



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (2)

ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023

Received, 2 July 2025

Accepted, 02 December 2025

Published, 9 December 2025

<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Tindano, P., et al. (2025). Qualité relationnelle soignant-soigné au Centre hospitalier de Fada N’Gourma au Burkina Faso. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 333-340. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.23>

Research

Qualité relationnelle soignant-soigné au Centre hospitalier de Fada N’Gourma au Burkina Faso

Quality of the caregiver-patient relationship at the Fada N’Gourma Hospital Center in Burkina Faso

Pascal TINDANO^{1,*}, Félicité W. NANA², So Abdoulaye², Ghislain G. PODA³, Maxime. K. Drabo²

¹Direction de la qualité des soins et la sécurité des patients, ministère de la Santé, 03 BP 7009 Ouagadougou, Burkina Faso

²Institut de Recherche en Science de la Santé, CNRST, 03 BP 7047 Ouagadougou, Burkina Faso

³Organisation mondiale de la santé, Bangui, République Centrafricaine

* **Correspondance** : E-mail : tinda_joa@yahoo.fr ; Tel : +226 70224262

Résumé

Dans un contexte de gratuité de soins au profit des enfants de moins de cinq ans, l’augmentation de l’utilisation des services de pédiatrie engendre les défis pour la qualité relationnelle soignant-soigné. Notre étude vise à décrire les perceptions des parents d’enfants de 0 à 5 ans qui ont été hospitalisés dans le service de pédiatrie du Centre hospitalier régional de Fada N’Gourma sur leurs interactions avec le personnel de santé. Cette étude a été réalisée au moyen d’un devis qualitatif de type phénoménologique descriptif. Nous avons procédé à un échantillonnage par choix raisonné de treize (13) parents d’enfants dont huit (08) de sexe féminin et cinq (05) de sexe masculin. Le plus jeune participant avait 21 ans contre 70 ans pour le plus âgé. Les techniques utilisées sont l’entretien semi-structuré, l’observation non participante et la revue documentaire en utilisant les outils correspondants. Les résultats montrent que les interactions des parents d’enfants avec le personnel soignant est perçue positivement pour ce qui concerne principalement les réponses aux sollicitations et la continuité des soins. Les sources d’insatisfaction concernent surtout la non-implication des parents dans les choix thérapeutiques et les pratiques de corruption. Cette étude a permis de tirer des leçons sur les relations soignant-soigné à travers les parents d’enfants hospitalisés. Les bonnes pratiques pourront être capitalisées et les insuffisances améliorées en vue de renforcer la qualité des soins.

Mots clés : perceptions parentales, relation soignant-soigné, gratuité des soins, pédiatrie, Burkina Faso

Abstract

In a context where healthcare is free for children under five, the increased use of pediatric services presents challenges for the quality of the caregiver-patient relationship. Our study aims

to describe the perceptions of parents of children aged 0 to 5 years who were hospitalized in the pediatrics department of the Fada N’Gourma Regional Hospital Center regarding their interactions with the health staff. This study was conducted using a qualitative, descriptive phenomenological design. We employed a purposive sampling method to select thirteen (13) parents of children, including eight (08) female and five (05) male participants. The youngest participant was 21 years old, while the oldest was 70. The techniques used were semi-structured interviews, non-participant observation, and document review, utilizing corresponding tools. The results show that the interactions between the parents and the caregiving staff are perceived positively regarding responsiveness to requests and continuity of care. Sources of dissatisfaction include the non-involvement of parents in therapeutic choices and the presence of corrupt practices. This study made it possible to draw lessons on caregiver-patient communication as experienced through the parents of hospitalized children. Best practices can be capitalized upon, and shortcomings can be improved to enhance the quality of care.

Keywords: parental perceptions, caregiver-patient relationship, free healthcare, pediatrics, Burkina Faso.

1. Introduction

La qualité des soins autrefois basée sur l’expertise technique repose de plus en plus sur la relation avec le patient. Un bon soin sans un apport relationnel n’aboutira pas aux résultats escomptés (Groud et al 2022). La qualité relationnelle client-thérapeute se développe à travers des attitudes facilitatrices (Thievenaz & Tourette-Turgis, 2017). A cet effet, les soignants doivent développer le sens d’écoute active et des compétences spécifiques en relation d’aide pour répondre au mieux aux besoins des patients (Bonso, 2023).

Le Burkina Faso a décrété en 2016 la gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de 5 ans (Ministère de la santé, 2017). Cette stratégie a concouru à l’amélioration de l’accès des populations aux soins de santé. En effet, plus de dix millions (10 000 000) de prestations gratuites ont été offertes aux enfants de moins de 5 ans, et le contact par enfant du pays qui était inférieur à 2 avant la gratuité des soins est monté à 2,7 en 2016 et à 3,1 en 2017 (Yameogo P, 2018). Cet accroissement de la fréquentation, augmente les besoins d’interactions et demande une organisation conséquente, Pour y arriver, le pays a adopté l’approche des soins intégrés centrés sur les personnes comme modèle de prestations de soins de santé (Ministère de la Santé, 2018). Cette approche doit concourir à améliorer les interactions des usagers avec le personnel soignant dans le système de santé et obtenir la collaboration du patient à travers l’empathie, l’information, l’éducation et un inventaire régulier de ses sources de satisfaction et de récrimination. Elle permet par ailleurs d’orienter les responsables des services de santé sur les améliorations à opérer pour répondre aux attentes du patient (Drabo et al., 2015). Deux ans après la mise en œuvre de la gratuité et une année après celle de la stratégie nationale pour améliorer la qualité des soins, les plaintes demeurent toujours récurrentes engendrant souvent des conflits entre les soignants et les soignés. Pour améliorer ce climat délétère préjudiciable pour la qualité des soins, il est nécessaire de comprendre la nature des interactions pour identifier les sources de frustrations. Une description des interactions du point de vue de l’usager permettra de mieux comprendre son ressenti et ses besoins afin de proposer des actions de rajustement du système d’offre de soins.

En milieu pédiatrique, l’enfant n’étant pas suffisamment autonome, les parents d’enfants jouent un rôle très important pour la prise en charge globale de l’enfant hospitalisé. Sa présence permet une meilleure estimation des besoins de l’enfant, éloigne de lui la peur et lui assure un sentiment de sécurité (Torbey & Garcia, 2013). Dans le cadre de la gratuité des soins au Burkina Faso, le rôle de parent d’enfant est d’autant plus important que les démarches administratives pour bénéficier des soins sont plus nombreuses. Dans ce contexte, nous envisageons par notre étude

de décrire les perceptions des parents d'enfants de 0 à 5 ans qui ont été hospitalisés dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Fada N' Gourma sur leurs interactions avec le personnel de santé. Cette description nous permettra d'identifier des axes d'analyse et d'amélioration de la qualité relationnelle soignant-soigné pour renforcer la satisfaction des usagers des services de santé.

2. Matériels et Méthodes

2.1 Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude qualitative de type phénoménologique descriptif du 12 octobre au 03 novembre 2018. En effet, la recherche phénoménologique permet de saisir le sens attribué à une expérience, à partir de la conscience qu'en a le sujet qui la vit (Ribau et al., 2005)

2.2 Population d'étude

Elle était constituée des parents d'enfants de 0 à 5 ans qui ont été hospitalisés dans le service de pédiatrie du CHR de Fada N'Gourma et pris en charge dans le cadre de la gratuité des soins. **Echantillonnage.** Il s'est agi d'un échantillonnage par choix raisonné. Nous avons tenu compte des caractéristiques en rapport avec le sexe, la provenance, le niveau d'instruction, l'âge et l'unité d'hospitalisation. Nous avons utilisé une fiche sociodémographique pour recruter les participants à travers une sélection directe après la visite médicale.

Critères d'inclusion

- Être parent d'un enfant de 0 à 5 ans ayant séjourné pendant au moins une journée dans l'une des unités d'hospitalisation de la pédiatrie du CHR de Fada N'Gourma ;
- Être le parent qui a passé le plus de temps aux côtés de l'enfant pendant son séjour hospitalier au CHR de Fada N'Gourma ;
- S'exprimer en gourmantchéma.

Critère d'exclusion

Ont été exclues les parents ayant refusé leur consentement à l'étude

Échantillon

Notre échantillon retenu après saturation était constitué de treize (13) parents dont huit (08) de sexe féminin et cinq (05) de sexe masculin. Le plus jeune participant avait 21 ans contre 70 ans pour le plus âgé.

2.3 Techniques et outils de collecte des données

Nous avons utilisé les techniques d'entretien individuel, d'observation et de revue documentaire à l'aide respectivement d'un guide d'entretien semi directif, une grille d'observation et une grille de dépouillement documentaire pour la collecte des données. Trois entretiens ont été réalisés hors de l'hôpital sur demande des participants et les dix autres au sein de l'hôpital. La durée moyenne des entretiens était de 50 minutes. L'observation des pratiques et interactions s'est faite de manière discrète sans prise de notes immédiate. La revue des documents a porté sur les supports de programmation et de soins ainsi que les fiches de référence et contre référence.

2.4 Dimensions étudiées

Le cadre conceptuel de notre étude, s'est inspiré du cadre du "National Health Service" (NHS) sur l'expérience patient dont la description de ces dimensions a été celle proposée par le Bureau

d'expertise en expérience patient du CHU du Québec (CHU de Québec, 2016) répondant à notre contexte.

Le thème d'intérêt a été les interactions des parents d'enfants hospitalisés avec le personnel de santé à travers i) la célérité des réponses aux préoccupations des accompagnants, ii) le climat de collaboration entre accompagnants et prestataires de soins et iii) la continuité et transition des soins.

La célérité des réponses aux préoccupations des accompagnants fait référence au temps mis par les prestataires de soins pour répondre aux préoccupations biomédicales et psychosociales des accompagnants.

Le climat de collaboration fait référence à atmosphère morale issue des interactions entre accompagnants et prestataires de soins

La continuité des soins fait référence respectivement à la permanence de l'offre de service, au relais des équipes de soins et l'assiduité des traitements.

2.5 Analyse des données

Notre analyse s'est faite selon des cinq (05) étapes d'analyse de la méthode phénoménologique de Giorgi (Giorgi, 1997). Dans un premier temps, les entretiens ont été transcrits intégralement dans l'exactitude des propos tenus, et du style oral. Puis, nous avons identifié les unités de signification qui sont des énoncés significatifs de chacun des entretiens réalisés. La troisième étape a été de développer le contenu des unités de signification. Pour ce faire, nous avons rassemblé sous les unités de signification, tout ce que la personne a pu y mettre tout au long de son discours. Enfin, la synthèse des thèmes significatifs a été faite ainsi que la présentation de l'expérience de chacun dans un niveau de généralité tout en conservant intact le sens de l'expérience. Les données de l'observation non participante, de la revue documentaire ont été également utilisées pour alimenter et enrichir l'analyse et la discussion.

2.6 Considérations éthiques

Le protocole de la présente recherche a été soumis à l'approbation du Comité d'éthique pour la recherche en santé (CERS) du Burkina Faso qui a émis un avis favorable par délibération N° 2018-9-120 du 12 septembre 2018 . Une autorisation du Directeur général du CHR de Fada N'Gourma a été accordé et tous les participants à l'étude ont pris connaissance de la note d'information du participant et du formulaire de consentement. Le consentement a été recueilli par signature ou par empreinte digitale. Le moment et le lieu du rendez-vous pour l'interview était décidé par les participants. Ils se sont réalisés en dehors des heures de soins à la convenance de chaque participant. De même la confidentialité des propos des participants à l'étude a été assurée, par l'utilisation de verbatim et de codes en respectant l'anonymat.

3. Résultats

3.1 Description des caractéristiques sociodémographiques des participants

Les participants à l'étude étaient au nombre de treize (13) dont huit (08) de sexe féminin et cinq (05) de sexe masculin. Le plus jeune participant avait 21 ans contre 70 ans pour le plus âgé tandis que la majorité des participants avaient au plus 40 ans. L'âge moyen des participants était de 35 ans. Concernant le niveau d'instruction, 08 participants n'ont pas été scolarisés. Quant à l'occupation professionnelle, 08 étaient cultivateurs ou ménagères pendant qu'un seul était fonctionnaire. Pour ce qui concerne la durée du séjour, 08 participants ont séjourné moins d'une semaine avec leurs enfants au CHR de Fada N'Gourma. Considérant la fréquence du séjour, 09 parents y ont séjourné 01 seule fois en 12 mois.

3.2 Célérité des réponses aux préoccupations des accompagnants

Les principales tendances des réponses sont que les prestataires ne sont pas prompts dans les réponses aux sollicitations des parents malgré la récurrence des appels. Certains parents expliquent qu'ils se sentent souvent obligés de prendre des initiatives personnelles d'actes de soins et sont récriminés.

« L'autre jour le sérum était fini et j'ai arrêté la perfusion pour attendre l'arrivée de l'agent de santé. Quand il est venu, il m'a beaucoup grondé en disant que je devais l'appeler et attendre son arrivée. Pourtant, personne ne me l'avait dit avant. Je me suis excusé pour avoir les soins pour mon enfant ». PM12.

« Quand vous ramenez les médicaments de la pharmacie, ils vous disent d'aller attendre dans la salle de soins, mais généralement, ils traînent beaucoup avant de venir faire les soins. En haut là (hospitalisation), un jour, mon enfant vomissait et je suis allée les appeler. Ils étaient deux mais aucun n'est venu voir ». PF4.

« Avant-hier, la main de mon enfant était enflée à cause de la perfusion. Vers midi, je suis allée appeler l'infirmier qui n'est pas venu. Je suis repartie l'appeler une 2^e fois, rien. Vers 16 H, le bras était plus enflé et l'enfant souffrait beaucoup. Mon mari est allé pour la 3^e fois et l'infirmier s'est fâché. Ainsi, il y a eu une bagarre entre eux ». PF3.

3.3 Climat de collaboration entre accompagnants et prestataires de soins

La majorité des répondants ont décrit le climat d'interaction avec les prestataires souvent tendus. Certains relatent qu'il arrive que le personnel soignant les insulte lorsqu'ils ne comprenaient pas leurs explications. Aussi des parents se sont sentis souvent fustigés parce qu'ils ne comprennent pas la langue utilisée par le personnel soignant.

« Une fois, j'ai eu des difficultés avec une infirmière parce que je ne comprenais pas sa langue. Elle m'a dit que comme j'ai besoin d'elle pour les soins, je devais m'efforcer de parler sa langue. ». PM12.

« En néonatalogie, si on t'explique et tu ne comprends pas vite, certaines soignantes se fâchent et nous menacent alors que ce n'est pas de notre faute. ». PF9.

« Durant tout notre séjour dans l'hôpital de Fada, il y avait toujours du respect pendant les échanges entre les agents de santé et nous. ». PM6.

3.4 Continuité des soins

Tous les participants à l'étude ont attesté que les prestataires de soins se remplaçaient au chevet de leurs enfants sans discontinuité. Ils ont également déclaré que leurs enfants recevaient les traitements tous les jours jusqu'à leur libération officielle à l'issue d'une visite médicale. Dans la plupart des cas, le parent d'enfant recevait la notification de sortie, des documents de la gratuité pour enregistrement à la caisse et une ordonnance médicale ou du lait (au CREN) pour poursuivre le traitement à domicile. Par ailleurs, un rendez-vous est donné à certains pour revenir au CHR de Fada N'Gourma et d'autres sont orientés vers les centres de santé de leurs localités d'origine pour y être suivis. Les difficultés évoquées sont en lien avec l'orientation, le temps d'attente au dépôt pharmaceutique, les ruptures de médicaments et l'agressivité de certains agents de santé.

« A notre sortie, ils nous ont prescrit un sirop et des comprimés et on nous les a donnés gratuitement à la pharmacie. Les agents de santé m'ont expliqué comment donner ça à la maison pour que la maladie de mon enfant guérisse définitivement » PM5.

« Pour les papiers de sortie, je suis allée là-bas (pharmacie) et je me suis alignée pendant 02 heures. ». PF4.

« *Quand nous avons été libérés, nous avons reçu une ordonnance mais le médicament n'était pas disponible . Quand je suis revenue, l'infirmier nous a donné gratuitement le médicament manquant et nous a expliqué comment continuer le traitement à la maison* ». PF7.

«*Nous étions alignés à la pharmacie. Une femme dont le cas de son enfant était grave mais elle n'est pas arrivée à se faire servir urgemment les médicaments. Deux (02) heures après, on est venu l'appeler que son enfant est parti (décédé)*». PF2.

« *L'autre jour, je me suis alignée près de 3 h, avant d'avoir les médicaments. L'agent de santé se plaignait parce que le traitement de mon enfant aurait dû se faire alors que l'heure était dépassée* ». PF2

4. Discussion

La qualité des soins exige une bonne interaction entre les différentes parties prenantes du processus d'offre de soins. La qualité communicationnelle des soignants est une dimension fréquemment évaluée dans le cadre des relations soignant-soigné (Magali, 2018).

Dans la littérature, les défis relationnels dans les hôpitaux sont influencés par plusieurs facteurs tels que les caractéristiques du patient, sa famille, le groupe familial/proches, ainsi que les soignants avec leur propre vécu personnel et professionnel (Blandine & Sandrine, 2021). Cependant, dans notre étude, la description des interactions entre les parents des enfants hospitalisés et le personnel soignant n'a pas montré de particularité des caractéristiques sociodémographiques des parents. Les réponses ne variaient pas en fonction du sexe, l'âge ou le niveau d'instruction des parents.

Notre étude décrit à la fois des perceptions positives et négatives en lien avec les dimensions explorées. En effet, durant leur séjour hospitalier, les sollicitations des parents étaient relatives aux informations sur le diagnostic, le traitement et le suivi des patients. La nature des sollicitations est intimement liée à l'asymétrie d'informations relative aux aspects biomédicaux de la prise en charge. La plupart des parents ne disposent ni des prérequis ni de la formation inhérente aux physiopathologies, étiopathogénies et thérapeutiques en jeu. Cette asymétrie d'information confère un pouvoir de supériorité au soignant qui dicte les instructions sans prendre le temps d'expliquer. Cependant avec la vulgarisation des accès à internet et aux réseaux sociaux certains parents pourraient disposer d'informations qu'ils souhaiteraient valider auprès des prestataires. D'autres études menées au Congo, ont également montré que la majorité des patients ne sont pas mis au courant de leur diagnostic et des traitements à suivre, et sont préoccupés par l'utilisation de termes médicaux par les professionnels de santé, qui limite leur compréhension (kafumbi, 2024, Shukuru lossa, 2024). Cette insuffisance de communication est souvent expliquée par la surcharge de travail du personnel surtout dans un contexte de gratuité des soins entraînant un accroissement de la fréquentation de l'hôpital.

Selon les parents interrogés certains agents de santé répondaient généralement avec célérité à leurs préoccupations et les interactions empreintes de courtoisie et de respect mutuel surtout lors des visites. Certaines de nos observations ont confirmé un bon climat de travail dans les unités. Ce climat est de nature à rendre très agréable le séjour hospitalier et à encourager les parents à participer plus activement au processus de prise en charge (Torbey & Garcia, 2013). Le fait de constater une présence continue des prestataires refoulait ce sentiment d'abandon très souvent retrouvé chez les personnes stressées. Cet état de fait pourrait accroître leur confiance vis-à-vis de l'hôpital.

Les parents interrogés ont affirmé n'être pas systématiquement associés aux processus de prise en charge de leurs enfants. Certains prestataires n'expliquaient pas les raisons des traitements et réprimandaient régulièrement certains comportements des parents. Cet état de fait pourrait

alimenter le désarroi, le découragement et même un repli sur soi. Selon les directives de soins centrés sur les personnes, le patient ou sa famille ne doivent pas être considéré comme des récepteurs passifs mais doivent participer à la production des soins (Blandine & Sandrine, 2021).

La gratuité des soins semble avoir aussi engendré ou intensifié des usages peu recommandables dans les interactions parents-prestataires de soins. Il s'agit essentiellement des faits de corruption et la vente illicite des médicaments. Ces pratiques tendent à amplifier les ruptures des médicaments gratuits et à accroître les dépenses catastrophiques de santé des parents d'enfants (Touré, 2012). Des pratiques similaires ont été décrites dans les centres de santé de plusieurs pays ouest africains (INS Niger, 2015; Olivier de Sardan & Ridde, 2012 ;Jaffré & Olivier de Sardan, 2003; Touré, 2012). Cela a amené certains auteurs à soutenir que le parcours des malades dans les centres de santé est émaillé de facturations de médicaments et d'actes thérapeutiques normalement gratuits, de ventes frauduleuses de médicaments et de tentatives de légitimation de ces pratiques par le personnel de santé (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003).

5. Conclusion

La description des perceptions des parents d'enfants sur leurs interactions avec le personnel soignant montre une qualité relationnelle assez positive notamment pour ce qui concerne les réponses aux sollicitations et la continuité des soins. Les sources d'insatisfaction concernent la non-implication des parents dans les choix thérapeutiques et les pratiques de corruption. Bien que les résultats de notre étude ne puissent pas être généralisés, l'amélioration de l'organisation des services, la gestion de la charge de travail et l'implication des usagers aux décisions sont entre autres des mesures d'amélioration qui pourront renforcer les liens entre soignant et soigné dans les hôpitaux dans le contexte de la gratuité des soins.

Conflit d'intérêt

Aucun d'intérêt n'est lié à cet article.

Références Bibliographiques

- Groud, P.-F., Gourinat, V., & Dalibert, L. (2022). Les enjeux de la relation soignant-soigné sur les processus d'appropriation de la prothèse : Tensions, collaborations, évolutions. *Livre des communications*, 24
- Thievenaz, J., & Tourette-Turgis, C. (2017). Penser l'expérience du soin et de la maladie. <http://sbiproxy.uqac.ca/login?url=https://international.scholarvox.com/book/88841246>
- Bonso, S. K. N. W. (2023). Déterminants de la mauvaise qualité des relations soignants-soignés dans des formations sanitaires, cas de l'Hôpital général de référence de Tshikapa. *International Journal of Social Sciences and Scientific Studies*, 3(6), 3280-3297.
- Ministère de la Santé. (2017). *Stratégie nationale de mise en œuvre de la gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq (05) ans*. Ministère de la Santé.
- Yameogo P. (2018). Bilan de la mise en œuvre de la gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq (05) ans vivant au Burkina Faso. *Ministère de la Santé*.
- Ministère de la Santé, (2018). *Manuel de procédures de mise en œuvre de la gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq (05) ans vivant au Burkina Faso*. Ministère de la Santé.
- Drabo, K M, Tinto, H., Hien, H., Konfé, S., Nana, F., Ly, A., & Ouédraogo, T. L. (2015). Perceptions des femmes enceintes fréquentant la consultation prénatale dans les centres de santé de premier échelon du District sanitaire de Do et Dafra au Burkina Faso. *Science et*

- Technique, Sciences de la Santé*, 38, 8. https://www.revuesciences-techniquesburkina.org/index.php/sciences_de_la_sante/article/view/1488
- Torbey, M., & Garcia, P. R. (2013). La réponse aux besoins de la famille dans un contexte de soins intensifs : Une question d'intégration. *L'infirmière clinicienne* 10(1),
- Ribau, C., Lasry, J.-C., Bouchard, L., Moutel, G., Hervé, C., & Marc-Vergnes, J.-P. (2005). La phénoménologie : Une approche scientifique des expériences vécues. *Recherche en soins infirmiers*, 81(2), 21. <https://doi.org/10.3917/rsi.081.0021>
- Giorgi, A. (1997). The Theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235-260. <https://doi.org/10.1163/156916297X00103>
- Magali G., Florent L., Didier T. (2018). La relation soignant-soigné dans la littérature académique : tendances générales, limites et perspectives. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* Vol176, Issue 2, Feb 2018, Pages 135-144
- Vignéras B. , Prandi S. (2021). Constat amer d'un dérapage dans la relation soignant-soigné-famille / proches ou quand la COVID-19 nous ouvre les yeux.. *Revue de Bioéthique de Nouvelle-Aquitaine*, 2021, 8, p. 9-15. {hal-03321954}
- Joël K. et al (2024) Communication Soignant-Soigné en milieu hospitalier. étude menée à l'hôpital général de référence de Kenge, Kwango, Rép. Dém. Congo. *International Journal for Multidisciplinary Research (IJFMR) Volume 6, Issue 2, March-April 2024*
- Shukuru I.D., Milabyo.K.P, Bwinja.M.H, Grace. K.J (2024) Communication interpersonnelle dans la prise en charge des malades à l'Hôpital Général de Référence de Bagira en République Démocratique du Congo. In *International Journal of Novel Research and Development ISSN :2456-4184. Volume9|Issue12|December-2024.*
- Touré, L. (2012). La baisse de qualité, prix à payer pour un meilleur accès aux soins ? : Perceptions sur les politiques d'exemption de paiement des soins au Mali. *Afrique contemporaine*, 243(3), 49. <https://doi.org/10.3917/afco.243.0049>
- Institut national de la statistique Niger. (2015). *Etude sur la gratuité des soins de santé au Niger* (p. 67) [Rapport d'étude]. *Institut national de la statistique (INS)*.
- Olivier de Sardan, J.-P., & Ridde, V. (2012). L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger : Les contradictions des politiques publiques. *Afrique contemporaine*, 243(3), 11. <https://doi.org/10.3917/afco.243.0011>
- Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (2003). Une médecine inhospitalière. *Editions Karthala*. <https://doi.org/10.3917/kart.jaffr.2003.01>

© 2025 TINDANO, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.