnographique sera constitué par les structures de soins. De ce fait, il fallait commencer par l'instance de coordination des activités de soins. Je me rendis au bureau du directeur du centre hospitalier régional de Tahoua, qui avait été préalablement informé de ma visite par le DRSP. Je pus avoir des précisions sur la configuration des structures de soins dans la région de Tahoua : 7 hôpitaux de district, 142 centres de santé intégrés, 476 cases de santé. Le CHR compte 262 lits, 174 agents dont 7 médecins-généralistes. Il y a 33 infirmières qui devraient travailler H24. Non seulement ces effectifs sont jugés insuffisants, mais encore, le directeur nous fait remarquer que CHR a du mal à remplir pleinement ses fonctions de centre de référence à l'échelle régionale :

« Mais la position géographique un peu excentrée du CHR fait que beaucoup de malades ne sont pas référés ici. Par exemple, les malades de Madaoua vont directement à Galmi, etc... Une des grandes réalités ici, c'est que nous avons un seul chirurgien pour... une population de plus de 3 millions d'habitants... Dans le temps, quand il s'absentait, on "jonglait" en faisant appel à un capacitaine en chirurgie d'Illéla... » (Directeur du CHR)

Statistiques à l'appui, le directeur du CHR plante ainsi le décor de mon terrain ethnographique. D'un commun accord avec mon interlocuteur, nous décidons alors de retenir les deux services les plus utilisés de l'hôpital, à savoir la chirurgie et la pédiatrie, pour des raisons de comparatisme : le service de pédiatrie qui « marche relativement bien » et le service de chirurgie « où il n'y a pas de dossiers de malades ». Au détour des détails qu'il me fournit sur le service de la chirurgie, le directeur ne cache pas ses « attentes » vis-à-vis de ma recherche :

« Nous attendons vraiment beaucoup de votre recherche... ça va peut-être nous aider à changer un certain nombre de choses... » (ibidem)

Derrière l'intérêt pour les résultats de la recherche et les espoirs qu'elle suscite, il y a une situation que le directeur a toujours eu du mal à gérer au niveau de certains de ses services :

« En chirurgie, par exemple, j'ai constaté qu'il y a des chemises qui ne contiennent pas de dossiers... Certaines infirmières pensent même que ce n'est pas

nécessaire... Heureusement qu'il y a des registres, mais ces registres ne donnent pas toutes les informations sur le malade... » (Ibidem)

Le directeur aborde les difficultés qu'il rencontre, avec certains agents, dans le cadre de l'implémentation de certaines micro-réformes :

« Quand j'ai voulu introduire des outils de gestion au niveau de l'hôpital, il y a eu la résistance active de la part des gens qui ne comprennent pas la nécessité... J'ai compris que ça touche les intérêts des gens... De plus, j'ai en face de moi, des gens qui ont parfois un âge avancé, à qui il est difficile de donner des instructions... A Tahoua, il y a une "culture" dont s'accommodent les gens quand ils sont affectés ici. Les dossiers ne sont pas un souci pour eux... Heureusement que certains services tiennent assez bien les dossiers, comme par exemple le service de la pédiatrie ! Là-bas, vous allez voir que les dossiers sont bien tenus. » (Ibidem)

Le discours du directeur du centre hospitalier sur la nécessité de changer la culture administrative au sein de sa structure dévoile le mode de fonctionnement « pratique » du système de suivi des soins aux malades, la réalité de la culture professionnelle, les rapports d'âge et la bureaucratisation des pratiques professionnelles des agents de santé. Ces fragments d'entretiens situent tout l'enjeu que représente ma recherche, ainsi que le contexte socio-administratif dans lequel elle va être conduite. Pour celui-ci, la question des dossiers médicaux résulte « de la faille du système médical » :

« Le contenu des dossiers n'est pas formellement clarifié. Il n'y a aucun texte qui précise ce que doit contenir un dossier médical... les agents s'accommodent de la culture du service... » (Directeur CHR)

Accompagné du surveillant général du centre hospitalier régional de Tahoua, je fus présenté aux responsables des services retenus. A la pédiatrie, mon premier contact fut avec la *major* du centre de récupération nutritionnelle (CRENI), visiblement la plus âgée des infirmières de la pédiatrie et la plus ancienne (elle avoisine 30 ans de service dont 8 années passées au CHR) ; à la chirurgie, je pus rencontrer en personne le chirurgien en chef qui venait de terminer les visites des malades et s'appêtait à « aller au bloc » pour une intervention. Tenant dans la main, la lettre officielle du ministère de la santé qui m'autorise à mener les enquêtes, le surveillant prononçait chaque fois la même formule, en guise de présentation :

«...C'est le directeur qui vous envoie ce monsieur. Il est là pour des enquêtes sur les dossiers médicaux. On [l'administration de l'hôpital] vous a envoyé une correspondance dont voici une copie. Je le laisse avec vous ; il va mieux vous expliquer ce qu'il compte faire.... » (Surveillant général du CHR de Tahoua)

Une fois terminée ma présentation auprès de mes interlocuteurs, je n'avais qu'à mettre en place ma stratégie d'enquête. Je devais me "débrouiller" pour prendre les rendez-vous et conduire de façon indépendante mes enquêtes. L'après-midi, j'eus un rendez-vous avec les trois majors de la pédiatrie (CRENI, pédiatrie B et pédiatrie A).

Au bout du 3<sup>ème</sup> jour d'enquête, j'ai fini par créer une familiarité avec les infirmières et assistantes sociales du service de pédiatrie qui m'appelaient « Docteur ». Ce nom m'a permis de me fondre dans le milieu hospitalier. Aux yeux des usagers et du petit personnel, j'étais un membre de la famille des agents de santé. Ce qui m'a valu une grande marque de considération. La familiarité ainsi créée n'a pas entamé notre indépendance et la distance que requiert la « déontologie habituelle des sciences humaines » (Latour, 1996 :23).

Au terme de nos enquêtes, nous avons réalisé une dizaine d'entretiens (liste en annexe), trois observations, et nous avons pris part à une visite médicale au niveau du service de pédiatrie du centre hospitalier régional.

#### *L'hôpital de district de Konni*

L'hôpital de district de Konni a été choisi comme site en raison de son éloignement du pouvoir central et de sa proximité avec le Nigéria. Illéla, ville nigériane la plus proche est à moins de 18 km de Konni. Nombre d'études ont fait cas de la circulation des populations frontalières entre les structures sanitaires ; peu ont évoqué les types de dossiers délivrés aux usagers du Nigeria.

La relation avec le Nigéria opère également sur un registre officiel, notamment dans le cadre des opérations mixtes de vaccinations synchronisées.

Au terme de notre séjour, nous avons été renforcés dans le choix du site de Konni par les propos de Mme D.M, sage-femme rencontrée au CSI Kaoura. Exerçant depuis au CSI de Kaoura depuis le 28 février 2013, Mme D.M. a fait remarquer que nombre de patientes viennent du Nigéria, sans pour autant être en mesure de nous fournir le nombre exact de ces "patientes transfrontalières" :



« Elles viennent d'elles-mêmes, elles ne sont pas référées ici ; ce sont des « directes ». La plupart viennent de Godabawa, village situé près de Sokoto. Une fois ici, elles se font établir des carnets de soins du Niger. Leurs enfants bénéficient de la gratuité... » (Mme D.M)

Le médecin-chef de l'hôpital de district de Konni, la première autorité sanitaire dans le département confirme les propos de la sage-femme :

« Beaucoup de gens de l'autre côté utilisent les centres de santé : Yaya, Bazaga situés à environ 3 Km du Nigeria »

Le déplacement des patientes se fait également en sens inverse. Il arrive que des Nigériennes se rendent au Nigeria pour des examens :

« Pour les femmes enceintes, les femmes du Niger partent au Nigeria pour faire l'échographie à Illéla » (Mme D.M.)

Il s'est institué un partenariat informel entre les structures sanitaires transfrontalières qui s'organisent pour assurer la prise en charge mutuelle des patientes.

### ***Les conditions de collecte des données***

Aussi bien à Niamey qu'à l'intérieur du pays, les autorités du Ministère de la santé ont pris les dispositions pour annoncer notre équipe. Une lettre officielle du Ministère de la recherche scientifique nous autorisait à conduire les recherches. Ce document était renforcé par une autorisation du Ministère de la recherche. Couverts par ces documents administratifs, nous avons pu mener, sans crainte, nos entretiens. Ces dispositions administratives ont énormément facilité les contacts avec les autorités sanitaires qui ont donné des consignes à leurs collègues :

« Après avoir pris connaissance de l'objet de notre visite le DRSP nous assure de son plein soutien et joignant l'acte à la parole, il téléphone sur le champ aux responsables des CSI de Konni et Abalak pour leur annoncer notre arrivée tout en leur demandant de prendre soin de nous et de répondre à toutes nos questions » (rapport de terrain de Maina, enquêteur envoyé à Abalak)

Parfois le discours de nos interlocuteurs laissait transparaître des attentes vis-à-vis des résultats de nos recherches. Je tiens officiellement ici, à

adresser nos remerciements aux acteurs que nous avons rencontrés sur le terrain. Ces derniers ont fait preuve d'une grande ouverture qui a rendu possible la collecte des données sur le terrain.

Au total l'équipe a effectué 68 entretiens au cours des différentes phases d'enquête à Niamey, à Tahoua (Konni et Abalak).

# LES DOSSIERS MÉDICAUX DANS L'ADMINISTRATION SANITAIRE

## ***La santé, un service public de « papier »***

Le papier constitue une des bases matérielles du fonctionnement des formations sanitaires. On ne peut imaginer une formation sanitaire sans ordonnances, sans bulletins, sans fiches de températures ou sans carnets (de santé ou de soins). Plus que jamais, la prise en charge des usagers des services de santé est inimaginable sans référence à une documentation en papier. Derrière l'image commune du papier, se cachent plusieurs catégories de documents médicaux qui constituent pour l'usager et pour le patient des éléments d'identification. Cette section tentera de mettre en lumière la grande diversité des « papiers » utilisés dans les formations sanitaires.

### ***Les types de dossiers utilisés dans les formations sanitaires***

#### *Les dossiers collectifs*

Ce sont les *registres de consultations* identiques dans toutes les formations sanitaires. Ils servent à dresser des statistiques relatives à l'utilisation de la formation sanitaires. Ils contiennent l'identité complète du patient (nom, prénom, âge, sexe), sa catégorie (adulte ou enfant), sa localisation géographique (le quartier), le montant perçu (pour les patients de plus de 5 ans), le numéro de reçu, les données médicales (les constantes, le diagnostic, le traitement à faire, les résultats et observations -guéri, perdu de vue-). Les registres sont une sorte de mémoire de la formation sanitaire. Au

sein d'une même formation sanitaire, même lorsque la femme change d'unité de soin, elle conserve le même numéro dans le registre.

Si le registre de consultations (couleur bleue) est le plus connu et le plus familier, il y a toute une gamme de supports de remplissages dans les formations sanitaires. On les distingue par leurs couleurs. On distingue le *registre de consultations* de couleur bleue, le *registre de consultation pré et post-natal* de couleur verte, le *registre de consultation curative* de couleur rose, le *registre de consultations nourrisson* de couleur jaune. On a également les *supports de rapport trimestriel* de couleur rose, le cahier de *rapport des CRENA* de couleur bleue, le cahier de *rapport MDO* de couleur jaune, le *registre de consultation PCIME* (0-5 ans) de couleur rose. Il y a également les carnets de soins qui sont gratuits pour les enfants de moins de 5 ans et payants (150F CFA) pour les adultes.

Dans les formations sanitaires périphériques, les *cahiers de séance* devraient occuper une place centrale dans la compilation, la production des données sanitaires et l'élaboration des rapports trimestriels. Dans ce cahier devraient être enregistrées en temps réel les informations sur les patients reçus au niveau de la formation sanitaire. Normalement, ce cahier est rempli systématiquement dès l'entrée du patient dans la formation ; on y coche les tranches d'âge, les consultations, les nouveaux cas, les visites-retour, les références/évacuations, etc. On n'inscrit pas les noms des malades. En fin de journée, l'agent de santé devrait faire la sommation des patients reçus (catégories de malades), les pathologies enregistrées, etc. Bien suivies, ces synthèses journalières devraient faciliter l'élaboration des rapports d'activités à la fin du mois. Mais la pratique est tout autre. Confirmant nos observations sur le terrain, le SPIS de Niamey fait remarquer :

« Les agents de santé accordent moins d'importance aux cahiers des soins curatifs, pourtant au moment du rapport, il est d'un grand recours » (SPIS, Niamey)

Les cahiers de séances ont un objectif statistique prioritaire. Leur remplissage permet de saisir l'activité quantifiée de la formation sanitaire. En

descendant la pyramide sanitaire, nous nous sommes entretenus avec le CSE de l'hôpital de district de Gaweye. Initialement infirmier reconverti en épidémiologiste, MH travaille depuis 2006 au HD. Il coordonne une équipe de 4 agents. Parmi ses activités officielles, il cite la supervision des CSI, la formation, le suivi-évaluation des activités des CSI. La supervision concerne toutes les activités (curatives, préventives et promotionnelles). Ses activités de formation s'adressent aux agents des CSI (2 agents par CSI) et du HD (2 agents également). Elles portent, entre autres, sur le remplissage des supports. La nécessité d'une formation sur le remplissage des supports apparaît à l'issue d'une supervision :

« Lorsque nous constatons au cours d'une supervision qu'il y a un problème de remplissage des supports...lorsqu'on remarque que les items ne sont pas bien remplis...on organise une formation »

MH fait remarquer le caractère récurrent du problème de remplissage des supports et ce, en dépit des *guides de remplissage* qui accompagnent les supports. Ces guides de remplissage sont distribués en même temps que les supports pour faciliter aux agents la compréhension des items à renseigner. En dépit des guides, fait remarquer MH :

« Il y a beaucoup de difficultés à avoir certaines informations. C'est rare de voir un support rempli correctement ! » (MH, épidémiologiste, HD, Gaweye)

Avec cet agent du HD pour qui un support bien rempli relève de l'exception, nous avons pu répertorier quelques éléments renvoyant au mauvais remplissage des supports :

- Le remplissage des supports se fait souvent au crayon et non à l'encre, avec le risque que les données s'effacent
- Les rapports présentent souvent des tableaux vierges, signe que les informations n'ont pas été recherchées.

« Je peux dire que l'information n'a pas été recherchée et que le tableau n'est pas rempli...Avec une case vide, je ne sais pas si c'est (0) ou pas » ;

- Il y a parfois aussi un problème de concordance des données entre les MDO et le rapport trimestriel ;

- Enfin, on constate un problème au niveau du registre des consultations. On remarque que les agents ne se réfèrent presque pas au guide.

Ces griefs portés contre les responsables des CSI témoignent des écarts dans le remplissage des supports du SNIS. Certains problèmes renvoient à une faible coordination des activités et des supports au sein de la formation sanitaire (cas de l'incohérence sur les données MDO), ou à une méconnaissance de l'utilité de conserver les données (écriture au crayon et non à l'encre).

MH qui assure la supervision des CSI dit ne pas comprendre les difficultés qu'éprouvent les agents de santé dans le remplissage des supports :

« Depuis la formation de base, les agents sont en contact avec les supports. Mais je ne sais pas ce qui ne va pas. Mais on est conscient que les CSI sont chargés, mais.... »

Dans le milieu médical, les agents de santé parlent de « supports » pour évoquer les dossiers collectifs. Ces supports sont élaborés, reproduits et distribués par le système national d'informations sanitaires (SNIS).

Aiguillage	Unité d'hospitalisation	Laboratoire	Consultations nourrissons	Consultations curatives
-registre de consultation - cahier de MDO -cahier de rapport -fiches de référence -bulletin de demande d'examens	-registre de malades -cahier de MDO -cahier de rapport -bulletin d'examen	-registres -cahier de gestion de stock	-cahier de séance -carnet de santé de la mère et de l'enfant -fiche nourrisson	-registre de consultation -cahier de séance -cahier de rapport -cahier MDO -fiche MDO -fiche de référence -carnet de malade

En principe les supports du SNIS doivent être revus tous les 2 ou 3 ans. L'OMS demande aux pays d'intégrer d'autres morbidités. La dernière révision

des supports du SNIS remonte à 2012. Les nouveaux supports sont censés faciliter la tâche aux agents de santé, en matière de remplissage et dans l'élaboration des rapports trimestriels.

Les supports collectifs se distinguent selon le but pour lequel ils ont été produits. Par exemple, les cahiers MDO et les fiches MDO sont utilisés dans le cadre de la surveillance épidémiologique. Ils permettent de faire une veille sur les maladies à déclaration obligatoire. Tous les lundis, les CSI sont censés envoyer aux hôpitaux de district les informations relatives aux MDO ; ces derniers les communiquent aux régions les mardis.

#### *Les dossiers individuels des usagers*

Ils sont nominatifs et sont utilisés à titre personnel. Certains d'entre eux sont détenus par les patients (comme le cas du carnet de santé et du carnet des soins), d'autres sont conservés au niveau de la formation sanitaire (les fiches). Nous n'avons pas pu les analyser tous, nous nous sommes limités au carnet de santé de la mère et de l'enfant et aux fiches. Le carnet de santé de la mère et de l'enfant

Le carnet de santé de la mère et de l'enfant est assurément le dossier médical le plus connu des femmes. Il permet le suivi de la grossesse et de la croissance de l'enfant. Il contient l'identité complète de la mère (nom et prénom, date de naissance, ethnie, situation matrimoniale, profession, adresse). Le carnet de santé est conservé par les parents.

La mère doit être munie de son carnet de santé à chaque consultation afin de renseigner avec précision l'âge de la grossesse, ainsi que les informations relatives à l'état de santé de la mère et de l'enfant. Lorsque la grossesse est bien suivie jusqu'à terme, les informations consignées dans le carnet permettent l'établissement de l'extrait d'acte de naissance.

« Une fois que le carnet de santé est perdu, c'est toute l'histoire médicale de l'enfant qui est partie » (chargée de formation à la DSME)

Connu sous un petit format d'une vingtaine de pages, le carnet de santé de la mère et de l'enfant a été actualisé. Le nouveau carnet a un format plus grand, contient des images illustrant les 7 pratiques familiales essentielles pour protéger l'enfant de la diarrhée et de la malnutrition. Les illustrations évoquent la place de l'Unicef dans le processus d'élaboration, de production et de diffusion du nouveau carnet de santé de la mère et de l'enfant. Même s'il est élaboré par l'Etat du Niger, à travers la direction de la santé de mère et de l'enfant, le financement du processus d'élaboration du carnet est assuré par l'Unicef.

Dans le but de promouvoir le nouveau carnet contenant les pratiques familiales essentielles, l'Unicef a financé la production et la diffusion des carnets de santé. Elle enlevait ainsi à l'Etat et aux formations sanitaires les contraintes liées à l'acquisition du carnet. En effet, alors que l'ancien carnet revenait, après élaboration à 200 FCFA, le nouveau carnet revient à 3000 FCFA l'unité. Ce coût est très élevé pour les formations qui ont déjà du mal à faire des recettes importantes.. A.H, chargée de formation à la direction de la santé de la mère et de l'enfant (DSME), qui a pris une part active au processus d'élaboration du carnet de santé, donne des précisions sur les difficultés relatives à l'acquisition du nouveau carnet :

« Qui doit supporter les coûts ? Avant c'était l'Etat, mais avec le recouvrement des coûts, le carnet était à 100 FCFA ; ensuite, avec la gratuité, les formations sanitaires n'ont pas les moyens d'acquiescer les nouveaux carnets. Elles sont retournées aux anciens [carnets] »

Fortement impliquée dans l'élaboration du nouveau carnet de santé de la mère et de l'enfant, A.H. ne cache pas sa déception par rapport à la faible appropriation de ce support :

« Dans le nouveau carnet, il y a des parties que les agents de santé ne comprennent pas...De plus les informations contenues dans le carnet ne sont reportées nulle part et ça, c'est un gâchis. D'abord il faut voir le temps mis pour l'élaborer, ensuite le coût...Finalement on a l'impression que ça n'a servi à rien »!,  
(*Ibid.*)



### *Les fiches*

Les fiches contiennent les mêmes informations que celles consignées dans les registres et sur le carnet de santé. Les fiches sont conservées au niveau des formations sanitaires. Pour la référence, on est passé de la fiche unique à un cahier contenant plusieurs feuillets :

« Avant c'était une seule fiche. Mais maintenant, c'est un cahier qui a trois feuillets : un est conservé au CSI, un au niveau du service demandé et un pour le malade...mais dans la pratique, on envoie un seul feuillet au service et nous gardons les deux autres [le feuillet n'est pas remis au malade]. » (chef CSI-Gaweye)

Ce cahier de référence, mis en circulation autour de 1999, vise à encourager la traçabilité de la référence et contre-référence. Institué au niveau des formations sanitaires, ce cahier n'a pas supprimé le recours aux fiches de référence classiques. A chaque patient référé, il est attribué un numéro selon l'ordre de référence, différent du numéro inscrit sur la fiche de malade. En d'autres termes, un malade référé disposera de 2 numéros : l'un relatif à la référence même et l'autre renvoyant à son rang dans le registre des soins.

*La fiche de consultation de CPN* est censée contenir les mêmes informations que celles inscrites dans le carnet de santé. C'est une fiche individuelle à laquelle est attribué un numéro identique que celui porté sur le carnet de santé. La fiche est archivée au niveau de la formation sanitaire.

Il y a des fiches rattachées à chaque unité de soins : *fiche CPN, fiche CN, fiche PF*. Les formations sanitaires sont organisées en unités de soins (curatif, CPN, CPoN, PEV de routine, récupération nutritionnelle, etc.) coordonnées par des responsables. Les fiches sont conservées au niveau des unités de soins. Chaque unité de soin dispose d'un registre et d'un cahier de séance. Dans les cahiers de séance sont classifiées les pathologies par tranches d'âge.

Lorsqu'elle arrive en CPN, la femme se fait établir une fiche CPN et un carnet de santé de la mère et de l'enfant. La fiche comporte les mêmes informations que le carnet de santé. La fiche CPN et le carnet de santé sont enregistrés sous le même numéro, pour faciliter la recherche dans les registres de la formation sanitaire. Six semaines après l'accouchement, il faut une consultation nourrisson et faire les pesées et vaccinations à l'enfant. On établit à l'enfant « sa » propre fiche CN avec un numéro qui est reporté sur le carnet de la mère et de l'enfant. En général, lorsque les sages-femmes inscrivent le numéro de l'enfant, elles prennent soin d'ajouter CN pour préciser qu'il s'agit du numéro de l'enfant. Ainsi le carnet se trouve avec deux numéros différents : celui de la mère et celui de l'enfant.

Les dossiers de patientes (MIG) sont conservés au niveau des maternités de référence, et comportent toutes les informations sur les patientes (antécédents gynécologiques, médicaux, etc.). Les fiches de référence et de contre-référence servent à la communication des informations et des malades à l'intérieur de la pyramide sanitaire.

Dans la bureaucratie sanitaire, on peut repérer des liens entre les dossiers médicaux. Ces liens sont favorisés par la circulation des patients d'un service à un autre des formations sanitaires.

« Quand la femme perd son carnet de santé, on se réfère à sa fiche au niveau de la formation sanitaire et on lui établit un nouveau carnet » (MH, épidémiologiste, HD Gaweye)

Cet extrait d'entretien révèle tout l'intérêt que constitue l'archivage des documents médicaux au niveau des formations sanitaires. La durée de conservation des registres est de 10 ans. Dans les faits, les documents d'archives sanitaires sont conservés plus d'une décennie.

### ***Anciens dossiers, nouveaux dossiers et leur utilisation***

Au cours des entretiens, nous avons observé une série de dossiers nouvellement élaborés. Il s'agit du carnet de santé de la mère et de l'enfant dont le nouveau format a été introduit en 2008 sur financement de l'Unicef ; du

nouveau partogramme introduit lui aussi autour de la même date ; et de nouvelles fiches : des fiches de planification familiale ; des fiches de référence et contre-référence ; des fiches de consultation prénatale.

L'introduction de nouveaux supports n'entraîne pas la disparition systématique des anciens. Il y a une coexistence des nouveaux dossiers à côté des anciens dossiers. Dans la pratique, le remplacement des anciens dossiers ne s'est pas réellement opéré. On observe dans la pratique des agents de santé, un certain nombre de contrastes saisissants : alors que les nouveaux supports doivent être plus renseignés (plus d'items), dans la pratique ils sont faiblement utilisés dans les formations sanitaires. Les personnels de santé évoquent le plus souvent la complexité qui entoure leur remplissage, le nombre plus important de rubriques à remplir et le temps long qu'exige leur remplissage. Les sages-femmes évoquent par exemple la complexité du nouveau partogramme :

« Le nouveau partogramme est à la fois plus complexe et plus précis ; il permet une meilleure prise en charge de l'accouchement. Normalement avec ce nouveau partogramme, il faut une sage-femme pour une patiente pour permettre un meilleur suivi des patientes » (sage-femme, Niamey)

De nombreux changements sont introduits dans les nouveaux dossiers. La première différence observable est au niveau du format (nombre de pages pour les dossiers avec plusieurs feuillets) et la désagrégation des rubriques. A titre d'exemple, nous avons tenté de comparer l'ancien carnet de santé avec le nouveau. La première différence qui saute aux yeux est le nombre de pages. Alors que l'ancien carnet de santé de la mère et de l'enfant contient 22 pages, on en dénombre 43 pour le nouveau. Dans le détail des rubriques également on observe des différences frappantes au niveau des 10 rubriques du carnet de santé :

**Rubrique 1** : l'identité de l'enfant, de la mère et du père  
Enfant (prénom, sexe, date de naissance et lieu de naissance)  
Mère (prénom, nom, date et lieu de naissance, ethnie, situation matrimoniale, profession et adresse)

Père (prénom, nom, date et lieu de naissance, ethnie, situation matrimoniale, adresse et employeur

*NB : Dans le nouveau carnet l'item "ethnie", jugé impertinent a été supprimé.*

**Rubrique 2 :** Antécédents maternels (ancien carnet)

L'examen de BW, le groupe sanguin, le facteur rhésus

**Rubrique 2 :** Antécédents maternels (nouveau carnet)

*NB : Le nouveau carnet est renforcé par de nouveaux items, tels que les antécédents chirurgicaux et gynécologiques, la dernière méthode contraceptive, l'infertilité éventuelle, le groupe sanguin du père, taux hémoglobine, hématoците, albuminurie, sucre, PTME, recherche antigène, autres examens)*

**Rubrique 3 :** Gestations antérieures (ancien carnet)

Date d'accouchement ou avortement (les enfants vivants et leur âge, les décédés, les causes de décès)

*NB : Dans le nouveau carnet, on parle des antécédents obstétricaux au lieu de gestations antérieures. De nouveaux items tels que le lieu, la pathologie gravidique, le mode d'accouchement et "observations complémentaires" ont été rajoutés. On a aussi le rang de la grossesse, terme, avortement, mort-né, accouchement et date.*

**Rubrique 4 :** Gestation (ancien carnet)

5 sous rubriques prévus des examens au cours de la CPN (poids, taille, TA, HB, bassin, urines, pertes du sang, pertes liquides amniotiques, BCF, HU, observations et conduite à tenir

**Rubrique 4 :** Suivi prénatal au lieu de la gestation (nouveau carnet)

Date, âge en semaine d'aménorrhée

*Signes cliniques :* poids, tension artérielle, hauteur utérine, examen du bassin, présentation, bruit du cœur fœtal, œdème, pâleur, ictère, existence de nodule du sein, col, perte de liquide amniotique, métrorragies, leucorrhées anormales, albuminurie, glycosurie ;

*Mesures préventives :* dose vaccin antitétanique, fer-folate, albandazole, traitement présomptif intermittent, protocole PTME, conduite à tenir et date)

Gestation, parité, nombre enfants vivants, taille, DDR, DPA

Intention d'allaiter au sein (allaitement maternel exclusif, alimentation artificielle, alimentation mixte)

Pronostic de l'accouchement (normal, à surveiller)

Plan d'accouchement (lieu d'accouchement, moyen de transport

Rappel de signes de danger (vaginaux, maux de tête/vision flou, douleurs abdominales intenses, doigts, visage et membres inférieurs enflés)

**Rubrique 5 :** Naissance (ancien carnet)

Accouchement : date, terme, mois, à domicile : avec matrone, sans matrone, en formation sanitaire, complication, pas de complication, forceps/ventouse, césarienne, déchirure, infection, hémorragie, placenta complet oui ou non, décès maternel, autres

Enfant : né vivant, mort-né, prématuré, jumeaux, sexe, poids de naissance, taille, apgar : réanimation oui ou non, malformations congénitales, autres

Sortie maternité : date

Etat de l'enfant : poids à la sortie, respiration normale oui ou non, reflexe de succion oui ou non, ictère oui ou non, cyanosé oui ou non, présence d'imperforation anale oui ou non, état du cordon, observations

Prescrire chimioprophylaxie anti paludique pour la mère pendant 6 semaines

BCG à faire dans le premier mois

Rendez-vous première consultation nourrisson

**Rubrique 5 : Naissance (nouveau carnet)**

Accouchement : date (jour, mois et année), heure d'accouchement, à terme (oui ou non), présentation

Mode d'accouchements et complications : normal, forceps, ventouse, césarienne, déchirure, éclampsie, infection, hémorragies, autres (oui ou non)

Médicaments au cours du travail, protocole PTME

GATPA (oui ou non)

Administration d'ocytocique dans la minute qui suit, après la naissance de l'enfant

Délivrance par traction contrôlée du cordon ombilical et stabilisation de l'utérus en appliquant une contre pression

Massage de l'utérus à travers la paroi abdominale après la délivrance

Lors de chaque accouchement, par chaque prestataire qualifié

VIT A

Autres

Effectué par : (nom et qualification)

Etat de l'enfant à la naissance : né vivant, mort-né, prématuré, hypotrophie, sexe, APGAR, réanimation (si oui duré)

Malformations congénitales, poids, taille, PC, GS RH, reflexe de succion, ictère, cyanose, collyre/Pde Ophtalmique

Vitk1

Effectué par : (nom et qualification)

Date (jour, mois, année)

Etat de l'enfant à la sortie de la maternité : date, poids, respiration normale (oui ou non), reflexe de succion (bon, faible, absent), ictère (oui ou non), cyanose (oui ou non), état du cordon, température, vaccins reçus (BCG, POLIO 0 et autres), autres observations

Rendez-vous CN

Etat de la mère à la sortie de la maternité : température, lochies (normales ou fétides), saignement (oui ou non), tension artérielle

Autres

Choix de la contraception

Rendez-vous CPON

Conseils à la mère

Allaitement maternel exclusif, vaccination mère et enfant, chimioprophylaxie palustre à la sulfadoxine pyriméthamine, utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, contraception, consultation Post natale et nourrisson, protection contre le froid

**Rubrique 6 : Evénements pathologiques (ancien carnet)**

Date, âge, symptômes, diagnostic, décision

**Rubrique 6 : Evénements pathologiques de l'enfant (nouveau carnet)**

Date, âge, poids, taille, température, symptômes, diagnostic, décisions (traitement et régime)

**Rubrique 7 : Courbe poids/âge (ancien carnet)**

**Rubrique 7 : Poids selon l'âge (filles), poids selon l'âge (garçons). Le nouveau carnet distingue deux courbes selon le sexe de l'enfant.**

A côté des rubriques communes aux anciens et nouveaux carnets de santé, on note des innovations spécifiquement contenues dans le nouveau carnet. Ces nouveaux items sont rassemblés dans les rubriques 8, 9 et 10 :

**Rubrique 8 : Images de sensibilisation** (nouveau carnet)

Sur la CPN, dormir sous moustiquaire imprégnée, le lavage des mains avec de l'eau et du savon, l'allaitement maternel exclusif, la prise en charge de la diarrhée SRO et Zinc

**Rubrique 9 : Périmètre crânien selon l'âge** (filles et garçons)

**Rubrique 10 : Suivi de la croissance de l'enfant**

Date, age, poids, taille, PC, régime, vaccination, décisions

L'analyse comparée des deux générations de carnets de santé de la mère et de l'enfant permet de saisir l'étendue des changements introduits dans le nouveau carnet de santé. Le souci des autorités sanitaires de disposer d'informations complètes sur l'état de santé de la mère et de l'enfant constitue, en même temps, pour les agents de santé appelés à remplir les carnets de santé, une source de surcharge de travail de remplissage.

### ***Le système national d'information sanitaire (SNIS) et les dossiers médicaux***

Le Niger a mis en place un système officiel de collecte, d'analyse et de diffusion de l'information sanitaire. Il a été créé dans le cadre d'un partenariat entre le Niger et l'USAID en vue d'une meilleure centralisation des informations sanitaires. La mise en place du SNIS témoigne d'une volonté de l'Etat à avoir un plus grand contrôle sur les informations sanitaires sur l'étendue du territoire national. Le SNIS a, entre autres attributions, l'amélioration de la qualité des données collectées, l'analyse des données à chaque niveau du système de santé. Il assure la surveillance épidémiologique et donne l'alerte en cas d'épidémie. Lorsqu'il reçoit les données des formations sanitaires, le SNIS est censé donner de la rétro-information sur les insuffisances constatées dans le remplissage des supports.

### ***Organisation du SNIS***

Le SNIS a une structure pyramidale calquée sur la pyramide sanitaire. C'est à l'intérieur de cette structure pyramidale que s'opère la transmission des informations sanitaires depuis la case de santé jusqu'au niveau central, à Niamey. Aux niveaux des régions et des hôpitaux de district, il y a respectivement les *services de programmation et d'information sanitaires* (SPIS) et les *centres de surveillance épidémiologistes* (CSE). Les SPIS sont installés au sein des directions régionales de santé publique tandis que les CSE sont au niveau du département. Les niveaux CSI et cases de santé ne sont pas pourvus de services relevant du système d'information sanitaire.

A travers le réseau des CSI, le CSE collecte les données de base. Il fait une compilation, une analyse et les transmet au SPIS. On a deux niveaux d'organisations qui collaborent à travers la transmission des données. Les CSI et cases de santé sont les niveaux de production des données, le CSE est l'instance de vérification et de coordination des données. Le SPIS de la région de Niamey est le plus important en termes d'informations à collecter. Il couvre 3 hôpitaux de district, 48 CSI, 1 hôpital régional, 125 structures privées, et 8 cases de santé fonctionnelles (sur 10 prévues).

Dans les hôpitaux de district, les CSE sont animés par un personnel léger placé sous la responsabilité d'un épidémiologiste.

### ***La transmission des informations sanitaires***

Les acteurs du SNIS (CSE et SPIS) n'ont pas de contacts directs avec les fiches individuelles (carnets de santé, fiches, etc.). Leurs contacts avec ces supports sont indirects et se font à travers les registres et les rapports qui leurs sont envoyés.

Le SNIS est censé recevoir trimestriellement les rapports des formations sanitaires. Toutefois, ces rapports ne fournissent pas les données désagrégées collectées depuis la base. Le SNIS reçoit plutôt des synthèses, à partir du SPIS. La fréquence de la production des rapports a été ramenée de trois mois à un mois. Selon un SPIS rencontré à la direction régionale de la santé publique à Niamey, cette micro-réforme vise à « simplifier » la production des rapports d'activités pour les responsables des formations sanitaires, avec l'espoir que « *en ramenant à 1 mois, on pense pouvoir avoir régulièrement les rapports* » (SPIS de la région de Niamey). Le SPIS reçoit les rapports sous leur forme virtuelle. Les données des cases de santé et des CSI sont saisies et analysées au niveau des districts par le CSE. Les CSE sont censés recevoir les rapports trimestriels des CSI au plus tard le 10 du mois suivant. A leur tour, Les CSE ont 15 jours pour traiter et transmettre les rapports au niveau des SPIS. A leur tour, les districts envoient au SPIS les versions électroniques pour vérification et correction :

« Lorsque les choses ne sont pas claires, on retourne les supports au niveau des districts. Quand on va en supervision, j'essaie de voir si c'est bien rempli et on donne des instructions » (SPIS, DRSP de Niamey).

Par principe de *promptitude*, les CSE saisissent les données reçues et les envoient à temps au niveau de la région. En cas de retard, il n'y pas de sanction ; le CSE s'en tient à rappeler aux chefs CSI d'envoyer les rapports.

Les cases de santé et les CSI produisent les données primaires qui seront traitées et corrigées par les SPIS avant d'être envoyées au SNIS. Le SNIS ne reçoit que la version synthétisée des données brutes produites par les formations sanitaires périphériques. A un cran plus bas, les formations sanitaires fonctionnent sur un modèle presque identique avec d'un côté les agents qui remplissent les supports et de l'autre les chefs d'unités (par exemple, chef CSI) qui élaborent les rapports d'activité. Les agents (infirmiers) sont de ce fait la source d'information et la source d'erreurs des données sanitaires collectées.



### *La provenance des supports*

Il existe 2 modes d'acquisition des supports : la mise à disposition (SNIS ou ONG) et l'achat, qui coexistent dans les formations sanitaires.

#### *La distribution gratuite*

Le SNIS met les supports à la disposition des formations sanitaires. Mais depuis quelque temps, le SNIS n'arrive plus à honorer ses engagements. Il en est de même pour le nouveau carnet de santé. Initialement à la disposition des formations sanitaires grâce à un financement de l'Unicef (dans le cadre de la promotion des PFE), il a été demandé aux formations sanitaires de l'acheter désormais. Celles-ci ont préféré retourner aux anciens carnets de santé qui coûtent moins cher.

Les ONG appuient les formations sanitaires dans l'acquisition de certaines fiches, telles que les fiches de prise en charge nutritionnelle des enfants malnutris. A Tahoua, la *fiche pédiatrique* introduite par l'URC-USAID en 2005 dans le cadre de la prise en charge nutritionnelle continue d'être utilisée.

#### *L'achat*

A Konni, c'est à travers les ressources tirées du recouvrement des coûts que l'hôpital de procède au renouvellement des dossiers. Parfois, on constate des retards dans la commande des dossiers médicaux, expliquant ainsi certaines ruptures de dossiers. Il est aussi fréquent de constater que nombre de fiches se présentent sous un format photocopié, alors que les originaux sont en couleur. Ne pouvant pas financièrement faire des copies en couleur (qui coûtent plus cher), les responsables de formations sanitaires se contentent des copies faites localement ou au Nigeria voisin.

A Niamey, nous avons remarqué une forte tendance au ravitaillement et à l'achat par les formations sanitaires elles-mêmes. Au centre de santé intégré de Boukoki, par exemple, hormis les supports servant à rédiger les rapports d'activités (mis à disposition par le SNIS), tous les autres supports sont financés par le CSI. Selon la majeure, ces derniers temps le SNIS demande à tous les CSI de se ravitailler eux-mêmes sur l'argent de recouvrement des coûts. Cette situation accroît les dépenses des CSI qui ont déjà du mal à se ravitailler en médicaments du fait de la gratuité des soins.

Il faut noter qu'il existe une forte corrélation entre la gratuité et le ravitaillement des dossiers. Au niveau du CSI la majeure partie des documents utilisés concernent la tranche qui bénéficie de la gratuité de soins. A cet effet, la majeure affirme recevoir « *en moyenne, 400 à 500.000 FCFA par mois pour le recouvrement des coûts* ». Cette somme ne leur permet pas de se ravitailler convenablement. Le manque des moyens financiers fait qu'ils utilisent jusque-là l'ancien carnet de santé malgré l'introduction d'un nouveau carnet plus renseigné que l'ancien selon la majeure.

### ***L'élaboration et la révision des supports***

#### ***Au niveau national***

L'élaboration des supports médicaux est un processus lent et fait intervenir plusieurs acteurs : l'Etat, et les programmes et projets des partenaires. Elle est assurée au Niger par le SNIS, les directions et les hôpitaux de districts. Pour ce faire, la première opération consiste à identifier tous les acteurs concernés, c'est-à-dire les différentes directions du ministère, les programmes, les ONG et autres partenaires. Après cette étape, il y a l'élaboration du TDR (les termes de références) et du budget, puis la détermination de la méthodologie à suivre. Ce qui conduira à la mise en place d'un comité restreint pour amender les différents travaux et passer à un atelier de validation avec tous les acteurs concernés. Enfin, un petit comité est chargé

d'élaborer l'outil en question. Pour ce qui est du format des outils, c'est le comité restreint qui décide en s'inspirant des normes de l'OMS. Le financement de l'élaboration est assez souvent assuré par l'extérieur (Unicef).

Il est prévu après l'élaboration d'un nouveau carnet, l'élaboration d'un guide pour son remplissage, mais cela n'a pas été fait. Des guides sont censés accompagner les supports afin d'aider les utilisateurs à leur bon remplissage. Mais, dans la majorité des cas, ces guides ne suivent pas, laissant les agents de santé se débrouiller sur le tas. Les missions de supervision censées pallier à ces insuffisances, sont irrégulières, conditionnées par l'existence de moyens pour faire le déplacement dans les formations sanitaires.

Pour ce qui est de la révision des supports médicaux, elle est régie par des normes. Le délai de la révision est de 2 ans mais à défaut des moyens financiers cette dernière est prolongée à 3 ou 4 ans. La nécessité de réviser un dossier est appuyée par des raisons issues des constats sur le terrain (généralement lors des missions de supervisions) ou suite à des départs ou mise en œuvre de nouveaux programmes.

« Depuis 8 ans, il n'y a pas de changement de fiches » (majores service de pédiatrie du CHR de Tahoua,)

Le contenu des fiches pédiatriques est relativement stable depuis près d'une dizaine d'années.

« Lors des supervisions, on ne pose pas de questions sur les fiches »

« Quand on décide de changer les fiches, on ne vient pas vers nous voir » (infirmière au CHR de Tahoua,)

*Au niveau de l'hôpital de district de Konni*

Le processus d'élaboration et/ou de révision des supports médicaux au DS de Konni n'est pas fondamentalement différent de ce qui se fait au plan national<sup>4</sup>.

Certains supports sont élaborés par le DS afin de faciliter la communication entre les agents de santé et les différentes unités du DS à l'exemple de la *fiche de liaison* élaborée en 2013 et la *fiche de planification familiale post-partum*. Il faut souligner que ces fiches n'existent pas parmi les supports élaborés par le SNIS. Elles constituent une solution locale pour la prise en charge des patients.

Le second niveau d'élaboration des supports se manifeste par le besoin des partenaires intervenant dans le domaine de la santé (Unicef, MDM, etc.) de certaines informations sanitaires.

L'initiative de l'élaboration ou de la révision d'un support au niveau du DS vient généralement du médecin-chef qui joue le rôle de concepteur comme la plupart des cadres A1 au niveau local. Cette initiative peut aussi découler des autres agents de santé qui sont au quotidien en contact avec les supports. C'est le cas en 2008 du *dossier de patient*, élaboré par un VNU chirurgien Bburkinabé du nom de Guira Adama et mis à l'appréciation de l'ECD. Ainsi, le médecin-chef de l'époque Dr Omar présenta de dossier au niveau régional afin d'être mis en service, ce qui fut fait. Avant cette initiative, le support se résumait à un petit carnet ne répondant pas aux normes hospitalières, que le chirurgien avait du mal à le remplir. En cas de césarienne par exemple, il y avait des items qui n'étaient pas pris en compte dans le petit carnet, pourtant importants à renseigner. La nécessité de compléter le carnet s'est fait sentir.

Ainsi, le médecin-chef propose aux agents de santé (les responsables des différentes unités de soin et l'équipe cadre du district), lors d'une réunion,

---

<sup>4</sup>Expérience d'une enquête déjà réalisée dans le cadre de ce programme à Niamey

le support à mettre en place ou à réviser. A cet effet, des discussions ont été engagées en vue de son amendement. Par la suite des, formations, des « *briefing* » ont été organisées à l'intention des agents du niveau périphérique (CSI et CS) et des autres agents du HD. Pour ce type d'élaboration ou de révision, le financement est assuré par le DS.

Il faut cependant souligner que la multiplicité des supports mis à la disposition du DS alourdit la tâche des agents de santé et entraîne du coup un manque de fiabilité des données, comme souligne le médecin-chef :

« Trop d'informations tuent l'information. Malheureusement nous sommes obligés de leur collecter les données parce qu'ils ont une autorisation du ministère de tutelle ».

Au niveau de l'hôpital de district de Konni, on constate que certaines fiches sont conçues localement pour combler les insuffisances du dispositif officiel de collecte des données. Le contenu de certains supports du SNIS que l'on retrouve à l'échelle nationale est modifié par l'intégration d'items tirés de réalités locales. « On confectionne les dossiers pour notre propre monitoring » (Médecin-chef de Konni)

A cela, il faut ajouter l'indisponibilité de certains supports élaborés à Niamey :

« Tout récemment, on a amendé les dossiers de maternité à Niamey ; mais nous ne l'avons pas ici à Konni ».

Les formations sanitaires sont parfois démunies en termes de supports. Du niveau central vers le niveau déconcentré, l'acheminement et la diffusion des supports nouvellement élaborés prend du temps. Ce retard qui pénalise les formations périphériques incite les agents à utiliser les anciens supports.

En cas de rupture de certains supports nationaux tels que le registre, la fiche de CPN, etc., ou locaux, tels que la fiche de liaison, le dossier du patient, la fiche de la planification post-partum, etc., les agents de santé recourent aux bouts de papier sur lesquels sont renseignés les items les plus importants aux yeux des agents de santé. Sur ces bouts de papier sont inscrits des informations *a minima* avec comme principal inconvénient la perte d'une partie des informations

concernant les patients. D'un point de vue empirique, les *bouts de papier* constituent, au même titre que les supports officiels, des sources d'information intéressantes à analyser.

S'ils contribuent à doter les formations sanitaires de supports, les programmes verticaux ne sont pas sans avoir des effets inattendus sur l'élaboration des supports par le SNIS. En effet, sur le terrain, nombre de supports sont mis en place par des programmes à l'insu du SNIS, posant un sérieux problème de coordination à ce service de l'Etat. Cette situation constitue une déviance aux normes établies. Elle favorise une surcharge de travail dans les formations sanitaires qui conduit à une discordance des données collectées sur un même aspect, ce qui, enfin, freine assez souvent la bonne marche des travaux et qui rend la qualité des données douteuse.

Ainsi, en début 2014, il y a eu une révision dans le but de mettre en place une page web spécialement dédiée à la santé (qui constituera une base unique des données sanitaires), en vue d'une harmonisation des supports. Cette révision s'est intéressée aux niveaux central, régional et aux programmes verticaux. Cette initiative permettra de minimiser les discordances des données

# LES PERSONNELS DE SANTÉ ET LES DOSSIERS MÉDICAUX : LES NORMES, LES PRATIQUES ET LES DISCOURS

## *Le contenu des dossiers médicaux*

### *Un cadre juridique peu clair, une défaillance du système ?*

« Le contenu des dossiers n'est pas formellement clarifié ; il n'y a pas de texte qui précise ce que doit contenir un dossier médical. Les agents de santé s'accommodent de la culture du service dans lequel ils travaillent » (HR Tahoua).

### *Les informations les plus récurrentes dans les dossiers médicaux*

Les fiches sont remplies en même temps que les carnets de santé. Des infos figurant sur la fiche peuvent ne pas se retrouver dans le carnet de santé :

« Parce que dans le carnet, on n'a pas prévu de cadre pour y inscrire ces informations ».

C'est dire que les fiches sont beaucoup plus renseignées que les carnets de santé.

### *Les informations les plus importantes par dossier médical*

Les consultations prénatales (CPN) permettent le suivi de la grossesse et la prévention des complications lors de l'accouchement. Les infos les plus importantes dans le carnet sont la durée de la grossesse, l'identité complète de la mère et du père, les examens de la syphilis (BW), le groupe sanguin, le rhésus, la PTME, la mesure de la taille utérine (MTU), le poids, la taille, le bruit du cœur fœtal (BCF), le toucher vaginal, etc.

Après l'accouchement, le carnet de santé doit contenir le nom de l'enfant, son sexe, son poids (si inférieur à 2,5 kg), sa taille, comment l'accouchement s'est effectué (par césarienne ou par voie basse). Toutes ces infos sont utiles pour le suivi de l'enfant à la consultation des nourrissons sains.

Dans le cadre des consultations nourrissons (CN), il est important de mentionner dans le carnet les vaccins reçus par l'enfant, la courbe poids/âge pour suivre la croissance de l'enfant et la courbe poids/taille pour détecter la malnutrition. Le tableau ci-dessous indique, pour les dossiers que nous avons répertoriés, les informations les plus valorisées par les agents de santé et leur degré d'importance.

Les unités des soins	Les informations les plus valorisées	Le degré d'importance
CN	<b>Carnet de santé :</b> antécédents de l'enfant, pesée, toise, la courbe poids/âge ; vaccination <b>Fiche de CN :</b> Interrogatoire, la courbe poids/âge, examens cliniques, les facteurs de risque, appréciation du rapport poids/taille	La courbe bien remplie permet le triage des enfants malnutris ; Les facteurs de risque aident à déterminer la vulnérabilité d'un enfant ; Classification des enfants en malnutris modérés ou sévères (la classe détermine le type de prise en charge)
CPN	<b>Carnet de santé :</b> examen pour la syphilis, examen pour la PTME, examen du groupe sanguin <b>Fiche de CPN :</b> tout est important	L'examen pour la syphilis évite des malformations au niveau de l'enfant ; L'examen de PTME permet d'éviter la transmission du sida à l'enfant ; Connaitre le groupe sanguin de la femme est important pour qu'en cas d'anémie, elle puisse être sauvée ; Réduire le taux de mortalité maternel et infantile.
PF	<b>Carnet de PF :</b> les antécédents maternels et les examens gynécologiques ; <b>Fiche clinique en PF :</b> les antécédents maternels et les examens gynécologiques	Connaitre les antécédents maternels pour déterminer les types de méthodes contraceptives à administrer aux femmes

Les agents de santé (sages-femmes et infirmières) sont très regardants sur la courbe poids-âge de l'enfant. Une des raisons invoquées est que cette partie du carnet de santé fait partie des éléments contrôlés par les superviseurs.



Il en est de même « des antécédents maternels et des signes de danger », fait remarquer Sani Ahmet<sup>5</sup>.

Il y a un hiatus entre le discours des agents de santé et la réalité du remplissage des dossiers médicaux. En analysant le contenu de 35 carnets de santé des femmes utilisant le CSI de Konni, Ahmet relève que :

« Sur 35 carnets de santé, il y a seulement 3 dans lesquels la courbe poids-âge a été remplie. Il y en a 5 dans lesquels les visites de consultation prénatales prévues sont notées. Pour ce qui concerne la vaccination, seulement 1 seul carnet de santé contient tous les vaccins bien notés...une autre information négligée concerne la partie consacrée à la sortie de la maternité » (Mémoire Sani Ahmet, en cours)

Les difficultés de communication entre agents de santé et usagères autour du carnet de santé : le calvaire des femmes qui perdent leur carnet, ou qui ont des carnets tachetés ou, en fin de compte, qui ont des carnets déchirés ou froissés :

« Lorsque tu laisses ton carnet à la maison, on ne regarde même pas. A chaque fois que ton enfant est malade, il faut aller avec son carnet pour avoir des médicaments... »

« Parfois, si ton carnet est sale, les sages-femmes ont l'habitude de jeter le carnet ou d'insulter la patiente » (Mémoire Sani Ahmet, )

Le carnet de santé de la mère et de l'enfant n'est pas qu'un dossier médical censé contenir les informations médicales des mères et de l'enfant ; il structure les relations entre usagères et personnels de santé, notamment dans le cadre des CPN, des CN et des PCoN.

### ***Remplir les dossiers médicaux, de la norme à la pratique***

Introduisons cette section de notre analyse par une série d'observations faites au CHR de Tahoua.

---

<sup>5</sup> Mon assistant de recherche, dans son mémoire de Master, non soutenu

### ***Observation 1 : La tenue des staffs***

#### *Staff 1*

Le jeudi 5 décembre 2013, alors que je venais négocier un entretien avec un médecin du service de pédiatrie du centre hospitalier régional de Tahoua (CHR), je tombe incidemment sur le staff de la matinée. A ma demande, Mme B. « ne vois pas d'inconvénient à ce que [je participe] à cette séance ». Discrètement, je prends place dans un coin de la salle de 4 mètres carrés environ. D'ordinaire, cette salle sert de bureau à Mme B. où elle reçoit les enfants malades « ordinaires ». La séance de ce matin-là n'était pas un staff ordinaire ; il s'agissait de débattre de la revue des normes intervenue le mois antérieur (novembre). En somme, il était question de renvoyer aux agents du service de pédiatrie le miroir de leurs pratiques, en lien avec le remplissage des dossiers.

13 agents y ont pris part, dont trois médecins. Le médecin-chef du service de pédiatrie était en formation. La distribution des places permettait de distinguer les médecins assis d'un côté et les infirmières de l'autre, serrés les uns contre les autres (il y avait un jeune stagiaire parmi les infirmières). Tous étaient venus entendre les « performances de qualité » réalisées par le service au cours du mois de novembre 2013. L'ambiance était détendue dans la salle. La procédure est simple : par une présentation des indicateurs du mois, le médecin-chef intérimaire pose le débat et chaque infirmier est libre à prendre la parole pour donner des explications. Les débats, de façon générale, portent sur l'évolution des malades, les complications, les traitements prodigués, les décisions prises par le médecin.

Le médecin-chef présente les chiffres du mois de novembre 2013 : le service de pédiatrie a enregistré 936 enfants, parmi lesquels 600 ont été hospitalisés et 20% ont été référés. 40 décès sont survenus, 667 sorties, 5,99% de taux de mortalité. La durée moyenne de séjour est de 3 jours.

Le CRENI a enregistré, pour sa part, 190 admissions avec 94% de taux de guérison et 2 cas d'abandon. Au cours de la revue des normes réalisée en novembre, 4 dossiers sur 5 traités présentent un taux d'adhésion aux normes (85%). Certes, une telle performance réjouit l'ensemble du personnel de la pédiatrie. Mais le médecin-chef relève quelques insuffisances soulevées lors de la revue des normes. Il y a, en

premier, l'absence des conseils à la sortie des malades. De fait, au lieu d'être écrits dans les dossiers, les conseils sont prodigués aux malades de façon verbale. Selon les principes, il revient aux médecins d'écrire ces conseils à la sortie des malades, me fait remarquer Mme B.

Sur l'ensemble des dossiers de malades admis, l'on a remarqué que « 180 dossiers ne comportent pas de fiche de tri ». A cette remarque, fait suite une réponse donnée par une infirmière :

« C'est au cours des gardes qu'ils n'ont pas de fiches de tri. Pour d'autres patients, les fiches se perdent... Il y a beaucoup de dossiers sans fiches de tri parce qu'on les accroche juste pour accompagner les malades. Entre un agent et l'autre, les fiches tombent ! » (majore de service de pédiatrie)

A la question relative aux dossiers sans fiches de tri succède une autre interrogation, celle de savoir « *qu'est ce qui empêche de remplir les fiches de tri ?* »

Le dialogue entre les médecins et les infirmiers au sujet des fiches de tri dévoile deux points importants à souligner :

Il y a un problème de coordination des activités entre les équipes de gardes et celles du jour. Il y a, face au mauvais remplissage des dossiers, une désolidarisation des infirmières vis-à-vis de leurs collègues qui assurent les gardes de nuit.

Les infirmières seraient moins rigoureuses dans le remplissage des fiches de tri la nuit que le jour. Les équipes de garde seraient moins enclines à bien remplir les fiches de tri que celles qui travaillent le jour. On peut admettre que le jour, la présence des médecins-chefs et les risques de visites de contrôle expliqueraient la relative attention que les infirmières accordent à remplir les fiches de tri.

## *Staff 2*

Ma seconde observation du *staff* intervient le mercredi 11 décembre 2013. Le médecin-chef du service de pédiatrie était présent ce jour-là. La procédure est

identique : chaque infirmière présente, dossiers à la main, « ses » cas compliqués. Les questions sont posées par les médecins qui se tiennent d'un côté et les infirmières en face. Les infirmières expliquent pour chaque cas les actes posés dans le cadre de la prise en charge des malades...

Très vite, on assiste à une série de dialogues entre les médecins et les infirmiers. Un dialogue a particulièrement retenu mon attention. Il s'agit d'un enfant de 2 mois reçu par une infirmière de garde. A une question qui lui est posée, l'infirmière répond qu'elle n'a pas demandé les antécédents de l'enfant qu'elle reçu. Par conséquent, la rubrique relative aux antécédents n'a pas été renseignée. Quel est le pouls de l'enfant ? demande un médecin ? L'infirmière : « 108-108 ». La majeure du service de pédiatrie : « Je ne suis pas d'accord avec ces chiffres. C'est un nouveau-né ! ». Le chiffre de la fréquence respiratoire mentionné est nettement supérieur à celle d'un enfant de 2 mois. Mme B, médecin : « Je vous ai dit que même quand vous voulez tricher, il faut savoir tricher... ».

Mme B est consciente que souvent les constantes qui leur sont présentées par les infirmières ne reflètent pas la réalité. Celles-ci tricheraient pour rester dans les normes requises pour chaque catégorie d'enfant malade. Mais le cas présenté a été si flagrant qu'il a suscité une réaction parmi les infirmières elles-mêmes. Cette séquence d'observation est révélatrice du manque de fiabilité des données souvent inscrites dans les dossiers médicaux.

Au cours du staff, la majorité des infirmières ne prend pas de notes. Dans ces conditions, fait remarquer le médecin-chef, « *on oublie facilement ce qu'on a dit !* »

Vers la fin du staff, le surveillant général du CHR fait son entrée dans la salle. Il est tout de suite interpellé par une majeure :

« Surveillant, ça fait 48h qu'on n'a pas de supports !!! »

Surveillant : « Qui est venu me voir et que j'ai dit qu'il n'y a pas de dossiers [Supports] ? Entre nous, il faut être rationnel. On ne peut pas prendre chaque semaine 500 ordonnances, 500 bulletins d'examen, 500 fiches cliniques.... »

Imprégné de la réalité du staff et des débats qui le caractérisent, il m'a paru utile de remonter à la source de production des données présentées par les infirmières tous les matins. La visite des malades pouvait m'aider à mieux comprendre comment les dossiers des malades sont remplis.

## ***Observation 2 : Une visite de malades au service de pédiatrie du CHR de Tahoua***

Le 8 décembre 2013, à l'issue du staff journalier auquel j'ai participé (ou que j'ai observé), je formule, auprès du médecin-chef de la pédiatrie du centre hospitalier régional de Tahoua, la demande de l'accompagner à la séance de visite des enfants malades. « D'accord docteur, m'a-t-il répondu. Tu peux venir voir comment nous travaillons. C'est mieux toujours mieux de voir de toi-même ». Pour moi, cette immersion dans la salle d'hospitalisation du service de pédiatrie était l'occasion rêvée pour *observer in situ* les interactions entre les agents de santé, reprenant en d'autres lieux les démarches de Jaffré et Olivier de Sardan (2003). Au-delà des interactions, j'avais pour objectif d'observer comment les fiches de malades étaient concrètement remplies. Lit par lit, l'équipe du Dr. A., une infirmière et moi, nous avons visité les malades et leurs mères. J'ai pu ainsi chronométrer le temps consacré à chaque malade au cours de cette visite. Les données présentées ici commencent par le lit n°6 (je n'ai pas pu commencer les observations à partir du lit n°1). Les 18 lits de la salle d'hospitalisation sont tous occupés ; sur certains, il y a même deux enfants malades et leurs mères.

Les accompagnants dans la salle d'hospitalisation sont essentiellement des femmes, le site confirme l'idée que la santé des enfants est prioritairement une affaire de femmes. Mais, en réalité, les femmes sont presque toujours accompagnées de leur mari ou de leur gendre resté hors de la salle. En cas d'achat de produits, c'est vers celui-ci que les femmes se tournent. Il y a une sorte de division des tâches. Alors que les femmes s'occupent des enfants malades, les pères prennent en charge les dépenses inhérentes à leur prise en charge.

Trois types de « dossiers » sont constamment manipulés dans la salle d'hospitalisation des enfants : *les bulletins de sortie*, la *fiche pédiatrique*, les *bulletins d'examen*. Le tout agrafé constitue le dossier du malade consulté par le médecin. A l'approche du lit, chaque accompagnant sort le dossier de son malade et le tend au médecin. Certains accompagnants gardent le dossier entre le matelas du lit et le drap du malade, d'autres le placent au chevet du malade, d'autres encore mettent le dossier en sécurité dans un sac à main. Une fois sortis, les dossiers présentent quasiment tous le même visage : ils sont froissés par les conditions de leur tenue par les accompagnantes (voir photo ci-dessous)



Photo prise au service de pédiatrie au CHR de Tahoua

La fiche pédiatrique permet au médecin, à partir des indications et de la prise des constantes, d'apprécier l'évolution de l'état de santé de l'enfant (évolution du rapport poids/taille). La prise des constantes ne suffit pas, cependant. Une question posée à l'accompagnante précède toujours les actes médicaux posés: « *de quoi souffre l'enfant ?* » ou encore « *comment va-t-il (elle) ?* ».

Au pied de chaque lit, une fois le malade consulté, le médecin dicte à l'infirmière les actes à poser. Celle-ci s'exécute immédiatement avant-même de passer au malade suivant. Les inscriptions sont portées au verso de la fiche pédiatrique qui « n'a pas changé depuis 8 ans », fait remarquer M.R., la majeure de la pédiatrie B. Les grilles de remplissage de cette fiche sont relativement stables. Cela rend mécanique le remplissage. Le remplissage de la fiche est facile et consiste à cocher des cases prévues à cet effet. La prescription de nouveaux produits pharmaceutiques est inscrite sur la fiche pédiatrique et sur une ordonnance remise à l'accompagnante. Cette ordonnance donne un accès gratuit aux produits, au niveau de la pharmacie située à l'entrée du CHR de Tahoua. Cette organisation de travail en équipe et à la chaîne présente l'avantage de consigner séance tenante les suggestions du médecin. Elle permet de réduire considérablement la marge d'erreur dans les prescriptions médicales.

Pour les cas d'enfants sérieusement malades, un *bulletin d'examen* est remis généralement au mari que le médecin fait appeler dehors. Le bulletin d'examen sert de fiche de liaison entre le service de pédiatrie et celui de la chirurgie. C'est le cas d'une occupant du lit n°13 : un cas grave en apparence, une fillette de 5 mois. Après avoir rempli le bulletin d'examen, le médecin-chef réfère les parents vers l'unique chirurgien du CHR. Cette fillette ira allonger la liste de la vingtaine de patients que reçoit quotidiennement le chirurgien, auxquels il faut ajouter les malades hospitalisés au service de chirurgie. Face à ce dernier cas considéré comme "grave" par le pédiatre, l'équipe de visite consacre 5 minutes à ausculter l'enfant, à faire des annotations sur la fiche pédiatrique, à communiquer avec le chirurgien, etc. !

La visite des malades se fait dans une grande salle bruyante en raison des cris des enfants, du bavardage de certains maris venus assister leurs épouses. Devant le bruit insupportable des accompagnants, le pédiatre fait évacuer la salle par les maris à qui il demande « d'aller attendre dehors ! ». De temps à autre, la consultation des enfants est interrompue par des appels téléphoniques auxquels le médecin répond.

Pour la trentaine d'enfants malades hospitalisés que nous avons observés, nous nous sommes exercés à calculer le temps passé par l'équipe de visite. Le tableau ci-dessous décrit dans les détails le temps de visite par malade :

(n°lit	Temps (en secondes)
1	111
2	92
3	80
4	86
5	90
6	160
7	300
8	156
9	200

Source : nos observations

L'équipe de visite consacre, en moyenne, 123, 92 secondes à chaque enfant malade, soit à peu près 2 minutes. Dans la réalité, elle passe moins de temps si l'on soustrait le temps passé au téléphone. Constamment, le médecin-chef suspendait la vérification des dossiers pour répondre à des coups de fil. Je pense qu'il serait raisonnable d'admettre qu'en moyenne c'est moins de 2 minutes que l'équipe consacre véritablement aux enfants malades.

### *Le traitement*

Une fois la visite terminée, les dossiers sont systématiquement remis aux accompagnantes. Le dossier des enfants malades comprend *la feuille de température, la fiche clinique pédiatrique, la fiche de tri, le bulletin de consultation, le reçu de paiement et*

*un bulletin d'examen.* Deux infirmières prennent aussitôt le relais de l'équipe de visite. Elles vont lit par lit en poussant un chariot chargé de produits pharmaceutiques ; au niveau de chaque lit, l'infirmière prend la fiche pédiatrique pour savoir le type de soins à administrer au malade. Chaque fois qu'elle a fini, l'infirmière coche dans une case de la fiche, pour préciser que le traitement recommandé par l'équipe de visite a été administré.

Le fait de prévoir des cases facilite aux personnels de santé le remplissage des fiches mises à leur disposition. Ils passent moins de temps à remplir les fiches, ce qui leur donne un gain de temps non négligeable pour la prise en charge des enfants malades.

De fait, remplir les fiches revient à mettre une croix dans les cases ; ceci est parfois complété par des annotations sur les supports.

### *Un entretien d'éclaircissement*

« Je n'ai pas assez de temps », a répondu le pédiatre lorsque je le sollicite pour un entretien à l'issue de la visite des malades. Pour ne pas me décevoir, il se rattrape : « Mais on peut commencer et continuer après, puisque vous êtes encore là ! ». C'est donc par intermittences que j'ai conduit mes entretiens auprès du pédiatre du CHR de Tahoua, en cette période de fin d'année 2013, période propice aux infections respiratoires aiguës chez les enfants.

Nous nous sommes isolés dans le bureau du pédiatre pour les besoins de l'entretien. J'ai appris que la charge de travail journalière correspond, en ce mois de décembre « est supportable ! ». Aux périodes de pics « entre août et novembre, le service de pédiatrie enregistre au moins 40 admissions par jour ». Face à une telle charge de travail, enchaîne le pédiatre, « on a parfois à faire le choix entre admissions et soins, entre laisser mourir les enfants et remplir les dossiers ». A mesure que l'entretien se poursuit, le pédiatre dévoile son option et, certainement celle qu'il laisse faire par l'équipe qui l'entoure : « Quand il y a beaucoup d'admissions, on est obligé de fermer les yeux sur le remplissage des fiches et faire les soins aux enfants ! »

Ce propos du médecin-chef du service de pédiatrie ne rejette pas en bloc la nécessité de remplir les dossiers des enfants malades ; mais il considère que cet acte est subordonné à l'état dans lequel les enfants sont admis à la pédiatrie. Lui et son équipe opèrent des choix raisonnés mettant en avant la santé de l'enfant ; les indicateurs venant au second rang des priorités. Ils font tout pour « ne pas perdre de temps ». Submergés par les admissions, il devient difficile de procéder à un remplissage de fiches *a posteriori* :



« Même après les soins, il est quasiment impossible de chercher à rattraper le remplissage des dossiers... »

Un entretien plus approfondi avec le pédiatre a insisté sur l'intérêt des dossiers médicaux, les actes posés et transcrits par les personnels de santé. Sur l'intérêt de bien remplir les dossiers des enfants malades, les propos du pédiatre sont clairs :

« Les dossiers sont importants pour trois raisons. D'un point de vue médico-légal. A supposer qu'un enfant décède maintenant on va prendre le dossier et voir, on va expertiser le dossier. Ça permet aussi de jeter un regard rétrospectif et, enfin, grâce aux dossiers on peut faire des rapports d'activités »

Il y a, chez les agents de santé, une conscience claire que les dossiers des malades sont importants. Le pédiatre évoque trois dimensions de l'importance des dossiers médicaux dans une formation sanitaire : la dimension juridique-légale, la dimension de l'analyse diachronique et la dimension administrative. Si le pédiatre s'appuie sur ses connaissances théoriques relatives à l'importance des dossiers médicaux, il faut souligner, que dans la pratique, c'est assurément la dimension administrative qui domine le comportement des agents de santé quant au remplissage des dossiers médicaux.

Au-delà du non-remplissage de certains items, le pédiatre lève un coin de voile sur la production de la culture professionnelle chez les agents de santé :

« ...En temps normal, on doit renseigner la rubrique "antécédents". Mais du fait de l'importance des malades surtout en août-septembre, on a pris l'habitude de ne pas remplir correctement les dossiers », (*Ibid.*)

Les personnels de santé dissocient parfaitement la norme et la pratique, ce qui devrait se faire et ce qui concrètement s'opère sur le terrain. Au-delà du registre de la justification, c'est la réalité de la pratique professionnelle qui se dévoile à travers le remplissage des dossiers :

« Moi je suis pragmatique, je vais à l'essentiel ! Les conditions de travail obligent à aller à l'essentiel ; il ne faut pas perdre du temps parce que ce sont des enfants ! »

La charge de travail consécutive au pic de la période août-octobre démultiplie les actes à poser et la complexité de certains gestes chez les enfants :

« Les actes comptent...un enfant peut te "bousier" 5 à 1à cathéters. Au même moment, en face, d'autres enfants son en train de convulser...On a appris à se focaliser sur les choses essentielles qui font que l'enfant ne meurt pas ! »

On retrouve implicitement, dans les propos du pédiatre, l'incontournable question de l'inadéquation entre les ressources humaines disponibles et la charge de travail des personnels de santé :

« Les trois derniers mois, même les températures on ne prenait pas ! Mais on arrivait à gérer ! L'essentiel est que les malades ne décèdent pas ! », (Dr S., pédiatre).

Cette inadéquation affecte le remplissage des dossiers des malades, surtout pendant les périodes de pic. Au moment de mes enquêtes, le service de pédiatrie était renforcé par 2 médecins en position de stage, portant à 3 le nombre total de pédiatres. Le départ des 2 médecins stagiaires est appréhendé comme un problème dans la mesure où on observera un sous-effectif des agents.

De fait, au service de pédiatrie, le personnel étatique est renforcé par des agents recrutés et payés par *Concern*, une organisation non gouvernementale humanitaire : 12 infirmières, 7 assistantes nutritionnistes, 6 hygiénistes et 1 médecin généraliste. Ces agents se déploient au niveau du CRENI, aux côtés des agents permanents.

Les appuis de Concern ne se limitent pas aux personnels. Ils sont élargis aux intrants et au matériel de travail. En cas de rupture, cette ONG appuie le CRENI en dossiers individuels, notamment les fiches thérapeutiques cartonnées pour les enfants malnutris.

### ***La revue des normes, un système de contrôle de la qualité des dossiers dans un contexte général de micro-réformes***

Au CHR de Tahoua, il s'est institué une revue mensuelle des normes. Cet exercice consiste à évaluer la qualité de remplissage des dossiers. Les responsables du CHR ont retenu le service de pédiatrie comme site d'évaluation des normes. De l'avis du directeur de l'hôpital régional, « à la pédiatrie, les dossiers sont relativement bien tenus et bien gérés ». C'est ce constat qui m'a poussé à retenir la *revue des normes* comme piste d'observation dans le cadre de mes enquêtes. La revue des normes consiste, chaque mois, à retenir arbitrairement dans le lot des dossiers un nombre limité de ceux-ci et de procéder à leur évaluation. Fait par les

agents de santé eux-mêmes, cet exercice d'auto-évaluation permet aux agents de déceler leurs propres erreurs dans le remplissage des dossiers. Ce sont les majors qui font la revue des normes. Un pédiatre explique le mode opératoire de la revue des normes :

« A la fin de chaque mois, il y a des indicateurs qu'on suit : paludisme, pneumonie, déshydratation, etc. On regarde pneumonie et on tire au sort 5 dossiers et on essaie de voir si les pratiques sont conformes aux normes de remplissage (diagnostic, traitement, sortie, etc.). L'idéal est d'avoir au moins 80% des dossiers bien remplis » (Dr. S, pédiatre, CHR de Tahoua)

La revue des normes peut être analysée comme une forme d'incitation au respect de la qualité de remplissage des dossiers des enfants. Elle s'inscrit dans un processus de *micro-réformes* initiées et réappropriées par quelques agents de santé *réformateurs*, à l'image de Dr S.C. pour qui :

« La surcharge de travail ne doit pas expliquer la négligence des dossiers. Je préfère peu mieux que de beaucoup mais mal ! »,

La surcharge de travail est perçue par ce médecin comme un alibi pour expliquer la négligence de certains agents de santé dans la qualité de remplissage des dossiers de malades. Elle n'est pas une explication suffisante. Les réformateurs du CHR inscrivent les micro-réformes dans une vision globale de l'administration hospitalière du CHR de Tahoua:

« L'administration raisonne aujourd'hui en termes de données. A l'origine, les responsables de l'hôpital n'ont pas jugé utile d'avoir des dossiers pour malades ici à l'urgence. Mais nous avons jugé utile que le malade laisse des traces lorsqu'il arrive ici ! »

A côté de la revue des normes mensuelle, certains services ont initié des cadres d'échange qui visent à permettre l'appropriation des normes par les personnels de santé. Chaque mercredi, se tiennent des réunions de l'équipe d'assurance qualité.

Au cœur des micro-réformes, on note également les tentatives d'alléger les supports, c'est-à-dire les libellés des supports qui sont une véritable contrainte lorsqu'il y a beaucoup de malades et peu de personnel.

## ***Le remplissage des dossiers***

Le remplissage et la gestion des dossiers médicaux restent encore une activité essentiellement manuelle. L'usage du matériel informatique qui fait une entrée timide se limite au travail de compilation et de transmission des rapports périodiques par les structures sanitaires. Tout se fait à la main, écrit au stylo et, parfois au crayon.

Le remplissage des supports médicaux est un travail d'équipe. Il n'y a pas d'agents de santé spécialiste du remplissage. Dans le milieu médical, il n'est pas surprenant d'entendre les agents dire eux-mêmes que « tout le monde peut remplir les dossiers médicaux ». Travaillent sur le carnet de santé de la mère et de l'enfant dans le cadre d'un mémoire de Master, S. A. fait remarquer que chez les agents de santé :

« Il n'y a pas une personne fixe pour remplir les dossiers médicaux, les activités sont exécutées de manière collective...tous les agents peuvent remplir »  
(Sani Ahmet CSI de Konni)

De fait, il serait illusoire de séparer le travail technique du personnel de santé (la prise en charge des patients) de son travail bureaucratique (remplir les dossiers médicaux).

### ***Apprendre à remplir les dossiers***

#### *Des techniques enseignées*

On note, depuis 2008, la mise en place d'un nouveau partogramme plus complexe et plus détaillé qui doit permettre une meilleure prise en charge de l'accouchement. Le remplissage de ce document présente des contraintes qui compromettent le respect des normes relatives à la prise des constantes :

« Normalement avec le nouveau partogramme, il faut une sage-femme pour une patiente pour permettre un meilleur suivi des patientes »

Il y a, dans le partogramme, des items qui sont réservés à la sage-femme uniquement. C'est le cas de la section "Observations".

Le partogramme fait partie des rares documents dont les techniques de remplissage sont apprises au cours de la formation. Cette formation apparaît sous

la forme d'exercices évalués en 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> années. Le passage en année supérieure est conditionné par la maîtrise du partogramme.

### *Une formation sur le tas*

Pour les autres supports, l'apprentissage se fait lors des stages. Il s'inscrit dans un processus de socialisation professionnel qui se fait aux côtés des anciens :

« Les stagiaires doivent rester auprès des titulaires pour apprendre comment on remplit les supports, sauf s'ils ne veulent pas apprendre ou ils ne sont pas motivés » (nutritionniste CSI-Boukoki)

Pour se faire la main, l'infirmière-stagiaire doit elle-même prendre des initiatives en demandant aux sages-femmes de remplir les partogrammes. Cette initiation se fait sous la supervision des sages-femmes.

« On observe ceux qui remplissent. C'est à nous de demander à remplir, sinon les sages-femmes ne nous font jamais la proposition... Quand on remplit, la sage-femme supervise. On lui dit : « Je vais écrire telle chose » et elle dit « oui », et on remplit. On ne veut pas de ratures sur le partogramme »

La socialisation auprès d'un aîné ne suffit pas ; l'apprentissage exige un engagement personnel des agents de santé nouvellement intégrés dans le corps. Il reste entendu que certains items sont difficiles à comprendre pour un nouvel agent qui tente de travailler seul :

« il y a aussi l'auto-formation. Mais surtout la « catégorisation » qu'on doit expliquer parce que ce sont des lettres A,B,C,D...H, en consultation nourrisson. Mais en général, c'est vraiment facile de remplir pour quelqu'un qui s'y met » (chef CSI-Gaweye)

« On doit expliquer ! » : ce terme évoque la nécessité et la place des guides qui sont censés accompagner les outils de collecte des données, à savoir les dossiers. La mise en place d'un nouvel outil est censée s'accompagner d'un guide qui donne des précisions sur le remplissage. Dans bien des cas, les supports sont vulgarisés sans guide et les agents de santé remplissent les supports selon les indications données par leurs supérieurs, ces derniers construisant leurs savoirs sur la base de ce qu'ils auraient compris des ateliers de validation ou de formation auxquels ils auront participé. Cet aspect théorique est insuffisant ; il devrait être

complété par des ateliers de formation ou, à défaut, des séances de supervision. Les agents sont la source d'informations sanitaires, ils en sont également la source d'erreurs.

Les formations périodiques sont très importantes pour aider à une mise à niveau des agents de santé, en matière de remplissage des dossiers. Les formations ponctuelles par le district sont tributaires de la disponibilité des financements. C'est pourquoi, de façon générale, les formations sont rares.

### ***Les contraintes liées au remplissage des dossiers médicaux***

#### *Le manque de formation*

Le déficit de formation agents est cité en premier pour expliquer les contraintes liées au remplissage des dossiers médicaux. A Konni, cette corrélation est clairement établie par nos interlocuteurs pour qui : « certaines agents (infirmières) ont des difficultés à remplir les dossiers, notamment celles qui n'ont pas été formées à cet acte ». Les agents qui collectent les données primaires sont les infirmières et les assistantes sociales. Il faut préciser que depuis quelques années, on assiste à une production en masse des agents de santé de base, issus des écoles de santé privées. Dans le milieu de la santé, les compétences de ces infirmiers font l'objet de critiques.

#### *La négligence et la paresse*

« Les infirmières négligent la partie consacrée aux antécédents des malades »

On évoque, au niveau des structures sanitaires de référence, la "négligence" des agents de santé qui réfèrent.

La négligence des agents de santé par rapport au remplissage de la fiche de référence est déterminée par l'absence de la rétro-information des formations sanitaires de référence :

« Ce n'est pas utile de signer sur la fiche de référence car il n'y a pas de contre-référence. On ne cherche pas à savoir qui a fait le travail, donc ce n'est pas la peine », (Mme I.S.O., CSI Abalak)

Cet extrait d'entretien replace la négligence dans une dimension plus large qui touche à l'organisation même du travail au sein du système de santé. Alors que l'idée généralement admise tend à incriminer les agents périphériques, on remarque que leur comportement dépend de la réactivité de leurs supérieurs dans la pyramide sanitaire. La négligence n'est pas associée uniquement à une catégorie d'agents de santé, elle est systémique. Si les agents de santé des structures périphériques sont négligents, c'est aussi à cause de la négligence des personnels de santé dans les structures intermédiaires qui ne renvoient pas les fiches de contre-référence. Ce constat intéressant pour notre analyse soulève la question générale du fonctionnement du dispositif de supervision et/ou de contrôle.

#### *Les réflexes des situations d'urgence et l'installation de la routine*

Du fait des situations d'urgence, les infirmières ne sont pas contraintes par leurs supérieurs à remplir les items sur les fiches, ces derniers suggérant d'aller à l'essentiel. Implicitement, les supérieurs, eux-mêmes restent moins regardants sur la qualité du remplissage de certaines rubriques. La « négligence » n'est pas un donné, elle s'explique historiquement (avec la prise en charge des urgences) et bureaucratiquement. Elle a émergé dans les pratiques des infirmières suite aux charges de travail auxquelles les services de pédiatrie ont eu à faire face. Les agents de santé, tous grades compris, sont unanimes pour reconnaître que pendant les périodes de fortes admissions de malades, « personne n'accordait de l'importance à certaines rubriques ». Avec le temps, les habitudes se sont installées et les infirmières ont continué à négliger certaines rubriques sur la fiche pédiatrique :

« Entre août et novembre, nous avons parfois jusqu'à 40 admissions par jour...Il faut faire un choix entre soins et admissions. Faut-il passer le temps à remplir les dossiers et laisser mourir les malades ? Quand il y a beaucoup d'admissions, on est obligé de fermer les yeux pour faire les soins plutôt que de perdre du temps à remplir les dossiers » (pédiatre, HR Tahoua)

*L'incompressibilité du temps, « faire vite-vite »*

Dans les formations sanitaires, le temps est l'une des principales contraintes. Le temps de prise en charge des patients est une quête permanente au sein des formations sanitaires. Aux heures de fortes affluences, les infirmières sont le plus souvent débordées par les activités à accomplir : mettre en place le dispositif médical, installer les patients et leurs accompagnants, traiter les cas urgents, participer aux visites des malades, etc. Face à de telles contraintes, le temps devient une ressource rare. L'étendue des tâches à accomplir impose aux agents de santé de faire des choix. Ne pouvant pas compresser une partie de leur temps, ils choisissent de fermer les yeux sur certaines rubriques :

« Pour remplir une fiche, il faut parfois passer 5 mn par malade ! »,  
(infirmière au service de pédiatrie, HR-Tahoua)

« Je fais parfois 40 mn pour remplir une seule fiche CPN. Toutes les informations sont importantes afin de réduire le taux de mortalité maternelle et infantile. Il faut faire vite-vite sinon on peut aller jusqu'à 16h sans finir » (sage-femme au CSI de Boukoki)

*La charge de travail*

La charge de travail est une réalité observable dans les formations sanitaires, notamment pendant les périodes de Pic :

« Mais il faut aussi signaler que le mauvais remplissage est dû à la fatigue dû à la surcharge de travail. L'année passée, par la force des choses, nous sommes retrouvés 3 à gérer le CSI- le major, un infirmier et moi-même. Et on peut se retrouver avec 200 malades par jour. Mais dans ces conditions comment ne pas faire des erreurs ou sauter des cases dans le remplissage des fiches » (Mme I.S.O., CSI d'Abalak)

Il est classique d'entendre un chef de structure sanitaire dire :

« Les gens essaient de faire de leur mieux ! Mais il y a toujours certaines parties qu'on ne remplit pas ou qu'on remplit à moitié. Quand on a beaucoup de malades, ce n'est pas facile : le même agent doit remplir beaucoup de documents (au moins 4) » (chef CSI de Gaweye)

On peut admettre l'argument de la charge de travail, mais seulement partiellement. La charge de travail ne s'observe pas durant toute l'année. On peut distinguer les périodes de pic et les périodes de faible fréquentation des formations sanitaires par la population. Comme le souligne le chef CSI du CSI Gaweye, « c'est aux 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestres que l'on observe les une augmentation des taux de



*fréquentation de sa formation sanitaire* ». Ces périodes peuvent correspondre à un accroissement de la charge de travail pour les agents du CSI.

Partageant son expérience au CSI de Gaweye qu'elle dirige, Z.O. fait remarquer que les insuffisances dans le remplissage des dossiers médicaux se situent principalement à deux niveaux :

« Généralement, les visites retour et les posologies ne sont pas remplies. On écrit juste le nom du produit et non la posologie ! En "observation", les gens ne marquent pas. Normalement, les patients guéris devraient revenir, mais dans la pratique ils ne reviennent pas dès qu'ils sont guéris ! » (Z.O., chef CSI Gaweye).

On observe, avec le chef-CSI de Gaweye une négligence de certains items dont le remplissage est prévu dans les dossiers médicaux. Les détails d'information jusqu'à la posologie des médicaments est sont prévus dans les dossiers médicaux, mais ne font pas l'objet de remplissage systématiques par les agents de santé.

Le remplissage du partogramme n'obéit pas toujours aux normes. Selon S.A. « il est parfois rempli après l'accouchement », on parle d'ailleurs de « *postogramme* ». Pourtant, selon les principes de la prise en charge de l'accouchement, « il faut prendre les constantes chaque heure, lorsque la femme est en travail ». Au CSI, les parturientes ne disposent pas de partogramme individuel, un partogramme peut comporter plus de 300 accouchements (S.A)

Selon les normes :

- Toutes les 2h, faire le toucher vaginal ;
- Toutes les 30 mn, prendre le pouls/ la contraction et le bruit du cœur fœtal (BCF)
- Toutes les 4h, prendre la tension artérielle

Toutes ces constantes doivent être consignées dans le partogramme censé être rempli par la sage-femme. Mais dans la pratique, ce sont les stagiaires qui se chargent du remplissage des partogrammes. Le respect de ces normes de remplissage du partogramme n'est possible qu'à la condition que chaque parturiente ait son partogramme individuel (dossier individuel) et que chaque parturiente soit suivie par une seule sage-femme (effectif du personnel).

### *L'absence de retro-information*

L'absence de retro-information est fréquemment citée pour expliquer le mauvais remplissage des dossiers médicaux. En principe il devrait avoir la retro-information. Quand on reçoit un rapport, même s'il est bon, on devrait renvoyer l'information. Mais dans la pratique, on ne le fait pas. Il y a une faible communication entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire, autour des supports.

« Quand on reçoit ici, on fait le feed-back à la région qui, à son tour, doit répercuter au niveau des HD et ainsi de suite. Cela prend du temps, ça joue sur l'utilisation des données, sur le temps d'utilisation des données » (Responsable au SNIS)

Par manque de retro-information, les agents de santé ne sentent pas la contrainte de bien remplir les supports. Le cas le plus parlant est celui des références (voir plus loin). Découragés par le manque de contre-références, certains agents de santé ne prennent pas soin de bien remplir les fiches de référence, ou se contentent de remettre aux malades des bouts de papiers en guise de fiches de référence. Le recours aux bouts de papier apparaît comme une stratégie visant à cacher des incompétences :

« Ce sont les maternités périphériques qui nous envoient des bouts de papier et non des fiches en bonne et due forme. A Niamey, c'est difficile d'avoir des ruptures de fiches de référence. Pour masquer leurs incompétences, certaines sages-femmes préfèrent utiliser des bouts de papier » (sage-femme HR Poudrière)

L'utilisation des *bouts de papier* ne s'explique pas par une rupture de supports. Il faut y voir le souci pour les agents de santé des structures périphériques de ne pas dévoiler leurs incompétences techniques. En effet, sur une fiche de référence dûment remplie, transparaissent les traces de la compétence technique des agents de santé, leur maîtrise des items et leurs capacités à poser un diagnostic convaincant. Les bouts de papier apparaissent comme un "bouclier" qui protège les agents des critiques de la part de leur hiérarchie dans la pyramide sanitaire.

### *Les ruptures de supports*

Les ruptures de dossiers conduisent au recours à des solutions, adaptatives et substitutives. C'est le cas au niveau du pavillon d'hospitalisation du CSI de Konni où les infirmiers utilisent la fiche pédiatrique pour des malades adultes. Ils barrent le mot pédiatrique qu'ils remplacent par "adulte". Cette solution fonctionne en raison de la rupture des fiches d'hospitalisation.

Nous avons observé les mêmes stratégies adaptatives au niveau du service d'hospitalisation du CHR de Tahoua. Ce service qui tente de gérer les cas reçus en urgence a initié des *fiches d'observation* :

« C'est la fiche d'hospitalisation ! On barre le mot "hospitalisation" et on met "observation" » (Dr S.C., CHR-Tahoua)

Les personnels de santé modifient l'en-tête des fiches pour les adapter aux besoins de soins ; ils ne modifient pas les items des fiches. La fiche modifiée répond partiellement aux attentes des agents de santé dans la mesure où certaines informations ne pourront pas être collectées. Les fiches modifiées demeurent incomplètes, et l'on comprend aisément les nombreuses annotations visibles sur ces supports.

De fait, à côté des adaptations occasionnées par les ruptures de supports, il y a le fait que certains supports n'ont pas suivi la création de services de soins.

### *La qualité de remplissage des dossiers et la supervision*

Au service pédiatrique du CHR de Tahoua, pour apprécier la qualité de remplissage des fiches, nous avons passé en revue, en compagnie d'une majeure, les différentes rubriques de la fiche pédiatrique. Comme l'ont fait Koné et Chauveau sur les « petits reçus » en Côte d'Ivoire (1998), ma démarche a consisté à faire une analyse physique de la fiche pédiatrique en insistant sur les aspects les plus constamment valorisés et les aspects constamment négligés par les agents de

santé. Koné et Chauveau ont analysé le contenu des papiers en mettant l'accent sur les types d'informations inscrites, les éléments de validation des papiers, les autorités et procédures de validation (pp.48-50). Dans le cadre de nos enquêtes au CHR de Tahoua, nous avons soumis chacune des rubriques à une analyse critique des techniques de remplissage par les infirmières :

### *La fiche pédiatrique*

Présentation des fiches pédiatriques : au niveau de l'en-tête, il est écrit (DRSP de...) la région n'a pas été précisée. Le pavillon : pas précisé, c'est aux agents d'inscrire "CRENI". Cette précision est le plus souvent négligée. Il en est de même pour la salle, le lit (les lits des malades n'étant pas numérotés), le numéro de la fiche n'est pas marqué.

Constante poids/taille : la fiche de tri ne comporte pas suffisamment d'espace pour inscrire le poids et la taille. De plus, sur la fiche figurent des indicateurs qui ne sont plus remplis par les agents de santé. C'est le cas de "Amaigrissement visible et sévère".

Le numéro d'enregistrement : aucun espace n'a été prévu pour inscrire le numéro d'enregistrement de la fiche. Les numéros sont écrits à la main par les infirmières. Au CRENI, le numéro attribué à l'enfant au niveau de l'aiguillage ne coïncide pas avec celui du service sanitaire spécial. Il faut préciser que l'aiguillage étant la porte d'entrée de tout malade, il est difficile d'y attribuer un numéro à un patient qui soit le même lorsqu'il s'oriente vers un service spécialisé.

Les aspects les plus respectés dans le remplissage de la fiche pédiatrique :

L'identité : les agents de santé ont été rappelés à l'ordre pour remplir ce volet. De même, l'heure d'arrivée, la référence, les résultats du tri. Ces indicateurs sont faciles à remplir parce qu'il s'agit juste de cocher les cases ou à inscrire "oui" ou "non".

### *La fiche de température*

Une fiche de température accompagne les dossiers des enfants malades. Au CRENI, la température est marquée directement sur la fiche cartonnée. Deux prises sont faites (matin et soir), alors que selon la norme 4 prises par jour sont exigées. Sur la fiche de température, seules deux prises sont prévues. En cas de surveillance, les agents de santé sont tenus de respecter les 4 prises de températures. La fiche de température n'ayant pas prévu les 4 prises, les agents de santé surchargent parfois les écritures, rendant quasi-illisibles les inscriptions faites dans les cases (voir photo ci-dessous).



Source : nos enquêtes

Le volume des pièces d'un dossier explique en partie la contrainte que ressentent les agents de santé dans le remplissage des dossiers.

« En pédiatrie, il y a beaucoup de supports à remplir. On a au moins 10 pièces à remplir » (majore, pédiatrie B du CHR de Tahoua)

### ***Le système de référence et de contre-référence des malades***

L'importance de la référence est reconnue par l'ensemble du personnel de santé. Elle permet une meilleure prise en charge des malades et assure la continuité des soins. Dans la pyramide sanitaire, elle témoigne des limites du plateau technique à assurer les soins par la formation qui réfère.

#### ***Le discours sur la référence et contre-référence***

L'analyse du système de référence et de contre-référence s'appuie sur des discours situés à des niveaux différents de la pyramide sanitaire. On a, d'un côté, le discours des agents de santé qui réfèrent et celui de ceux qui reçoivent les malades référés.

On retrouve, au niveau des formations qui réfèrent un discours partagé qui incrimine les structures de référence d'un manque de réactivité. La principale

critique proférée à l'encontre des personnels de référence, c'est qu'ils n'envoient pas de contre-références. Ceux qui réfèrent les patients n'évoquent jamais le format de la fiche de référence, encore moins la manière dont celle-ci est remplie et envoyée aux structures de référence. Par contre, leurs discours expriment une attente vis-à-vis des structures de référence, attentes qu'elles jugent insatisfaites. D'autres responsables de formations sanitaires périphériques restent enfermés dans des normes en matière de référence :

« Normalement, on doit référer 5% des consultations. Moins de 5%, ça veut dire qu'il y a des malades que nous laissons mourir ; mais au-delà de 5%, on estime qu'on réfère beaucoup » (chef CSI de Gaweye).

Il y a parfois, dans les formations sanitaires des références systématiques pour rester conforme à cette norme en matière de référence.

Les personnels de santé des formations qui reçoivent les référés ne manquent pas de critiques à l'endroit de leurs collègues qui réfèrent. L'exemple le plus illustratif vient de la maternité poudrière de Niamey, une maternité de référence au niveau de l'hôpital régional de Niamey. L'entretien avec la sage-femme responsable de la salle d'accouchement nous apprend que la maternité « reçoit en moyenne 300 cas de référés par trimestre », y compris des femmes référées de la maternité de référence Issaka Gazobi (MIG).

La responsable de la salle d'accouchement ne manque pas de fustiger le caractère fantaisiste des références en provenance des formations sanitaires périphériques :

« Sur les  $\frac{3}{4}$  des femmes référées, elles finissent par des accouchements. Alors que celles qui réfèrent des formations périphériques disent qu'elles réfèrent vers des gynécologues [i.e. pour prendre en charge les complications] (Mme. A.)

A l'hôpital de district de Konni, les principaux motifs de référence invoqués sont le paludisme, l'anémie, les IC, HTA, le diabète, les pneumonies. A ces références, il faut ajouter les patients qui s'auto-réferent, c'est-à-dire qui viennent d'eux-mêmes de la ville de Konni ou même du Nigéria voisin. Le médecin chef du HD de Konni distingue la « référence chaude » de la « référence froide ». Quand elle est « chaude », la référence exige une prise en charge immédiate de l'utilisateur référé. Il n'y a pas de temps à perdre et le plus souvent il s'agit de cas critiques. La référence est dite « froide » lorsque son absence ne met

pas en danger la vie du malade. Un agent du pavillon d'hospitalisation au HD de Konni parle de « référence par complaisance ».

### ***La réalité de la référence à Konni***

A Konni, il y a un réseau de CSI qui réfère à l'hôpital de district, mais la grande majorité de la population est à Konni-ville. Cela veut dire qu'il y a beaucoup de *directs*. Au cours des références, « il y a beaucoup d'items qui ne sont pas renseignés tels que le motif de référence, l'évolution de la maladie, parfois même le nom, etc. », fait remarquer le médecin-chef de district.

En principe, on devrait avoir un registre de référence au niveau du HD. Mais cela n'existe pas. C'est pareil pour la contre-référence. Au cours de l'entretien avec le médecin-chef de l'hôpital de district de Konni, ce dernier évoque constamment son expérience de Mayahi, où il a servi en tant que médecin-chef :

« Par exemple, à Mayahi d'où je viens, on a responsabilisé quelqu'un pour s'occuper uniquement des références » (Médecin-chef du HD de Konni).

L'absence de contre-référence est souvent imputée à l'organisation du travail dans les formations sanitaires. Lorsque le personnel est insuffisant, la contre-référence cesse d'être une priorité pour les agents de santé. Face à ces contraintes, des mécanismes innovants sont inventés pour remplir les contre-références. Parmi ces mécanismes, la délégation des responsabilités figure en bonne place : « Théoriquement, c'est le médecin qui devrait faire la contre référence. Or il y a parfois un seul médecin pour beaucoup de contre-références. Evidemment il est débordé et il ne peut pas ! Il faut nécessairement faire preuve d'imagination. A Mayahi, pour décharger un peu le médecin, on a demandé aux majors de remplir certaines mentions comme l'identité du malade, l'heure d'arrivée et de sortie, etc. c'est-à-dire l'identité du malade » (Médecin-chef du HD de Konni).

### ***La face cachée de la référence***

L'idéal voudrait que quand un malade vient en référence, ce soit un médecin qui le voit en premier ; mais dans la pratique, le malade est vu par un infirmier, qui le suit souvent même jusqu'à sa sortie.

*La référence, c'est avant tout les moyens logistiques*

Les problèmes liés à la référence dévoilent le dysfonctionnement du système d'évacuation des malades. Une bonne évacuation exige des moyens logistiques qui font défaut à l'hôpital de district de Konni qui ne dispose même pas d'ambulance. L'entretien avec le premier responsable du HD s'est progressivement transformé en doléances. Le médecin-chef estime que pour une référence de qualité, il faut au moins deux ambulances.

Pour Konni, la situation géographique de la ville, par rapport à la région, est ressentie comme une grosse contrainte dans l'évacuation des malades. La pyramide sanitaire ne correspond pas au circuit que suivent les références de Konni. Par exemple, de Konni on ne devrait pas référer directement sur Niamey sans préalablement passer par l'hôpital régional de Tahoua, centre de référence de l'hôpital de district. Mais passer par Tahoua fait perdre du temps :

« Je pense que la référence ne doit pas être rigide, il faut de la souplesse, en tenant compte d'un certain nombre de paramètres (la distance, la gravité de la maladie, etc) » (Médecin-chef de l'hôpital de district de Konni)

*Les informations contenues dans la fiche de référence*

La fiche de référence doit normalement renseigner sur le motif de référence, sur les conditions de la référence (médicalisée/non médicalisée, heure de départ et heure d'arrivée au niveau de la formation de référence, etc.)

Dans le cadre de la référence, « on a l'obligation de remplir tout ce qu'on a fait. On redresse le diagnostic initial...une référence peut susciter une supervision si l'on constate que l'infirmier commet beaucoup d'erreurs ». Ainsi, le remplissage de la fiche de référence a une portée qui dépasse l'évacuation des malades. Il peut servir de motif pour enclencher une supervision au sein des formations sanitaires.

Le tableau de la référence est complété par les constats que fait la responsable de la salle d'accouchement de la maternité Poudrière:

- des fiches de référence sans aucune indication sur la provenance de la référence. Cette pratique n'est pas neutre, elle participe de la stratégie pour les sages-femmes qui réfèrent d'échapper aux éventuelles critiques. Mais un vide sur l'origine de la référence rend impossible l'envoi d'une contre-référence.



- certaines fiches de référence ne contiennent pas les dates (d'admission et de départ de la structure sanitaire qui réfère), encore moins les renseignements cliniques. Il est fréquent de voir des femmes référées sans accompagnant :

« Elles viennent parfois seules dans une ambulance, voire dans un taxi ! »

### *La contre-référence*

« Le fait qu'il n'y a pas de contre-référence les agents de santé ne se sentent très obligés de mettre la rigueur dans le remplissage des fiches » (Dr. Wahab, Niamey)

La contre-référence constitue le parent pauvre du système d'évacuation au Niger. Située à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, l'absence de contre-référence contribue à générer des pratiques peu favorables à l'échange des connaissances entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Dans certaines situations, l'absence de contre-référence découle de la nature même de la fiche de référence qui accompagne le malade :

« La nature de la fiche de référence ne permet pas de faire une contre-référence (bout de papier). Les bouts de papier qui servent de fiches de référence sont conservés ici et on ne peut pas les renvoyer... On ne peut que les détruire » (Sage-femme à la maternité Poudrière)

Les bouts de papier qui ont servi de fiches de référence ne sont pas exploitables. Ils dorment quelques temps dans les bureaux de la responsable de la salle d'accouchement de la maternité Poudrière avant d'être détruits par la suite. La destruction de ces bouts de papier équivaut à la disparition de traces de la prise en charge des patientes qui circulent entre structures sanitaires.

« Le manque de contre-référence n'est pas seulement lié au fait que les agents sont négligents. Mais il n'existe pas de service spécialement chargé de la transmission des fiches de contre-référence au niveau des différentes formations sanitaires qui ont référé. D'ailleurs, ni la DRSP ni la maternité ne veulent prendre en charge cette mission qui exige des moyens » (*Ibid.*).

## *Les perceptions autour de la contre-référence*

### *Le caractère pédagogique de la contre-référence*

« La contre-référence est importante...on peut par exemple envoyer [référer] une patiente pour une anémie, maintenant une fois là-bas on verra que c'est autre chose, donc ça nous permet de nous corriger » (sage-femme à Sabon Gari Konni)

### *Stigmatisations entre personnels*

L'analyse du système de référence et contre-référence fait apparaître des stigmatisations entre les personnels de santé de l'intérieur du pays (des structures périphériques) et ceux exerçant dans les gros centres urbains. C'est le cas de certains agents de santé de Niamey qui ne cachent pas un complexe de supériorité vis-à-vis de leurs homologues des formations sanitaires périphériques :

« Assez souvent, à Niamey tout ce qui est mentionné dans la fiche de référence n'est pas toujours pris en compte. On reprend tous les traitements et examens. Cela crée une perte de temps. Je pense que c'est le manque de confiance. Mais c'est aussi une mesure de prudence. Il y a toujours l'autonomie du médecin qui n'est pas lié par le contenu de la fiche de référence...Il se dit que les gens de l'intérieur ont perdu la main » (Dr. Wahab, Niamey)

Dans les formations sanitaires de référence, on observe parfois le développement de préjugés vis-à-vis des agents des formations périphériques. Ces préjugés seraient préjudiciables à une bonne prise en charge des patients référés :

« Souvent, les agents de santé qui reçoivent les malades référés n'ont pas le temps de bien lire les fiches de référence avant de porter des jugements sur leurs collègues qui ont référé » (Chef CSI d'Abalak)

Les personnels de santé dans les structures sanitaires de référence expriment leur lassitude face au volume de référence qu'elles reçoivent :

« On est vraiment fatigué avec leurs références. Parce qu'elles évacuent des femmes qu'elles peuvent prendre en charge. Elles envoient des fois des futilités...parfois elles réfèrent pour « gros fœtus » alors que une fois à la maternité, on reprend la hauteur utérine, nous remarquons qu'il n'y a rien et les femmes finissent par accoucher normalement » (sage-femme à la maternité poudrière)

Les extraits d'entretien traduisent, autour de la référence, l'éclatement de l'esprit de corps, les personnels de santé dans les formations sanitaires de référence prenant leur distance vis-à-vis de leurs collègues des formations sanitaires qui réfèrent.

*Les bouts de papiers dans le système de référence, contournement de la bureaucratie sanitaire*

L'utilisation des *bouts de papiers* semble faire partie du mode structurel de fonctionnement des formations sanitaires. On les retrouve dans un article au contenu intéressant sur un terrain français. Les auteurs y font allusion à l'utilisation de « feuilles volantes » (Béliard et Biland, 2008 :109<sup>6</sup>).

Les contraintes bureaucratiques des administrations africaines ont fait l'objet de nombreuses analyses critiques. Face à ces contraintes, les fonctionnaires ne restent pas passifs et développent de nouvelles pratiques (Hamani 2014 ; Olivier de Sardan, 2008). Les bouts de papiers observables dans les centres de santé sont une réponse locale aux conditions de travail des agents de santé. S'il est évident que leur usage permet la communication entre agents, il faut reconnaître que ces bouts de papiers contribuent à accroître « l'empilement » des dossiers médicaux, caractérisé par la présence à la fois des anciens et nouveaux dossiers. Les bouts de papier contiennent des informations non exploitables car elles n'entrent pas dans les registres officiels des formations sanitaires.

Dans une perspective organisationnelle, les bouts de papier peuvent être analysés comme une forme passive de résistance aux normes et conventions en vigueur en matière de production d'informations sanitaires. Alors qu'à travers les supports et fiches "standard" les autorités sanitaires essaient d'uniformiser les pratiques des agents de santé autour de grilles de remplissage et, par extension de les rendre plus contrôlables, le recours aux bouts de papier apparaît comme un contournement de ce système de contrôle tacite.

La présence des bouts de papiers n'est pas spécifique au secteur de la santé. Un article au contenu fort intéressant sur le plan empirique issu d'un terrain mené dans l'Ouest ivoirien insiste sur la place qu'occupent les « *petits*

---

<sup>6</sup> Genèses, 2008/1, n°70

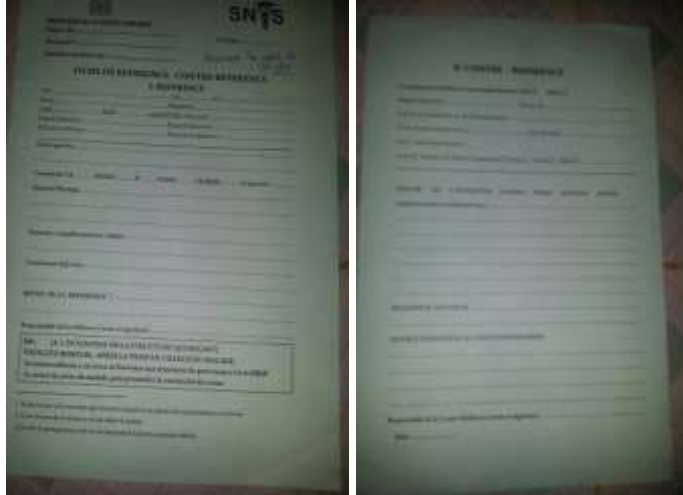
*reçus* » et « *les papiers* » dans les transactions foncières (Koné et Chauveau, 1998). Alors que le recours aux petits reçus et aux papiers vise la sécurisation des acteurs dans les transactions foncières, dans le domaine de la santé l'usage des bouts de papier par les agents de santé est une source d'insécurité pour les usagers et de manque de traçabilité pour les formations sanitaires. Les « petits papiers » semblent protéger le détenteur contre d'éventuels conflits futurs dans le cas décrit par Koné et Chauveau ; dans le domaine de la santé, les bouts de papiers soustraient le malade des statistiques sanitaires.

Au-delà de son intérêt empirique, l'analyse des bouts de papier a une portée théorique intéressante. Leur manipulation au quotidien par les personnels de santé rend compte de la faible capacité de l'Etat à réguler la production et l'utilisation des supports bureaucratiques (dossiers, fiches, registres, etc.). Sur le terrain, le chercheur se trouve face à une co-régulation dans laquelle le rôle de l'Etat co-existe avec celui des autres acteurs.

A Kaoura, une annexe du CSI urbain de Konni « *il y a toute une pile de fiches de référence sur le bureau de ...qui ne sont pas utilisée par les agents* », selon la responsable des soins curatifs. De fait, ce n'est pas tant le manque de fiches officielles qui explique le recours aux bouts de papier. On explique parfois la présence des bouts de papier par "l'habitude" :

« C'est une question d'habitude. Je suis habituée aux petits bouts de papier, donc je ne suis pas allée chercher la fiche au niveau du district » (Sage-femme à Sabon Gari-Konni)

Alors qu'une fiche de référence et de contre-référence (voir photo ci-dessous) est mise à la disposition des formations sanitaires, on remarque qu'elle est peu utilisée par les personnels de santé. L'image ci-dessous présente les deux faces de fiche de référence. Le recto sert à la référence et au verso (seconde face) est réservée à la contre-référence.



En analysant une quinzaine de « bouts de papier » utilisés comme fiche de référence qui accompagnent les patientes vers l'hôpital poudrière de Niamey, nous avons été frappés par le déficit d'information : l'absence du nom du centre qui réfère, l'absence du nom de la sage-femme qui réfère, absence de l'heure de référence ou de l'heure d'admission dans le centre de référence. On remarquera que certains bouts de papier sont complètement muets sur les informations de base susceptibles d'orienter la prise en charge des patientes référées. C'est le cas d'une patiente venue de Ballayara (98 km au nord de Niamey) munie d'un bout de papier dont le contenu, très lapidaire, se limite à :

« Voire l'hôpital régional poudrière de Niamey. Service Maternité pour une femme accouchement. Anémiée, meilleur prise en charge S.V.P. »

Sur d'autres bouts de papier qui servent de fiche de référence, on peut lire :

« H.I. âgée de 34 ans est admise au CSI de Hamdallaye pour consultation ce jour 2/09/13 mais conte tenu de la gravité de son état je la réfère :

Motif : crise d'éclampsie dans un état sévère.

Voir Hopital poudrière pour consultation. »

« Il s'agit de Djama Yacouba âgée de 33 ans admise pour w d'accht 6/7/13 à 12h40'

TA : 9/7

BCF : 132

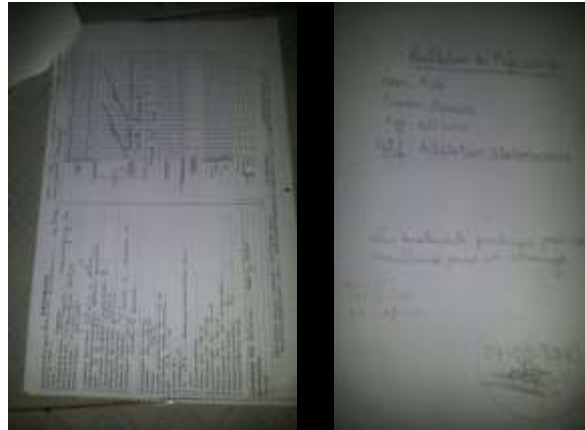
HU : 30cm

TV : 3 larg

Motif : primi agée de 33 ans »

Ce bout de papier ne fournit aucun renseignement sur la provenance de la référée, encore moins sur l'agent de santé qui a référé.

Nous avons tenu à rester fidèles aux écrits des personnels de santé pour révéler non seulement les fautes qui truffent les bouts de papier, mais aussi les imprécisions et insuffisances qui caractérisent leur contenu. Sur certains bouts de papier, la prise en charge initiale n'est pas mentionnée, ni même l'âge de la patiente ; sur d'autres, aucun cachet n'est mentionné, enlevant ainsi au papier tout statut « officiel ». Voici ci-dessous, un échantillon de bouts de papiers utilisés comme fiches de référence :



Par contre, dans leur ensemble, les agents de santé qui réfèrent sont plus regardants sur certaines informations. Il s'agit, pour l'essentiel, des constantes (hauteur utérine, température, tension artérielle, pouls). On retrouve également

sur les bouts de papiers le motif de référence, le diagnostic posé, l'âge, les noms et prénoms de la patiente.

L'absence de fiche de référence ou sa non-utilisation ne constitue pas un obstacle à la référence des patientes vers les formations sanitaires supérieures. Localement, les agents de santé ont mis en place des mécanismes pour référer leurs patientes, par le biais de bouts de papiers, de notes, des bulletins d'examen, de feuillets de partogramme, etc. qui sont utilisés comme fiches de référence.

Ces « bouts de papier » peuvent être considérés comme des réponses locales au déficit de moyens et d'équipements auxquels les formations sanitaires font face régulièrement.

Ces dossiers sont certes incomplets et mal remplis, mais ils servent de moyen de mise en contact des femmes référées avec les sages-femmes dans les maternités de référence. Ils assurent la continuité des soins des patientes. Ce sont aussi des moyens d'entrée dans un système de suivi médical. Le conflit et la coopération coexistent dans le même objet. Alors qu'il y a conflit entre agents de santé sur la qualité des fiches de référence et la responsabilité en ce qui concerne leur transmission, on remarque qu'autour du patient les agents de santé arrivent à coopérer et à prendre en charge les malades référés. D'ailleurs, cette forme de coopération permet de fermer les yeux sur la mauvaise qualité des fiches (très loin de standards officiels) et d'assurer aux patientes une meilleure prise en charge.





## CONCLUSION

Les agents de santé font rarement le lien entre la qualité des soins et les dossiers médicaux. Pour un major rencontré à Konni, la qualité des soins dépend de la bonne volonté des agents de santé, et des moyens et équipements (personnel soignant, infrastructures, plateau technique).

« La qualité des soins, c'est surtout le respect des heures de travail, l'assainissement, le respect envers les patientes » (nutritionniste, CSI de Boukoki)

« Pour moi la qualité des soins, c'est avoir des matériels suffisants pour travailler dans de bonnes conditions, avoir des produits suffisants, avoir des supports » (sage-femme Boukoki)

« La qualité de la prise en charge des malades, c'est d'abord mettre les agents dans des conditions acceptables, avoir un personnel disponible et bien formé, avoir un bon plateau technique, des médicaments essentiels génériques, avoir aussi un bon moyen de référence, notamment l'ambulance » (Sage-femme Boukoki)

« Pour moi la qualité des soins renvoie à la discrétion c'est-à-dire avoir une salle uniquement pour la CPN, la PF, la PTME car parfois les femmes n'arrivent même pas à s'exprimer tellement il y a trop de monde au moment où on fait l'interrogatoire » (sage-femme CSI-Konni)

« La qualité des soins englobe 5 niveaux : les infrastructures, le matériel, un personnel qualifié, l'effectif du personnel et le suivi des activités » (sage-femme, Poudrière)

Pourtant, *les dossiers médicaux* occupent une place importante dans le fonctionnement au quotidien des formations sanitaires. Leur ampleur et leur grande variété font de la santé un "service de papier". Leur circulation interne et intra-services dévoile la communication qui se structure entre les personnels de santé rattachés à différents niveaux de la hiérarchie sanitaire. Dans la vie des formations sanitaires, on dénote plusieurs générations de dossiers. L'avènement d'un nouveau dossier complexifie le travail des agents de santé. S'ils sont mieux renseignés, les nouveaux dossiers ne sont pas toujours appropriés par les agents de santé. Ils sont mal remplis, exigeants en termes de temps de remplissage.

Le remplissage des dossiers n'est pas toujours effectif. Toutefois, le mauvais remplissage est toléré, voire banalisé dans le monde de la santé. Une telle banalisation dévoile le caractère inopérant des mécanismes de contrôle. Les supervisions et les formations de recyclages ne sont pas toujours effectives, parce que tributaires de financements extérieurs. Les mécanismes de contrôle continu, qui se présentent sous la forme des rétro-informations, ont eux aussi montré leur inefficacité. Face à l'absence de retro-information, les agents de santé des formations sanitaires périphériques ne sentent plus le besoin de bien remplir les dossiers des malades. De plus, aux dossiers mal remplis, s'ajoutent une variété déconcertante de bouts de papier auxquels les agents de santé confèrent les mêmes fonctions que les dossiers officiels. Si la présence de bouts de papier dans l'administration sanitaire permet d'assurer la continuité des soins, il n'en demeure pas moins qu'ils laissent échapper une masse importante d'informations sur les patients.

Les dossiers dévoilent le fonctionnement concret du système de santé nigérien. Leur analyse prolonge ainsi les travaux menés par Jaffré et Olivier de Sardan (2003).

## BIBLIOGRAPHIE

- Alao O. et *al.*, 2001, « Communication ville-hôpital : un modèle pour améliorer la continuité des soins », *Les Cahiers du Numérique*, 2 (2) : 37-55
- Béliard, A. et Biland, E. 2008 « Enquêter à partir des dossiers personnels. Une ethnographie des relations entre institutions et individus », *Genèses*, 70 :106-119
- Berg, M. & Bowker, G., 1997, "The Multiple Bodies of the Medical Record: Toward a Sociology of an Artifact", *The Sociological Quarterly*, 38 ( 3) :513-537
- Bringay, S, Barry, C, Charlet, J, 2004, « Les documents et les annotations du dossier patient hospitalier », *Information-Interaction-Intelligence*, 4 (1)
- Cordonnier E., 2001, « Communication dans la santé », *Les Cahiers du Numérique*, 2 (2) : 13-35
- Chantraine O., 2001, « Le "carnet de santé 1996" : autopsie d'un support de communication mort-né », *Etudes de Communication*, [en ligne], 23, mis en ligne le 10 janvier 2010, consulté le 29 novembre 2013. URL : <http://edc.revues.org/1138>
- De Suremain C-E., 2007, « Heurts et malheurs de l'alliance thérapeutique. La relation soignant-soigné durant la consultation pédiatrique (Bolivie) », *Face à Face*, 10
- Djibril, R.A., 2002,
- Dugeut AM, Thomas A, Costagliola R, 2005, "Le dossier médical", *document en ligne*, mise à jour le 1<sup>er</sup> juin 2005
- Fantino B. et Ropart, G., 2004, *Guérir le système de santé de ses maux*, Aléas Editeur
- Gobatto I. et Lafaye F., 2005, « Petits arrangements avec les contraintes. Les professionnels de santé face à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à Abidjan (Côte d'Ivoire) », *Sciences Sociales et Santé*, 23 (1) : 79-108
- Hamadou, A., 1992,
- Hull, M.S., 2012, "Documents and Bureaucracy", *Annual Review of Anthropology*, 41: 251-267
- Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J.P. (eds) 2003 *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris: Karthala
- Kawonga, M, Blaauw, D, Fonn, S, 2012, "Aligning vertical interventions to health systems: a case study of the HIV monitoring and evaluation system in South Africa", *Health Research Policy and Systems*, 10 (2) : 1-13

- Koffi NM, Coulibaly A., Gloyds S., Aké O., Angbo-Efi O., Kouamé P., Diarra-Nama AJ. et Delafosse R., 2000, « Les carnets de santé dans la surveillance de la grossesse en Côte d'Ivoire », *Médecine d'Afrique Noire*, 47 (4)
- Kone M. et Chauveau, J-P., 1998, « Décentralisation de la Gestion Foncière et 'petits reçus' : Pluralisme des Règles, Pratiques Locales et Régulation Politique dans le Centre-Ouest Ivoirien », in *Décentralisation, pouvoirs sociaux et réseaux sociaux* Giorgio et Mongbo (eds.) : 41-64
- Laforest, F, Frénot, F et Al Masri, N, 2002, « Dossier médical semi-structuré pour des interfaces multi-modales », *Documents Numériques*, 6 : 29-46
- Latour, B., 2004, *La fabrique du droit. Une ethnographie du Conseil d'Etat*, Paris : La Découverte
- Lehoux P et al., 1998, « L'informatisation du dossier médical et ses détracteurs », *Sciences Sociales et Santé*, 16 (1) : 81-121
- Mathieu-Fritz A et Esterle L, 2013, « Les médecins et le dossier de santé informatisé communicant. Analyse d'une expérimentation du dossier médical personnel (DMP) », *Réseaux*, 178-179 : 223-255
- Offerlé M, 1993, « L'électeur et ses papiers. Enquête sur la carte et les listes électorales (1848-1939) », *Genèses*, 13 : 29-53
- Olivier de Sardan J-P et Bako-Arifari, N, 2011, « La référence obstétricale au Bénin. Etude socio-anthropologique », *Etudes et Travaux du LASDEL*, 97
- Plan de développement sanitaire (PDS) 2011-2015, Ministère de la santé publique, Octobre 2010



*Ce rapport est tiré de la recherche « Les problèmes négligés des systèmes de santé », financée par le CRDI (Canada)*

*Le LASDEL (Laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local) est un centre de recherche en sciences sociales implanté au Niger et au Bénin, dont les principaux axes de travail portent sur la délivrance des services publics, la mise en œuvre des politiques publiques et les interactions avec les usagers (santé, hydraulique, pastoralisme, éducation, justice, etc.), les pouvoirs locaux et la décentralisation, et l'intervention des institutions de développement. Le LASDEL recourt à des méthodes qualitatives fondées sur les enquêtes de terrain approfondies. Il met à la disposition des chercheurs et doctorants son Centre de Documentation de Niamey. Il contribue à la formation de jeunes chercheurs, en particulier avec son Université d'été.*

La collection « *Etudes et Travaux du LASDEL* » propose des rapports de recherche issus des travaux menés par le LASDEL. Ils sont disponibles en ligne ([www.lasdel.net](http://www.lasdel.net)) ou en vente à son secrétariat.

Derniers numéros parus :

- N° 123 « Genre et population. Etude socio-anthropologique sur les déterminants des politiques de populations au Niger », par A. Sounaye, A. Diarra, I. Younoussi (2017)
- N° 122 “Les collectivités territoriales et le service de santé au Niger”, par A. Oumarou (2015)
- N°121 « Etre sage-femme au Niger. Les pratiques quotidiennes d'un métier controversé », par A. Diarra (2015)

**LASDEL**

**LABORATOIRE D'ÉTUDES ET RECHERCHES  
SUR LES DYNAMIQUES SOCIALES ET LE DÉVELOPPEMENT LOCAL**

**BP 12 901, NIAMEY, NIGER – TÉL. (227) 20 72 37 80  
BP 1 383, PARAKOU, BÉNIN – TÉL. (229) 23 10 10 50**

**[WWW.LASDEL.NET](http://WWW.LASDEL.NET)**