

**FACTEURS DÉTERMINANTS ET GESTION DES CONFLITS DANS
L'ACCOMPAGNEMENT DES MALADES DANS LES CENTRES DE SANTÉ À
BOBO-DIOULASSO (BURKINA FASO)**

**DETERMINING FACTORS AND CONFLICT MANAGEMENT IN THE SUPPORT
OF PATIENTS IN HEALTH CENTERS IN BOBO-DIOULASSO (BURKINA FASO)**

Adama KIEMDÉ

Laboratoire Société, Mobilité et Environnement
Université Joseph Ki-Zerbo de Ouagadougou, Burkina Faso

kiemdevilla@gmail.com

&

Augustin PALÉ

Université Joseph Ki-Zerbo de Ouagadougou, Burkina Faso

paleau2000@yahoo.fr

Résumé : Contrairement aux temps anciens où les relations entre les soignants et les personnes affectées par la maladie ont été marquées par des valeurs d'humanité et de compensations exprimées par ceux qui désirent prendre soin des personnes malades, les relations contemporaines connaissent de multiples crises. L'objectif de cette étude est de connaître les facteurs déterminants de ces conflits et les méthodes de gestion dans les centres de santé à Bobo-Dioulasso. Elle a été faite dans des centres de santé et sur multi-sites suivant l'organisation pyramidale du système national de santé. Par la méthode qualitative, 29 entretiens semi-directifs ont été réalisés avec des cadres de santé, des autorités sanitaires de la région et des responsables d'organisations professionnelles des travailleurs de la santé. Il est ressorti que le conflit dans l'accompagnement du malade dans les centres de santé à Bobo-Dioulasso est un phénomène très préoccupant dans tous les centres de santé. Les facteurs qui le déterminent sont d'origines humaines et sociopolitiques. Les faits accablants sur le personnel soignant sont le manque de professionnalisme, la violation des règles de déontologie, le non-respect des principes de probité et d'équité du service public ainsi que la lenteur dans la prise en charge des malades. Quant à l'accompagnant des malades, il lui est reproché le non-respect du circuit de référence, l'incivisme et la violation des règles de fonctionnement des services. L'environnement de travail est aussi défavorable par le fait de la mauvaise gestion du personnel, l'insuffisance du matériel médicotechnique et la charge élevée de travail. Concernant les facteurs sociopolitiques, ce qui est mis en exergue, c'est l'inefficacité des mesures sociales notamment les subventions des soins, l'iniquité de traitement de la carrière des agents, l'insuffisance des ressources humaines ainsi que sa mauvaise répartition. La résolution à l'amiable est la méthode de gestion la plus utilisée tant que c'est possible.

Mots clés : Accompagnant familial ; centre de santé ; personnel de santé ; gestion de conflits ; Burkina Faso

Summary: Unlike in the past, when the relationship between caregivers and those affected by illness was marked by values of humanity and compassion expressed by those who wished to care for the sick, contemporary relationships are experiencing multiple crises. The objective of this study is to identify the determining factors of these conflicts and the management methods in health centers in Bobo-Dioulasso. It was conducted in multi-site health centers following the pyramidal organization of the national health system. Using the qualitative method, 29 semi-structured interviews were conducted with health managers, health authorities in the region and leaders of professional organizations of health workers.

It emerged that conflict in patient care in Bobo-Dioulasso health centers is a very worrying phenomenon in all health centers. The factors that determine it are of human and socio-political origin. The damning facts about the health care personnel are the lack of professionalism, the violation of the rules of ethics, the non-respect of the principles of probity and equity of the public service, as well as the slowness in taking care of the patients. As for the person accompanying the patient, he is accused of not respecting the referral circuit, incivism and violation of the rules of operation of the services. The working environment is also unfavorable due to poor staff management, insufficient medical and technical equipment, and a high workload. Concerning the socio-political factors, what is highlighted is the inefficiency of the social measures, notably the subsidies of care, the inequity of treatment of the agents' career, the insufficiency of human resources as well as its bad distribution. The amicable resolution is the most used management method if it's possible.

Key words: Family support worker; health center; health personnel; conflict management; Burkina Faso

Introduction

Mettre fin aux difficultés relationnelles entre soignants et accompagnants de malade, et aux dysfonctionnements observés dans les centres de santé, est un objectif essentiel pour le respect du droit à la santé des personnes malades. Les systèmes nationaux de santé des pays occidentaux sont cités comme des bons modèles (OCDE, 2009 ; 2011) en la matière du fait qu'ils permettent plus un accès équitable aux soins de santé de meilleure qualité. Plusieurs travaux montrent que depuis belle lurette au Burkina Faso, pays dont les ressources sont limitées, la majorité de la population n'a pas accès aux services de santé (B. F. Bationo, 2013, V. Ridde, L. Belaid, O. M. Samb, A. Faye (2014)). Quant à ceux qui y accèdent les plaintes sont multiples sur les prestations offertes. Pour certains, c'est l'inaccessibilité financière des prestations qui constitue leur préoccupation (B. F. Bationo, 2013 ; M. Kagambèga, 2011) tandis que d'autres expriment une satisfaction mitigée de la qualité des soins qui leur sont offerts (A. Kiemdé, 2019 ; R. Zerbo, 2016).

Parfois, les soins qui existent sont de moindre qualité, ou bien, ils sont limités et ne répondent pas adéquatement aux besoins ressentis par les personnes affectées encore moins celles qui sont malades (A. Kiemdé et A. Palé, 2020). D'une part, les bénéficiaires expriment leur déception parce que leurs attentes envers les soignants ne sont pas comblées, d'autre part, les soignants ont une frustration qui est perceptible quant aux effets ressentis par les utilisateurs des services de santé. C'est une situation qui entraîne

des conflits entre les principaux acteurs dans l'accompagnement du malade particulièrement entre le personnel soignant et l'accompagnant familial dont il est nécessaire de connaître les causes.

Avec des cadres de santé, la problématique des conflits entre soignants et accompagnants dans cet article est abordée sous deux angles d'analyse. Celui qui fait remonter en surface les vérités tassées au fond de cette relation et les tractations formelles ou informelles qui ont eu lieu dans sa gestion quotidienne par ces responsables positionnés à divers niveaux de l'organisation des services de santé.

Après avoir exposé la méthodologie de l'étude, les résultats de cette enquête réalisée à Bobo-Dioulasso présentent d'abord les déterminants des conflits dans l'accompagnement du malade, ensuite les méthodes courantes de gestion de ces conflits par les cadres de santé ainsi que les perspectives pour améliorer la relation entre le personnel soignant et l'accompagnant.

1. Contexte de l'étude

Bobo-Dioulasso est la capitale économique du Burkina Faso. Située dans sa partie Ouest, elle est au carrefour des principaux axes de communication terrestres qui relient le pays à la Côte d'Ivoire, au Mali et au Ghana. La ville compte 903 887 habitants soit 4,4% de la population nationale qui est de 20 487 979 habitants (RGPH, 2019). Sur le plan administratif, elle est intégrée dans la région des Hauts-Bassins qui est en même temps sa région sanitaire. Elle est un prototype du système sanitaire national en ce sens qu'elle regroupe en son sein les trois échelons de la pyramide sanitaire. Sur le plan socio-culturel, sa position géographique et sa vocation commerciale font d'elle une ville cosmopolite où des communautés nationales et étrangères partagent les mêmes espaces harmonieusement. Les échanges intercommunautaires visibles comme les mariages, les dons de terres sont les preuves de la vitalité et de la convivialité des relations sociales qui animent la vie au quotidien. En plus de l'activité commerciale, les cultures de rentes telles que la culture maraîchère, le coton, l'arachide, les tubercules, le sésame, etc. procurent un revenu financier substantiel aux populations et améliorent ainsi leurs conditions de vie. Le taux brut d'alphabétisation des 15 ans et plus pour la région est de 41,3% (INSD, EMC, 2015a).

Dans le domaine de la santé, les statistiques indiquent une demande croissante de soins de santé dans la ville de Bobo-Dioulasso et ses villages rattachés. De 2014 à 2018 elle est passée respectivement de 795 042 nouveaux consultants à 1 232 058 (INSD, 2017, statistiques de la Région des Hauts-Bassins et MS, 2018). La prévalence de la morbidité des 15 derniers jours dans la région est de 10,4% de la population (INSD, EMC, 2015b). Les effectifs du personnel de santé cliniciens dans la commune de Bobo-Dioulasso en 2017 dans ses deux districts étaient de 13 médecins, 292 infirmiers et cent 162 sages-femmes et maïeuticiens selon l'annuaire statistique 2017 de la Région des Hauts-Bassins (INSD, 2018). Le centre hospitalier universitaire Souro Sanou (CHU-SS) qui avait une capacité d'hospitalisation de 573 lits en 2017 dont 53,4% de taux d'occupation réelle comptait 96

médecins, 234 infirmiers et 73 sages-femmes et maïeuticiens. Le constat est que le CHU-SS en tant que centre de référence offrant des soins spécialisés est mieux nanti en personnel médical que les districts dont la mission est de donner des soins de santé primaire.

La demande de soins de santé s'est accrue, passant du simple au double. Parallèlement les effectifs des soignants ont aussi augmenté mais pas au même rythme puisqu'ils n'ont pas doublé et même que dans d'autres structures de santé, le constat est qu'il y a une baisse assez significative des effectifs de soignants durant la même période. Cependant, cela ne signifie pas forcément une surcharge du travail par agent car des études menées sur cette question au Burkina Faso et au Niger ont montré que la perception sur l'augmentation de la charge de travail était plutôt le résultat de l'influence des habitudes des soignants dans la mesure où ils ne remplissaient pas les horaires officiels du temps normal de travail (L. Antarou, V. Ridde, S. Kouanda, et L. Queuille, 2013). En revanche, il est indéniable que l'application effective de la mesure de gratuité des soins chez les enfants de 0-59 mois et chez les femmes enceintes a entraîné une augmentation du volume du travail dans la mesure où le paiement direct est reconnu comme étant une des barrières à l'accessibilité aux soins (REN-LAC, 2018 ; V. Ridde, L. Belaid *et al.*, 2014 ; B. F. Bationo, 2013).

Les ratios habitants par type de personnel indiquent en 2018, 1 médecin/12000, 1 infirmier d'Etat/3281 et une sage-femme ou maïeuticien d'Etat/5510 (MS, 2018). Sur les indicateurs en ressources humaines, l'OMS (2008) reconnaît qu'il est difficile d'établir des normes universelles en la matière à cause des multiples facteurs qui influencent l'offre et la demande en santé d'une population. En revanche, elle a constaté que dans les pays qui ont pu atteindre la cible de 80% de couverture d'accouchements assistés, ce ratio est au moins de 2,26 médecins, 1 infirmier et 1 sage-femme pour 1000 habitants.

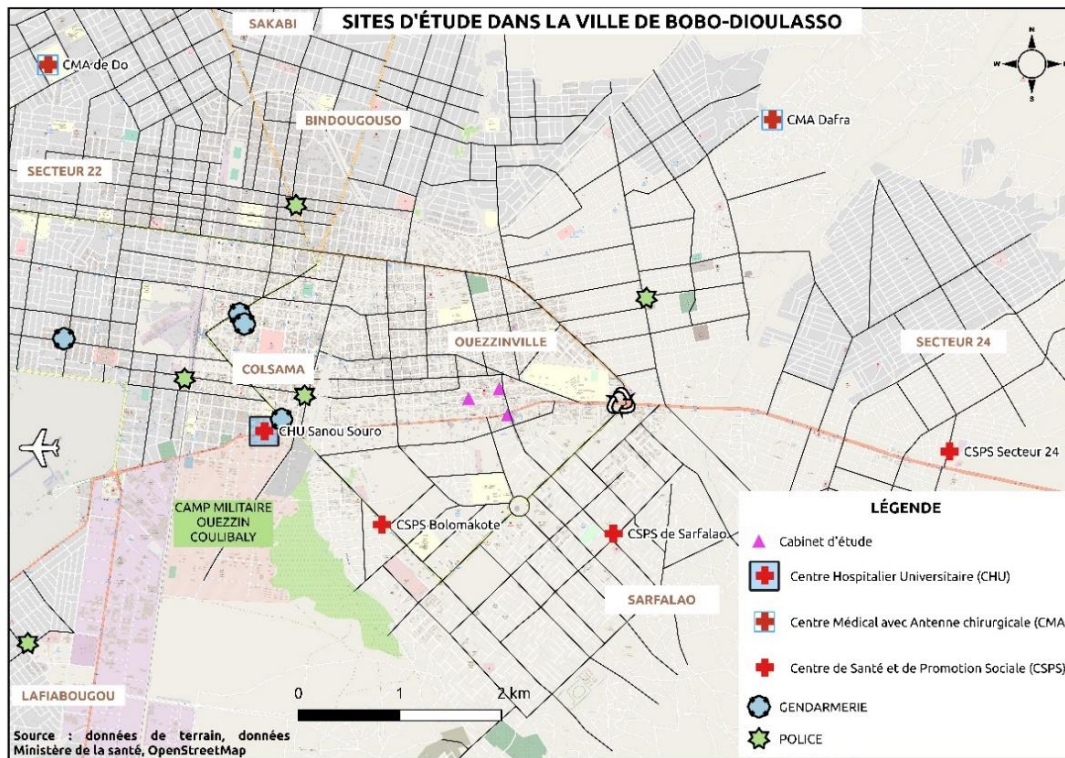
Dans le profil sanitaire 2017 du Burkina Faso (OMS, 2017), les principales causes de consultation dans les formations sanitaires de base sont : le paludisme, les infections respiratoires, les plaies, les affections de la peau, les parasitoses intestinales, les diarrhées non sanguinolentes, les dysentéries, les ulcères de l'estomac, les conjonctivites et les infections sexuellement transmissibles. A ces maladies, il faut ajouter les pneumopathies, les bronchites, les caries dentaires, les fièvres typhoïdes, les hypertensions artérielles et les anémies qui sont traitées au niveau des centres médicaux et hospitaliers (OMS, 2017).

2. Méthodologie

En ce qui concerne la méthodologie de travail, nous avons, dans une démarche qualitative, réalisé une observation non participante du milieu et des entretiens individuels semi-directifs à l'aide de guides d'entretien sur des sites multi-situés de mai 2020 à mars 2021. L'enquête a commencé après que nous avons obtenu l'accord du directeur régional de la santé des Hauts-Bassins. Au total 29 entretiens dont 25 entretiens avec les cadres de santé responsables de service et autorités sanitaires, et quatre avec des organisations professionnelles des travailleurs de la santé. Ces organisations sont les conseils régionaux de l'Ordre national des médecins et des infirmiers et infirmières du Burkina Faso ; le syndicat des médecins du Burkina Faso et le syndicat national des travailleurs de la santé humaine et animale. La carte n°1 illustre les sites de l'étude qui

sont marqués par une croix rouge : les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) du premier niveau qui nous ont reçu sont le CSPS de Bolmakoté, le CSPS de Sarfalao et le CSPS du secteur 24 ; les hôpitaux de districts classés au deuxième niveau que sont Do et Dafra ont aussi accepté de nous recevoir ; l'unique centre de santé de troisième niveau dans la ville est le CHU-SS où nous avons été également.

Carte 1 : Les sites de l'étude



Les sous-thèmes traités avec les cadres de santé et les autorités sanitaires et les membres des organisations professionnelles ont porté sur : les perceptions sur le phénomène de conflits dans la relation soignants-soignés ; les facteurs qui sont à l'origine des conflits entre personnel de santé et accompagnant de malade ainsi que la gestion interne de ces conflits.

Ces échanges nous ont permis de découvrir d'une part les déterminants des conflits soignants-soignés et d'autre part les techniques et les méthodes de gestion de ces conflits dans lesdits centres de santé.

3. Résultats

3.1. Les déterminants des conflits dans l'accompagnement des malades

Les déterminants de conflits entre agents de santé et accompagnants de malade dans un service public de santé à Bobo-Dioulasso sont de plusieurs natures. Dans le cas d'espèce, nous avons noté qu'ils sont d'origines humaines, environnement du travail et sociopolitiques.

3.1.1. Les déterminants humains

Les résultats de notre recherche suggèrent de faire la part entre les conflits liés aux comportements du personnel soignant et ceux liés aux comportements des accompagnants de malade.

Pour le personnel soignant, plusieurs cas sont cités dont le manque de professionnalisme dans l'exercice du métier à l'intérieur duquel on trouve le mauvais accueil, le manque de communication, la non-maîtrise de soi qui entraînent des insatisfactions chez l'accompagnant de malade comme l'atteste ce témoignage parmi d'autres d'un surveillant d'unité de soins :

Une des sages-femmes a fait un accouchement d'un prématuré de faible poids d'environ 900g. Elle a expliqué au père de l'enfant qu'avec ce poids il est difficile qu'il survive. Effectivement, les données scientifiques disponibles attestent ses explications. Mais au lieu de les référer en néonatalogie au CHU-SS, elle l'a emballé dans un pagne et posé sur la paillasse attendant son dernier souffle. Effectivement il a trépassé plus tard après avoir passé tout ce temps à pousser des cris. Le père, qui a semblé comprendre, a fait volte-face. Ainsi est-il revenu sur ses pas et est allé à la gendarmerie pour porter plainte. A la reunion du staff tout le monde a reconnu qu'il s'agit d'une faute professionnelle.

Ensuite, les cas de violation des règles de déontologie professionnelle et des principes de fonctionnement du service public dont la probité et l'équité de traitement des usagers. A ce titre, il faut inscrire les concussions, les rackets, les ventes illicites de médicaments, les détournements de malades pour les cliniques privées et les vacances irrespectueuses des normes règlementaires et juridiques en la matière. La mesure gouvernementale consistant à payer par le budget de l'Etat à la place des bénéficiaires les frais de soins pour les enfants de 0 à 59 mois et chez les femmes enceintes a mis à nu ces pratiques. En voici un cas pathétique qui s'est produit dans un des hôpitaux de district :

Il arrive que des gens veuillent avoir quelque chose sur le dos de la gratuité et cela engendre également des conflits. Rien que deux jours de cela, l'équipe de contrôle de la gratuité a interrogé une dame à sa sortie de l'hôpital. Par coïncidence, l'agent a pris avec elle 12 000 F alors qu'elle est éligible de la gratuité. Si avec les cibles de la gratuité les agents persistent sur ces pratiques, la situation est pire avec les non-bénéficiaires. Malheureusement la lutte contre ces pratiques est difficile parce que les victimes ne collaborent pas toujours. Avec cette dame, quand nous avons voulu qu'elle soit remboursée, elle a refusé d'y revenir en nous disant qu'elle est une mère et qu'elle ne souhaitait pas créer des problèmes à ce monsieur.

La lenteur dans la prise en charge du malade est un autre facteur qui dégrade la relation entre soignant et accompagnant de malade. Certains cadres tentent de donner des explications dans un certain relativisme. Pour eux, elle ne relève pas parfois d'un acte prémédité comme le fait que les produits ne soient pas disponibles à temps pour donner les soins à un malade. Aussi, l'absence d'un kit d'urgence forfaitaire et à portée de main participe à retarder la prise en charge. Qu'à cela ne tienne, il arrive des retards dans plusieurs circonstances qui sont imputables aux soignants, il s'agit par exemple du non-respect des horaires de service. Sur la question, la réponse d'un responsable syndical est sans équivoque :

Les services du CH-SS ont à leur tête des enseignants hospitalo-universitaires, partagés entre les activités d'enseignements, de recherches et celles hospitalières. Le plus souvent ce sont les activités hospitalières qui pâtissent de l'absence des premiers responsables des services car objectivement tout intérimaire a des limites en termes de prise de décisions et de suivi pour le patient. En outre,

une analyse approfondie des acteurs et des niveaux d'intervention explique en partie cette lenteur tant décriée par les usagers. Les titulaires n'étant pas toujours présents et vu l'insuffisance du personnel dans certains services et face à l'intransigeance du système hospitalier sur le respect de la hiérarchie, la détérioration de la relation soignants – soignés est prévisible. Dans la pratique ceux qui sont présents n'ont pas ce courage de dire aux accompagnants les motifs réels du blocage de la prise en charge. C'est ce qui est à l'origine des conflits entre agents et accompagnants de malade qui sont frustrés.

Enfin, dans le cadre de l'exécution de la mission de formation des services publics de santé, les interventions des stagiaires dans les soins en dehors de l'encadrement des maîtres de stage sont parfois mal perçues par les bénéficiaires de soins. Ils ne sont que rarement satisfaits de ce type de soins et manifestent leurs mécontentements parfois par des rejets systématiques de ces stagiaires. Du reste, c'est ce que nous explique cette responsable de maternité :

Dernièrement, il y a un monsieur qui a voulu frapper une sage-femme parce que tout simplement, elle a laissé les stagiaires déplacer son bébé de la salle d'accouchement en salle de suite de couche. Pour lui c'est à la sage-femme et non aux stagiaires de toucher à son bébé.

En ce qui concerne les accompagnants de malade plusieurs faits leur sont imputables dans les conflits qui les opposent aux soignants. Dans un souci de concision, on retient d'abord le non-respect des règles de fonctionnement du service et du circuit de référence qui permet au système de gérer les flux et de ne pas saturer les capacités à certains niveaux. Pour les soignants, il y a cette forte attraction pour l'hôpital chez la population qui les motive à sauter les étapes. Conséquences, la qualité de la prise en charge se détériore là où il est impensable. La surveillante d'une unité de soins le confirme :

Nous avons eu à gérer un cas de conflit où la femme a accouché sous le hall parce qu'il n'y avait pas de place ce jour dans la salle d'accouchement, toutes les tables étaient occupées. Aux dires des accompagnants confirmés par l'équipe de service du jour, l'attente fut longue de 22 heures jusqu'à 6 heures du matin. C'est vrai qu'il appartenait aux soignants d'expliquer aux accompagnants qu'ils pouvaient repartir au CSPS voisin situé à Accart-ville parce que la salle était pleine. Cette explication n'a pas été faite jusqu'à ce que la femme accouche devant tout le monde et que son époux se plaigne que l'intimité de sa femme n'a pas été préservée.

Un autre exemple que nous avons reçu dans un hôpital de district est tout aussi illustratif :

Les soignants dans les hôpitaux ne peuvent pas repousser un malade sous le prétexte qu'il n'a pas respecté le système de santé. Ce qui fait qu'ils se retrouvent avec des cas urgences et des malades froids à gérer. Prioritairement on va s'occuper d'abord des urgences, ce qui rallonge le temps d'attente, qui est aussi objet de plainte. J'ai rencontré un oncle aux urgences médico-chirurgicales dernièrement qui m'explique comme quoi il est venu pour contrôler sa tension. Pourtant il pouvait le faire au CSPS.

Ensuite, on note de plus en plus d'actes inciviques émergents dans les comportements et attitudes des accompagnants de malade. Sans être exhaustif, les enquêtes évoquent entre autres les injures, les insultes, les violences physiques, l'incitation à la corruption etc. pour lesquels les soignants sont aussi des victimes. A ce sujet, un des responsables syndicaux s'exclame :

C'est un secret de polichinelle qu'au Burkina Faso, l'incivisme a atteint des records incommensurables. Cela entraîne des répercussions sur les relations sociales dans le

fonctionnement quotidien des centres de santé. Vous allez recevoir des accompagnants qui ont une éducation de cochon, excusez-moi le terme, c'est-à-dire un caractère animal quoi. Quel que soit votre degré de tolérance, il va naître un conflit. Et comme les soignants ne peuvent pas soigner et éduquer, ils sont parfois obligés de répliquer par la méthode dure et la plus forte des manières.

Sur la question lancinante de concussion et de ventes illicites de médicaments aux accompagnants dans le milieu des soins, plusieurs faits nous sont cités mais qu'il est impossible de rapporter ici par souci de concision. Parfois on tente d'expliquer ou de se donner bonne conscience comme ce premier responsable de structure qui pense qu'elles sont favorisées et entretenues avec le consentement du malade ou des accompagnants familiaux :

Si un agent te tend une ordonnance en te disant qu'il a des médicaments soi-disant que c'est moins cher à son niveau, et tu sais bien que c'est dans les pharmacies que ça se vend, c'est à toi de juger si cela t'arrange ou pas. Si tu veux, tu les prends ou tu ne les prends pas et puis tu iras à ailleurs.

3.1.2. *Les déterminants liés à l'environnement de travail*

Dans cette dimension, nous logeons premièrement l'insuffisance dans la gestion des ressources humaines dans les services. Il s'agit d'abord de l'absence de confiance entre les agents et leur administration qui entretient les conflits avec les accompagnants. En effet, les travailleurs ont le sentiment qu'ils sont grugés par leurs dirigeants dans la redistribution des fruits de leur travail notamment dans le partage des ristournes trimestrielles. Pour un des responsables de service en l'occurrence un coordonnateur de soins :

Les uns et les autres se plaignent que les ristournes ne sont pas exactes par rapport aux volumes des activités qui sont réalisées dans les unités. Tout cela amène certains à vouloir passer par des moyens illégaux comme les rackets pour s'enrichir. Pour mettre fin à cette situation, il faut tenir des assemblées générales régulières pour mettre tout le monde en confiance dans la gestion financière.

Cet autre responsable de CSPS explique la persistance des conflits dans l'accompagnement du malade dans les centres de santé par le fait de la complicité de la hiérarchie qui encourage et amplifie les comportements délinquants dans les services de santé :

Je pense que cette situation est plus liée au laxisme de la hiérarchie, voire des gouvernants. En tant que premier responsable au premier niveau, il nous arrive de prendre des mesures disciplinaires contre des agents, mais cela ne va nulle part parce qu'il y a toujours quelqu'un au niveau supérieur qui va faire obstacle à la procédure. Parfois, tu entreprends des actions à l'encontre d'un agent fautif et du plus haut niveau, tu vas recevoir un appel t'intimidant. Pour finir, tu vas regretter d'avoir pris ces initiatives en vue de sévir parce que le plus souvent, les gens sont protégés. En définitive, tout va retomber sur toi. Ce qui fait que le premier responsable le plus souvent est impuissant.

Dans la même logique certains enquêtés se plaignent de traitement inéquitable entre les agents que leurs dirigeants opèrent dans le choix des participants à des formations rémunérées et qui est une source de démotivation dans le travail pour les autres. Cette attitude « pollue » la qualité de la relation soignant et l'entourage du malade parce qu'elle engendre des conflits de vengeance indirecte. Sur cet argument, un des médecins responsables de structure de santé ne le nie pas mais préfère s'expliquer en ces termes :

Quant au côté laxiste de l'administration ou du traitement inéquitable des agents dont elle fait l'objet de critiques, ces récriminations sont parfois fondées mais pas dans tous les cas. En fait

l'administration est à l'image de la vie en famille où les relations sont complexes entre membres surtout avec le père de famille qui est au centre de ces interactions. Il lui arrive de tolérer les actes de certains mais pas chez d'autres.

Deuxièmement, l'insuffisance du matériel médicotechnique ne permet pas d'assurer adéquatement la prise en charge des malades. Elle entrave également le bon fonctionnement des services dans la mesure où elle engendre des dysfonctionnements qui sont à l'origine de conflits pour les enquêtés. Cette autorité sanitaire reconnaît que :

Les formations sanitaires sont sous équipées et en plus le matériel médicotechnique qui existe est en mauvais état. Tout cela est à l'origine des plaintes des usagers parce qu'au fond, cette insuffisance est la source de mauvaise relation soignants-soignés. Cependant, ce sont des problèmes qui ne sont pas solutionnables immédiatement parce que parfois ils dépassent les compétences des niveaux immédiats tels qu'au niveau CSPS et districts. Il faut alors une intervention extérieure telle qu'au niveau central ou national pour des solutions appropriées.

Ce médecin confirme à ce propos que :

Nous avons déjà relevé que l'insatisfaction crée des conflits alors que dans cet hôpital où il y a un manque de matériel pour bien exécuter le travail, le malade et son entourage ne peuvent pas se réjouir d'une telle situation. Le constat est que les hôpitaux publics en général sont permanemment en rupture de consommables ou de pannes d'équipement qui retarde la prise en charge. De ce fait le service est discontinu et cela impacte négativement sur la qualité de la prise en charge mais aussi augmente le coût de la prise en charge.

Un autre soignant, attaché de santé partage le même point de vue :

Moi, je travaille au bloc opératoire. Depuis pratiquement une année, on ne prend pas de malade programmé. Ce ne sont que les urgences que l'on lève et le malade se débrouille au besoin dans le privé. Cette situation est occasionnée par l'absence d'équipements et de matériels nécessaires.

Pour terminer cette partie qui concerne la place qu'occupent les facteurs environnementaux du travail dans les conflits entre soignants et accompagnants de malade dans les centres de santé à Bobo-Dioulasso, il faut inscrire la charge élevée du travail qui est omniprésente dans les justifications de ce type de conflits dans ces centres. Cette réalité, nous l'avons observée surtout dans les maternités ou dans les services de pédiatrie qui appliquent la gratuité des soins presque à tous leurs usagers. Pour ce médecin travaillant à l'hôpital de district de Do :

La gratuité a entraîné un boum dans l'utilisation des services. Etant donné que la barrière financière est levée, l'utilisation des services a considérablement augmenté alors que le renforcement des effectifs n'a pas suivi. Donc les agents sont esquinés et sont irritables. La charge du travail contribue à la mauvaise qualité de soins et quand les accompagnants remarquent cela ou s'ils ont cette impression que leur malade n'est pas bien traité, des conflits peuvent naître de ces situations.

3.1.3. *Les déterminants sociopolitiques*

Les résultats nous laissent voir l'existence de conflits dans l'accompagnement du malade dans les services publics de santé qui sont en rapport avec la décision gouvernementale de faire supporter par le budget de l'Etat les frais de soins pour certaines couches sociales vulnérables et à des insuffisances dans la gestion des ressources humaines.

Des incidents et parfois des conflits dans l'accompagnement du malade sont des conséquences non maîtrisées de l'application effective du Décret 2016-

311_PRES/PM/MS/MATDSI/MINEFID du 29 avril 2016, portant gratuité de soins au profit des femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso pour compter du 02 avril 2016. Le Gouvernement s'étant engagé par cet acte à payer entièrement les soins de ce public cible à leurs places aux services de santé qui leur offrent les soins. Les cadres de santé se retrouvent à gérer des plaintes et des conflits entre agents de santé et accompagnants de malade à cause des ruptures des médicaments qui sont prescrits et son corolaire qui est la continuité de la vente illicite de médicaments par certains agents à ce public. Des cas de conflits nous sont rapportés dans tous les centres visités que nous n'illustrons ici que par quelques exemples comme à l'hôpital de district de Do avec un des médecins qui est responsable de service :

En cas de ruptures de médicaments, les ordonnances prescrites ne sont pas entièrement satisfaites. Quand les bénéficiaires se rendent compte que les médicaments essentiels ne se trouvent pas dans le lot des médicaments disponibles, c'est la déception dans les expressions du genre la gratuité c'est zéro, la gratuité ce n'est pas la peine. On ne trouve que du paracétamol dans votre gratuité, etc.

Pour la surveillante d'une unité de maternité :

Du point de vue social, on peut dire que la gratuité a effectivement permis de rapprocher les soins aux publics ciblés. De l'autre côté, il subsiste des conflits soignants - soignés pour plusieurs raisons : quand il y a une rupture, les produits complémentaires à acheter font des grincements de dents chez les bénéficiaires et leurs accompagnants. Cela est à l'origine de conflits parce que certains ne font pas confiance aux agents de santé et le font savoir comme quoi ils perçoivent des ristournes en les envoyant dans les pharmacies privées. D'autres pensent que les agents détiennent par devers eux les produits de la gratuité.

Sur la question de la gestion des ressources humaines deux situations se juxtaposent. D'une part, la mauvaise répartition par le ministère de la santé qui est souvent évoquée pour le cas du CHU-SS. En effet, ce centre a un manque criard de médecins spécialistes dans plusieurs domaines médicaux quand bien même il serait un hôpital de référence du dernier niveau de la pyramide sanitaire. Aux dires des cadres de la santé, il faut référer les malades à Ouagadougou où on trouve les ressources humaines compétentes pour prendre en charge convenablement certaines pathologies. Les situations de ce genre sont difficiles à gérer car en général les accompagnants refusent de partir alors que toutes les solutions sur place ont échoué. D'autre part, la mauvaise gestion de la carrière des agents les met dans des difficultés financières qui peuvent pousser certains à adopter des comportements déviants. Deux responsables de service respectivement à Do et à Dafra ont fait des constats similaires sur la question :

Les insuffisances dans la gestion des carrières des agents : les retards dans les avancements, les corrections de salaire qui se font attendre, contribuent également à affaiblir la moralité des agents. Quand ils sont dans des difficultés financières, ils vont toujours tenter par des pratiques prohibées de se satisfaire financièrement. Certains que nous avons épinglés, quand ils vous expliquent la situation de leur carrière, vous avez des pincements au cœur pour sévir car certains ont la carrière bloquée depuis dix ans.

Mais ce qui démotive le plus les agents de santé, c'est le blocage de leur carrière notamment les corrections de salaire, d'indemnités et les avancements. Il se trouve des agents qui ont des retards de deux ou trois avancements dans leur carrière. Tout cela impacte négativement les attitudes et comportements de ces agents. Ils s'en prennent aux pauvres malades par cette amertume résultante de ce blocage. C'est ce qui au fond, détériore les relations soignants-soignés en général.

Après cette première partie des résultats que nous avons consacrée à la classification des déterminants des conflits dans les centres de santé à Bobo-Dioulasso, nous abordons pour la suite, les différentes méthodes de gestion de ces conflits que les cadres de la santé développent en pratique.

3.2. La gestion des conflits dans l'accompagnement des malades

Dans la dimension gestion des conflits, l'on constate l'usage de deux méthodes : la résolution et la prévention de conflits.

3.2.1. La résolution à l'amiable des conflits

Elle est conjoncturelle et permet de circonscrire le conflit en interne du service. En pratique il est possible que plusieurs acteurs interviennent entre les protagonistes pour tenter de mettre fin au conflit. Ces acteurs varient en fonction des moments de la survenue du conflit et de sa gravité : des conflits sont de 1^{er}, de 2^{ème} et de 3^{ème} degré selon les causes. Le conflit de 1^{er} degré est celui qui intervient pour des difficultés de communication ou encore à la suite de différences de jugements de valeurs et de normes sociales au cours des soins qui sont faits au malade ou dans les interactions avec l'accompagnant familial. Sont concernés dans cette classe, les insultes, le manque de respect comme les agressions verbales. Il se règle en interne par le chef d'équipe ou le surveillant de l'unité de soins comme le dit un des responsables de CSPTS :

C'est le rappel à la bonne conduite de tous les agents. La sensibilisation par les aînés envers les collègues cadets chez qui nous-mêmes avons constaté qu'il y a des insuffisances. Les intéressés s'améliorent dans la plupart des cas.

Quant au conflit de 2^{ème} degré qui est généralement provoqué par des erreurs ou des fautes professionnelles mineures sans préjudices apparents ou immédiats pour le malade, c'est le chef de service qui s'en occupe comme ici à Dafra :

Dans la pratique, la plupart des conflits soignants-soignés ou avec l'accompagnant sont résolus sur place. Mais s'il s'agit d'un conflit grave, la personne qui se sent lésée, qui, pour la plupart est le soigné ou l'accompagnant, approche le chef de service de l'unité dans laquelle le conflit a eu lieu, pour lui poser son problème. Ce dernier se charge de situer les responsabilités et de conseiller les protagonistes pour une résolution à l'amiable.

Les conflits de 3^{ème} degré sont jugés graves soit par les causes qui les ont produits ou les conséquences qu'ils ont produites. Sont logés dans cette classe les erreurs et les fautes professionnelles ayant provoqué des malaises ou la mort supposée du patient et les cas de violences physiques contre un agent de santé. Des expériences des enquêtés, les cas d'agressions physiques d'agents de santé sur des accompagnants sont rarement rencontrés. Selon le premier responsable d'une des structures que nous avons visitées,

Pour un agent victime d'une agression physique de la part d'un soigné ou d'un accompagnant, il faut situer les responsabilités et rappeler d'abord à l'ordre la partie qui a tort. Si malgré tout l'agent de santé qui a été victime n'est pas satisfait de cette résolution et décide d'aller en justice, il a tout à fait le droit mais nous ne pouvons que l'accompagner moralement.

Mais le syndicat ne partage pas cette méthode de résoudre les conflits d'agressions sur les agents car pour ce premier responsable d'un des syndicats :

Depuis 2016, à l'issue de notre congrès syndical nous avons eu à envoyer une correspondance au Gouvernement pour désapprouver la manière dont l'administration gère les cas de violence sur les agents. Nous avons été explicites en lui rappelant ses responsabilités et en le mettant devant les faits car toutes les fois qu'un agent sera agressé par un accompagnant de malade dans une formation sanitaire, nous lancerons un appel à un arrêt de travail sans préavis.

Dans l'autre hôpital de district, le coordonnateur de soins nous dira à propos :

Le conseil de discipline n'existe qu'au CHU-SS. Pour les hôpitaux de district ce sont juste des réunions de crise. Les conflits que l'on a eu à gérer, c'est à travers une rencontre tripartite, les protagonistes et l'administration comme intermédiaire. Mais quelquefois elle est quadripartite si la situation exige que le syndicat des travailleurs soit associé. Toujours est-il que même si ce n'est pas la meilleure façon, on est arrivé à réconcilier les protagonistes.

Il est remarquable que les premiers responsables mettent tout en œuvre pour qu'un conflit n'échappe pas aux limites du service ou tout plus il doit être circonscrit à la formation sanitaire. Dans l'exemple de la sage-femme qui a négligé de faire la référence du prématuré à temps que nous avons eu à citer comme un cas de manque de professionnalisme plus haut, notre enquêté dira dans la gestion dudit conflit :

Effectivement il a trépassé plus tard après avoir passé tout ce temps à pousser des cris. Le père qui a semblé comprendre puisqu'il est lui-même un infirmier, arrivé à domicile a fait volte-face. Ainsi est-il revenu sur ses pas et est allé à la gendarmerie pour porter plainte. Le responsable de la maternité ayant appris l'incident au cours du staff matinal et conscient que la sage-femme a commis une faute professionnelle, a rappelé le père de l'enfant pour s'entretenir avec lui. C'est à l'issue de l'entretien que ce dernier a renoncé à sa plainte à la gendarmerie. Le chef de service a probablement trouvé les arguments pour le convaincre que l'enfant ne pouvait pas vivre à ce poids.

De ce qui précède, le contenu des entretiens converge dans le sens où les cadres de santé ont une mission implicite, celle de maîtriser les conflits entre le personnel de santé et l'accompagnant ou le malade au sein du service. S'il est vrai qu'il est bien de pouvoir résoudre le conflit en interne, il est encore meilleur de le prévenir.

3.2.2. *La prévention du conflit dans l'accompagnement de malade dans les centres de santé*

Nous avons noté que le conflit est un fait social indéniable dans la relation entre le soignant et l'accompagnant de malade au niveau des centres de santé à Bobo-Dioulasso. Ainsi est-il indiqué pour nous d'interroger les cadres de santé pour connaître les mesures de prévention de ces conflits qui ont une grande longévité. Nous avons entendu et observé que ces mesures sont fonction du type de centre de santé.

Au niveau du CHU-SS, elles visent à sécuriser davantage les lieux de travail. Dans ce sens, les prestations liées à la sécurité ont été externalisées et confiées à un prestataire privé. C'est ainsi que cette entreprise a installé des vigiles aux entrées des services cliniques et techniques. Leur principale mission est de contribuer à la sécurisation des lieux d'une manière générale et spécifiquement contrôler les flux de personnes à l'entrée lors des visites médicales des malades hospitalisés. Seules les personnes dont la présence est nécessaire à la bonne conduite de la visite médicale y accèdent. Cependant, selon un des responsables,

Vu les limites des vigiles dans les cas d'agression de nos collègues, par exemple celui de l'interne en 2017 et bien d'autres, nous avons exigé de l'administration, une présence policière sur les lieux. Par conséquent, après la crise de 2017, une unité de police est installée par le commissariat central

de police à l'entrée principale. Elle assure la protection des personnes et des biens et veille sur la sécurité de l'environnement hospitalier.

Au niveau des hôpitaux de district, les mesures de prévention des conflits entre soignants et accompagnants de malade ont été contextualisées. Nous avons pu constater l'existence de vigiles en poste exclusivement aux entrées principales des structures pour baliser l'accès. La deuxième action visible est la construction de barrières métalliques aux entrées des services cliniques. Cadenassées par les agents au moment où ils font les visites médicales et des soins aux malades, elles leur permettent d'effectuer leur travail en toute quiétude. Cependant, la construction de ces barrières semble être la moins mauvaise solution quand le service a plusieurs entrées comme nous avons pu entendre au service post-opéré et celui de médecine de l'hôpital de district de Do.

Quant aux CSPS, la sécurisation des lieux et des travailleurs est presque inexistante. Un gardien de nuit veille sur la sécurité des biens de la formation sanitaire. Cette activité étant confiée à plusieurs endroits à des personnes du 3^{ème} âge, elle ne relève que d'un acte de dissuasion car son efficacité reste à prouver dans le maintien de l'ordre lors des conflits soignants - soignés.

En somme, les résultats illustrent que quelques actions sont prises à l'initiative des autorités sanitaires et des premiers responsables des formations sanitaires dans la ville de Bobo-Dioulasso pour assurer la sécurité des travailleurs.

4. Discussion

4.1. A propos des déterminants des conflits dans l'accompagnement du malade

A l'aune des réalités dans l'univers des soins dans d'autres contextes, les conflits entre soignants et accompagnants familiaux, s'ils ne sont pas des phénomènes nouveaux, sont différents en ce qui concerne les déterminants. Dans les systèmes de santé ou de soins bien développés comme dans les pays occidentaux (OCDE, 2011 ; 2019), les conflits directs entre soignants et accompagnants qui subsistent sont pour la plupart liés à une insuffisance de communication comme le montre une partie de nos résultats ou d'accidents iatrogènes (C. Curchod, 2009, p.170-171). En effet, les progrès technologiques biomédicaux s'accompagnent d'une démultiplication des erreurs dans la pratique ainsi que de fortes attentes dans l'entourage du malade. Les erreurs que ce soit ici ou ailleurs sont de nature humaine mais les conflits qui sont liés s'expliquent par la tentative de camoufler la vérité.

Dans le contexte de cette étude, la plupart des conflits sont d'origine « alimentaire » puisque sont déterminés par les questions de concussion, de rackets voire des enrichissements illicites, qui sont des pratiques qui détériorent la confiance et provoquent des résistances chez certains accompagnants de malade (Y. Jaffré et J. Olivier De Sardan (2003). Pour les erreurs et les fautes, les familles croient toujours à un pouvoir surnaturel capable d'influencer l'action de l'Homme dans le mauvais sens. Ce n'est forcément pas la faute du soignant si une erreur survient dans sa pratique. Ce qui est insupportable par l'accompagnant, ce sont les dessous de table, à savoir les extorsions.

La problématique des conflits entre soignants et accompagnants de malade en particulier et l'entourage familial du malade en général, réside en grande partie dans la qualité des relations humaines en l'occurrence les sentiments de violations répétées de ses droits que chacun pense à tort ou à raison être légitimes pour soi (S. Fainzang, 2006). En effet, quand bien même les usagers que l'on soit un patient ou un accompagnant, parfois profanes en termes de culture médicale (I. Gobatto, 1999, C. Curchod, 2009, p.43-52), auraient leurs critères d'évaluation du personnel soignant qui est à l'œuvre. Quand les résultats de cette évaluation ne sont pas conformes à leurs attentes, les plus courageux vont à l'encontre de certaines décisions du personnel soignant (B. Dujardin, 2003).

Selon C. Curchod (op. Cit., p.92), « le vécu des patients et de leurs proches conditionne le climat relationnel qui s'instaure autour d'eux ». Dans le contexte de notre étude, ce vécu est à la fois lié à la maladie et aux relations sociales, aux interactions avec l'équipe soignante prise globalement mais aussi avec chaque soignant comme l'avait aussi souligné T. Ndoye (2009). A l'issue de ces échanges, les cadres de santé sont conscients que les relations humaines et sociales qui impliquent l'accompagnant familial dans les hôpitaux connaissent des soubresauts dans certains cas mais est un mal nécessaire comme le dit M. Schnitzler (2014) et selon les travaux de A. Kiemdé (2015). Mais il manque au personnel soignant, cette remise en cause parce que l'une des explications de cette situation est que depuis longtemps, l'anticonformisme tend à être la règle dans les services publics de santé. Le désordre s'est installé et chacun ne fait que le minimum en tirant si possible vers soi des avantages indus dans cette situation où les normes pratiquées sont différentes des normes officielles (J.-P. Olivier De Sardan, 2003, p.269-271).

En faisant le lien avec les déterminants des conflits liés aux comportements des accompagnants qui ont été identifiés dans la première partie : le non-respect du circuit de référence, l'incivisme peuvent s'expliquer par les mauvaises expériences qui conditionnent ce genre de comportements. En effet, personne ne souhaite revivre une expérience malheureuse. Si sur le circuit formel du système de référence, les soignants qui exercent aux niveaux inférieurs ne jouissent pas d'une bonne réputation dans leur travail ou dans leurs relations sociales avec la communauté, il va de soi que l'accompagnant conduit son malade dans la formation sanitaire à laquelle il fait le plus confiance.

4.2. La gestion des conflits soignants - accompagnants de malade

La résolution à l'amiable est le mode le plus utilisé dans les centres de santé de Bobo-Dioulasso. C'est également une pratique de plus en plus privilégiée ailleurs dans les hôpitaux. Des instances sont créées dans le but d'aider à réguler la relation soignants - soignés en général. Ces instances et ces organes apparaissent pour combler un tant soit peu un vide laissé par l'administration générale (A. Gibelin, 2015, p.145-153). Elles participent au développement social et économique des établissements ainsi qu'au bien-être des patients dans la mesure où elles participent à la gouvernance et contribuent de ce fait à améliorer l'efficacité dans le management institutionnel.

Cependant, pour agir efficacement, il faut une existence concrète du groupe à partir duquel on peut parler de groupes stratégiques (M. Crozier, E. Friedberg, 1977, p.51). Les organisations professionnelles des travailleurs (syndicat ou Ordre professionnel)

constituées légalement répondent à cette logique. Dès lors, elles jouissent d'une liberté d'expression et d'action collective dans le respect de la loi et des objectifs pour lesquels elles ont été créées. A l'opposé, « *les groupes erratiques* » comme les usagers des services de santé qui tentent de faire pareil « sont capables d'actions très vigoureuses, mais seulement de façon intermittente et pour une activité de type explosif » (*id. ibid.*). Du reste, c'est ce à quoi l'on a assisté en septembre conjoncturellement en 2019 avec les marches organisées par des organisations de la société civile à Bobo-Dioulasso pour protester contre la grève de plusieurs mois que les agents de santé ont observée.

Une telle organisation comme pense P. Farmer (1999) est d'une utilité publique qui se voudra avant-gardiste dans la défense des intérêts sociaux et médicaux du malade et de son entourage en veillant à la dimension résolution des conflits soignants qui est quasiment absente du mécanisme actuel de gestion. Elle sera protectrice du malade sans distinction et de son entourage en les représentant dans les cadres et instances où a lieu le dialogue social (P. Farmer 1996). Elle se donnera les moyens de tenir face aux organisations professionnelles des agents de santé pour défendre l'intérêt commun, à savoir un accès équitable pour tous à des prestations de santé de qualité (H. Jamous, 1969).

Ailleurs, comme au Canada, ces interlocuteurs « neutres » ont montré toute leur importance dans l'amélioration de la qualité des services aux patients. Dans ce pays, l'existence des comités des usagers et des comités des résidents dans les établissements hospitaliers est légalisée par le chapitre S-4.2 de la Loi canadienne sur les services de santé et les services sociaux. A l'article 209 de ladite loi, il est fait obligation au Conseil d'administration de l'établissement de s'assurer de leur mise en place et de leur fonctionnement optimal. Une telle expérience peut être importée au Burkina Faso en renforçant le rôle de la société civile notamment les comités de gestion des centres de santé, des mutuelles de santé et autres organisations à base communautaire. Le nouveau mandat confié à ces structures serait de défendre et de promouvoir les intérêts des usagers. Spécifiquement il s'agit de les aider et de veiller à ce qu'ils soient traités avec respect et dignité, d'être leur porte-parole, de faire respecter les droits de ceux-ci et de surveiller la qualité des prestations de service.

Conclusion

Nous avons partagé des expériences sur les facteurs déterminants et les méthodes de gestion interne des conflits entre personnel de santé et accompagnants de malade dans la problématique de l'accompagnement de malade dans les centres de santé à Bobo-Dioulasso. Avant d'en arriver à des propositions de mesures préventives, il a été question d'identifier les perceptions sur le phénomène, de faire une synthèse des principales sources de ces conflits et de passer en revue les méthodes utilisées dans leurs gestions. D'une part, ces conflits sont la résultante de plusieurs facteurs notamment humains que l'on retrouve aussi bien chez l'accompagnant que chez le personnel de santé. D'autre part, il y a également des facteurs politiques en lien avec les mesures sociales de l'Etat en faveur de certaines couches de la population défavorisées dont l'inefficacité dans la mise en

œuvre crée des désagréments à tous les niveaux et renforce la crise de confiance déjà existante entre ces acteurs.

Par ailleurs, les cadres de santé essaient tant bien que mal de gérer à l'amiable les conflits qui se produisent dans les différents services avec des fortunes diverses. Des mesures préventives sont prises pour sécuriser les travailleurs contre les violences des accompagnants même si leur efficacité laisse à désirer. S'il en est ainsi, il n'est pas superflu de se demander si le recours aux services de justice classique ne pourrait-elle pas être une panacée à ces conflits ?

Références bibliographiques

- Antarou, L., Ridde, V., Kouanda, S., & Queuille, L. (2013). « La charge de travail des agents de santé dans un contexte de gratuité des soins au Burkina Faso et au Niger » *in* Bulletin de la Société de pathologie exotique, 106(4), 264-271
- Bationo, B. F. (2013). « Etat, Citoyens et Gouvernance au Burkina Faso : L'expérience de l'implantation d'une assurance maladie universelle » *in* Face à face [En ligne], 12 | 2013, mis en ligne le 21 octobre 2013, consulté le 18 septembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/810>
- Chapitre S-4.2 Loi sur les services de santé et les services sociaux du Canada, [en ligne] sur <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2> consulté le 24/11/2021
- Comités des usagers et les comités des résidents du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord. Rubrique, votre CISSS, page Comités des usagers [en ligne], PDF téléchargé le 06/08/2020 sur <https://www.cisss-cotenord.gouv.qc.ca>
- Crozier, M. et Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*, Paris, éditions du Seuil.
- Curchod, C. (2009). *Relations soignants - soignés : Prévenir et dépasser les conflits*, Paris, Elsevier Masson.
- « Décret 2016-311_PRES/PM/MS/MATDSI/MINEFID du 29 avril 2016, portant gratuité de soins au profit des femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso » *in* JO n°22 du 02 juin 2016.
- Degorce, A. et Palé A. (2018). « Performativité des chansons du Balai citoyen dans l'insurrection d'octobre 2014 au Burkina Faso » *in* Cahiers d'études africaines [En ligne], 229 | 2018, mis en ligne le 15 mars 2020, consulté le 10 janvier 2021. URL : <http://journals.openedition.org/etudesaficaines/21852>

- Dofini, R. (2019). « Bobo-Dioulasso : Une coalition d'associations manifeste contre la paralysie du système de santé » in *Lefaso.net* (en ligne) disponible sur <https://lefaso.net/spip.php?article92213> consulté le 04/04/2021
- Dujardin, B. (2003). *Politiques de santé et attentes des patients. Vers un nouveau dialogue*, Karthala/Edition Charles Léopold Mayer, Paris.
- Fainzang, S. (2006). *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France.
- Farmer, P. (1999). *Infections and inequalities. The modern plagues*, University of California Press.
- Farmer, P. (1996). *Sida en Haïti : la victime accusée*, Paris, Karthala.
- Gibelin, A. (2015). *La médiation en santé : Contribution à une étude des conflits et des différends dans la relation de soins*, thèse de doctorat de Droit, Spécialité : Droit privé et sciences criminelles, Université Montpellier, France. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01342613> Submitted on 6 Jul 2016, PDF téléchargé le 18/07/2017.
- Gobatto, I. (1999). *Être médecin au Burkina Faso*, Paris, L'Harmattan.
- Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J. (2003). *Une médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris : Karthala.
- Jamous, H. (1969). *La sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, CNRS.
- Institut national des statistiques et de la démographie (INSD). (2018). *L'annuaire statistique 2017 de la Région des Hauts-Bassins*
- INSD. (2020). *Résultats préliminaires du 5e RGPH, 2019*
- INSD. (2015a). *Enquête multisectorielle Alphabétisation et Scolarisation*
- INSD. (2015b). *Enquête multisectorielle continue 2014 sur la santé générale et la santé de la reproduction*.
- Kagambèga, M. (2011). *L'assurance maladie au Burkina Faso : De la logique thérapeutique des acteurs sociaux, à l'appropriation des systèmes de mutualisation des risques sanitaires*, thèse de doctorat de l'université de Bordeaux 2, mention sociologie.
- Kiemdé, A. (2015). *Perceptions sociales et rôle de l'accompagnant de malade dans les établissements hospitaliers de la ville de Bobo-Dioulasso*, mémoire de maîtrise, département de Sociologie, UO.

- Kiemdé, A. (2019). *Les causes et les stratégies de résolution des conflits dans les relations soignants - soignés au centre hospitalier universitaire Souro Sanou de Bobo-Dioulasso*, mémoire de master de recherche en Sociologie, UFR/LSH de l'UCAO/UUB.
- Kiemdé, A. et Palé, A. (2020). « Les innovations institutionnelles et conflits dans la relation soignants - soignés : cas du centre hospitalier universitaire Souro Sanou de Bobo-Dioulasso ». Communications de la 1^{ère} édition des journées scientifiques de l'IRSS, 17-19 décembre 2020 à Ouagadougou, Burkina Faso sur le thème : « Contribution de la recherche à l'amélioration de la santé des populations au Burkina Faso ».
- Ndoye, T. (2009). *La société sénégalaise face au paludisme. Politiques, savoirs et acteurs*. Paris, Karthala (« Hommes et Sociétés ») ; Dakar, Crepos.
- OMS, (2017). *Profil sanitaire du Burkina Faso*
- OCDE. (2019). *Panorama de la santé 2019 : les indicateurs de l'OCDE*, Editions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/5f5b6833-fr> Consulter le 18/10/2021
- OCDE. (2011). *Examen de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse 2011*, Editions OCDE, en ligne sur <http://dx.doi.org/10.1787/9789264120938-fr> Consulter le 05/10/2021
- Olivier De Sardan, J.-P. (2003). « Pourquoi le malade anonyme est-il si mal traité ? Culture bureaucratique commune et culture professionnelle de la santé ». In Jaffré, Y. et Olivier De Sardan, J.-P. (2003). *Une médecine inhospitalière*, Paris, Karthala, pp. 265-294.
- Réseau national de lutte contre la corruption (REN-LAC). (2018). *Etude sur les présomptions de corruption et pratiques assimilées dans le système et les services de santé au Burkina Faso*, les éditions FGZ.
- Ridde, V., Belaid, L., Samb, O. M. et Faye, A. (2014). « Les modalités de collecte du financement de la santé au Burkina Faso de 1980 à 2012 » in *Santé Publique 2014/5* (Vol. 26), p. 715-725. <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-5-page-715.htm> PDF ; Téléchargé le 10/06/2015
- Schnitzler M. (2014). « Le rôle de l'entourage au sein de l'hôpital africain : une thématique négligée ? » in John Libbey Eurotext | *Sciences sociales et santé* 2014/1 Vol. 32 | pages 39 à 64, téléchargé le 20/11/2021 sur <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2014-1-page-39.htm>
- Zerbo, R. (2016). *Une anthropologie de la décentralisation du système de santé au Burkina Faso*, PUO.