HAL
open science

La relation soignant-soigné au Burkina Faso en 2008: Comment les professionnels et les patients la perçoivent-elles ?

Marie Lorraine Friderich

To cite this version:

Marie Lorraine Friderich. La relation soignant-soigné au Burkina Faso en 2008: Comment les professionnels et les patients la perçoivent-elles ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2009. hal-01732665

HAL Id: hal-01732665

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732665

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE HENRI POINCARE, NANCY I
2009

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
N° 45

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Marie Lorraine FRIDERICH

Le 8 juin 2009

LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE AU BURKINA FASO EN 2008.

Comment les professionnels et les patients la perçoivent-ils ?

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur BRAUN	Président
M. le Professeur GUILLEMIN	Juges
M. le Professeur GERARD	
M. le Professeur AUBREGE	

UNIVERSITE HENRI POINCARE, NANCY I
2009

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
N°

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Marie Lorraine FRIDERICH

Le 8 juin 2009

LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE AU BURKINA FASO EN 2008.

Comment les professionnels et les patients la perçoivent-ils ?

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur BRAUN	Président
M. le Professeur GUILLEMIN	Juges
M. le Professeur GERARD	
M. le Professeur AUBREGE	

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen *Recherche* : Professeur Jean-Louis GUEANT
Vice Doyen *Pédagogie* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Campus* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Assesseurs :

du 1er Cycle :	**M. le Professeur François ALLA**
du 2ème Cycle :	**M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
du 3ème Cycle :	**M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
Filières professionnalisées :	**M. le Professeur Christophe CHOSEROT**
Prospective :	**M. le Professeur Laurent BRESLER**
FMC/EPP :	**M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY - Jacques BORRELLY
Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE
Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel DUC
Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE
Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT
Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU
Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL
Daniel SCHMITT - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX
Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF
Michel WEBER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI – Professeur Bruno CHENUEL

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire (type mixte : biologique)***

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***

Professeur Alain LOZNIEWSKI

3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***

Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)***

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2ème sous-section : ***(Réanimation médicale)***

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : ***(Thérapeutique)***

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes)***

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie)***

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean-Marie ANDRE – Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)***

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie)***

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Professeur Denis WAHL

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie)***

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2ème sous-section : ***(Chirurgie digestive)***

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne)***

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : *(Pédiatrie)*

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER

2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU

3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : *(Endocrinologie et maladies métaboliques)*

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Docteur Béatrice MARIE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2ème sous-section : *(Physiologie)*

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

4ème sous-section : *(Nutrition)*

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*
Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD
2ème sous-section : *(Parasitologie et mycologie)*
Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
4ère sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*
Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Docteur François SCHOONEMAN
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*
Docteur Lina BEZDETNAYA épouse BOLOTINE
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
4ème sous-section : *(Génétique)*
Docteur Christophe PHILIPPE

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : *(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)*
Docteur Gérard AUDIBERT
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER
4ème sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Docteur Patrick ROSSIGNOL

50ème Section : RHUMATOLOGIE
1ère sous-section : *(Rhumatologie)*
Docteur Anne-Christine RAT

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction)*
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

32ème section : Chimie Organique, Minérale, Industrielle
Monsieur Franck DALIGAULT

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS
Monsieur Franck DALIGAULT

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA

66ème section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Professeur associé Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Michel BOULANGE – Professeur Pierre BEY
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean FLOQUET
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Alain LARCAN
Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Guy PETIET - Professeur Luc PICARD
Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Danièle SOMMELET
Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Michel VIDAILHET

========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

À Monsieur le Professeur BRAUN, Président du Jury,
Professeur d'anatomie (option clinique, radiologie et imagerie médicale),
Chevalier dans l'ordre des palmes académiques,

Je sais l'attachement que vous portez à la relation soignant-soigné, et à la relation humaine en général.
Je vous remercie sincèrement de l'intérêt que vous avez porté à mon travail, tout au long de sa réalisation. Merci pour votre soutien, votre disponibilité, et pour votre gentillesse.
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur GUILLEMIN,
Professeur d'épidémiologie, économie de la santé et prévention,

Vous avez accepté de juger mon travail, et c'est pour moi un grand honneur.
Je vous prie de trouver ici tous mes remerciements, et ma plus haute considération.

À Monsieur le Professeur GERARD,
Professeur de réanimation médicale,

Je vous sais attaché au Burkina Faso, à sa population, et je connais votre engagement pour la médecine humanitaire.
Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de siéger dans mon jury.
Recevez l'assurance de toute ma reconnaissance, et de mon respect sincère.

À Monsieur le Professeur AUBREGE, Directeur de thèse,
Professeur associé de médecine générale,

Je vous remercie sincèrement pour votre disponibilité, votre optimisme communicatif, et pour la confiance que vous m'avez témoignée depuis le début.
Ce fut un plaisir de travailler avec vous.

REMERCIEMENTS

À mes parents, pour votre présence sans faille, pour m'avoir donné cet enthousiasme, dans le travail et dans la vie, et pour votre participation active et efficace à ce travail. Merci pour tout.

À ma famille, à mes grands parents, pour la chaleur que vous m'avez toujours apportée, cette base solide que vous représentez dans ma vie, et le plaisir que j'éprouve à être avec vous.

À Benjamine, ma sœurette, pour sa relecture attentive et pertinente et pour tout le reste.

À Mimine, pour tous ces moments singuliers.

À tous mes amis des HAAA, pour ces moments partagés, passés et à venir, pour votre présence dans les moments difficiles.

À Seydou et Ibrahim, pour leur aide apportée à ce travail. Merci pour votre sincérité.

À tous ceux qui m'ont apporté leur aide dans ce travail, au Burkina Faso et ailleurs, Alain SAIGNOL de Burkina Secours, Mme Fatoumata OUATARRA, Messieurs les Professeurs SAWADOGO, OUEDRAOGO, DRABO, M. le Dr Gilbert OUEDRAOGO et son épouse, et M. le Dr Norbert SIOHO.

À tous mes amis de Bobo-Dioulasso, pour tous les bons moments passés, et pour votre accueil.

À toutes celles et tous ceux qui ont accepté de participer à ces entretiens, et qui l'ont fait avec beaucoup de générosité.

À mes confrères et collègues paramédicaux rencontrés au cours de ces années d'études, pour le plaisir de travailler ensemble.

À tous mes amis, de fac et d'ailleurs, qui tiennent une place importante dans ma vie.

À Thierry, ses petits bras et ses petites oreilles, qui ont accompagné la réalisation de ce travail, avec douceur, et patience.

A Papithié,

Je te dédie ce travail.
Je me plais à penser que tu es là, et que tu continues à poser ton regard doux et sage sur nous.
J'espère aujourd'hui que tu es fier de moi.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.
Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.
Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.
J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIERES :

LISTE DES FIGURES ET ANNEXES ..... **- 17 -**

LISTE DES ABREVIATIONS ..... **- 18 -**

I. INTRODUCTION ..... **- 20 -**

A. Introduction générale ..... **- 20 -**

B. Revue de la littérature ..... **- 21 -**

II. Le BURKINA FASO ..... **- 25 -**

A. Présentation générale ..... **- 25 -**
1. Données géographiques ..... - 25 -
2. Données démographiques ..... - 26 -
3. Données socioculturelles ..... - 26 -
4. Données économiques ..... - 27 -
5. Données politiques ..... - 27 -

B. Données sanitaires ..... **- 27 -**
1. Indicateurs sanitaires ..... - 27 -
2. Un tableau épidémiologique dominé par les maladies transmissibles ..... - 28 -
3. Maladies non transmissibles : un problème émergent encore mal connu ..... - 29 -

C. Développement du secteur de la santé ..... **- 29 -**
1. Histoire des politiques sanitaires au Burkina Faso ..... - 29 -
2. Organisation du système de santé actuel ..... - 31 -

D. La politique sanitaire actuelle au Burkina Faso ..... **- 35 -**

III. MATERIEL ET METHODE ..... **- 38 -**

A. Le choix méthodologique ..... **- 38 -**

B. La population interrogée ..... **- 38 -**
1. Les professionnels ..... - 38 -
2. Les patients ..... - 43 -

C. La maquette d'entretien ..... **- 45 -**
1. A destination des patients ..... - 45 -
2. A destination des soignants ..... - 45 -

D. La réalisation des entretiens ..... **- 46 -**

1. Entretiens menés avec les soignants ..... - 46 -
2. Entretiens menés avec les patients ..... - 46 -

E. L'analyse des données ..... - 47 -

IV. RESULTATS ..... - 49 -

A. Devenir professionnel de la santé ..... - 49 -
1. Un choix ? ..... - 49 -
2. Motivations initiales ..... - 51 -
3. Motivations actuelles ..... - 52 -

B. Le rôle des professionnels de santé d'après les patients ..... - 53 -

C. Formation des professionnels à la relation soignant-soigné ..... - 54 -

D. Les attentes des usagers ..... - 57 -
1. Vues par les usagers ..... - 57 -
2. Vues par les professionnels ..... - 60 -

E. Les attentes des professionnels ..... - 63 -
1. Vues par les patients ..... - 63 -
2. Vues par les professionnels ..... - 64 -

F. La qualité perçue de la relation soignant-soigné ..... - 68 -
1. La qualité perçue par les patients ..... - 68 -
2. La qualité perçue par les soignants ..... - 69 -

G. Les obstacles à la relation soignant-soigné ..... - 73 -
1. La responsabilité des patients vue par eux-mêmes ..... - 73 -
2. La responsabilité des patients vue par les soignants ..... - 74 -
3. La responsabilité des soignants et du système, vue par les patients ..... - 77 -
4. La responsabilité des soignants et du système, vue par les professionnels ..... - 79 -

H. Les propositions pour une amélioration ..... - 82 -
1. Les propositions des patients ..... - 82 -
2. Les propositions des professionnels ..... - 84 -

V. DISCUSSION ..... - 88 -

A. Confrontation des discours ..... - 88 -
1. Quelles sont les attentes des patients ? ..... - 88 -
2. Quelles sont les attentes des professionnels ? ..... - 89 -
3. Quelles sont les propositions pour améliorer la relation? ..... - 89 -

B. Les professionnels de la santé ..... - 90 -
1. Une image dans la société ..... - 90 -
2. La crise des vocations ..... - 91 -

C. L'inconfort social ..... - 95 -
1. Les professionnels ..... - 95 -
2. Les patients ..... - 99 -

D. L'inconfort économique ..... **- 103 -**
1. Les professionnels ..... - 103 -
2. Les patients ..... - 108 -

E. Des malades imparfaits ..... **- 114 -**

F. Communication et incompréhension ..... **- 119 -**
1. Le constat de l'incompréhension mutuelle ..... - 119 -
2. Le besoin de communiquer ..... - 126 -

G. Des paroles bienveillantes ..... **- 129 -**

H. Les limites de l'étude ..... **- 131 -**
1. Sur la méthode employée ..... - 131 -
2. Sur la réalisation de l'étude ..... - 132 -

VI. CONCLUSION ..... **- 138 -**

VII. BIBLIOGRAPHIE ..... **- 141 -**

VIII. ANNEXES ..... **- 145 -**

LISTE DES FIGURES ET ANNEXES

Figure 1: Suggestion des enquêtés pour une amélioration des services de santé. ..... - 22 -
Figure 2 : Situation du Burkina Faso en Afrique de l'Ouest. ..... - 25 -
Figure 3 : Carte du Burkina Faso et ses villes principales. ..... - 26 -
Figure 4 : Représentation de la pyramide des structures sanitaires au Burkina Faso. ..... - 32 -
Figure 5 : Ratio nombre d'habitants par catégorie de personnel. ..... - 34 -
Figure 6 : Répartition des soignants interrogés par profession. ..... - 39 -
Figure 7 : Répartition des soignants interrogés par secteur d'activité. ..... - 39 -
Figure 8 : Répartition des soignants interrogés au sein du secteur public. ..... - 40 -
Figure 9 : Les soignants interrogés : répartition par type d'exercice. ..... - 40 -
Figure 10 : Districts sanitaires au Burkina Faso. ..... - 41 -
Figure 11 : Tableau récapitulatif des soignants interrogés et caractéristiques principales. . - 42 -
Figure 12 : Répartition des patients interrogés par sexe. ..... - 43 -
Figure 13 : Tableau récapitulatif des patients interrogés, et caractéristiques principales.... - 44 -
Figure 14 : Tableau de correspondance des questions de l'entretien après traduction en dioula. ..... - 135 -
Figure 15 : Les groupes ethniques majoritaires (1983) ..... - 152 -

Annexe 1 : Répartition des dépenses de santé par milieu de résidence (FCFA) ..... - 145 -
Annexe 2 : Recommandations à l'usage des soignants, pour une bonne communication avec les patients. ..... - 146 -
Annexe 3 : Photo d'un entretien de groupe (photo prise avec l'autorisation des personnes concernées) 12/02/2008 ..... - 147 -
Annexe 4 : Salle d'accouchement dans un CHU. (Photo prise en 2005) ..... - 148 -
Annexe 5 : Service d'accueil des urgences dans le même CHU (2005) ..... - 148 -
Annexe 6 : Liste détaillée des prestations subventionnées et leurs tarifs. (FCFA) ..... - 149 -
Annexe 7 : Principes directeurs de l'Initiative de Bamako. ..... - 150 -
Annexe 8 : Tarif moyen des actes au niveau du CSPS (FCFA). ..... - 150 -
Annexe 9 : Les relations interethniques au Burkina Faso. ..... - 151 -
Annexe 10 : Affiche réalisée pour la Conférence Internationale sur les Soins de Santé primaires tenue à Alma-Ata en 1978. ..... - 154 -
Annexe 11 : Retranscription d'un entretien avec 3 soignants. ..... - 155 -
Annexe 12 : Retranscription d'un entretien avec 6 patients. ..... - 164 -

LISTE DES ABREVIATIONS

AIS :	Agent Itinérant de Santé.
AMI :	Assistance Médicale Indigène.
AOF :	Afrique Occidentale Française.
ARV :	Anti Rétroviraux.
BCG :	Bacille de Calmette et Guérin.
BEPC :	Brevet d'Etude du Premier Cycle.
BF :	Burkina Faso.
CAMEG :	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques et des Consommables Médicaux.
CEDEAO :	Communauté Economique des Etats d'Afrique de l'Ouest.
CHR :	Centre Hospitalier Régional.
CM :	Centre Médical.
CNSS :	Caisse Nationale de Sécurité Sociale.
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire.
CMA :	Centre Médical avec Antenne chirurgicale.
COGES :	Comité de Gestion (des centres de santé).
CPN :	Consultation Prénatale.
CSPS :	Centre de Santé et de Promotion Sociale.
DEP :	Direction des Etudes et de la Planification.
DIU :	Diplôme Inter Universitaire.
ENSP :	Ecole Nationale de Santé Publique.
FCFA :	Franc CFA.
FMI :	Fond Monétaire International.
IB :	Infirmier Breveté.
IDE :	Infirmier Diplômé d'Etat.
IDH :	Indice de Développement Humain.
IEC :	Information Education Communication.
MEG :	Médicament Essentiel Générique.
MG :	Médecin Généraliste.
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé.
ONG :	Organisation Non Gouvernementale.
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire.
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement.
PVVIH :	Patient Vivant avec le VIH.
PSN :	Politique Sanitaire Nationale.
SFDE :	Sage-femme Diplômée d'Etat.
SIDA :	Syndrome d'Immunodéficience Acquise.
SOFITEX :	Société Burkinabè des Fibres textiles.
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.
VIH :	Virus d'Immunodéficience Humaine.

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

A. Introduction générale

Lors de notre premier voyage au Burkina Faso en 2005, à l'occasion d'un stage hospitalier de 2 mois, nous avons été profondément transformée par ce que nous y avons vu et appris, par les personnes que nous y avons rencontrées. De très nombreuses questions se sont posées à nous.
L'une d'elle a été suscitée par un geste dont nous avons été témoin à l'occasion d'un accouchement compliqué, à la maternité d'un grand hôpital public : un médecin a giflé une patiente, sous les yeux de plusieurs soignants, dans un geste réflexe, et dans un contexte où la relation soignant-soigné était marquée, d'après nous, par la soumission du patient, et les difficultés de communication.
Nous avons dans un premier temps trouvé ce geste inacceptable, puis nous avons souhaité confronter notre sentiment personnel, qui nous paraissait simpliste, influencé par nos propres valeurs, à celui des personnes réellement concernées par le système de santé : les patients et les professionnels.

Dans cette étude, nous avons donc cherché à recueillir le sentiment des acteurs et des usagers de ce système de santé, en nous appliquant à n'apporter ni jugement personnel, ni comparaison avec le système de santé français. Nous avons voulu laisser les soignants et les soignés s'exprimer au sujet de l'aspect relationnel du soin dans leur pays, leurs attentes, leurs difficultés, leur satisfaction, les perspectives d'amélioration.

Pour cela, nous avons fait un premier voyage en février 2007, où nous avons pu rencontrer plusieurs acteurs importants de la santé, notamment M. Le Professeur SAWADOGO, doyen de la Faculté de Médecine de Ouagadougou, M. le Professeur OUEDRAOGO, vice-doyen, Mme Fatoumata OUATTARA, Anthropologue, Ingénieur de Recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement, auteur de plusieurs recherches en anthropologie de la santé au Burkina Faso, M. le Professeur DRABO, Chef du service de médecine interne au CHU de Ouagadougou. Toutes ces personnes ont accepté de nous recevoir, et nous ont apporté une aide certaine dans notre travail. Au cours de ce voyage, nous avons également pu réaliser un entretien-test avec quelques connaissances. Cela nous a permis d'affiner le sujet, d'améliorer notre grille d'entretien, et d'expérimenter la technique de direction.

Le second voyage, au cours duquel nous avons effectué nos recherches, s'est déroulé de décembre 2007 à avril 2008. Malgré nos tentatives, nous n'avons pu obtenir de financement, et nous sommes donc partie avec nos fonds propres, au cours d'une période de disponibilité. Nous avons logé durant 5 mois dans la ville de Bobo-Dioulasso. Nous bénéficiions d'une voiture pour nous déplacer, d'un microphone, d'un lecteur enregistreur, et un ami a accepté de jouer le rôle du traducteur.
Par manque de moyens, nous n'avons pu nous déplacer aussi loin que nous l'aurions souhaité, mais nous avons tout de même cherché une certaine diversité dans la population interrogée, les lieux de soins, le type de structure.

B. Revue de la littérature

Nous n'avons mis en évidence aucune étude ayant spécifiquement cherché à déterminer l'opinion à la fois des usagers et des professionnels sur la qualité perçue de la relation soignant-soigné, et sur les doléances de chacun dans ce domaine.

Des études menées par les autorités sanitaires nationales mettent en évidence la satisfaction des usagers :
L'Enquête Mondiale sur la Santé, publiée en 2003 par le Ministère de la Santé en partenariat avec l'OMS, rapporte, après une évaluation par méthode quantitative en milieu hospitalier que « [les patients] ont une image très positive du système (compétence du corps médical, fourniture en médicaments suffisante et existence du matériel). Par contre, le temps mis pour accéder au centre hospitalier, ainsi que le coût de l'hospitalisation constituent de véritables problèmes. En milieu hospitalier, les prestataires ont été plébiscités par les patients dans les domaines de la dignité et de la confidentialité. En revanche, il leur est reproché leur [manque] de promptitude, ainsi que la communication. » (1)

Egalement, quelques enquêtes de satisfaction vis-à-vis du système de santé ont été menées auprès d'usagers :

- L'une d'elles, menée par ZOUBGA A-D. en 2002, médecin spécialiste en santé publique, ancien Ministre de la Santé[1], met en évidence une satisfaction globale des usagers de 84,2%. Les déterminants de la satisfaction sont entre autres : « la prescription de bons produits », « l'établissement d'un bon diagnostic », « l'efficacité de la prescription ». Les éléments comme la gentillesse des prestataires, le temps consacré à l'écoute, et à l'examen du patient participeraient plus faiblement dans l'appréciation positive de la qualité des services par les utilisateurs. (2)

- Une autre, menée par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie, évalue la satisfaction en séparant les critères d'évaluation (3) : 72,7 % des usagers pensent que les prestataires sont compétents (fourniture de bonnes prestations). 66,9% des utilisateurs des services de santé estiment que le temps d'attente est court, et près de la moitié des usagers a une bonne appréciation des conditions de travail. Dans cette même étude, les attentes des usagers se portent sur l'apport d'infrastructures et d'équipements (38,5 %), la disponibilité des produits (21,6 %), la réduction des coûts de prestations et des produits (20,2 %) et l'attente d'une meilleure prestation de la part du personnel de santé (18,5 %). (3)

[1] De 1987 à 1989.

Les suggestions des usagers interrogés, pour l'amélioration des services de santé portaient sur :

Suggestions	Total en %
Recrutement/Formation de personnel	22,6
Financement	22,3
Prise en charge des soins	15,0
Approvisionnement/diversification des produits	12,9
Personnel compétent et consciencieux	11,1
Autres	15,4
NSP, Rien, Aucun	28,9
Total	695[2]

Figure 1: Suggestion des enquêtés pour une amélioration des services de santé.

Source : INSD, Ministère de l'Economie et du Développement. Sondage d'opinion auprès des utilisateurs des services publics de base (santé et éducation). Ouagadougou : 2002 (3)

On note également quelques études menées sur l'interaction soignant-soigné en Afrique de l'Ouest, plus orientées sur le versant socio-anthropologique.

- L'une d'elles, menée sous la direction de JAFFRE Y. et OLIVIER de SARDAN J-P, met l'accent sur la faible performance du système de santé dans plusieurs pays d'Afrique occidentale, et l'explique, entre autres, par une mauvaise qualité de soins et de service (4). Aujourd'hui, de nombreux sociologues de la santé s'accordent à dire que l'accueil dans les services de santé est médiocre, entraînant ainsi une mauvaise perception des populations vis-à-vis des structures de santé. La gestion des ressources humaines est caractérisée par une mauvaise répartition du personnel par rapport aux besoins, et l'insuffisance de motivation du personnel[3]. (2)

- Une autre étude, réalisée dans deux districts sanitaires burkinabè en 2001, à l'aide d'observations et d'entretiens avec le personnel, portait sur la gouvernance dans les structures de santé, mettant l'accent sur des pratiques malhonnêtes des agents de santé et les modalités obscures de la gestion administrative des structures de santé. (5)

Le Plan National de Développement Sanitaire, issu de la Politique Sanitaire Nationale du Burkina Faso, a fixé huit objectifs intermédiaires en 2001, et les a confirmés en 2006 : parmi ces huit objectifs destinés à « réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations » (6, 7), deux concernent l'utilisation et la qualité des services de santé, ainsi que la qualité des ressources humaines en santé.

[2] Le total est supérieur à 100 probablement parce qu'une même personne a pu donner plusieurs réponses.
[3] Il s'agit de la même étude que celle citée précédemment, réalisée par ZOUBGA A-D, rapportant une satisfaction des usagers de 84,2%. (2)

Nous avons voulu centrer ce travail sur la relation soignant-soigné au Burkina Faso, dont l'évaluation reste assez imprécise, mais qui est au cœur de la qualité des services de santé, et dont l'amélioration est un objectif de la politique sanitaire actuelle. Nous avons voulu laisser la parole aux individus, acteurs et usagers de la santé, en suscitant leurs commentaires, et leurs propositions, en tentant de les mettre en perspective, pour une relation soignant-soigné plus satisfaisante, plus efficace, et plus équitable. Nous ne voulions en aucun cas apporter de jugement personnel, qui ne pouvait être qu'erroné et partiel. La vérité n'existe pas, et personne ne la détient. Elle ne réside que dans la multiplication des opinions parfois contradictoires que nous avons pu recueillir.

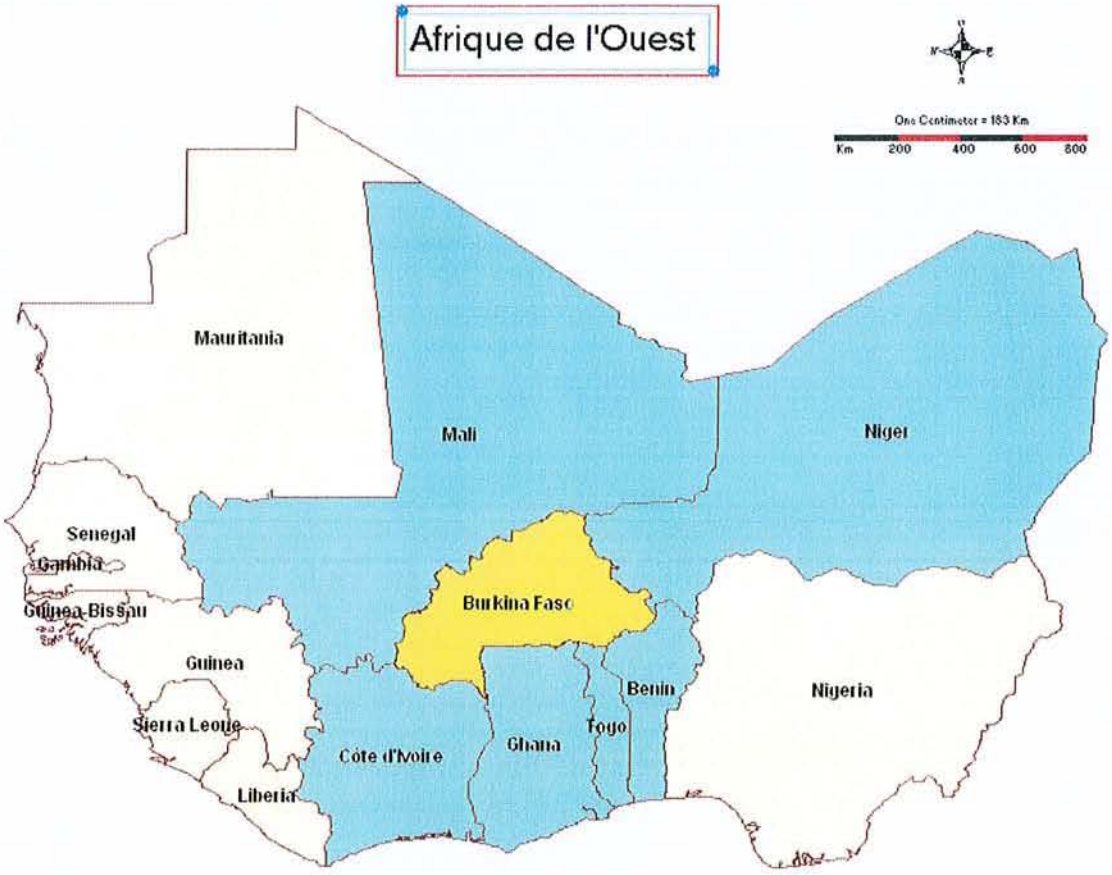
LE BURKINA FASO :

PRESENTATION GENERALE

II. Le BURKINA FASO

A. Présentation générale[4]

Figure 2 : Situation du Burkina Faso en Afrique de l'Ouest.



Source : Ministère de la Santé, DEP, tableau de bord de la santé 2007 (8)

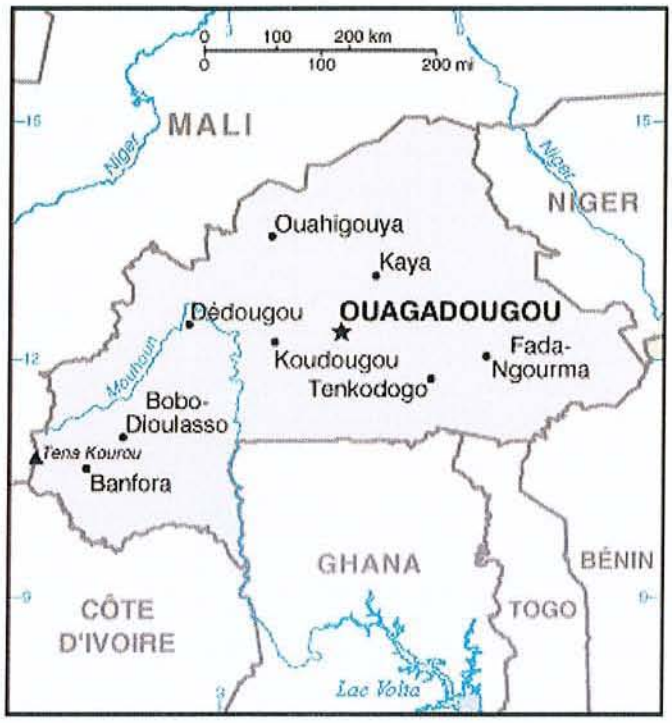
1. Données géographiques

Le Burkina Faso est un pays sahélien situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest. A l'exception de la zone du sud-ouest, l'aridité est une des caractéristiques essentielles du milieu naturel

[4] Sauf mention contraire, les données statistiques sont celles de l'UNICEF. (9)

burkinabè. L'impact de cette aridité et notamment celui des sécheresses sporadiques est considérable sur l'environnement, l'économie et la vie quotidienne des burkinabè.

Figure 3 : Carte du Burkina Faso et ses villes principales.



Source : Encyclopédie Wikipedia.

2. Données démographiques

Estimée à 14.330.584 habitants en 2007 (10), la population burkinabè est caractérisée par un taux d'accroissement élevé (3% par an entre 1990 et 2007): elle est jeune (53% de la population a moins de 18 ans), habite encore essentiellement en zone rurale (81%) et est très mobile aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du pays.

3. Données socioculturelles

Avec un taux d'alphabétisation des adultes de 29%, le niveau d'éducation de la population est faible mais en forte progression depuis 15 ans. Les disparités entre hommes et femmes sont majeures à ce niveau, tout comme les disparités entre milieu urbain et rural.

La population est caractérisée par une soixantaine de groupes ethnolinguistiques, avec des relations interethniques pacifiques et marquées par une grande tolérance[5].
La langue officielle est le français. Les religions sont dominées par l'animisme, l'islam (52%), le christianisme (30%). (11)

4. Données économiques

Le Burkina Faso reste parmi les pays les plus pauvres du monde, et l'Indice de Développement Humain le classe 176è sur 177[6] (12). Le pourcentage des Burkinabè vivants sous le seuil de pauvreté est de 57% en 2005, en légère augmentation.
L'économie du Burkina Faso est essentiellement basée sur l'agriculture et l'élevage. L'économie burkinabè se caractérise également par un secteur informel important, notamment en milieu urbain.

5. Données politiques

La Haute Volta, ancienne colonie française, est devenue indépendante le 5 août 1960 et a connu par la suite plusieurs coups d'Etat, dont celui de Thomas Sankara en 1983. Elle devient le Burkina Faso, ou "Pays des Hommes intègres", en 1984. En 1987, Blaise Compaoré, ancien compagnon de route de Sankara, prend le pouvoir. Il est élu président de la République en 1991, réélu triomphalement en 1998 puis en 2005 avec plus de 80% des voix, avec l'aide d'une opposition quasi inexistante (11).
Actuellement, la situation politique est stable, mais la corruption, malgré les progrès effectués ces dernières années, reste un problème. Les inégalités sociales et la hausse récente du prix des denrées alimentaires de base ont récemment entrainé des soulèvements populaires, comme dans de nombreux autres pays en voie de développement.

B. Données sanitaires[7]

1. Indicateurs sanitaires

L'espérance de vie à la naissance est de 52 ans en 2007. La mortalité maternelle est de 484 pour 100 000 naissances vivantes (10). Les causes directes de la mortalité maternelle sont les hémorragies, les infections, les avortements provoqués et les anémies. Les mutilations

---

[5] Voir annexe 9 : « Les relations interethniques au Burkina Faso ».
[6] L'IDH est un indice appréciant le niveau de développement humain, en associant les données de longévité (espérance de vie), le niveau d'éducation (taux d'alphabétisation) et le niveau de vie (PIB par habitant rapporté au pouvoir d'achat).
[7] Sauf mention contraire, les données statistiques sont celles de l'UNICEF (9).

génitales féminines, outre leur aspect social, constituent également un problème de santé publique, même si l'excision est interdite depuis 1996.
Le taux de mortalité infantile reste élevé (104 pour 1000 en 2007). Le mauvais état nutritionnel des enfants et des mères est patent. Plus d'un tiers des enfants de moins de 5 ans souffre d'une insuffisance pondérale, dont 14% sous une forme sévère.

Le faible niveau d'éducation, en particulier celui des filles, la pauvreté, la malnutrition, l'accès limité à l'eau potable et à l'assainissement de base favorisent le développement des maladies. En ce qui concerne l'eau et l'assainissement, 72% de la population totale utilise des sources d'eau potable améliorées. Les disparités entre milieu urbain et rural sont, là encore, importantes.

Il faut noter la sous-utilisation des structures de santé par la population : le ratio d'utilisation des services curatifs est de 0,33 nouvelle consultation/habitant/an[8] (10), avec un ratio habitant par CSPS à 9876 (10). Le rayon moyen d'action théorique des CSPS est de 7,69[9] km (10). Cette faible fréquentation est liée à l'inaccessibilité géographique et financière des populations, ainsi qu'à une faible qualité de prestation. (13)

2. Un tableau épidémiologique dominé par les maladies transmissibles

VIH/SIDA : Le taux de séroprévalence est estimé à 2% en 2006 (10). Actuellement, la prise en charge des patients vivant avec le VIH s'améliore, grâce à un programme national de lutte, grâce aux partenaires internationaux, et la participation de nombreuses ONG. L'accès aux ARV, même s'il se développe, reste insuffisant notamment pour les patients en situation de précarité.

Paludisme : Le paludisme est la première cause de consultation dans les formations sanitaires de base et la première cause de mortalité. Il représente 48% des décès des enfants de moins de cinq ans, alors que les enfants de cette tranche d'âge ne constituent que 19 % de la population (14).

Tuberculose : La situation de la tuberculose reste caractérisée par la faible détection et une efficacité limitée du plan de lutte national dans l'ensemble du pays. Par ailleurs, la co-infection avec le VIH devient une préoccupation majeure.

Méningite cérébro-spinale : Le Burkina Faso reste confronté à de graves épidémies de méningite cérébro-spinale depuis 1995 avec un taux de létalité toujours élevé. En 2006, on a noté près de 25000 cas, avec un taux de létalité de 7,3[10]%. (10)

---

[8] Le ratio d'utilisation des services curatifs correspond au nombre de fois qu'une personne se présente dans une formation sanitaire pour une ou plusieurs consultations nouvelles, et par an. L'objectif de l'OMS est à 0,5NC/habitant/an (8)

[9] Le rayon moyen d'action mesure la distance moyenne théorique parcourue par la population d'une localité pour accéder à une formation sanitaire (CSPS, dispensaire, maternité isolée) (8)

[10] Le taux de létalité correspond à la proportion de décès parmi les patients hospitalisés pour méningite dans les formations sanitaires. Il évalue donc la qualité de prise en charge.

Mais aussi onchocercose, trypanosomiase, filarioses, fièvre jaune, choléra, rougeole, tétanos maternel et néonatal, poliomyélite, lèpre…etc.

3. Maladies non transmissibles : un problème émergent encore mal connu

La situation des maladies non transmissibles est assez mal connue car, à l'inverse des maladies infectieuses, il n'existe pas de système de surveillance continue. Cependant, on peut observer : (15)

• Les maladies carentielles sont dominées par la carence martiale (6,3% des femmes en âge de procréer et 10,7% des enfants de moins de 5 ans), la carence en iode touche entre 0,5 à 46 % de la population selon les localités.
• Le tabagisme, avec 20% de fumeurs entre 13 et 15 ans (16), l'alcoolisme et l'abus de drogues se développent.
• La santé mentale est de plus en plus considérée comme un problème de santé publique important.
• Les maladies cardiovasculaires, le diabète, les problèmes de santé bucco-dentaires sont également une source de préoccupation pour les autorités sanitaires nationales.

C. Développement du secteur de la santé

1. Histoire des politiques sanitaires au Burkina Faso

a) Epoque coloniale

La Haute Volta est issue de l'Afrique Occidentale Française, où, dès le XIXe siècle, est mise en place une politique sanitaire, d'abord pour protéger les ressortissants français. Le personnel est alors presque exclusivement militaire. En 1905, un service d'Assistance Médicale Indigène (AMI) est créé, chargé de procurer gratuitement aux populations autochtones des soins médicaux, des conseils d'hygiène et des vaccinations. En 1918 est créée l'Ecole de Médecine de l'AOF. Après la Seconde Guerre mondiale, l'opinion publique internationale se montre plus critique à l'égard de la politique coloniale, et les priorités sont recentrées sur la santé infantile. Des programmes globaux se mettent en place pour lutter contre les grandes endémies, notamment la maladie du sommeil (trypanosomiase). (17) Il faut noter que les soins alors dispensés étaient entièrement gratuits. (18) Cela a été poursuivi après

l'Indépendance : la gratuité des soins a été inscrite dans la Première Constitution de Haute Volta comme un droit fondamental[11].

b) Epoque postcoloniale

Elle a été marquée par plusieurs politiques successives et complémentaires :

1978 : Conférence d'Alma Ata sous l'impulsion de l'OMS : objectif de « la santé pour tous en l'an 2000 », avènement du concept de soins primaires avec des centres de santé diffusés sur le territoire, et une prise en charge gratuite, comme dans la plupart des pays africains après la décolonisation. Les soins de santé primaire sont définis par des soins essentiels, efficaces, acceptables par tous, géographiquement et financièrement accessibles, avec la participation de la communauté. Les structures de soins primaires sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé (19).

1987 : Initiative de Bamako sous l'égide de l'UNICEF et l'OMS : extension et décentralisation du réseau de soins, développement des médicaments essentiels génériques (MEG), participation communautaire à la gestion des centres de santé (COGES), et recouvrement des coûts par les usagers devenus « clients ». Cette politique a été mise en œuvre au Burkina Faso en 1993 et est toujours en vigueur à ce jour.

L'Initiative de Bamako en pratique[12] :

Après la conférence d'Alma Ata, des ajustements structurels sont imposés par les bailleurs de fonds. L'objectif était « La santé pour tous en l'an 2000 », mais les restrictions budgétaires majeures imposées par le FMI et la Banque Mondiale dans les services publics entachent fortement l'accès aux soins et leur qualité. Pour la Banque Mondiale, le postulat de base est le non-fonctionnement des centres de santé avec accès gratuit, et l'existence, malgré tout, d'un paiement des usagers, informel. Les objectifs étaient donc la diminution des demandes abusives (« on ne valorise un service que si on le paie »), l'amélioration de la qualité des services, sans faire obstacle à l'équité par l'instauration d'une taxe progressive selon les revenus[13]. De plus, la tarification était destinée à inciter le public à participer par la suite à l'auto financement d'une assurance maladie (20). C'est dans ce contexte qu'est adoptée l'Initiative de Bamako, sous l'impulsion des acteurs internationaux : le financement du système de santé par la population elle même apparaît comme une des réponses possibles. (21,22)

L'objectif du recouvrement des coûts par la population est d'assurer la survie du système à long terme : le stock initial de médicaments est fourni gratuitement au centre de santé. Ensuite, les patients paient la prestation et les médicaments, permettant le recouvrement des coûts (médicaments, salaire de la personne en charge de la pharmacie, entretien des locaux) et

[11] Première Constitution de Haute Volta adoptée par référendum le 27 novembre 1960.
[12] Voir annexe 7 : « Les principes directeurs de l'Initiative de Bamako »
[13] Source : Notes prises à l'occasion d'une conférence donnée par RIDDE V. « La gratuité des soins au point de service : une utopie réaliste ? », IRD, Ouagadougou : 28 février 2007.

donc la pérennisation de l'activité. Ceci devait aboutir à une meilleure efficacité du système de santé, et à une amélioration de la qualité des soins.

En dépit du faible coût du médicament essentiel générique, certains individus se trouvent en marge du système, faute de revenus réguliers ou suffisants. En fait, l'Initiative de Bamako prévoyait d'exempter les plus démunis (« les indigents ») de la contribution financière demandée, ce qui devait être la clé de voûte de l'équité de la politique. Les fonds générés devaient en effet également participer à financer l'accès gratuit des indigents aux services de santé. Mais le statut financier des individus dans les pays pauvres reste souvent très difficile à déterminer, parce qu'il est variable au cours du temps, et que les revenus sont souvent informels. Ainsi, « l'indigence » n'a jamais été clairement définie par les pouvoirs publics, et l'exemption du paiement pour ces individus n'a jamais été vraiment mise en œuvre. Au contraire, il a été plus volontiers mis en œuvre pour des convenances affectives que pour les patients indigents (21) : « les fonds générés par la tarification des actes et la vente des MEG sont prioritairement thésaurisés ou employés à d'autres fins qu'à des activités visant à améliorer l'accès aux soins des plus pauvres ». La difficulté est à la fois d'identifier les populations démunies et de trouver un moyen de les intégrer dans le système, tout en permettant sa pérennisation.

Cette politique, toujours à l'œuvre aujourd'hui, est aujourd'hui critiquée par de nombreux spécialistes car, si elle a amélioré, par certains aspects, l'efficacité du système de santé, elle a parallèlement renforcé les inégalités d'accès aux soins pour les plus pauvres. (21)

2. Organisation du système de santé actuel[14]

a) L'organisation du système public de santé comprend trois niveaux

- Le niveau central, organisé autour du cabinet du Ministre de la Santé et du Secrétariat Général, est chargé de l'élaboration des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances.
- Le niveau intermédiaire comporte 13 régions sanitaires, organisées en Directions Régionales de la Santé chargées de la mise en œuvre des politiques gouvernementales dans les régions sanitaires.
- Le niveau périphérique comporte 55 districts sanitaires, dont les équipes cadres gèrent les services de santé de base. C'est l'échelon le plus décentralisé du système national de santé.

[14] Sauf mention contraire, les données sont celles du Ministère de la Santé au Burkina Faso, 2007 (10).

b) Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux

- Le premier niveau est représenté par le district sanitaire. Il comprend deux échelons :
  - Le CSPS, ou Centre de Santé et de Promotion Sociale, qui est la structure sanitaire de base du système de santé. On en dénombre 1268 en 2007.
  - Le 2è échelon de soin du district est le Centre Médical avec Antenne Chirurgicale (CMA) ; il sert de référence pour les formations sanitaires du district. On en compte 42 en 2007.

- Le deuxième niveau est représenté par le Centre Hospitalier Régional ou CHR. Il sert de référence aux CMA. On en note 9 en 2007.

- Le troisième niveau est constitué par le Centre Hospitalier Universitaire (CHU). C'est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés. Il sert également de cadre de formation des différentes catégories de personnels et de recherche. En 2007, il en existe 3[15].

- A noter qu'il existe des structures appelées dispensaires (101) ou maternités (au nombre de 21) isolés ainsi que des Centres Médicaux sans antenne chirurgicale (CM) au nombre de 33 en 2007.

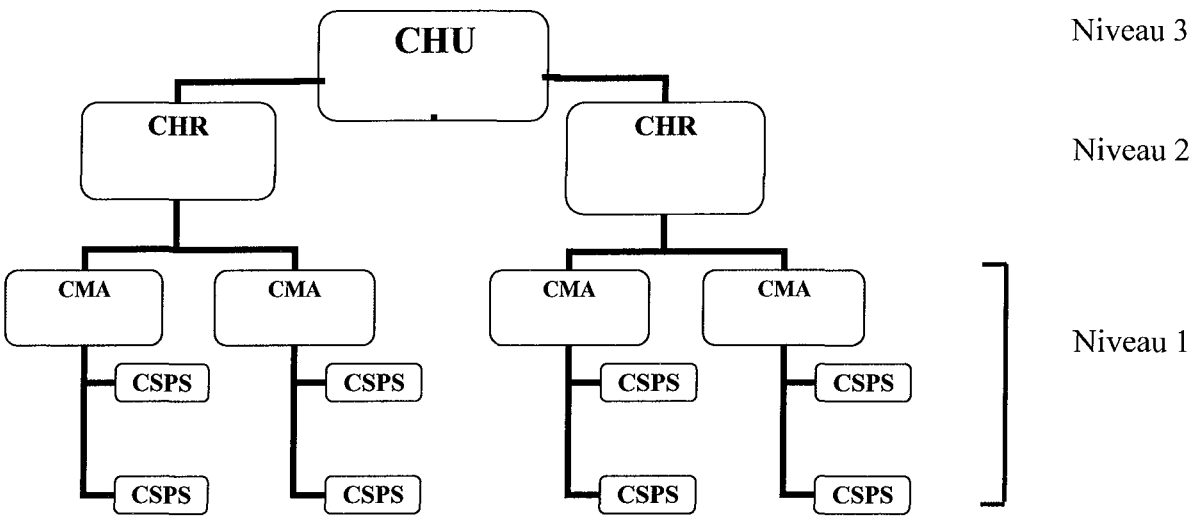


Figure 4 : Représentation de la pyramide des structures sanitaires au Burkina Faso.

[15] Il s'agit de l'Hôpital Yalgado Ouedraogo et de l'hôpital pédiatrique Charles de Gaulle à Ouagadougou, ainsi que de l'hôpital Souro Sanou à Bobo-Dioulasso.

Le parcours de soin consiste pour le patient à consulter en première intention dans le CSPS dont il dépend. Il est alors, soit traité sur place, soit, si son état le nécessite, transféré au centre de référence.

En plus des structures publiques, le Burkina compte un nombre important de structures privées et l'importance de la médecine traditionnelle est reconnue par le Code de la Santé Publique depuis 1994.

Le Centre de Santé et de promotion Sociale (CSPS), structure de base du système de santé :

Les soins de santé primaires orientent les activités vers la participation communautaire et s'organisent dans les quartiers et villages grâce à de nouveaux acteurs, les agents de santé communautaires. Ceux-ci doivent être désignés par la communauté, pour représenter l'antenne de santé la plus décentralisée, capable de répondre aux besoins quotidiens au moindre coût. Selon les pays, ces agents peuvent avoir eu une formation courte à très courte (quelques mois à quelques jours) et sont supervisés par des personnels dont la qualification peut être médicale ou infirmière.

Un CSPS répond à la norme en personnel s'il dispose d'au moins :
Un infirmier diplômé d'état ou un infirmier breveté,
Une accoucheuse auxiliaire ou matrone,
Un agent itinérant de santé ou un manœuvre.

En 2007, près de 76% des CSPS répondent aux normes minimales établies en personnel.

c) Le financement de la santé aujourd'hui

- l'Etat (ressources propres et appuis extérieurs) : les dépenses de santé s'élèvent à 8,3% du budget en 2007 (10), pour une norme fixée par l'OMS à 10%[16].
- L'assurance sociale : CNSS (travailleurs salariés) finance la santé à hauteur de 23% des salaires (18% employeurs et 4,5% pour les salariés). La CNSS couvre 11% de la population en 2001.
- Les assurances privées concernent moins d'1% de la population.
- Financement par la population par paiement direct.
- Collectivités locales : pas de budget réservé à la santé.

[16] L'objectif fixé par la CEDEAO et l'Union Africaine est de 15%.

- Le financement extérieur sous forme de subventions et de prêts (hors appuis budgétaires) concerne essentiellement les dépenses réalisées à travers les projets et programmes de santé.

d) Les ressources humaines en santé

Figure 5 : Ratio nombre d'habitants par catégorie de personnel.

Années	2000	2003	2007	Norme OMS
Médecins	46703	37 981	32 496	**10 000**
Sages-femmes	41866	28 163	23 340	**5 000**
IDE	9561	7 142	6 129	**5 000**
IB	8 494	7 891	7 448	**3 000**

Source : Annuaires statistiques 2000-2007. Ministère de la Santé (10).

Depuis 2000, on constate que des efforts notables ont été réalisés sur les chiffres des ressources humaines en santé. Cependant, les professionnels sont encore insuffisamment nombreux, et restent mal répartis sur le territoire. Les deux plus grandes villes (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso) regroupent à elles seules 53,7 % des médecins, 59% des pharmaciens et 33% des infirmiers toutes catégories confondues, alors qu'elles n'abritent qu'environ 10% de la population du pays. (15)

Voici quelques précisions concernant les professionnels de la santé et leur formation (23):

- Les infirmiers diplômés d'état : le niveau de formation est de 3 ans (niveau terminale[17])
- Les infirmiers brevetés : le niveau de formation est de 2 ans (niveau BEPC).
- Les sages-femmes et maïeuticiens : même niveau d'entrée que les infirmiers diplômés d'état. (bac+3).
- Les AIS (Agent Itinérant de Santé) et les accoucheuses auxiliaires : la durée de leurs études est de 2 ans et le niveau de recrutement est le certificat d'études primaires.

Concernant la répartition des tâches au sein des différentes professions : dès 1953, de nombreux infirmiers d'Etat se sont vu confier une partie des prérogatives des médecins, et ont été désignés pour prendre en charge, avec les premiers médecins formés à l'Université de Ouagadougou, les soins dans le pays. Aujourd'hui encore, et surtout dans les structures de premiers recours, en ville comme en campagne, ce sont les infirmiers qui sont en charge du diagnostic et des prescriptions médicales, et ceci en raison de l'insuffisance de médecins sur

[17] Le niveau de début de formation devrait être le baccalauréat. Mais pour des raisons salariales, c'est le niveau terminale qui a été conservé, malgré les normes internationales (23)

le terrain[18]. En zone rurale, beaucoup de structures sont tenues par des infirmiers, et ce avec l'accord de l'Etat (17).
Egalement, les AIS et accoucheuses sont officiellement chargés des activités de promotion de santé à l'individu, la famille, la communauté dans le domaine des soins de santé primaires (IEC[19]). Mais dans les faits, le glissement des tâches fait qu'ils accomplissent souvent des actes infirmiers, pour lesquels ils sont formés sur le tas (4).

e) Le médicament au Burkina Faso

La première liste de médicaments essentiels a été publiée à l'Initiative de l'OMS en 1992, quelques mois avant la création de la CAMEG, la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques. Les médicaments essentiels ont pour objectif de « satisfaire aux besoins prioritaires de la population en matière de soins de santé. Ils sont choisis compte tenu de leur intérêt en santé publique, des données sur leur efficacité et leur innocuité, et de leur coût/efficacité par rapport à d'autres médicaments. Les médicaments essentiels ont pour but d'être disponibles à tout moment dans le cadre de systèmes de santé fonctionnels, en quantité suffisante, sous une forme appropriée, avec une qualité assurée, accompagnés d'une information adéquate et à un prix accessible pour les individus et les communautés. » (13)
La CAMEG est une structure publique chargée d'acheter des médicaments à moindre coût, avec un système d'appel d'offre, et de les distribuer, via les dépôts régionaux, aux formations sanitaires, ensuite chargées de les vendre aux populations. La CAMEG approvisionne également le secteur privé, les ONG et les structures confessionnelles. (24)

D. La politique sanitaire actuelle au Burkina Faso

La politique sanitaire actuellement en vigueur est la PSN, Politique Sanitaire Nationale, adoptée par le gouvernement en 2000. (25) Son objectif général est d'améliorer l'état de santé de la population en diminuant la morbidité et la mortalité. Elle se traduit par la rédaction d'un Plan national de Développement Sanitaire, sur la période 2001-2010. (7)

[18] 30 médecins sont formés chaque année par la Faculté de Médecine de Ouagadougou. (6)
[19] Information, Education, Communication : voir en "Politique sanitaire actuelle".

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) :

Il est financé par le budget de l'Etat, les ressources liées à l'allègement de la dette, les ressources extérieures et la contribution des populations dans le cadre du recouvrement des coûts. Les objectifs intermédiaires du PNDS sont :

- Accroître la couverture sanitaire nationale,
- Améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé,
- Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles,
- Réduire la transmission du VIH,
- Développer les ressources humaines en santé,
- Améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé,
- Accroître le financement du secteur de la santé,
- Renforcer les capacités institutionnelles du Ministère de la Santé.

Cette politique, divisée en 3 plans triennaux, a été évaluée et révisée en 2007 (6).

Au sein de cette politique sanitaire, la politique d'Information, Education et Communication tient une place importante (IEC). L'IEC se définit comme « un processus systématique et planifié ayant pour but de sensibiliser les gens, de promouvoir le changement volontaire de comportement considéré comme néfaste pour la santé grâce à la transmission d'informations nécessaires à la compréhension réciproque et à la motivation ». (26) Ses débuts remontent à la conférence d'Alma Ata prononçant l'avènement des soins de santé primaire en 1978, avec le concept « d'éducation pour la santé »[20], qui mettait en avant pour la première fois le rôle de la population dans sa propre santé. La politique nationale d'IEC a vu le jour en 2005 au Burkina Faso.

Il faut noter également la création récente d'une Politique d'Assurance Qualité en Santé, mise en œuvre en mai 2003, sous l'impulsion de l'OMS (27). Elle centre notamment son action sur la compétence technique, l'accessibilité des structures, l'efficacité et la continuité des soins, et y intègre les relations interpersonnelles : « De bonnes relations interpersonnelles contribuent à l'efficacité des conseils de santé, de bons rapports avec les patients. De bonnes relations interpersonnelles sont celles qui créent confiance et crédibilité grâce au respect, au caractère confidentiel, à la courtoisie, à la sensibilisation et à l'empathie dont on fait preuve. »

Le Burkina Faso connaît donc à l'heure actuelle des transformations rapides caractérisées par la mise en œuvre de réformes dans tous les domaines, y compris dans le secteur sanitaire. Les chiffres sanitaires sont actuellement en voie d'amélioration, mais il reste beaucoup à faire pour atteindre l'objectif de « la santé pour tous ».

[20] "Primary health care[...] includes at least: education concerning prevailing health problems and the methods of preventing and controlling them" (19)

MATERIEL ET METHODE

III. MATERIEL ET METHODE

A. Le choix méthodologique

Nous avons opté pour la méthodologie qualitative, avec entretiens semi-directifs, car c'était pour nous la meilleure façon d'appréhender au mieux le ressenti des personnes interrogées, et d'en retirer le maximum d'informations. De plus, c'était la méthode la mieux adaptée au terrain, en raison de l'importance de la tradition orale, et de la nécessité de recueillir l'opinion de personnes parfois illettrées.
Les entretiens se sont déroulés à l'aide d'une grille d'entretien, validée au préalable par le Dr. Cédric BAUMANN, Docteur en santé publique, spécialiste en méthodologie qualitative.
Nous avons réalisé des entretiens individuels et des entretiens collectifs, en fonction des contraintes du terrain. Pour cela, nous nous sommes aidée de quelques ouvrages méthodologiques. (28,29)

B. La population interrogée

Nous avons interrogé au total 61 personnes, soit 31 professionnels et 30 patients.

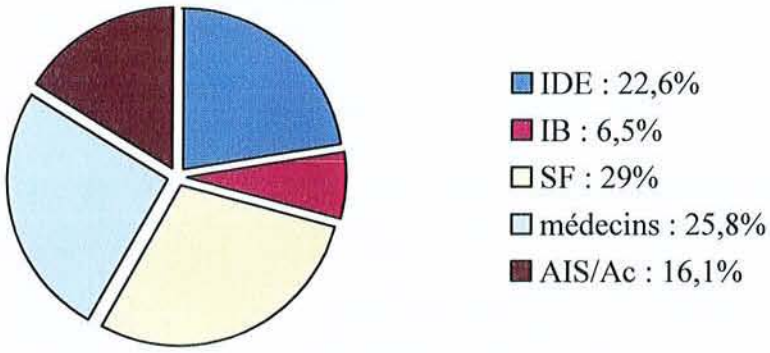
1. Les professionnels

Les professionnels se répartissent en :

- IDE : 7 (22,6%) dont major[21] : 4 (12,9%)
- Infirmiers brevetés : 2 (6,5%)
- Sages-femmes : 9 (29%) dont major : 2(6,4%)
- Médecins : 8 (25,8%) dont 4 médecins généralistes et 4 médecins spécialistes.
- AIS ou accoucheuses : 5 (16,1%) dont 3 AIS et 2 accoucheuses.

[21] Le major est l'infirmier ou la sage-femme en chef, équivalent de nos cadres.

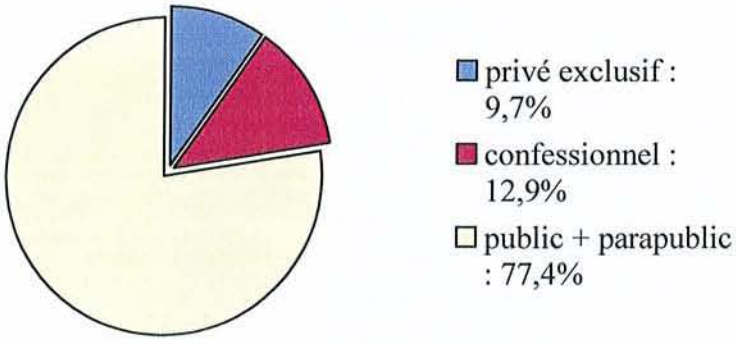
Figure 6 : Répartition des soignants interrogés par profession.



Les secteurs d'exercice se répartissent en :

- Public (parfois associé au privé dans le cas des médecins) et parapublic[22] : 24 soit 77,4%
- Privé exclusif : 3 soit 9,7%
- Confessionnel : 4 soit 12,9%

Figure 7 : Répartition des soignants interrogés par secteur d'activité.

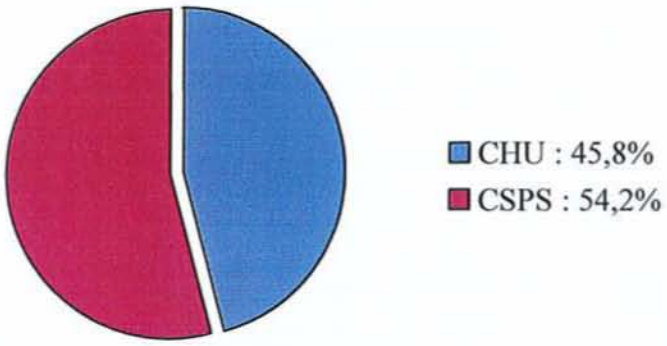


[22] Ce que nous appelons ici secteur parapublic concerne une structure, participant au système de soin public, avec un financement mixte, à la fois privé et public.

Au sein du secteur public, on distingue :

- Ceux qui travaillent en CHU : 11 soit 45,8%
- Ceux qui travaillent dans un CSPS : 13 soit 54,2%

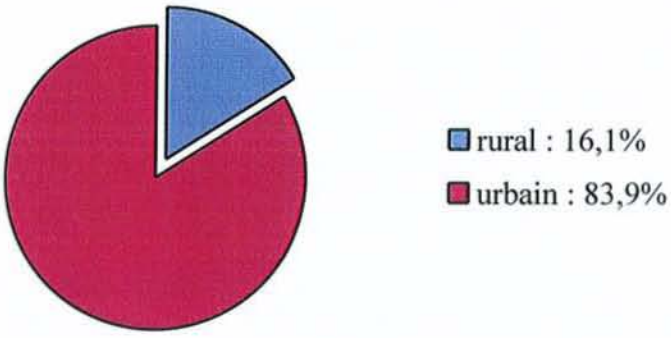
Figure 8 : Répartition des soignants interrogés au sein du secteur public.

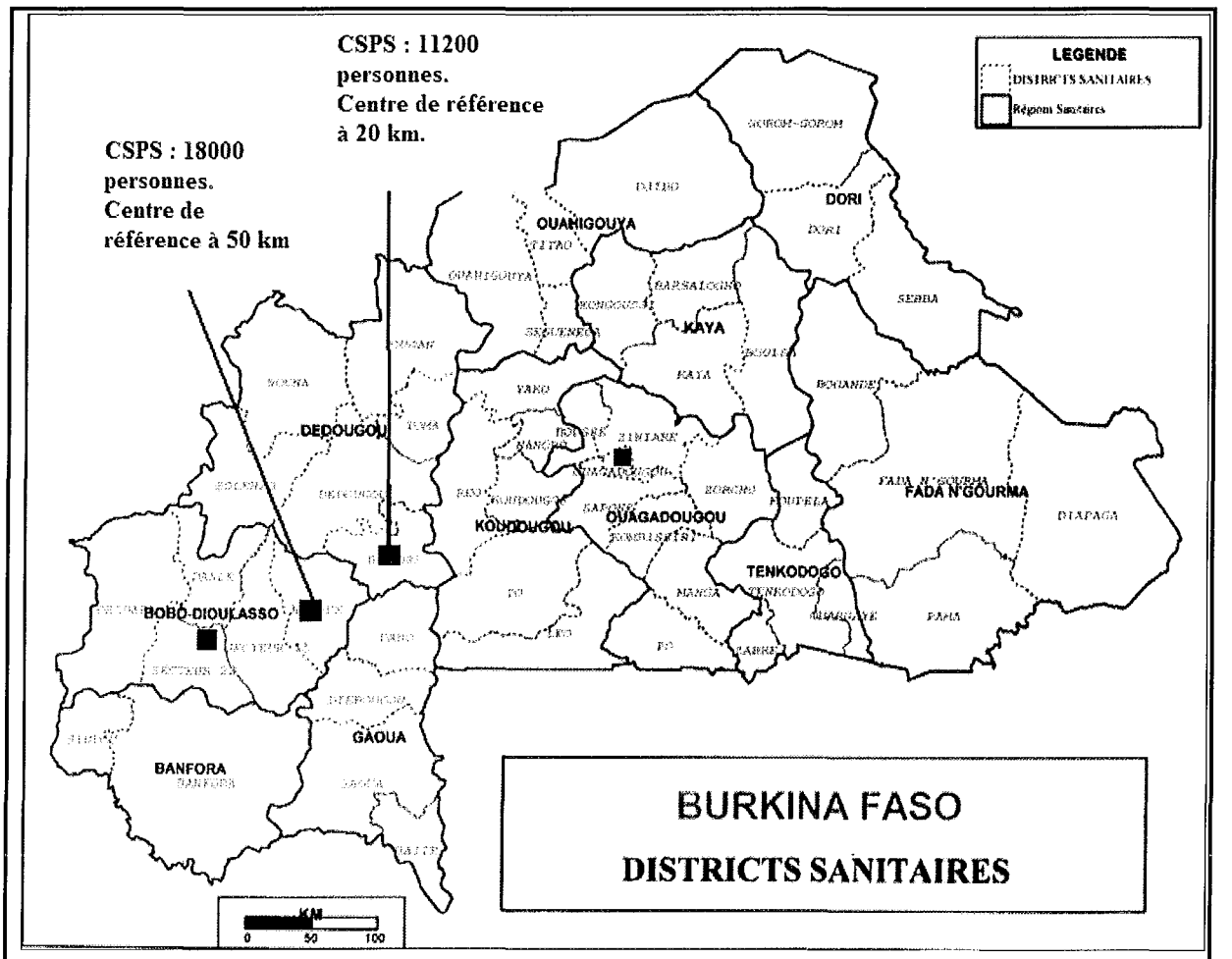


Les types d'exercice des personnes interrogées se répartissent en :

- Rural : 5 soit 16,1% :
- Urbain : 26 soit 83,9% : concerne les 2 plus grandes agglomérations du pays, Ouagadougou et Bobo-Dioulasso.

Figure 9 : Les soignants interrogés : répartition par type d'exercice.





■ : Lieux principaux de déroulement des entretiens professionnels.

Figure 10 : Districts sanitaires au Burkina Faso.

Parmi ces soignants :

- 15 sont des hommes (48,4%) et 16 sont des femmes (51,6%).
- L'âge moyen des soignants est de 36,7 ans [26-56].
- La durée moyenne d'exercice est de 9,6 ans [0,5-29].

Figure 11 : Tableau récapitulatif des soignants interrogés et caractéristiques principales.

	Profession	Sexe	Ethnie[23]	Age	Type d'exercice
S01	IDE	M	Mossi	31 ans	Public urbain (CHU)
S02	SFDE	F	Mossi	53 ans	Confessionnel urbain
S03	SFDE	F	Mossi	28 ans	Confessionnel urbain
S04	IDE major	M	Bobo	39 ans	Public rural (CSPS)
S05	AIS	M	Bobo-Dioula	38 ans	Public rural (CSPS)
S06	IDE major	F	Mossi	43 ans	Public urbain (CSPS)
S07	Accoucheuse	F	Birifor	34 ans	Public urbain (CSPS)
S08	IDE	M	Mossi	33 ans	Public urbain (CSPS)
S09	SFDE	F	Mossi	28 ans	Confessionnel urbain
S10	SFDE	F	Mossi	32 ans	Confessionnel urbain
S11	IDE major	M	Gouin	34 ans	Public rural (CSPS)
S12	Accoucheuse	F	Mossi	33 ans	Public rural (CSPS)
S13	IB	F	Bwaba	34 ans	Public rural (CSPS)
S14	SFDE (maïeuticien)	M	Mossi	33 ans	Public urbain (CHU)
S15	SFDE	F	Mossi	26 ans	Public urbain (CHU)
S16	SFDE major	F	Mossi	52 ans	Public urbain (CHU)
S17	SFDE	F	Mossi	47 ans	Public urbain (CHU)
S18	SFDE	F	Gouin	28 ans	Public urbain (CHU)
S19	AIS	F	Samo	35 ans	Public urbain (CHU)
S20	IDE	F	Mossi	27 ans	Parapublic urbain (CSPS)
S21	IB	M	Bisa	37 ans	Parapublic urbain (CSPS)
S22	IDE major	M	Bwaba	35 ans	Parapublic urbain (CSPS)
S23	AIS	M	Peul	30 ans	Parapublic urbain (CSPS)
S24	Médecin spécialiste (dermato)	F	Dagara	38 ans	Privé et public (CHU) urbain
S25	Médecin généraliste	M	Mossi	41 ans	Privé exclusif urbain
S26	Médecin pédiatre+MG	M	Bobo	48 ans	Privé exclusif urbain
S27	Chirurgien	M	Mossi	56 ans	Privé exclusif urbain
S28	Médecin spécialiste (gynéco-obstétrique)	M	Gourounsi	56 ans	Privé et public urbain (CHU)
S29	Interne en MG	F	Mossi	29 ans	Privé et public (CHU)
S30	MG	M	Mossi	30 ans	Privé et public (CHU)
S31	MG	M	Mossi	31 ans	Privé et public (CHU)

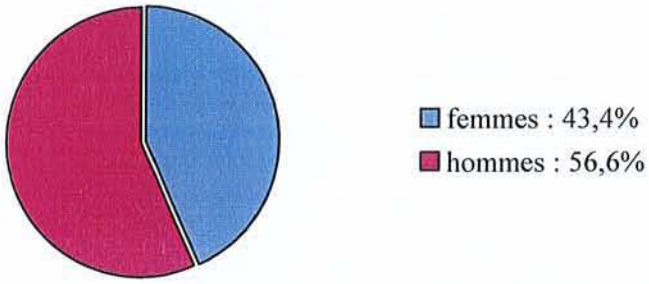
[23] Voir annexe 9 : « Les relations interethniques au Burkina Faso ».

2. Les patients

Les opinions de 30 patients ont été recueillies :

- 17 sont des hommes (56,6%)
- 13 sont des femmes. (43,4%)

Figure 12 : Répartition des patients interrogés par sexe.



Des informations précises sur leur biographie n'ont été recueillies que pour 28 d'entre eux. La plupart des statistiques sont donc calculées sur la base de 28 patients :

- L'âge moyen est de 38,1 ans [22-64].
- 13 vivent en milieu urbain (43,3%) et 17 en milieu rural (56,7%).
- 20 (71,4%) ont un niveau scolaire inférieur à la classe de troisième. 8 (28,6%) ont un niveau scolaire supérieur ou égal à la classe de troisième.
- 24 sont mariés (88,9%), 3 ne le sont pas (11,1%)[24].
- Le nombre moyen d'enfants est de 3,8[21] mais avec d'importantes disparités entre milieu rural (4,9) et milieu urbain (1,9).

Parmi les personnes vivant en milieu urbain (choix possible) :

- 3 disent consulter préférentiellement dans le secteur public
- 3 disent consulter préférentiellement dans le secteur privé
- 2 disent consulter dans le privé et le public
- 2 disent consulter dans le secteur confessionnel et le public
- 1 déclare consulter dans une structure militaire (militaire dans sa famille)

[24] 27 personnes seulement ont répondu à cette question.

Figure 13 : Tableau récapitulatif des patients interrogés, et caractéristiques principales.

P	Sexe	Age	Ethnie[25]	Lieu de vie	Niveau scolaire	Nb d'enfants	Profession
P01	M	64 ans	Dafing	Rural	CM2	6	Ancien fonctionnaire
P02	M	60 ans	Dafing	Rural	CM2	10	Cultivateur
P03	M	40 ans	Gourounsi	Rural	Pas	5	Cultivateur
P04	M	57 ans	Dafing	Rural	CM2	14	Cultivateur
P05	M	63 ans	Dafing	Rural	Ecole coranique	10	Cultivateur
P06	F	39 ans	Mossi	Rural	CE2	4	Ménagère
P07	F	48 ans	Mossi	Rural	CE2	4	Ménagère
P08	F	50 ans	Dagara	Rural	CM2	6	Ménagère
P10	F	61 ans	Dafing	Rural	CM1 (coranique)	0	Ménagère
P11	F	49 ans	Dafing	Rural	Pas	8	Ménagère
P12	F	49 ans	Dafing	Rural	CE2	2	Ménagère
P14	M	29 ans	Haoussa	Rural	CM2	5	Cultivateur
P15	M	33 ans	Dafing	Rural	CM2	4	Cultivateur
P16	M	35 ans	Dafing	Rural	6è	2	Cultivateur
P17	M	23 ans	Dafing	Rural	3è	2	Agent société
P21	M	27 ans	Dafing	Rural	CM2	1	Cultivateur
P24	M	22 ans	Dafing	Rural	CE2	0	Cultivateur
P25	F	23 ans	Mossi	Urbain	4è	1	Stagiaire pharmacie
P27	F	30 ans	Gourounsi	Urbain	3è	1	Commerçante
P28	F	35 ans	Mossi	Urbain	Pas	7	Commerçante
P29	F	25 ans	Bobo	Urbain	Pas	4	Fait des tresses
P30	F	22 ans	Peul	Urbain	CE2 (coranique)	1	Commerçante
P31	F	?	?	Urbain	?	?	?
P32	F	?	?	Urbain	?	?	?
P33	M	29 ans	Dioula	Urbain	BEPC-CAP	0	Transitaire
P34	M	31 ans	Dioula	Urbain	Bac et +	1	Instituteur
P35	M	27 ans	Gourounsi	Urbain	3è	?	Electricien SOFITEX[26]
P36	M	33 ans	Sambla	Urbain	1ère	1	Footballeur
P37	M	35 ans	Bwaba	Urbain	1ère	2	Commerçant
P38	M	30 ans	Sambla	Urbain	Terminale	1	Agent SOFITEX

[25] Voir annexe 9 : « Les relations interethniques au Burkina Faso »

[26] La SOFITEX est la Société burkinabè des Fibres Textiles, qui gère la production et la commercialisation du coton. C'est une grande société, et ses salariés bénéficient d'une couverture sociale (dont nous ne connaissons pas les modalités).

C. La maquette d'entretien

1. A destination des patients

Que représente un infirmier pour vous ? Que représente une sage-femme ? Que représente un médecin ?

Quel est le rôle des soignants auprès des gens ?

Qu'attendez-vous de la relation avec un soignant ? Qu'attendent les soignants de la relation avec vous ?

Quelle est la qualité de cette relation d'après vous, aujourd'hui au Burkina Faso?

A votre avis, qu'est-ce qui fait que la relation est bonne ou mauvaise ? Rôle du patient ? Rôle du soignant ? Rôle du système ?

Dans l'état actuel des choses, qu'aimeriez-vous changer ?

Propositions pour améliorer ?

2. A destination des soignants

Parcours et motivations professionnelles? Quelle formation à la relation soignant-soigné?

Selon vous, qu'attendent les patients de cette relation ? Et vous, qu'en attendez-vous ?

D'après vous, quelle est la qualité de cette relation aujourd'hui au Burkina Faso?

Quels sont les obstacles à une bonne relation soignant-soigné ? Du côté du patient, du soignant, du système ?

Dans l'état actuel des choses, qu'aimeriez-vous changer ?

Propositions pour améliorer ?

D. La réalisation des entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre le 15/01/2008 et le 11/03/2008. Ils ont été enregistrés avec l'accord préalable des intervenants, et nous nous sommes engagée à respecter leur anonymat.
La durée moyenne des entretiens est de 57 minutes : 53 minutes pour les entretiens avec les professionnels, et 1h10 pour les entretiens avec les patients.

L'objectif était de recueillir l'expérience et l'avis des personnes, en laissant une certaine liberté aux discours, et à la conversation. Notre rôle était de cadrer le débat, d'éviter les digressions, de recentrer la conversation, et de relancer lorsque cela était nécessaire.

1. Entretiens menés avec les soignants

14 entretiens ont été menés avec les professionnels : 6 entretiens individuels et 8 entretiens collectifs. Parmi les entretiens collectifs, on note :

- 3 entretiens avec 2 soignants,
- 3 entretiens avec 3 soignants,
- 2 entretiens avec 5 soignants.

Tous les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des personnes interrogées, pour des raisons pratiques. La plupart du temps, nous nous sommes rendue directement sur les lieux afin de prendre contact, parfois après un coup de téléphone pour prévenir de notre arrivée. Soit l'entretien a eu lieu immédiatement, soit un rendez-vous a été pris pour une date ultérieure si le personnel n'était pas immédiatement disponible.
Les entretiens se sont toujours déroulés en langue française, car c'était la langue habituelle de communication.

2. Entretiens menés avec les patients

5 entretiens ont été menés avec des patients, tous étaient collectifs :

- 1 entretien avec 5 patients,
- 3 entretiens avec 6 patients,
- 1 entretien avec 7 patients.

Les entretiens se sont déroulés, soit dans des endroits neutres, soit dans un endroit familier des personnes interrogées.
La prise de contact s'est souvent faite par un intermédiaire, qui a organisé des groupes. Pour des raisons culturelles, nous avons souhaité faire des groupes non mixtes. En raison du grand respect accordé aux personnes âgées, particulièrement chez les hommes, nous avons souhaité séparer les hommes jeunes des hommes plus âgés.
Les personnes qui ne s'étaient pas du tout exprimées au cours des entretiens ont été supprimées. Certaines personnes ont intégré un entretien en cours, sans s'être présentées au préalable, et ont parfois quitté le groupe avant la fin de la discussion. Ces personnes ont été

incluses dans le recueil de données, ce qui explique que nous n'ayons pas de renseignements pour certaines personnes (P31, P32)[27]

Un entretien s'est déroulé en langue française, car les personnes interrogées en possédaient une bonne maîtrise.
Dans 4 entretiens sur 5, les discussions se sont déroulées en langue locale, le dioula, avec l'aide d'un traducteur formé au questionnaire utilisé. Ce dernier traduisait au fur et à mesure, dans la limite du possible, pour que nous puissions diriger la discussion. Puis la traduction a été réalisée une deuxième fois, plus rigoureusement et mot à mot, à l'occasion de la retranscription à l'écrit. Cela a entraîné quelques difficultés, que nous traiterons plus loin[28].

E. L'analyse des données

Après un entretien, l'enregistrement était réécouté et transcrit à l'écrit, soit du français au français, soit du dioula au français avec l'aide du traducteur. Chaque intervenant a été identifié par sa voix, et chaque parole a été attribuée à l'interlocuteur concerné. Cette étape a été réalisée immédiatement après la réalisation des entretiens, afin de conserver les souvenirs de la parole de chacun.
Après notre retour en France, en avril 2008, les entretiens ont été résumés en phrases simples, classés de façon thématique, puis regroupés dans des tableaux. Ensuite, notre travail a été rédigé.

Les auteurs des extraits cités ci-après sont représentés par le sigle S ou P, signifiant respectivement Soignant et Patient.

[27] Voir « Les limites de l'étude ».
[28] Voir « Les limites de l'étude »

RESULTATS

IV. RESULTATS

Les résultats sont présentés par ordre de fréquence décroissante de citation par les personnes interrogées.

A. Devenir professionnel de la santé

1. Un choix ?

Lors des entretiens, il apparaît plusieurs modes d'entrée dans la profession :

- 21 soignants sur les 31 interrogés déclarent avoir choisi ce métier.
- 10 soignants sur 31 déclarent au contraire ne pas l'avoir choisi.

Lorsque le métier est l'objet d'un choix, il est généralement mûri depuis l'enfance, et on distingue trois facteurs principaux ayant influencé cette vocation.

- La plupart de ceux qui ont choisi leur profession de soignant déclarent en avoir toujours eu l'envie, sans y associer de facteur déclenchant particulier. Certains d'entre eux, même s'ils déclarent avoir choisi le domaine, n'ont pas atteint la profession qu'ils espéraient.

« La santé, ça m'a toujours passionnée. Je voulais faire la médecine, mais par manque de moyens, je n'ai pas pu continuer. Et j'ai été obligée de faire le concours d'infirmier et ça a marché. » S06

« Je veux faire ça depuis que je suis enfant. Je suis entrée à l'école directement après le secondaire.» S10

- Par contre, pour un tiers d'entre eux, le choix a été influencé par un proche ou un membre de la famille exerçant dans le secteur de la santé, par admiration, par mimétisme.

« Ce qui m'a motivée à devenir sage-femme...ma maman était une matrone, donc on ne la suivait pas mais quand elle revenait, elle causait. » S02

« Ce qui m'a motivé, c'est que ma grande sœur est infirmière...quand je la voyais travailler, chaque fois elle me parlait de la santé... » S05

- Egalement, pour quelques personnes, il s'agit d'un événement marquant leur expérience personnelle, généralement durant l'enfance. C'est souvent une expérience traumatisante, qui a les a concernés eux-mêmes, ou quelqu'un pour qui ils avaient de

l'affection. Les expériences relatées font souvent allusion à une mauvaise prise en charge, justifiant par la suite « l'envie de prendre soin des siens. » C'est ce que relate ce médecin de 48 ans, exerçant aujourd'hui dans une clinique privée à Bobo-Dioulasso:

« Ma vocation de devenir pédiatre, c'est une mauvaise expérience que j'avais eue avec ma maman. Elle a fait une fausse couche. [...]Maintenant j'ai compris de quoi il s'agissait. On l'a amenée à la maternité, on l'a mise sur un brancard et les soignants, les sages-femmes, l'ont oubliée. [...] On a attendu. Ce qui m'a le plus touché, c'est à un moment, mon papa a dû comprendre que ma maman commençait à partir. Il a couru, il est rentré pour voir les sages-femmes. Moi je l'ai suivi. Malgré que j'étais encore enfant, j'ai senti que ça n'allait pas. On est rentrés ensemble dans la salle où étaient les infirmières et les sages-femmes, il y en a une qui a crié, on est sortis en catastrophe. Le vieux a commencé à avoir les larmes aux yeux, il a dit « y a ma femme qui ne va pas bien », « on t'a dit d'attendre, non ? ». Dieu merci, y a une métisse, une femme médecin, elle nous a vus, on pleurait, elle a soulevé le drap qui couvrait la maman, elle a regardé les yeux, maintenant je comprends que c'étaient les muqueuses qu'elle regardait, elle a dû voir qu'elles étaient complètement pâles, donc elle a hurlé, elle est rentrée en catastrophe avec la maman dans la salle, et là j'ai vu tout le monde se lever en branle-bas, on a couru, mon papa a donné son sang, bref, on a commencé à s'occuper d'elle et elle s'en est sortie. Je suis persuadé que c'est ça qui a dû me pousser moi à vouloir devenir médecin. » S26.

- A noter que quelques personnes ont mentionné avoir eu peu d'alternative, vu les métiers ouverts aux femmes à la fin des années 1970 (enseignement ou santé). Une personne a également mentionné avoir choisi d'exercer dans la santé après un test d'orientation à la fin du lycée, sans y avoir pensé auparavant.

Cependant, un nombre non négligeable de soignants déclarent n'avoir pas choisi leur métier. C'est le cas pour près d'un tiers des professionnels interrogés. Leur orientation est alors toujours la résultante de contraintes financières : on peut en distinguer deux principales :

- La plupart d'entre eux recherchaient un emploi rémunéré, avec des garanties de stabilité, et n'avaient aucune attirance particulière pour la santé. Le choix s'est fait au hasard d'un concours réussi parmi d'autres tentés, ou par nécessité de trouver rapidement un moyen de gagner de l'argent.

« Il n'y avait pas de vocation, j'aimais plus le secrétariat. Mais problème de moyens, donc j'ai coupé court pour travailler. C'était pour avoir un boulot. » S07

« Moi personnellement, j'étais en quête d'emploi. J'ai postulé pour plusieurs concours pour devenir fonctionnaire, et c'est ce que j'ai eu. J'avais demandé la santé parmi d'autres. C'est pas la santé qui m'intéressait, c'était le fait d'avoir un boulot » S08

- Enfin, certains déclarent avoir été influencés ou forcés par leurs parents à se lancer dans un domaine où l'emploi et la rémunération étaient assurés.

« Après la classe de terminale, mon papa s'est proposé à me payer une formation professionnelle, que je devais choisir, mais il aimait particulièrement les infirmiers, parce

que pour lui, ça ne servait pas d'aller à l'université, parce qu'on avait plein de cousins qui chômaient avec des diplômes universitaires » S18

« A ce moment, ça m'attirait, mais pas trop, mais c'est surtout le père qui m'a influencée, il m'a dit « je ne vois pas ce que tu peux faire d'autre que médecine ». C'était son choix, et je suis rentrée là dedans. » S29

Si la majorité des professionnels déclarent avoir choisi leur métier, c'est le cas pour :

- ✓ 87,5% des médecins interrogés (7/8).
- ✓ 77,8% des sages-femmes interrogées (7/9).
- ✓ 44%,4% des infirmiers (IDE et IB confondus) interrogés (4/9).
- ✓ 0% des accoucheuses interrogées (0/2).

2. Motivations initiales

Ce sont 4 motivations initiales qui ont principalement été citées :

- ❖ L'image prestigieuse du métier a été citée le plus souvent, comme motivation principale pour un métier de la santé. Ce prestige passait souvent par la symbolique de la blouse (blanche ou rose) qui est très fréquemment citée comme emblème de charisme, de respect, de sagesse.

« Ca faisait un peu plaisir de voir la sage-femme dans la blouse rose, elle était bien imposante, on les appelait maman, c'était bien. » S16

« Parce que, quand je voyais le docteur avec sa blouse, depuis l'enfance, ça m'impressionnait. » S31

- ❖ Pour d'autres, c'est le goût de l'aide, du soin qui les a menés vers ces métiers. Ils voyaient, dans le domaine de la santé, le pouvoir de guérir, de soulager. La réalisation d'actes techniques est également mise en avant.

« Ce qui m'a motivée, c'est de voir les actes que les sages-femmes ont posés lors de l'accouchement de ma copine, ça m'a beaucoup intéressée. » S15

« J'arrive à soulager cette femme, aider cette femme à donner la vie, il n'y a rien de tel pour moi, c'est ça qui m'a motivée à devenir sage-femme. » S09

- ❖ Pour d'autres encore, c'est l'aspect relationnel du soin, le contact avec la population, parfois spécifiquement avec les nourrissons, qui les a attirés vers leur métier.

« Je veux faire ça depuis que je suis enfant, je me suis toujours dit que je voulais travailler avec des bébés » S10

- Enfin, le pouvoir de soigner sa famille et les siens a été cité plus rarement comme motivation principale de leur vocation. Il s'agit sans surprise des soignants parmi ceux ayant rapporté un événement marquant comme déclencheur de leur vocation.

« C'est depuis ce temps là que je veux être quelqu'un de la santé pour m'occuper au moins de moi, de ma famille. Parce que je savais que si quelqu'un de ma famille était là-bas, il n'allait pas me laisser seul. » S04

« Donc je me suis dit qu'il faut que je fasse tout pour qu'il y ait au moins quelqu'un dans la famille qui soit de la santé » S26

3. Motivations actuelles

Exercer le métier de soignant est un plaisir pour la majorité des personnes interrogées.
Là aussi, la plupart d'entre eux ont donné plusieurs réponses, sur ce qui leur plaisait aujourd'hui dans leur métier. 4 motivations principales se dégagent :

- En premier lieu, citée par la moitié des personnes interrogées, c'est l'aide apportée à des personnes en difficulté, qui les motive au quotidien.

« Ce qui me plaît, c'est sauver les gens qui souffrent, qui vont mourir » S05

« Si on arrive à résoudre le problème présenté par le patient, c'est ce qu'il y a de plus beau dans le métier. » S29

- En seconde position, c'est la communication et le contact qui plaisent à de nombreux soignants dans leur exercice quotidien.

« J'aime travailler dans le milieu des femmes, partager leur expérience, partager aussi le peu d'expérience que j'ai. » S10

« Ce qui me plaît, c'est que c'est très humain, on est très proche des autres, il y a beaucoup plus de chaleur. » S20

- En troisième position, c'est la reconnaissance des patients qui plaît aux professionnels.

« Parce que je me rends compte que je suis utile, pour la relation que j'ai avec les gens, la reconnaissance que les gens ont quand je fais du bon travail. » S22

« Beaucoup sont reconnaissants, viennent nous remercier, par des petits gestes. » S24

- Egalement, un nombre non négligeable de soignants a cité la rémunération comme élément plaisant dans leur métier.

« Bon, quelque part, je gagne ma vie dedans. » S25

« Ce qui me plaît, c'est d'aider les gens en difficulté. [...]. Et c'est un gagne-pain pour moi. » S01

- Les réponses qui viennent ensuite sont la responsabilité, la démarche intellectuelle, l'envie de parler de Dieu au malade, le pouvoir de soigner sa famille et la variété du travail, qui ont été citées ponctuellement.

- Il faut noter enfin que deux soignants ont déclaré ne rien aimer aujourd'hui dans leur métier.

« Vu les contraintes du milieu, j'ai tenté les concours et j'ai eu la santé. Mais ça ne plait pas jusqu'à présent. » S12

B. Le rôle des professionnels de santé d'après les patients

- **Le soignant est quelqu'un de très important.**

Pour toutes les raisons qui vont suivre, les patients estiment que le soignant joue un rôle très important pour la population et pour la société. C'est une notion qu'on retrouve fréquemment.

« Dans cette vie, il n'y a rien de plus important que la santé. Donc si quelqu'un est là pour te soigner, vraiment cette personne est importante pour toi. » P08

- **Le soignant doit bien nous soigner : cela passe par l'examen et l'ordonnance.**

La plupart des patients que nous avons interrogés déclarent que le rôle du soignant est de guérir, de soigner, et pour eux, cela passe inévitablement par l'examen, et par la rédaction d'une ordonnance. Le support écrit et le médicament ont une symbolique très forte : les usagers n'imaginent pas une prise en charge sans ordonnance. La perfusion et l'injection ont également une image très positive d'efficacité auprès des usagers.

« Si tu es malade, et que tu arrives à l'hôpital, il doit te regarder. Il te demande quand ta maladie a commencé, s'il a les médicaments, il doit te soigner. S'il n'a pas de médicaments, il te fait une ordonnance, tu vas payer les médicaments pour venir te soigner. » P01

« Si le malade vient, l'infirmier doit être attentif, regarder de quoi le malade souffre, quel médicament il doit lui prescrire, s'il doit faire une perfusion, ou si ça n'est pas nécessaire. Voilà ce que j'entends par bien s'occuper du malade. » P25

Si l'ordonnance est le symbole matériel de la « bonne prise en charge », les patients sont cependant en demande d'une ordonnance raisonnable, adaptée à leurs moyens. Ils sont quelques uns à considérer que le soignant a le devoir de rédiger une prescription comprenant

le minimum de produits nécessaires, pour que le malade ait la possibilité financière de l'honorer.

« Au lieu de lui faire une ordonnance de 2000 francs, on lui fait une ordonnance de 10000 francs, ya 2 produits qui peuvent faire l'affaire, tu vas lui prescrire 8 ou 9 produits. » P33

- **Le soignant doit nous aider, nous rassurer.**

Les usagers décrivent le soignant comme une présence rassurante, par le pouvoir qu'il a sur la maladie, et par l'aide qu'il doit procurer à celui qui vient le consulter.

« Selon nous, c'est quelqu'un qui nous aide. » P01

« Il nous rassure parce qu'il nous empêche de tomber malade. Le médecin est le garant de la sécurité de l'être humain. » P04

- **Le soignant doit être compétent et connaître ses limites.**

Les usagers réclament une bonne prise en charge, une réussite des traitements, et estiment que les soignants doivent savoir passer la main lorsqu'ils sont dépassés.

« Si tu arrives et qu'il te donne les médicaments, si tu pars faire le traitement, s'il y a du mieux, tu dois revenir le voir pour qu'il voie si le traitement avance. Mais s'il arrive que les médicaments qu'il t'avait donnés premièrement n'aient pas pu guérir ta maladie, il peut te dire de voir un médecin spécialisé dans ce domaine, dans un CMA par exemple. » P12

« Parfois, ya des docteurs, s'ils te soignent, et qu'ils voient que leurs soins ne te guérissent pas, ils peuvent te dire de repartir voir les vieilles personnes pour faire la médecine traditionnelle avec des racines. » P02

C. Formation des professionnels à la relation soignant-soigné.

- **Je me sens bien formé à la relation soignant-soigné.**

Sur 15 patients ayant répondu à la question, 12 s'estiment bien formés à l'aspect relationnel[29]. C'est donc le cas pour la grande majorité des professionnels interrogés.

« *Oui.* [Je me sens bien préparé, ndlr] *Je me dis qu'avant d'aborder les patients, on sait comment faire. »* S05

« On a le sentiment d'avoir été bien formés à la relation, et de ne pas trop avoir eu à apprendre sur le tas. On nous en a parlé dès la première année. » S29, 30, 31

[29] A titre indicatif, voir Annexe 2: « Recommandations à l'usage des soignants, pour une bonne communication avec les patients. » (39)

Pour eux, l'accueil des patients est important, et passe par le fait de leur donner une place pour s'asseoir, les saluer comme le veut l'usage, en demandant des nouvelles de la famille. Le sourire est important, ainsi que l'écoute.

« Les patients, quand ils viennent dans une structure sanitaire, l'accueil vraiment est fondamental, c'est vraiment la porte d'entrée. Il ne faut pas échouer l'accueil. » S20
« Dans le cas de la déontologie, on nous a fait savoir qu'un agent de santé doit concourir au bien être, au confort du patient, satisfaire ses besoins les plus élémentaires. Bien l'accueillir, l'écouter attentivement, la discrétion, mettre le malade à l'aise, faire le lit du malade... » S11

Pour la majorité, ils considèrent qu'ils savent comment faire, mais disent se heurter à l'impossibilité de concrétiser la théorie apprise, du fait de la réalité du terrain. Les raisons invoquées sont principalement le manque de temps, la charge de travail, ou la personnalité des usagers.

« Oui, sur le plan théorique, oui [je me sens bien formé, ndlr]. *Sur le plan pratique, on s'efforce de faire au mieux... »* S01

« Il y a un manque parce que ce qui est recommandé n'est pas bien appliqué. Parce qu'il y a des conditions qui ne permettent pas souvent d'être aptes à ces choses là. Par exemple, l'accueil, souvent on est bousculés, donc la manière d'accueillir, ça change. On voudrait seulement pouvoir lui donner une ordonnance pour qu'il puisse aller payer les médicaments [rires]. *Tout ce qui est les préliminaires, souvent c'est pas respecté. Par exemple, bien accueillir, bien installer, mettre en confiance d'abord, on n'a pas le temps de faire tout ça. »* S08

« Il faut reconnaître que certains patients ou certains accompagnants ne sont pas faciles, il y a souvent conflit...en tous cas, à l'école, c'est bien détaillé...On fait ce qu'il faut faire, mais c'est parfois difficile. » S11

La grande majorité des soignant interrogés a appris qu'une bonne prise en charge passe obligatoirement par une relation de confiance, qu'un bon interrogatoire nécessite que le patient se sente à l'aise, qu'il puisse s'ouvrir, et que c'est un aspect indispensable à un bon diagnostic et par la suite à un traitement efficace. Egalement, une bonne relation soignant-soigné favoriserait le suivi du patient : le patient reviendrait plus facilement en consultation, notamment dans le cadre du suivi de pathologies chroniques, ce qui est indispensable à une bonne prise en charge.
Certains évoquent également qu'une écoute attentive, une relation de confiance soulagent parfois le patient mieux qu'un traitement médicamenteux, et que l'objet d'une consultation, n'est pas toujours ni exclusivement somatique.

« L'écoute est très importante et il y a la façon même de recevoir le malade. Rien que ce matin j'ai vu une patiente qui m'a dit qu'elle est à moitié soulagée par la façon avec laquelle j'ai expliqué, je lui ai parlé, elle se sent beaucoup soulagée. Parce que, quand le malade se rend compte que le médecin est là, attentif, qu'il cherche à comprendre et qu'il veut résoudre tes problèmes, il aime ça. » S31

« On dit qu'un bon accueil est égal à 50% de la guérison pour le patient. Dès l'arrivée, quand l'accueil est correct, le patient se sent en confiance, et ça lui permet d'aider le soignant au diagnostic. Plus le patient participe, s'il est en confiance, plus ça permet au soignant de comprendre. » S21

- **J'ai bénéficié d'une formation initiale à ce sujet.**

La plupart des soignants interrogés disent avoir reçu une formation initiale spécifique à la relation avec les usagers.
Ce n'est pas le cas cependant pour les médecins, surtout les plus âgés, qui déclarent ne pas voir abordé le sujet en dehors du module de psychiatrie. Ces derniers déclarent qu'ils auraient aimé être mieux préparés.

« On fait la psychologie en 1ère année, mais il n'y a pas un volet où on vous parle de la relation médecin-patient. On parle des pathologies psychiatriques, mais comment être avec le patient, on n'en parle pas. » S24 (médecin)

« Sinon, dans la formation de médecine générale, il n'y a aucun cours. Le professeur donne son cours sur une maladie, et tu en fais ce que tu veux, tu abordes le patient comme tu veux en tous cas. » S26 (médecin)

« Pendant nos études à l'ENSP[30], on a eu plusieurs matières qui portent sur la relation soignant-soigné, notamment une matière sur le plan conceptuel de soin, où il y a une grande partie qui traite de la relation soignant-soigné. » S01 (IDE)

- **J'ai participé à des formations continues sur d'autres sujets, au cours desquelles l'aspect relationnel était évoqué.**

Concernant la formation continue, ils déclarent, pour un grand nombre d'entre eux, avoir participé à des formations au sein desquelles était abordée la relation soignant-soigné, comme par exemple la prise en charge des patients vivant avec le VIH. Par contre, ceux qui déclarent avoir bénéficié d'une formation spécifique, dans le cadre de la formation continue, sont moins nombreux.

« Peut être un peu au cours des formations sur le VIH, on aborde un peu le volet psycho social, mais une formation sur la relation patient-médecin, non. » S24

« Si c'est pas l'assurance qualité...A part ça je ne vois pas. Souvent on a des séminaires, c'est dans ce domaine seulement, la qualité des soins. Donc ça prend en compte les relations personnelles, c'est beaucoup abordé. La relation client-prestataire, ça compte beaucoup. » S06

« Il n'y a pas eu de formation. Ca a été abordé dans mon DIU de prise en charge des personnes vivant avec le VIH, mais c'est vraiment spécifique. Il faut prendre l'homme dans son ensemble. Mais je ne peux pas dire qu'on puisse élargir ça à toute la médecine. » S25

[30] Ecole Nationale de Santé Publique, lieu où se déroule la formation des infirmiers.

« On n'a pas eu de formation spécifique à la relation soignant soigné, en dehors de l'école. A chaque fois, c'est traité dans le contexte d'autres formations. » S04

D. Les attentes des usagers

1. Vues par les usagers

❖ **J'attends que le soignant fasse preuve d'humanité et de qualités relationnelles.**

En premier lieu, ce sont les qualités humaines et relationnelles des soignants qui sont attendues par une petite majorité des patients interrogés. Ces derniers insistent souvent sur le sourire, la gentillesse, le respect. Certaines phrases sont prononcées fréquemment et spontanément par les patients : « il doit être content de me recevoir », ou encore « on est tous des êtres humains ». Le patient a parfois le sentiment de ne pas être considéré comme un être humain, et souvent pas comme l'égal du soignant.

« J'attends qu'il soit content de me recevoir, qu'il me considère, qu'il le fasse avec sincérité. Ils doivent t'accueillir, te donner la place pour t'asseoir. » P02

« Le soignant doit dire des bonnes paroles pour soulager le patient. Il doit être ouvert à la population parce qu'on est tous humains et recevoir le patient correctement. » P21

« J'attends qu'il me sourie, qu'il montre qu'il est content de me recevoir. On doit se respecter » P11

❖ **J'attends du soignant qu'il soit disponible et qu'il me prenne en charge rapidement.**

Les patients relatent en effet des expériences où les soignants sont absents de leur lieu de travail, des soignants sollicités à plusieurs reprises et qui ne se déplacent pas, ou qui sont occupés à des loisirs personnels au sein de la structure de soin. Les patients pensent que les soignants n'ont pas envie de travailler, ne sont pas motivés.
Egalement, de nombreux patients souhaitent être pris en charge rapidement, voire immédiatement, dès leur arrivée à la structure de soin. Ils sont assez nombreux à penser que les soignants ne veulent pas faire leur travail, et à estimer que s'ils ne se manifestent pas, ils ne seront pas pris en charge rapidement. Peut être s'agit-il aussi d'une forme de pensée magique, qui consiste à penser que, quelle que soit la gravité de la pathologie (qui est parfois difficile à apprécier par le patient), et quelle que soit l'heure, il faut être pris en charge le plus rapidement possible.

« Le médecin doit se précipiter vers toi pour te soigner ; plus vite tu es soigné, plus vite tu es guéri. » P12

« Si tu amènes ton malade à l'hôpital, tu peux aller trouver qu'il [le soignant, ndlr] *n'est pas là, 5 ou 10 fois. Il arrive, directement il te demande « quel est ton problème ? » Il place une*

perfusion. S'il finit seulement, il disparaît. Si l'eau veut finir, il faut que tu sortes encore le chercher pendant un bout de temps avant qu'il ne revienne voir. Dans des cas comme ça, il ne peut pas y avoir de bonne relation entre nous. » P16

« Même si tu as rendez-vous, ils n'ont même pas envie de prendre ton carnet pour faire la consultation, ils te font tourner, tourner, comme si tu n'étais pas un être humain. » P31

❖ J'attends du soignant qu'il soit honnête et qu'il ne fasse pas de favoritisme.

L'équité de prise en charge et l'honnêteté des soignants ont été citées à plusieurs reprises par les usagers. Ils sont nombreux à dénoncer des cas de médicaments gratuits revendus aux patients par les soignants sur les lieux de soins, de favoritisme des soignants envers leur famille ou leurs proches. Certains racontent des expériences personnelles : des soignants auraient prescrit des produits qu'ils auraient ensuite gardés pour les revendre à d'autres.
Certains également considèrent qu'il existe une discrimination en fonction de la classe sociale, que les riches sont pris en charge mieux et plus vite que les pauvres. D'après eux, c'est l'appât du gain qui motive les soignants, d'où l'intérêt pour eux de soigner les plus riches en priorité.

« Les médicaments que tu paies, même si ça n'a pas servi, ils re-prescrivent la même chose, ou bien ils prescrivent le double, pour que tu paies. » P14

« Ton tour même peut arriver, on s'occupe pas de toi, ils prennent ceux qui ont les moyens avant toi. [...] Dans des cas pareils on ne peut pas parler d'humanité. » P25

« Ces médecins qui ont grevé [qui ont fait la grève, ndlr], *chaque fois ils reçoivent des dons de médicaments, et ce sont ces médicaments qu'on nous vend pour les premiers soins* » P34

❖ J'attends du soignant qu'il me donne les médicaments gratuitement si c'est nécessaire.

Un nombre non négligeable de patients a dit attendre la gratuité des médicaments, ou l'avance des médicaments pour les premiers soins, comme le prévoit normalement le système de santé[31]. De nombreux patients disent qu'un patient pauvre ne sera pas pris en charge avant d'avoir payé et apporté les médicaments. Ils déplorent le fait qu'aucun soin, aussi urgent soit-il, ne soit réalisé si le patient n'a pas l'argent pour payer les premiers soins, implorant parfois la pitié des soignants. D'où le sentiment de ces patients pauvres que leur vie n'a aucune valeur. Plusieurs patients ont prononcé la phrase *« tu peux mourir cadeau »* (P11, P31), ce qui signifie que certains patients meurent de pathologies aisément curables parce qu'ils étaient trop pauvres pour être pris en charge par le système public de santé.
Ceci joue bien sûr un rôle important dans la relation soignant-soigné, car c'est une source de colère des usagers contre leur système de santé, auquel participent bien évidemment les soignants. Nous discuterons cet aspect par la suite[32]. Il s'agit d'un point important d'incompréhension entre les deux parties.

---

[31] Voir « L'inconfort économique » et (34).
[32] Voir « L'inconfort économique. »

« Si le médecin voit que tu n'as pas les moyens de te les procurer [les médicaments, ndlr], *s'il te connaît, il peut voir s'il dispose des médicaments, et te les donner cadeau. Ça c'est de l'humanité. »* P05

« S'ils ont les médicaments pour les premiers soins, ils n'ont qu'à les avancer, avant de te donner l'ordonnance avec les médicaments dessus, pour que tu puisses les rendre. » P27

« Les premiers soins, il n'y pas de prise en charge pour ça. Le minimum, au moins, c'est les premiers soins. Si c'est en urgence, ça doit être sans payer. » P33

- **J'attends du soignant qu'il m'explique ma maladie, et qu'il me donne des conseils pour l'éviter.**

Plusieurs patients pensent qu'une bonne relation doit inclure des explications sur la maladie, sur le traitement à suivre, des conseils de prévention.

« Les infirmiers et les sages-femmes nous aident, rien qu'en nous disant d'espacer les enfants. » P29

« Au lieu de t'expliquer gentiment comment il faut prendre les médicaments, elles vont t'expliquer ça d'une manière, vraiment...en terme médical. » P35

« Je trouve que c'est important parce que si tu pars chez le docteur, qu'il te soigne, il te donne des conseils sur tout ce que tu as fait pour tomber dans la maladie, pour que tu ne re fasses pas la même chose. Comme ça, tu auras une bonne santé. » P05

- **J'attends du soignant qu'il devienne mon ami.**

Egalement, plusieurs patients déclarent attendre une relation personnalisée, affective, voire amicale avec le soignant, lorsque la consultation ou la prise en charge s'est bien déroulée. Certains évoquent l'intérêt pour eux d'avoir un soignant dans leur entourage, et donc l'intérêt d'entretenir de bonnes relations avec eux. Cela peut passer par des cadeaux, des petits gestes. Cela peut aussi se manifester par de la reconnaissance, après un traitement efficace ou une prise en charge satisfaisante.

« Le médecin peut sourire avec toi, toi aussi tu peux sourire avec lui et ça vous rapproche. La prochaine fois que tu iras à l'hôpital, ça devient de l'amitié entre vous. » P07

« Si l'infirmier s'occupe bien de toi, et que tu es guéri, automatiquement, si vous vous voyez, même si c'est après, ça devient de l'humanité entre vous. S'il te voit, il te salue, toi aussi tu le salues correctement, il peut demander d'après où tu loges, il peut passer chez toi pour causer, toi aussi tu fais pareil. » P25

- **J'attends du soignant qu'il ne me parle pas mal.**

Plusieurs patients attendent des soignants qu'ils cessent de les réprimander. Ils sont nombreux à rapporter des comportements irascibles, parfois violents des soignants, ou des remontrances perçues comme humiliantes. Les patients attribuent souvent ces manques de respect à des traits de caractère difficile. Cela nuit aux relations avec ces soignants-là, mais aussi avec tous les autres, par la méfiance et la retenue que ces comportements induisent chez les patients.

« S'il vient, il se met à crier, ça ne peut pas aller. » P16

« Selon moi, les mauvaises paroles que les infirmiers ont envers les malades, ils n'ont qu'à essayer de corriger ça. Si tu arrives et que tu vois que l'infirmier a la mine serrée, toi-même tu as peur d'expliquer ton problème. On doit leur dire de mettre fin à ça. » P27

« Il ne faut pas que l'infirmier se fâche de voir un malade devant lui. » P29

- **J'attends du soignant qu'il ne se sente pas supérieur à moi.**

Et enfin, pour de bonnes relations, quelques patients demandent que le soignant ne se place pas au dessus du patient, qu'il ne se positionne pas comme quelqu'un de supérieur au cours de la relation de soin. Ces patients souhaiteraient également que les soignants mettent leur discours à la portée des patients, et qu'ils considèrent le patient comme leur égal.

« Il y a des gens qui se basent sur leurs diplômes pour ne pas t'accorder assez d'importance. Il doit se mettre en tête qu'il est un être humain comme toi » P14

« Il y a des autres qui ont leurs diplômes, et qui profitent de ça pour frimer. » P16

- **J'attends du soignant qu'il encadre bien les stagiaires.**

Quelques soignants évoquent des élèves ou des stagiaires mal encadrés, laissés seuls prendre des responsabilités, ou commettant des erreurs par manque de supervision.

2. Vues par les professionnels

La question a été posée aux professionnels et aux patients : il s'agissait de savoir ce que les patients attendaient des soignants en termes de relation, et de savoir ce que les soignants percevaient et savaient de ces attentes. Ont été exclues les réponses qui ne concernaient pas l'aspect relationnel, et notamment la réussite des traitements, la guérison, souvent citées. Les personnes interrogées ont la plupart du temps donné plusieurs réponses, qui sont rapportées ci-après :

- **En premier lieu, les patients attendent de nous des qualités humaines et relationnelles :**

La grande majorité des professionnels pensent que les patients attendent d'eux des qualités affectives et humaines. Ont été souvent cités : le respect, la compassion, l'écoute, la douceur, la patience…etc. Le moment de l'accueil du patient est une étape de la consultation qui est fréquemment évoquée : la mise à l'aise du patient, les préliminaires à la consultation constituent d'après ces soignants une part importante des attentes du patient, et conditionne le bon déroulement de la consultation.

« *Ce qu'elle* [la patiente, ndlr] *attend de moi, c'est mon affection envers elle, la joie que je peux lui communiquer, de la gentillesse. De l'amour, de la confiance* » S02

« En terme de relation, ils veulent qu'on fasse très attention à eux, qu'on les écoute, la discrétion, qu'on se mette même à leur place pour les comprendre, la compassion. Qu'on leur réserve aussi un bon accueil, on les fait entrer, on leur donne la place. » S11

- **Les patients souhaitent des explications concernant leur maladie et leur traitement, et des conseils.**

Seul un tiers environ des soignants a répondu spontanément que la communication à visée éducative était une des attentes des patients, en précisant qu'elle était indispensable pour la prévention des maladies, à une bonne observance, à une participation du patient. A noter que devant le peu de personnes mentionnant spontanément cette notion, nous avons posé la question sur l'importance qu'ils accordaient aux explications dans la relation avec le patient. A cette question, tous ont répondu que c'était un aspect capital de la relation soignant-soigné, qui avait un effet bénéfique sur l'observance, le suivi, et la prise en charge en favorisant notamment l'acceptation de la maladie, et la confiance apportée au soignant.

« Beaucoup attendent des conseils nécessaires pour […] qu'ils ne fassent pas les mêmes gestes que ceux qui l'ont amené à tomber dans le piège et à avoir cette maladie. » S22

« Il faut, quelles que soient les thérapeutiques qu'on lui propose, la prise en charge, qu'il en soit informé, […], qu'on lui explique ce qu'on lui fait. » S28

- **Les patients attendent de nous que nous soyons disponibles.**

Seuls quelques soignants ont mentionné cette notion. Ils pensent que les patients attendent d'eux une présence effective sur le lieu du soin, une prise en charge la plus rapide possible, la ponctualité, le respect des rendez-vous fixés au patient. D'après eux, les patients souhaitent pouvoir être pris en charge à toute heure, et le plus rapidement possible.

« Ils veulent aussi qu'on soit disponibles. Je veux parler de la présence effective du personnel soignant. S'ils viennent et qu'ils ne trouvent personne, c'est un problème. » S11

« *Elle a besoin […] qu'on lui dise qu'elle peut revenir autant qu'elle veut.* » S17

Deux notions sont à distinguer dans cet ensemble : d'une part, la présence des soignants au centre de santé aux horaires prévus, et d'autre part le fait que les patients souhaitent être pris en charge le plus vite possible, voire dès leur arrivée.

- **Les patients attendent de nous de l'humilité.**

Egalement, les professionnels ont évoqué leur propre humilité : d'après eux, les patients souhaitent que le soignant ne se place pas au dessus d'eux dans sa façon de communiquer, ne les rabaisse pas.

« *L'autre aspect, c'est que souvent on se met au-dessus de la personne qui vient demander de l'aide* » S16

« *Il faut leur parler d'égal à égal, et puis simplifier notre langage.* » S19

« J'entends beaucoup dire « c'est pas parce que tu es docteur que tu peux me dire ça. Dehors, tu n'oserais pas me parler sur ce ton. » Ca veut dire qu'il y a des lacunes quand même qui se posent. » S26

- **Les patients attendent de nous qu'on cesse de les réprimander.**

De la même façon, quelques professionnels ont mentionné le fait que les patients veulent ne pas être réprimandés au cours de la relation de soin. La formulation négative des réponses est importante car elle laisse sous-entendre que c'est parfois le cas, et que les patients s'en plaignent. Nous verrons plus loin si c'est le cas.

« Il ne faut pas être trop sévère. » S12

« On peut leur faire des remontrances mais très souvent c'est pas utile ; il faut leur dire comment ils doivent faire mais c'est pas la peine de leur faire des histoires d'abord avant de les recevoir. » S22

- **D'autres réponses ont été mentionnées moins souvent :**

Ont été évoquées ponctuellement l'honnêteté et l'équité dans la prise en charge, comme une attente des patients. D'après ces soignants, les patients attendent d'eux une absence de discrimination. Ont été notamment mentionnées les discriminations en fonction du statut social, ou du statut sérologique VIH.

« Quand ils viennent, ils veulent vraiment [...] qu'on ne voie pas uniquement leur maladie, qu'on les stigmatise. » S01

Quelques soignants ont par ailleurs abordé la personnalisation de la relation soignant-soigné, et le fait que le patient recherche une relation avec un soignant en particulier, avec une perspective d'évolution vers une relation amicale.

« Si elle a confiance, tu seras sa personne ressource ; si elle a des difficultés, elle viendra vers toi » S02

Un seul soignant a répondu que le patient attendait une prescription raisonnable, avec un coût adapté à ses moyens. Cette réponse parait à la limite du sujet mais nous avons souhaité l'inclure car elle a été également abordée par les patients, et parce que l'aspect financier joue probablement un rôle fondamental dans la relation qui nous intéresse.

« Un problème aussi qu'il faut souligner, c'est la prescription. Faire une prescription rationnelle, pour leur permettre de payer. » S08

E. Les attentes des professionnels

1. Vues par les patients

❖ **Le soignant attend de moi que je le respecte.**

Un tiers environ des patients pense que, pour une bonne relation, le soignant attend d'être respecté. Au-delà, les patients verbalisent une forme de soumission, en utilisant des termes comme « s'abstenir », « se maîtriser », « se soumettre ». Certains également pensent qu'il ne faut pas céder à la tentation de se mettre en colère, comme si s'exprimer pouvait les desservir dans la prise en charge :

« *Si tu es sérieux, respectueux, le docteur va mieux s'occuper de toi.* » P02

« Tu dois t'abstenir pour qu'il puisse bien te regarder. [...] tu dois t'abstenir pour gagner les soins. » P27

« *Le patient doit être à l'écoute du médecin, se maîtriser, afin d'avoir une consultation, mais si tu pars et que tu veux jouer aux gros bras, tu vas pas gagner la consultation.* [Tu ne vas pas être vu par le médecin, ndlr] *Et ça, ça ne t'arrange pas. Vraiment, on doit respecter le médecin, parce que son intelligence dépasse la tienne.* » P25

❖ **Le soignant veut que j'attende mon tour quand je viens au centre de santé.**

Plusieurs patients ont déclaré que, pour une bonne relation avec un soignant, il fallait que le patient attende son tour, et n'exige pas d'être servi avant les autres. La quasi-totalité des patients ayant exprimé cette idée faisaient partie du même groupe, constitué d'hommes d'âge mûr vivant en milieu rural.

« Il faut respecter les règles de l'hôpital. Il ne faut pas dire que je suis venu trouver des gens avant moi et que je dois être servi avant ces derniers. » P04

« Si tu arrives à l'hôpital, et que la porte est fermée, tu dois toquer à la porte d'abord. Si on te dit de rentrer, tu rentres, si on te dit d'attendre, tu attends. » P02

❖ **Le soignant veut que le patient lui dise la vérité sur ce qui l'amène à consulter.**

Egalement, plusieurs patients ont répondu que le soignant attendait de la franchise et qu'il avait besoin que le patient lui dise la vérité sur les traitements entrepris ou sur le motif de consultation. Là encore, la quasi-totalité d'entre eux faisaient partie du même groupe de patients âgés que ceux cités plus haut.

« Ce que l'infirmier attend, c'est que le patient vienne expliquer sa maladie » P14

« Il attend qu'on réponde bien à ses questions [...] dire si tu t'es traité d'abord à la maison avant de venir à l'hôpital. » P04

❖ **Le soignant n'a rien à attendre du patient, le patient n'a aucun rôle là-dedans.**

Quelques patients ont répondu qu'ils n'avaient pas de rôle à jouer dans la relation soignant-soigné, et que c'était surtout au soignant de bien se comporter.

« Selon moi, ça dépend d'abord de l'infirmier, parce que s'il arrive, il t'aborde avec joie, ça te soulage. » P16

❖ **Le soignant attend de moi que je consulte plus tôt et que je revienne plus souvent.**

Enfin, seuls quelques patients ont pensé que les soignants attendaient des consultations à un stade plus précoce de la maladie, et que cela pourrait faciliter la relation avec eux en « aidant le soignant à les soigner ».

« Il ne faut pas qu'on traîne avec la maladie à la maison avant d'aller voir l'infirmier, pour qu'il nous aide à soigner à temps. » P06

2. Vues par les professionnels

❖ **J'attends du patient qu'il me dise la vérité.**

La première proposition a été citée par près de la moitié des soignants interrogés : ils attendent plus de la franchise de la part des patients, que les malades se confient davantage, et leur disent la vérité. Ces soignants ont le sentiment que les patients ont peur de se confier, notamment qu'ils leur cachent, volontairement ou non, la vérité sur les traitements entrepris avant la consultation. L'histoire de la maladie également est mal relatée d'après eux, les informations sont insuffisantes et cela pèse au quotidien sur leur exercice, rendant difficile la prise en charge et la communication. Certains soignants expliquent ce manque de franchise par la peur du sermon, ce qui rejoint ce qu'ont pu dire certains patients au sujet des réprimandes dont ils disent faire l'objet parfois. D'autres expliquent que les patients,

notamment issus du monde rural, sont intimidés par le lieu de soin, a fortiori lorsqu'il s'agit d'un gros établissement urbain. Ces obstacles culturels, que nous détaillerons plus loin, semblent faire obstacle à la relation soignant-soigné, en gênant la verbalisation du patient.

« La plupart du temps, les malades ne disent pas la vérité, parce qu'ils ont peur de se faire réprimander. » S19

« [J'attends, ndlr] *qu'ils disent la vérité, ce qu'ils ont déjà utilisé...parce qu'il y a des patients qui utilisent divers traitements, qui modifient complètement le tableau, et souvent ils ont peur de le dire parce qu'ils pensent qu'ils vont être sermonnés. »* S24

« J'attends une franche collaboration, la confiance, et qu'il nous dise ce qu'il a au lieu de jouer à cache-cache. » S22

- **J'attends du patient qu'il me respecte.**

La moitié encore des soignants déclarent attendre plus de respect de la part des patients. Certains rapportent des comportements impolis, irrespectueux, au sein des structures de soin, de la part des patients mais également des accompagnants.

« Certains malades ne sont pas faciles, ils viennent avec un certain comportement. Alors que nous sommes aussi des êtres humains...Ou bien certains accompagnants...vraiment ça nous dérange. Qu'ils soient un peu courtois envers nous aussi. » S11

« Il faut aussi que le malade respecte le soignant. » S19

« J'attends que lui aussi soit poli envers le médecin. » S24

- **J'attends des patients qu'ils soient patients.**

En outre, de nombreux professionnels attendent plus de patience de la part des personnes soignées. Ces soignants évoquent des patients qui n'attendent pas leur tour en consultation, qui entrent dans la salle d'examen sans frapper, qui exigent d'être pris en charge plus rapidement. Pour eux, il s'agit de comportements qui nuisent à la relation car ils rendent leur travail pénible au quotidien. De plus, ils ne comprennent pas cette attitude, qu'ils interprètent comme de la mauvaise éducation, de l'arrogance, ou un non-respect des règles. Ils voient également ce comportement comme un manque de confiance de la part des patients : d'après eux, les patients pensent qu'ils ne seront pas pris en charge s'ils ne se comportent pas de cette façon. Cela dénote, là encore, un manque de compréhension entre les deux parties.

« Qu'ils comprennent qu'on ne peut pas laisser les autres et les voir immédiatement. Il faut attendre son tour » S03

« [Le problème, c'est, ndlr] *l'impatience aussi, parce que chacun veut que son cas soit plus vite réglé que les autres. Ils n'ont pas la patience d'attendre qu'on finisse avec les cas urgents. C'est de là que vient l'incompréhension. »* S10

« Y en a aussi qui peuvent venir comme ça, ils viennent trouver les gens alignés, mais il veut rentrer avant les autres [...] il faut attendre ton tour. » S11

❖ J'attends du patient qu'il me comprenne.

Pour un quart des soignants interrogés, c'est le problème de l'incompréhension qui fait obstacle à la relation soignant-soigné : ces soignants ont très souvent dit qu'ils voulaient être compris par les patients, concernant leurs contraintes de travail, les règles à respecter. Les soignants ont le sentiment que les patients sont très suspicieux à leur égard, en termes de motivation à s'occuper d'eux, d'honnêteté, parfois de compétence. Ils voudraient que les patients comprennent leurs conditions de travail, et se mettent parfois à leur place. Quelques uns ont dit qu'ils souffraient de « préjugés » de la part des patients : soit parce que leur profession a une mauvaise image, soit parce que le comportement inacceptable de certains professionnels nuit à l'image de tous les professionnels.

« C'est surtout l'incompréhension qui pose problème, dans tous les domaines si on veut bien voir » S09

« Très souvent on ne se comprend pas » S10

« Qu'ils nous comprennent aussi [...] il y a un manque de confiance... » S13

❖ J'attends du patient qu'il coopère et qu'il suive mes conseils.

Egalement, c'est une bonne observance et une bonne coopération au traitement qu'ils attendent. Ces soignants expriment un certain découragement vis-à-vis des patients qui parfois ne comprennent pas les consignes, ne suivent pas leurs conseils. Le poids des traditions est également évoqué ici, où les soignants disent lutter quotidiennement contre les pratiques traditionnelles inculquées par la famille ou les proches, et qui nuisent à leur prise en charge.

« Qu'elles soient coopérantes, qu'elles se fidélisent vraiment. Qu'elles acceptent les conseils qu'on leur donne, et fidéliser, qu'elles suivent ces conseils à la lettre. » S14

« Si je lui dis de prendre des médicaments, il faut qu'il le fasse. Qu'il puisse comprendre et accepter. Qu'il puisse adhérer à la prise en charge. » S28

❖ J'attends des patients qu'ils consultent à un stade plus précoce de la maladie.

Nombreux également sont ceux qui souhaitent des consultations plus précoces, et un meilleur suivi. Ces professionnels disent regretter que de nombreuses consultations soient si tardives, avec des pathologies aggravées, rendant parfois leur travail plus difficile et moins efficace. Ils rapportent une certaine amertume, une frustration au quotidien, parce que, d'après eux, les patients consultent trop tardivement. Ils attendent également du patient qu'il revienne après le traitement, afin qu'ils puissent obtenir des informations sur la tolérance et l'efficacité du traitement entrepris.

« Quand tu donnes une ordonnance à un malade, qu'il paie ses produits, tu lui expliques, tu as besoin qu'il revienne pour que tu saches si les produits que tu as donnés ont été efficaces ou non. [...] Mais généralement les malades ne reviennent pas. [...]» S08

« Ce qu'il y a de plus, c'est d'attendre que la maladie soit à un stade critique pour venir. Là, quand tu viens, on te dit toutes tes vérités, avant de commencer à soigner. Les gens viennent tardivement souvent. » S08

« Seulement, nos femmes, nous souhaiterions les voir plus souvent, quand elles vont encore bien, plutôt que de les voir sur les chariots au moment où elles ne peuvent plus décliner leur identité. Là, il n'y a plus pratiquement de relation soignant-soigné. » S16

- **J'attends du patient qu'il nous dise franchement ce qu'il pense de nous.**

Quelques soignants souhaitent plus de franchise de la part des patients, en expliquant que souvent, les patients ne leur disent pas directement lorsqu'ils sont mécontents. Ils déplorent le fait que ces patients insatisfaits aillent le raconter à leur entourage, salissant au passage leur image auprès la population, au lieu de s'adresser directement à eux. Ces soignants regrettent de ne pas avoir connaissance du mécontentement éventuel de leurs patients, et de l'apprendre parfois par hasard, en entendant des conversations en dehors de la structure de soin.

« Elle ne vient pas nous dire directement, c'est dans les causeries, au marché qu'on entend ce qu'elles disent, mais elles ne vont pas venir nous dire.» S02

- **J'attends du patient qu'il respecte le règlement du centre de santé.**

Quelques soignants également (tous issus du même centre de santé, et au cours du même entretien) ont déclaré attendre des patients qu'ils respectent les horaires du centre de santé, en précisant que les horaires de garde doivent être réservés aux urgences. Ils évoquent des patients qui consultent à n'importe quelle heure, pour des pathologies évoluant depuis plusieurs jours, ou des patients qui viennent les chercher chez eux alors qu'il ne s'agit pas d'une urgence. Le fait que cette notion n'ait été abordée que dans une seule localité conduit à nuancer l'information, mais il peut s'agir d'une exclusivité propre au milieu rural. En effet, les professionnels y sont bien connus de la population, et sont souvent logés à proximité du centre de santé, contrairement au milieu urbain.

« Pendant la garde, ça doit être uniquement les urgences ; Mais ici, c'est un milieu, c'est pas facile, ils n'ont pas cette notion-là. » S11

- **J'attends de la reconnaissance de la part du patient.**

Enfin, et en dernière position, c'est la gratitude des patients qui est citée comme une attente par une petite minorité des soignants.

« Vue mon histoire, à chaque fois que j'ai un geste envers quelqu'un, je sens que je réponds à une détresse. Et là je suis quand même content de moi. Même si la personne ne le reconnaît pas, je sais qu'au fond d'elle, elle dit Dieu merci. » S26

F. La qualité perçue de la relation soignant-soigné

1. La qualité perçue par les patients

Une réponse précise à cette question n'a été donnée que par la moitié environ des usagers interrogés. Si un nombre important de patients ne s'est pas exprimé clairement, un certain nombre d'entre eux exprime au cours de l'entretien des expériences tantôt positives, tantôt négatives, avec des dires semblant parfois contradictoires.

« Durant 2 mois à l'hôpital, je n'ai pas rencontré de problème avec un soignant [...] Ils ne te considèrent pas comme un être humain. » P31

Nous n'avons mentionné ici que les avis exprimés clairement, afin de coller aux discours, et tenter de ne pas trop les interpréter.

- **D'après moi, la qualité de la relation est bonne.**

5 personnes ont estimé que la relation soignant-soigné, d'après leurs expériences, était généralement bonne. Toutes ces personnes provenaient du groupe d'hommes âgés vivant en milieu rural.

« En tous cas, de ce côté-là, entre nous et les docteurs, ça va. On est sur la bonne voie, c'est vraiment respecté. » P04

« Tu peux même leur donner un coup de main, en oubliant ton problème, parce que ce n'est pas aussi grave. Si tu arrives à faire ça, tu ne vas jamais avoir de problème avec un infirmier. » P03

- **D'après moi, la qualité de la relation est moyenne, ou variable.**

Un nombre équivalent d'usagers estiment que la qualité de relation varie selon les localités. La relation serait correcte en ville, du fait de la multiplicité des centres de santé, d'une forme de concurrence avec des structures privées. Par contre, la relation soignant-soigné en milieu rural est décrite comme mauvaise par ces personnes, qu'elles soient originaires de la ville ou des campagnes. Nombreux également sont ceux qui sont satisfaits de certains soignants, mais mécontents d'autres. Ceux là conviennent que les façons d'exercer sont multiples, et qu'on ne peut pas généraliser. Généralement, ils relatent des expériences de qualité variable.

« Les infirmiers ne sont pas tous pareils. » P16

« Tous les hôpitaux ne sont pas pareils. Dans certains ça se passe bien, et dans d'autres, ça ne se passe pas bien. » P28

❖ **D'après moi, la qualité de la relation soignant-soigné est mauvaise.**

Un nombre encore équivalent d'usagers décrit la relation soignant-soigné comme mauvaise, comme quelque chose d'impossible.

« De nos jours, je ne veux pas qu'on parle d'humanité entre les patients et les infirmiers, parce que ça n'existe pas [...]. C'est chacun pour soi, et Dieu pour tous. » P29

« La relation est très très très mauvaise. » P33

2. La qualité perçue par les soignants

❖ **D'après moi, la qualité de la relation soignant-soigné est bonne.**

Sur 31 soignants, un cinquième environ a répondu qu'il trouvait la relation avec les patients bonne, ou assez bonne.

« A vue d'œil, c'est presque toujours les mêmes personnes qui reviennent nous voir. Donc je dirais qu'elle est assez bonne. » S08

« Je la trouve bonne. Parce que d'abord, c'est une voie que j'ai choisie, donc je ne suis pas étonné de toutes les tendances psychologiques des gens que je reçois, je m'y attends un peu. Comme je ne suis pas surpris, c'est une bonne relation. D'autant plus que je m'épanouis dedans. » S25

❖ **D'après moi, la qualité de la relation soignant-soigné est moyenne, ou variable.**

C'est le cas pour la moitié environ des soignants interrogés, qui sont plus mitigés. La qualité de la relation serait plutôt meilleure en ville qu'en milieu rural. Nombreux sont ceux qui l'évaluent comme « passable » ou « acceptable », tout en précisant qu'il reste beaucoup à faire pour l'améliorer. Certains également pensent que la tendance générale est plutôt à l'amélioration.

« De façon générale, je ne dirais pas que la relation soignant-soigné est mauvaise, je ne dirais pas ça, mais je me dis qu'il y a beaucoup à faire pour améliorer cette relation. » S01

« Moi, je dirais passable. Ca dépend des zones. En ville, c'est acceptable. En campagne, il y a vraiment des zones où ça balance. » S05

« J'ai participé à un symposium international où il était dit que le premier problème au Burkina était l'accueil. Ca m'étonnerait beaucoup que la situation se soit inversée. Mais la tendance est en train de changer, on veut des résultats. Ca amène les gens à s'améliorer. » S22

- **D'après moi, la relation est vraiment mauvaise.**

Ils sont là aussi environ un cinquième des soignants interrogés à penser que la relation avec les patients est globalement médiocre. Ces derniers sont, comme les patients, plutôt pessimistes sur l'évolution des mentalités, et sur l'amélioration future de cette relation.

« Pour moi...bon...comme c'est anonyme...je dirais qu'elle est nulle...il faut que on s'y mette encore pour cultiver cette relation, pour qu'elle soit de qualité. Des fois, tu vas t'asseoir, sans qu'elles sachent que tu es de la santé, mais quand tu écoutes leurs causeries, elles ne nous jettent pas de fleurs ! Elles disent que l'accueil est mauvais, elles ne sont pas satisfaites » S02

« La relation n'est pas bonne. » S11

« Il y a une grande insuffisance, une grande lacune, surtout au détriment du patient, et même dans le privé. » S26

En dehors de ce jugement sur la qualité, quelques notions supplémentaires ont été abordées par les soignants interrogés, au sujet de la qualité de la relation soignant-soigné, et de ses évolutions actuelles :

- **La qualité de la relation est globalement mauvaise, mais dans mon cas, je la trouve bonne.**

Quelques soignants verbalisent le fait que dans leur pratique quotidienne, la relation avec leurs patients est bonne, mais que globalement, d'après ce qu'ils entendent, et ce qu'ils voient, la relation est plutôt mauvaise ailleurs.

« Il y a des CSPS où les patients se plaignent un peu de l'accueil. [...] Il y a 2 ou 3 CSPS que j'ai fréquentés où l'accueil n'était pas ça, les gens se plaignaient, même parfois les gens voulaient le départ de l'infirmier...j'ai vécu 3 CSPS, où les gens ne se sont pas plaints. Je peux dire que c'est bon chez moi. » S04

« Pour moi ça va, mais il y en a qui se plaignent quand même dans certains endroits. Ils viendront chez nous en disant qu'ailleurs, ça ne va pas. » S20

« Il y a des gens qui ne viennent plus, il y a des gens qui le disent ouvertement et qui reviennent vous dire « ce qui se passe dans votre établissement, ceci cela »...Me concernant, j'ai de très bonnes relations avec mes patientes, je fais en sorte d'avoir de très bonnes relations. » S28

- **Les responsabilités sont partagées dans la mauvaise qualité de cette relation.**

De nombreux soignants estiment que si la qualité de relation est insuffisante, ou mauvaise, les usagers et les professionnels en portent chacun une part de responsabilité. D'autres estiment que c'est à l'un ou à l'autre de faire plus d'efforts.

« Du coté des malades et du coté des soignants, chacun doit mettre de l'eau dans son vin. Chacun a une part de responsabilité dans la mauvaise qualité de cette relation. » S11

« Le manque de communication. Si on communiquait beaucoup avec les patients, il n'y aurait pas de problème. Ca, ça vient des 2 cotés, du patient et du personnel. Il faut que ça soit des 2 cotés. » S06.

« Je dirais passable parce que, quoi qu'on dise, la toute puissance du médecin est quelque chose qui est encore réel. C'est vrai que les malades, de leur coté, font des efforts, mais en retour, il y a beaucoup de manquement de la part du médecin. » S27

« Elle est mauvaise, des 2 cotés, du coté des agents de santé et au niveau des patients aussi. Ya les consultations tardives, ya l'accueil. Certains viennent, ils veulent pas attendre, d'autres viennent après l'heure...Bon... » S12

- **La qualité de la relation soignant-soigné s'est améliorée avec la prise en charge des patients vivant avec le VIH.**

Parmi les 31 soignants que nous avons interrogés, 5 avaient un exercice orienté dans la prise en charge des patients vivant avec le VIH (PVVIH). Ils ont émis l'idée que l'amélioration récente des conditions de prise en charge des patients infectés avait permis de favoriser l'aspect psycho-social et relationnel dans le soin. Le VIH étant une pathologie comportant de nombreux préjugés, stigmatisant souvent les patients, les familles, et étant source d'exclusion, les soignants sont mieux formés à l'écoute et à la prise en charge globale.

« Ils veulent vraiment qu'on les respecte, qu'on les considère. Particulièrement dans le VIH, parce que c'est un domaine un peu sensible. Quand ils viennent, ils veulent vraiment que la relation avec leur soignant soit beaucoup plus humaine, qu'on ne voie pas uniquement leur maladie, qu'on les stigmatise. Ils veulent qu'on les considère comme tous les autres malades, mais pas une maladie stigmatisée, ils sentent souvent un rejet, un dénigrement. » S01

D'après ces soignants, le VIH a permis d'améliorer l'aspect relationnel dans le soin, chez les patients porteurs du virus, mais également chez les autres : de nombreuses formations à destination des soignants se déroulent sur le thème du VIH, incluant souvent un chapitre sur la communication avec le patient. Ils sont nombreux à estimer qu'avec l'arrivée du VIH, les réflexions éthiques, les modalités pratiques et spécifiques de prise en charge de cette maladie particulière, stigmatisante et perçue comme honteuse, la relation avec les patients au sens large s'améliore également, et va continuer à progresser.

« Lors d'une formation, un présentateur a parlé du SIDA « réformateur », parce qu'avec la prise en charge du VIH, il y a eu une évolution, on perçoit davantage le patient dans sa globalité, et je me dis que ça a changé notre manière de voir les patients. » S01

« Avec le SIDA, ça change un peu. On est obligés d'aller au-delà de l'ordonnance médicale et d'expliquer un peu plus. C'est une maladie chronique, il va prendre des médicaments toute sa vie, mais s'il ne comprend pas et qu'il n'adhère pas, c'est sûr qu'il ne suivra pas le traitement » S24

- **La relation est meilleure dans le secteur privé que dans le secteur public.**

Les professionnels qui se sont exprimés sur ce sujet, notamment ceux qui avaient un exercice mixte, ou privé exclusif, ont tous exprimé cette opinion : la relation avec leurs patients est meilleure en clinique, et plusieurs raisons ont été invoquées :

- L'un d'eux a évoqué le choix possible du soignant, et notamment du médecin, en clinique privé, ce qui n'est pas possible dans le secteur public. Les patients sont suivis par le même soignant, qui de surcroît a été choisi, et cela concourt à une meilleure relation soignant-soigné dans le secteur privé.

« Dans le privé, vous avez le choix de votre médecin, mais dans le public pas souvent. Il y a moins de continuité dans la relation. » S28

- Egalement, les patients ont plus de moyens, ont la possibilité de payer leurs médicaments et leurs examens complémentaires, apportant une facilité plus grande aux soignants, moins de frustration, plus d'efficacité, plus de prévention, une meilleure prise en charge globale.

« Les moyens financiers aussi ne sont pas les mêmes. Dans le privé, ils peuvent honorer leurs examens, dans le public ça n'est pas toujours le cas. La relation, en clinique, est meilleure...» S31

- Ensuite, les patients ont un niveau social globalement plus élevé, ce qui sous entend une meilleure compréhension, une recherche d'explication, et donc une exigence supplémentaire pour les professionnels.

« On peut mieux communiquer, et puis les malades coopèrent plus. [...] Ce sont des gens qui ont un certain niveau de compréhension, ils ont été à l'école. » S31

- Enfin, les soignants expriment le fait qu'ils ont moins de patients et donc plus de temps à consacrer à chacun. Ils concèdent que les patients sont plus exigeants, grâce à cette instruction supplémentaire, et au prix élevé qu'ils paient : d'après eux, cela les oblige à être plus performants, car ils ont une obligation de satisfaction du patient.

« Dans une clinique, on est tenu de faire l'affaire du patient sinon il ne revient pas. » S04

« Il y a beaucoup moins de monde dans le privé, on peut beaucoup plus communiquer avec le malade, on a plus de temps. » S30

- Quelques uns ont également dit que la relation était meilleure dans le privé parce que les soignants étaient mieux payés, avaient moins de contraintes, était plus autonomes, plus responsables.

« Certains médecins se lèvent, ils ne savent même pas ce qu'ils vont manger à midi. Il est dans un tel état d'esprit, il ne peut pas faire de privé...il faut une certaine quiétude. Quand je

parle d'état d'esprit du privé, c'est cet état d'esprit qui accompagne le soignant; il faut qu'il soit dans de bonnes dispositions, bien dans sa tête, pour avoir un bon esprit du privé. » S25

G. Les obstacles à la relation soignant-soigné

1. La responsabilité des patients vue par eux-mêmes

Les patients ont assez peu répondu à cette question qui s'intitulait « Quels sont, d'après vous, les obstacles à la relation soignant-soigné, du côté du patient ? », comme le laissaient présager les réponses à la question « Quelles sont les attentes du soignant envers le patient ? »
Quelques idées apparaissent tout de même, provenant essentiellement d'un groupe de patients, issus d'un milieu urbain, avec un niveau socioculturel plutôt élevé. Il s'agissait du seul entretien avec des patients réalisé en français.

- **La pauvreté des patients est un obstacle à la relation.**

Peu de patients l'ont évoquée clairement, mais tous parlent beaucoup dans leur discours des difficultés liées à l'argent, des discriminations envers les patients pauvres. Ils sont nombreux à dire que, lorsqu'un patient se présente et qu'il est pauvre, les soignants lui prêtent peu d'attention.

« Si tu arrives à l'hôpital et que tu as les moyens, tout de suite ils te sautent dessus en te demandant de quoi tu souffres, ils s'occupent mieux de toi. Mais comme moi par exemple, c'est parce que je n'ai pas les moyens, c'est pour cela qu'ils ne font que me donner des rendez-vous qu'ils ne respectent pas. Ils oublient qu'à chaque fois que tu dois te rendre à l'hôpital, tu es obligé de prendre un taxi et ça aussi, ça fait des frais. » P29

« Mais si tu as les moyens, ils peuvent être humains avec toi, parce qu'ils en profitent. Si tu n'as pas les moyens, c'est carrément différent. » P27

- **L'analphabétisme des populations est un obstacle à la relation.**

Un seul patient aborde ce sujet, en disant que les patients non instruits ne comprennent pas les règles du centre de santé, ni les annonces gouvernementales, et attendent plus du soignant que ce qu'il peut effectivement lui donner.

« Les gens aussi sont un peu bizarres. Souvent, on entend dire que les premiers soins sont gratuits, donc ils se disent qu'ils ne vont pas dépenser un franc, parce que les premiers soins sont gratuits...un analphabète, il ne connaît rien... » P34

- **Les comportements incompréhensibles de certains patients peuvent nuire à la relation.**

Une personne également évoque certains patients qui ont de l'argent mais qui refusent de payer. Cet usager dit que ce genre de comportement nuit aux usagers dans leur ensemble, en décourageant les soignants, et en rompant également la confiance.

« Et il y a des patients aussi, ils ont l'argent, ils arrivent à l'hôpital, la santé n'a pas de prix. Mais ils ne vont pas payer tout, parce qu'ils ne veulent pas débourser. Eux là, c'est des cons. Y a des gars comme ça. Le gars va mourir, ils vont le fouiller, voir qu'il a l'argent sur lui. Ca, ça énerve. Des gars comme ça, tu vas dire que les docteurs l'ont laissé mourir, alors que c'est pas vrai. » P33

2. La responsabilité des patients vue par les soignants

Cette question peut, par certains aspects, rejoindre celle concernant les attentes des professionnels envers les patients. Pourtant nous cherchions par cette question à connaître les déterminants intrinsèques au patient, ce qui, dans la nature même du patient, ou dans sa vie, pouvait avoir une influence néfaste sur la relation avec les professionnels de santé. Les soignants ont bien compris la nuance avec la question précédente.

- **L'analphabétisme et le manque d'instruction des patients est un obstacle à une bonne relation.**

C'est ce qu'a répondu plus d'un tiers des soignants, en considérant que la communication avec les patients analphabètes nécessitait des adaptations de langage importantes, que ces derniers comprenaient moins bien les messages, et suivaient moins bien les consignes.
Egalement, l'analphabétisme et le manque d'instruction amènent des difficultés de prise en charge : ces patients sont plus facilement intimidés par le centre de santé et ne s'ouvrent pas facilement. En outre, leur faible niveau d'instruction fait qu'ils méconnaissent souvent leurs droits, ne pouvant exiger le respect et la prise en charge qui leur est due, ce qui peut conduire les soignants à les négliger. Enfin, les professionnels rapportent simplement des incompréhensions importantes entre eux et certains patients illettrés.

« Et puis l'analphabétisme peut jouer. Comme ils ne sont pas conscients de leurs droits, ils peuvent vraiment se retenir de s'ouvrir, d'exprimer leurs besoins, leurs demandes. Les patients ne savent pas que quand ils viennent, ils ont le droit d'être pris en charge, et le soignant doit tout faire pour les satisfaire. Ils n'ont pas vraiment conscience de tout ça et ça joue sur la relation » S01

« La communication est meilleure avec quelqu'un qui est allé à l'école qu'avec quelqu'un qui débarque de son village » S27

« Par exemple quand on donne les pilules, surtout dans nos pays là, où les femmes ne sont pas alphabétisées, elles ne sont même pas allées à l'école. Faut prendre plus de temps, à

quelle heure elle doit prendre sa pilule, surtout qu'elle ne connaît pas l'heure, elle n'a même pas de montre, pendant le manger, regarde la lune... » S02

- **La culture, la religion des patients sont parfois des obstacles à une bonne relation.**

Les soignants ont également fortement mentionné ce sujet comme un obstacle à la relation soignant-soigné dans leur exercice quotidien.
Les différences de culture sont surtout un obstacle en milieu rural, dans les villages reculés, où les traditions sont fortes, et, où, lorsqu'elles sont associées à une instruction faible des habitants, les messages sont particulièrement difficiles à faire passer, rendant la communication délicate.
La religion, notamment le refus pour une femme d'être examinée par un homme, ou le fait d'avoir le visage masqué par un voile, est quelque fois rapportée par les professionnels comme un obstacle. Les professionnels travaillant en maternité souhaitent que les femmes aient plus de pouvoir de décision, que le poids de la coutume soit moins lourd pour elles, que la famille et parfois le mari aient moins d'influence. Enfin, certaines ethnies (les Peuls, notamment, peuple nomade, traditionnellement éleveur de bétail) sont montrées du doigt, pour leur comportement parfois incompréhensible pour les soignants. Pour autant, il faut préciser que la tolérance est forte au Burkina Faso et il n'existe pas de discrimination à proprement parler[33].

« Souvent aussi, les gens semblent être préoccupés par les travaux champêtres. Ils préfèrent aller dans leur champ. Il y a une ethnie aussi qui est là, les Peuls, ce sont des éleveurs. Ils vaccinent correctement leurs bœufs, mais leurs propres enfants, ils ne vaccinent pas. Vous voyez que ça ne va pas. Ils ont plus de compassion pour leurs animaux que pour leurs propres enfants. C'est comme ça. » S11

« La religion...une personne qui est masquée de haut en bas, elle ne peut même pas enlever son voile pour vous parler. Elle ne veut pas être examinée par des hommes. Même enlever son masque pour parler à une dame, elle ne veut pas. Déjà, elles mettent une barrière à cette relation. » S17

- **La barrière linguistique est un obstacle à une bonne relation soignant-soigné.**

Cet obstacle a également été fortement cité par les soignants interrogés, qui se plaignent de messages incompris, de la nécessité parfois d'un traducteur. Tout cela peut altérer la communication, et la compréhension du patient, ou le freiner dans son expression.

« Et puis il y a la langue aussi. Moi j'ai été affecté dans une zone dont je ne connaissais pas la langue. Pour parler il fallait un interprète, quand il est disponible. Sinon, le patient ne comprend rien de ce que je dis. Alors c'est difficile de communiquer. Beaucoup d'agents ont ce problème-là » S22

« Il y a le problème de la langue...quand tu ne comprends pas la langue du patient, parce qu'elle n'est pas de la même ethnie... » S02

[33] Voir annexe 9 « Les relations interethniques au Burkina Faso », et notamment le paragraphe traitant de la « parenté à plaisanterie. »

« Parfois, il peut y avoir le problème de la langue. La langue parlée. Certaines ne comprennent pas le dioula ; donc pour communiquer avec les patients, ça peut poser problème. » S07

- **L'insolence de certains patients est un obstacle à la relation soignant-soigné.**

Certains soignants ont également évoqué des comportements effrontés, irrespectueux de la part des patients ou des accompagnants, qui les gênent dans leur exercice quotidien. Ils ont également mentionné un manque de volonté de la part des patients, qui choisiraient parfois de consulter tardivement, de ne pas amener leur enfant en consultation post-natale pourtant gratuite, ou qui ne respecteraient pas les rendez-vous fixés. Ces soignants verbalisent une forme de résignation à l'égard de ces comportements, comme si cela faisait partie du caractère de ces patients, et que rien ou presque ne pouvait avoir une incidence là-dessus.

« C'est une question de caractère, il y a des gens qui sont de nature insolente, ils sont violents, pas calmes, c'est choquant à la limite. » S09

« Très souvent les accompagnants posent plus de problèmes que les malades...ils constituent le plus grand obstacle dans la relation. Parce que certains, quand ils arrivent, le respect n'y est pas, ils nous disent clairement « C'est votre travail, vous êtes payés pour ça ! » » S10

- **La pauvreté de certains patients est un obstacle à la relation soignant-soigné.**

Cette notion a été citée à quelques reprises, parfois simplement évoquée par les soignants comme un frein à leur prise en charge et à la communication avec les usagers.

« [Le problème financier, ndlr] *est une grosse barrière. Pour un malade qui vient vous voir une première fois, vous demander des examens biologiques ou para cliniques, et vous prescrivez un traitement, il revient encore une semaine plus tard dans un état plus mauvais, sans avoir fait les examens. Parfois même vous lui avez donné son traitement et il ne l'a pas bien pris. On a 2 fois, 3 fois le malade devant soi, l'état se dégrade, même en étant un bon médecin, avec toute la bonne volonté du monde, on finit par se décourager. »* S30

« Je pense que [l'un des obstacles à la relation soignant-soigné, ndlr], *c'est la pauvreté. On parlait des consultations tardives...Y en a qui ne viennent pas parce qu'ils n'ont pas les moyens nécessaires. »* S11

- Enfin, quelques idées ont été citées de façon moins fréquente :
  - un soignant a évoqué l'apparence physique ou une hygiène défectueuse du patient comme un obstacle à la relation.
  - un autre a évoqué la douleur (particulièrement celle de l'accouchement), comme un facteur altérant la relation.

« Nos accouchements se déroulent de façon physiologique, et qui dit accouchement physiologique dit douloureux. Cette douleur, à un certain stade, ça pose problème. Souvent

j'ai eu à faire à des femmes difficiles, compliquées. Après la douleur, elles reviennent à elles, elles présentent des excuses, mais bon...c'est déjà consommé, quoi...C'est pas de leur faute. » S17

3. La responsabilité des soignants et du système, vue par les patients

- **Le caractère et le mauvais comportement du soignant est un obstacle à une bonne relation.**

C'est ce que les patients interrogés ont cité en priorité (un quart environ des personnes interrogées). D'après ces usagers, certains soignants sont préoccupés par l'appât du gain, sont malhonnêtes, inhumains, et lorsque c'est le cas, c'est lié à leur nature propre, plus qu'à des déterminants extérieurs. Ces usagers ne cherchent pas à expliquer ce comportement, ils l'attribuent à la mauvaise volonté des professionnels, à leur mauvais caractère, ou à l'attrait qu'ils ont pour l'argent.

« Vraiment, il y a des infirmiers qui sont nés comme ça, désagréables, on ne peut pas les changer. » P21

« Les gens [les soignants, ndlr] *pensent plus à leur poche qu'à la santé humaine. »* P33

« S'il sait qu'il n'aura pas un rond avec toi, il s'en fout de toi. Tout est lié au côté financier. » P38

- **Le manque de motivation et de vocation des soignants nuit à la relation soignant-soigné.**

Un nombre non négligeable de patients interrogés évoque le déficit de motivation des professionnels de la santé, et la crise des vocations, comme éléments nuisant aux relations. Ils rapportent un manque de contrôle, des carences de sanctions envers les soignants incorrects, et également un manque de valorisation. Ils pensent que le soignant n'a pas d'intérêt à faire correctement son travail, ni à favoriser l'accueil des patients. Au contraire, le soignant, d'après eux, ne met aucune énergie à améliorer sa pratique.

« Comme ça, moi je me dis qu'ils s'en foutent parce qu'ils se disent que c'est pas leur problème, dans tous les cas ils ont leur argent à la fin du mois, il n'y a plus de vocation. Même si tu meurs, y a pas de problème. » P27

« C'est à la santé qu'ils recrutent le plus. [...] Donc les gens sont obligés de se rabattre là-bas. Mais c'est pas tout le monde qui a la vocation. Ils veulent un emploi, ne pas rester à la maison. » S36

- **Les conditions de vie difficiles et l'insuffisance des salaires des soignants constituent un obstacle à la relation soignant-soigné.**

Plusieurs patients suggèrent également que les soignants sont insuffisamment payés, et que leurs problèmes personnels quotidiens empiètent sur leur comportement professionnel. Ils sont nombreux à dire que les professionnels devraient laisser leurs histoires personnelles à l'extérieur du centre de santé, ou à évoquer l'insuffisance de rémunération, allant parfois jusqu'à dire que c'est cette pauvreté qui les incite parfois à être malhonnêtes.

« Tout est lié à l'argent, ne mâchons pas les mots, tout est lié à l'argent...Leur salaire ne suffit pas. » P33

« Moi je pense que le soignant aussi doit vraiment attraper son cœur pour que tout se passe correctement [il doit prendre sur lui, ndlr]. *Sinon, si tu as eu des histoires avec ta femme ou ton mari à la maison, il ne faut pas que tu amènes ça jusqu'à l'hôpital. Ça, c'est pas une bonne chose. »* P27

« La vie est chère, donc on suppose qu'ils sont pas bien payés. » P35

- **Les messages erronés du gouvernement nuisent à la qualité de la relation.**

Les patients rapportent un décalage entre les annonces gouvernementales et la réalité, concernant notamment la prise en charge pour certaines pathologies, ou la gratuité des soins d'urgence. Ils constatent qu'en dépit des messages délivrés dans les médias, les centres de santé sont mal équipés, mettant ainsi les soignants en porte-à-faux vis-à-vis des usagers.

« L'information est mal passée, au niveau des gouvernements. » P34

« Les politiques crient tellement ça à la télé, les gens n'ont pas tort aussi. » P35

D'un côté, certains pensent que les autorités sanitaires diffusent des messages mensongers ou non suivis d'actes. D'autres pensent que ce sont les soignants qui dérobent le matériel distribué par le pouvoir central, empêchant ainsi le bon fonctionnement des centres de santé, par seul appât du gain[34].

- **Les mauvaises conditions de travail nuisent à la qualité de la relation soignant-soigné.**

Quelques patients évoquent les difficultés professionnelles des soignants, le sous-équipement des structures de santé, le nombre insuffisant de soignants par rapport à la population.

« La population dépasse le nombre de médecins... » P02

[34] Voir Résultats, « Les attentes des usagers ».

« A l'hôpital on te dit qu'il n'y a rien, on te tend une ordonnance, on te dit d'aller chercher les produits. C'est là que je voulais en venir quand je disais qu'on voulait les médicaments gratuits. Il y a ce problème là aussi. Souvent tu arrives, il n'y a rien. » P34

Enfin, une personne a évoqué l'éloignement géographique du soignant comme un obstacle à la relation soignant-soigné : pour cette personne, la disponibilité du soignant est une attente importante.

4. La responsabilité des soignants et du système, vue par les professionnels

- **Les conditions de travail des soignants sont un obstacle à la relation soignant-soigné.**

Cette notion a été citée par la quasi-totalité des professionnels interrogés. Qu'ils exercent en ville ou en campagne, tous déplorent le manque de matériel médico-technique, le manque de personnel, la fatigue par surcharge de travail, le manque de temps nécessaire à un bon accueil. Comme nous le disions précédemment, ils ont le sentiment de connaître la théorie sur la relation soignant-soigné, sur ce qu'attendent les patients, mais de ne pas pouvoir la mettre en œuvre en pratique au quotidien. Certains médecins généralistes évoquent également le manque de spécialistes disponibles dans le secteur public, du fait de la fuite de ces médecins vers le secteur privé.

« Mais par exemple, quand j'étais en brousse, je faisais la CPN 2 fois par semaine, et je peux me retrouver avec 90 femmes. Ca veut dire que, si tu commences à 8h, tu en as jusqu'à 16h ; et c'est difficile, dans un contexte comme ça, d'être sympathique du début jusqu'à la fin. On est occupés à donner le maximum aux gens, au bon moment, et ça fait qu'on oublie un peu cet aspect de relation soignant-soigné.» S16

« Le premier problème, c'est la fatigue, la charge de travail du personnel. Le personnel est en nombre très, très limité. Si vous prenez le nombre de femmes qui rentrent, et vous partagez par le nombre de prestataires au cours d'une garde, une sage-femme se retrouve avec au moins 5, 6 femmes au cours d'une nuit, à gérer parfois toute la nuit. Donc ça pose problème. A un moment donné, les gens sont fatigués. » S17

« Et aussi quand tu sais qu'il n'y a aucun chirurgien à côté, tu fuis parfois même le malade. » S30

« Moi je pense que la relation est conditionnée par la charge de travail. C'est vrai que la charge de travail peut être grande, mais bien répartie, ça peut aller. Mais quand tu as une grosse charge à porter, au même moment, la relation souvent est difficile. Là, tu donnes des ordres, parce que tu n'as pas le temps. » S31

- **La personnalité de certains soignants est un obstacle à la relation soignant-soigné.**

Cette notion a été citée également par un grand nombre de professionnels. Ces derniers pensent que certains soignants sont désagréables par nature, ou par mauvaise éducation, et que leur comportement nuit à l'image de tout le secteur de la santé. Ces professionnels ont pour la plupart ajouté que le caractère dépendait de l'histoire personnelle et de l'éducation de chacun, et qu'il était difficile d'avoir prise là-dessus. C'est pour eux un aspect de la prise en charge sur lequel on ne peut agir.

« Il y en a aussi, c'est une question d'éducation. Même quand tu les prends socialement, ils ne sont pas faciles. S'il a été éduqué dans une famille où vraiment, tout lui était permis, donc il fait ce qu'il veut, il n'a pas reçu une bonne éducation. Après, il fait les concours, part à la santé. Comment voulez-vous que ce même individu change de comportement ? » S11

« Si vous n'êtes pas courtois, si vous n'êtes pas attentif, vous ne vous intéressez pas au patient, si vous ne l'écoutez pas, c'est déjà quelque chose que vous ratez. Ca fait partie du caractère. » S04

« Le manque de douceur dans les paroles, certains sont arrogants de nature, ils ne peuvent pas accueillir quelqu'un doucement » S03

- **Les conditions de vie, et la rémunération insuffisante des soignants sont un obstacle à la relation soignant-soigné.**

Egalement, cette notion a été citée à plusieurs reprises, comme un facteur important nuisant à la relation avec les patients. Ces soignants déplorent un salaire insuffisant, des conditions de logement médiocres, entraînant des préoccupations matérielles permanentes, et altérant leur ouverture au patient. Egalement, ils rapportent des avancements professionnels inexistants, une lourdeur administrative. Certains d'entre eux évoquent également des pratiques malhonnêtes, parfois au détriment du patient, effectuées par nécessité, du fait d'une rémunération insuffisante.

« Nous avons tellement de pesanteur sociale ici, quand je vois comment les médecins tirent le diable par la queue, c'est terrible...comment peut-on travailler avec autant de problème dans la tête ? Ils ne sont pas bien, les médecins. Ils ne sont pas bien traités, ils n'ont pas la juste rémunération. » S25

« Et puis le soignant a ses problèmes aussi. Le médecin est un cas social...Au Burkina, les médecins ne sont pas traités à la hauteur de ce qu'ils font, et ça peut être un obstacle aussi. Certains se disent « je fournis beaucoup d'efforts, et à la fin du mois on me donne des miettes, alors je m'en fous, je fais ce que je veux, c'est pas mon problème ». Quand tu vas voir ce genre de médecin, ils remballent les malades, ils les chassent, c'est comme ça. » S31

- **L'incompétence de certains soignants est un obstacle à la relation soignant-soigné.**

Quelques soignants ont cité l'incompétence et parfois la mauvaise qualité des soins dispensés comme des éléments influençant négativement la relation soignant-soigné.

« Peut-être la médiocrité, le manque de sérieux. Si tu fais des erreurs qui ne sont pas acceptables, les gens savent. Il faut se mettre au sérieux. L'incompétence, ça peut jouer. » S03

« Peut être la formation, les compétences du soignant. S'il est incompétent, il va esquiver, trouver des moyens pour pouvoir échapper au patient. » S31

« C'est d'abord la compétence. Ce qui me vient en tête, c'est le fait de ne pas connaître ses limites, ça c'est un handicap. » S04

- **Le manque de motivation et de vocation chez les soignants peut être un obstacle à la relation soignant-soigné.**

Quelques soignants ont également abordé le problème de la démotivation des professionnels, du désintérêt qu'ils portent parfois à l'exercice de leur profession, soit par manque de vocation au moment du choix de la profession, soit après plusieurs années d'exercice, parce qu'ils ne se sentent pas reconnus, ou parce qu'ils se découragent. Ce problème a été à plusieurs reprises élargi à l'ensemble de la fonction publique : certains estiment que le problème touche toutes les tranches du secteur public, où les professionnels sont rémunérés quel que soit le travail effectué, où le peu d'évolution de carrière possible confine les gens dans une routine parfois délétère. Egalement, peu de menaces et peu de contrôle pèsent sur l'emploi d'un fonctionnaire, et cela a été cité plusieurs fois comme un élément démotivant.

« Et cette relation dans le public, est un peu à l'image de toute la fonction publique. [...] Les gens, dès qu'ils entrent à la fonction publique, se disent « que je travaille ou pas, j'ai le même salaire », on sait déjà qu'à la fin du mois, il y a le salaire qui tombe. Qu'on ait bien accueilli ou pas, c'est pareil. » S28

« Moi, je vois que pratiquement, il n'y a pas de motivation. Que tu aies fait 15 ou 20 accouchements au cours de la nuit, c'est la même chose. » S16

- **La communication inadaptée du gouvernement nuit à la relation soignant-soigné.**

C'est une notion qui a été citée à quelques reprises : certains soignants ont rapporté des annonces gouvernementales dans les médias, clamant la gratuité des soins d'urgence par exemple, mais qui n'auraient pas été suivies des actions nécessaires : les structures de santé n'auraient pas été pourvues du matériel nécessaire, entraînant une incapacité des professionnels de santé à satisfaire les demandes des usagers. Cela aurait entraîné une suspicion des usagers à l'égard des soignants, pensant que ces derniers tentaient de leur vendre des médicaments gratuits, d'où une baisse de confiance.

« Et après on part dire à la télé qu'on a donné des produits gratuitement pour la prise en charge des cas...Et les patients pensent qu'il y en a mais qu'on a pris les produits pour vendre, ou qu'on a utilisé pour autre chose, mais pas pour eux. C'est leur compréhension comme ça. Donc l'Etat nous met en conflit avec les patients. » S11

- **La mauvaise organisation de certains centres de santé nuit à la relation soignant-soigné.**

Quelques soignants ont relaté des défauts d'organisation au niveau de certaines structures de soin, engendrant des problèmes pratiques, altérant les relations entre soignants et soignés :

« Si les gens n'ont pas de rendez-vous, c'est difficile qu'il n'y ait pas quelques problèmes. Les gens doivent venir tôt, y a des disputes entre les patients, et les soignants doivent parfois intervenir, et là ça devient autre chose. Donc si les structures étaient mieux organisées, donner des rendez-vous, ça peut éviter beaucoup de problèmes. » S03

- **Enfin, quelques notions ont été moins fréquemment citées :**

  - Le nombre élevé d'intervenants, en CHU notamment,
  - Une mauvaise formation des soignants à l'accueil des usagers,
  - Ou une mauvaise apparence physique du soignant, sont des obstacles potentiels à la relation soignant-soigné, cités épisodiquement.

H. Les propositions pour une amélioration

1. Les propositions des patients

Là aussi, les patients verbalisent peu de propositions, comparativement aux soignants. Et c'est encore une fois le même groupe de patients qui a les idées les plus variées et les plus nombreuses. Quelques propositions sont tout de même identifiées.

- **Il faut favoriser le dialogue entre professionnels et usagers.**

Cette idée a été formulée uniquement par les patients interrogés en milieu rural, qui étaient tous issus du même village et fréquentant le même centre de santé. Auparavant, ils étaient nombreux à dire que c'était grâce aux rencontres entre les vieux du village et les soignants que la relation était correcte.

« Mais il faut que les infirmiers et les villageois collaborent pour qu'eux puissent mieux travailler. Par exemple s'il y a des vaccinations à faire, le COGES [Comité de Gestion du Centre de Santé, ndlr] *informe la population en passant par le délégué du village, pour faire passer le message. »* P04

« Mais s'il y a souvent des rencontres entre les infirmiers et les villageois, je pense que ça peut apporter un plus. Vraiment, ça peut être bien pour calmer les choses, au lieu de te battre contre l'infirmier. » P14

« Si les villageois ont des difficultés avec les infirmiers, ils peuvent le dire. Si les infirmiers aussi ont des problèmes avec les villageois, ils le disent aussi » P05

- **Il faut renforcer le contrôle et sanctionner les soignants qui se comportent mal.**

Certains usagers considèrent que les soignants ne sont soumis à aucun contrôle de la part de leur hiérarchie, et qu'il n'existe aucun moyen de se plaindre pour les usagers mécontents. Ils préconisent donc des moyens de coercition à l'encontre des soignants, des sanctions efficaces, et un lieu d'écoute où les usagers pourraient se plaindre.

« Je pense que c'est à leurs supérieurs de les conseiller pour qu'ils changent. » P21

« Il faudrait qu'on surveille étroitement le comportement des soignants. Les rappeler à l'ordre. Comme à la police, il y a la police des polices, à la santé aussi, il faut une police. » P34

- **Il faut lutter contre la corruption.**

Certains patients évoquent des soignants malhonnêtes, un système de santé basé sur le favoritisme : des lits d'hôpital réservés, des soignants protégés par le parti politique majoritaire. Ils parlent également de santé à deux vitesses, avec des rendez-vous de consultation obtenus plus rapidement en échange d'un supplément de prix.

« Il y a les partis politiques...si tu es du parti majoritaire, tu es protégé. Les dégâts, on te couvre. Tous les hauts placés à l'hôpital sont de la mouvance du parti majoritaire. Même un docteur qui est de la mouvance, s'il fait une gaffe, on va l'appeler en haut, on va étouffer. Même au niveau des soignants, ça joue. » P34

« Qu'ils enlèvent ces histoires de corruption, et mettre leur vocation en place. Le fait de donner l'argent pour avoir un rendez-vous, c'est une histoire de corruption. » P36

« Même à l'hôpital, il y a des lits qui sont là, ils sont réservés. [...] Si on veut vraiment combattre tout ça, eux seulement, ça ne suffit pas. C'est tout un réseau. » P37

- **Il faut améliorer les conditions de travail et la rémunération des soignants.**

Comme les usagers ont pensé que les mauvaises conditions de travail et de vie des soignants pouvaient avoir une influence néfaste sur la relation soignant-soigné, ils estiment qu'il faut favoriser l'équipement des hôpitaux, et revaloriser les salaires.

« Et puis essayer de mieux équiper nos hôpitaux. » P33

« Et puis augmenter les salaires des soignants. » P35

- **Il faut mieux former les soignants à la relation.**

Un patient évoque une formation insuffisante des professionnels, et pense qu'il faudrait insister dès la formation initiale sur l'aspect relationnel du soin.

« Depuis l'école, on n'a qu'à leur mettre ça dans la tête. » P33

❖ **Il faut rapprocher le domicile des soignants de leur lieu de travail.**

Cette notion a été abordée par un patient, ce qui rejoint le désir de disponibilité ressenti à l'égard du soignant. Pour pouvoir être soigné plus vite, il faut que le soignant soit à proximité immédiate du centre de santé, pour pouvoir être disponible à toute heure. Il faut préciser que dans les campagnes, les soignants se voient attribuer un logement de fonction. On peut donc considérer qu'il s'agit d'une requête à formuler à l'endroit des autorités sanitaires.

« Les infirmiers ne devraient pas loger loin de leur lieu de travail. » P08

2. Les propositions des professionnels

❖ **Il faut améliorer les conditions de travail, et la rémunération des professionnels.**

Cette proposition a été formulée par la majorité des professionnels interrogés. Pour eux, une bonne relation avec les patients passe inévitablement par des conditions de travail favorables, et l'absence de préoccupations matérielles.

« Et l'état aussi, en revoyant les salaires à la hausse, peut être ça peut amener certains agents de santé à laisser tomber certaines pratiques. Les syndicats sont en train de demander une augmentation de 25%...Si l'état pouvait satisfaire cette doléance... » S11

« S'il y avait plus de personnel, personne n'allait se plaindre, chacun allait trouver une solution. Les patients allaient moins attendre, nous, ça nous permettrait de mieux nous occuper des malades. » S07

« Les centres de soins aussi ne sont pas assez nombreux, et ils sont sous-équipés. Le plateau technique est insuffisant. [...] Il faut que les centres de soins ne soient pas éloignés les uns des autres. La distance joue souvent aussi. » S13

❖ **Il faut améliorer l'organisation des structures de santé.**

D'après ces soignants, certains obstacles à la relation peuvent être évités en développant l'organisation des centres de santé, en hiérarchisant les consultations, en communiquant mieux pendant que les usagers patientent, ou simplement en organisant mieux l'accueil.

« Ceux qui doivent accueillir sont en train de faire les soins, tu rentres, tu tapes pendant 10 minutes, on te dit de t'asseoir, et c'est peut être 20 minutes après qu'on viendra te dire bonjour, te demander ce qu'il y a...l'idéal serait que celui qui accueille soit là en permanence. » S17

« Mais je pense que du coté du médecin, les changements peuvent être rapides pour certains aspects. La gestion du temps ! Le médecin n'a jamais le temps mais est-ce qu'il n'a jamais le temps réellement ? Est-ce que ce n'est pas l'organisation de son poste de travail qui est mal faite ? Parce que si on peut trouver un temps pour faire les interventions, pour faire la visite,...etc., on doit pouvoir trouver un temps pour consacrer au malade... » S27

« Le matin, quand vous arrivez, une petite causerie ave les patients, avant de rentrer, ça va les rassurer, leur expliquer votre manière de travailler. Dans le hall. Là, chacun sait ce qu'il attend avant de rentrer. » S06

- **Il faut sensibiliser la population au fonctionnement des centres de santé.**

D'après ces soignants, les patients ne comprennent pas le fonctionnement des structures de soin, et ne comprennent pas suffisamment les contraintes et les méthodes de travail des professionnels de la santé. Cela engendre des comportements inacceptables pour les soignants, des incompréhensions, et cela nuit à la relation soignant-soigné. Pour améliorer cela, il faut informer les usagers, par exemple sur le temps d'attente à prévoir, sur la hiérarchisation des consultations en fonction de l'urgence, et valoriser le travail des soignants auprès de la population.

« C'est pouvoir faire comprendre aux malades, par des causeries ou par les médias parce que c'est quelque chose de généralisé, pour qu'ils puissent être plus gentils, plus compréhensifs. » S10

« On sensibilise, c'est clair, mais il faut redoubler d'efforts, sensibiliser la population sur les activités que nous menons, pour qu'ils n'aient pas peur. Parce que si on a peur on ne vient pas, et si on ne vient pas, il n'y a pas de relation. Leur dire que les services de santé, c'est pour eux. Et ôter cette peur de venir. » S04

- **Il faut mieux former les professionnels à la relation soignant-soigné.**

D'après un certain nombre de professionnels, il faut favoriser la formation initiale spécifique à l'aspect relationnel du soin, et la maintenir tout au long de l'exercice professionnel. Il faut insister sur l'accueil du patient. Certains précisent qu'en améliorant l'offre de la part des professionnels, le comportement du patient évoluera à son tour favorablement.

« Les gens ont peur quand ils arrivent dans les structures de soin. Si les soignants sont formés à cela, ils peuvent développer des stratégies pour amoindrir l'attitude du patient, leurs peurs. Je me dis qu'il faut former les soignants vraiment à revoir leurs manières de faire, leur manière de considérer les patients, il faut qu'on en parle. » S01

« Le médecin, c'est comme n'importe quel apprenti, si on lui apprend à faire un truc tout le temps tout le temps, ça devient un élément obligatoire. Si pendant la formation, à chaque test, on te juge aussi sur l'approche soignant-soigné, pour que tu aies ton diplôme, si on te recale un jour à cause de ça, tu verras que c'est important, et qu'il faut savoir accueillir un malade. Donc si on agit sur le soignant [...], le soigné pourra changer aussi. » S26

« Je pense qu'au préalable ça nécessiterait une enquête auprès des patients, pour savoir ce qu'ils attendent du médecin dans une relation. Probablement auprès des médecins aussi, mais plus auprès des patients. Et à partir de ça, faire des formations. » S24

- **Il faut encourager les bonnes pratiques.**

Les soignants ont évoqué l'encouragement, la valorisation du mérite, pour améliorer la relation avec les usagers. Cela passe par la mise en valeur des individus et des structures de santé qui satisfont les patients, favorisant ainsi la motivation des professionnels.

« Il faut aussi que les agents soient vraiment motivés, qu'ils recherchent vraiment le meilleur dans tout ce qu'ils font. Peut être que si les agents de santé sont très corrects, les patients aussi seront corrects. » S03

« Il faudrait que le personnel, qui fournit des efforts envers les patients, soit motivé. La motivation n'est pas seulement pécuniaire. On pourrait citer des centres en exemple par rapport à leur accueil, décorer...il y a beaucoup à faire. Il faudra récompenser ceux qui donnent le bon exemple, ça va amener les autres à tendre vers ce niveau. » S21

- **Il faut favoriser l'alphabétisation et l'instruction des populations.**

Pour quelques soignants, l'amélioration des relations entre les usagers et les professionnels de santé passe par l'amélioration de la compréhension des patients, et l'instruction de la population. Pour eux, cela permettrait une meilleure assimilation des messages de santé délivrés par les professionnels, une plus grande ouverture des patients lors des consultations, et une amélioration de la compréhension entre les deux parties.

« Si l'état pouvait mettre beaucoup l'accent sur l'alphabétisation, ça allait élever un peu, permettre aux gens de comprendre le bien-fondé de ce qu'on fait. » S11

« Moi je vois une population plus instruite, alphabétisée, qui comprend beaucoup de choses, et un système de santé plus moderne. » S18

- **Enfin, quelques propositions ont été citées moins fréquemment :**

  - Il faut favoriser la prise en charge des indigents.
  - Il faut favoriser le dialogue entre soignants et soignés, par des rencontres, des discussions.
  - Il faut améliorer la prise en charge de l'accouchement et y impliquer les pères :

« Je prends l'exemple de la préparation à l'accouchement, c'est très, très, très important. On pourra impliquer les hommes qui verront aussi ce bonheur et ce plaisir de participer activement au travail et à l'accouchement de leur bébé. Malheureusement ici, les hommes sont mis à l'écart, on ne communique pas, ils sont dehors, ils sont angoissés, ils ne savent rien, ils ne savent même pas si l'enfant sort par la tête ou par la queue [rires]. *»* S18

DISCUSSION

V. DISCUSSION

A. Confrontation des discours

Nous avons tenté de comparer les discours des soignants et des patients entre eux, même si nous avons conscience que ce type d'étude ne s'y prête guère. Cependant, certaines tendances se dessinaient, qu'il nous parait important de mentionner.

1. Quelles sont les attentes des patients ?

En comparant les discours des soignants et des patients, au sujet des attentes des usagers, il semble que les patients aient des attentes plus nombreuses et plus affirmées que ce que perçoivent les professionnels. Cela peut être expliqué par les doléances multiples des patients, et les griefs nombreux qu'ils ont exprimés à l'encontre de leur système de santé.

Par exemple, la recherche de qualités relationnelles (écoute, respect, gentillesse, sympathie de l'accueil...) a été plus citée par les soignants que par les patients : les qualités relationnelles sont, dans l'opinion des soignants, très attendues par les patients, alors que ce n'est, en vérité, pas leur principale attente.
De la même façon, les soignants pensent qu'ils ne doivent pas se montrer supérieurs aux patients, qu'ils doivent se mettre à leur niveau, et que cela représente une attente des patients. C'est vrai, mais a minima : les patients, tout en réclamant de la compassion et de la considération, ont le sentiment que le soignant mérite leur respect et expriment une forme de soumission à son égard.

Les soignants ont donc dans certains domaines, une perception erronée des attentes des patients, en leur attribuant des doléances qu'ils n'ont pas. Mais les patients ont d'autres attentes, que les soignants ne perçoivent pas, ou insuffisamment.

C'est le cas de l'honnêteté des soignants et de l'équité de prise en charge, qui est une requête importante pour les patients, mais qui n'est pas très fréquemment citée par les soignants. Cela était plutôt prévisible, mais il est intéressant de le noter.
C'est également le cas pour la recherche d'ordonnance raisonnable, comportant peu de médicaments et de faible coût. Les soignants ne pensent pas forcément que c'est une attente des patients alors que c'est pourtant le cas.

Cela peut être expliqué, d'après nous, par le rôle des formations à l'endroit des professionnels qui expliquent, de façon assez théorique, les bonnes manières, les bonnes façons de se conduire et d'accueillir, et exposent des techniques de communication. Cependant, il semblerait que ces formations négligent en partie la réalité du terrain[35]. Les patients ont des préoccupations centrées sur le rapport à l'argent, et sur le sentiment de discrimination, que les soignants, et les décideurs, ne perçoivent pas.

[35] Voir annexe 2 « Recommandations à l'usage des soignants, pour une bonne communication avec les patients» (39)

2. Quelles sont les attentes des professionnels ?

Les réponses de chacune des deux parties concernant les attentes des professionnels présentent également des différences, mais les différences sont moins prononcées.
Comme nous pouvions nous y attendre, ce sont les soignants qui se sont le plus exprimés au sujet de leurs attentes : comme dans la partie précédente, chacun a une idée plus précise de ses propres doléances.

La fréquence de chaque idée est plutôt similaire, mais certaines idées énoncées par les soignants n'ont pas du tout été citées par les patients : c'est le cas, et nous pouvions nous y attendre, de la franchise dans la relation, et de la quête par les soignants de compréhension et de reconnaissance de la part des usagers.

Evidemment, certains patients ont répondu que le soignant n'avait rien à attendre d'eux, et il était peu probable que les soignants aient la même perception.

3. Quelles sont les propositions pour améliorer la relation?

Si l'on compare les propositions de chacun, là encore, les réponses sont très différentes.

Il semble que le plus grand consensus concerne l'amélioration des conditions de travail des soignants, et l'amélioration de leur formation.

La lutte contre la corruption et le renforcement des contrôles et des sanctions à l'encontre du personnel soignant n'ont été cités que par les patients. Aucun des soignants que nous avons interrogés n'a émis l'idée que la corruption et l'absence de sanction à leur encontre pouvaient être des freins à une bonne relation soignant-soigné, tout comme ils ne savaient pas que l'honnêteté était une attente des usagers.
Par contre, ils prônent plus volontiers la mise en valeur des soignants méritants, la valorisation au lieu de la sanction, alors qu'aucun patient ne le suggère.

Egalement, puisque l'analphabétisme et l'aspect culturel sont des obstacles à la relation d'après les professionnels, ils prônent la sensibilisation et l'instruction des populations.

Enfin, ce sont les usagers qui sont très en faveur d'une meilleure communication et d'une meilleure collaboration entre soignants et soignés, alors que c'est une notion très peu évoquée par les professionnels.

B. Les professionnels de la santé

1. Une image dans la société

Le soignant est pour le patient quelqu'un de très important parce qu'il a la capacité de l'aider, le soulager, « freiner la mort » et il « l'empêche de retomber malade ». Pour les usagers, ces capacités des soignants proviennent de leur formation, de leurs études, et inspirent le respect.

> *« Si on est malade, et qu'on part le voir, il nous aide en nous disant de quoi on souffre. Et puis il nous dit aussi ce qu'on doit faire et ce qu'on ne doit pas faire face aux maladies dont nous souffrons, pour qu'on puisse être épargnés. »* P25

> *« Selon moi, l'infirmier, c'est quelqu'un qui connaît la santé mieux que le malade. Pour commencer la consultation, il sait par où commencer, et souvent il te demande de tirer la langue, de donner ton bras pour prendre la tension. Je pense que c'est quelqu'un d'important parce qu'il a fait des études pour ça. »* P29

Dans un pays où les taux de scolarisation et le niveau d'instruction sont faibles, il existe une forme de fascination à l'égard de ceux qui détiennent la connaissance. Mais dans une population très croyante, cette fascination va parfois jusqu'à un pouvoir que certains caractérisent de « divin ». Certains patients vont jusqu'à dire que le soignant est un Dieu pour eux, parce qu'il tient la vie et la mort entre ses mains :

> *« Ton diplôme, c'est Dieu qui te le donne, toi tu peux pas te le fabriquer. Normalement, si un malade arrive, l'infirmier doit le recevoir correctement. L'infirmier ne peut pas éviter la mort mais il peut la freiner, il peut faire de son mieux. »* P21

> *« A ce sujet, pour nous, l'infirmier est comme un Dieu, on lui accorde beaucoup d'importance. »* P07

Dieu déciderait ainsi de donner ce pouvoir à un homme, et lui donne ainsi l'obligation de l'exercer le mieux possible, et dès que nécessaire. Pour certains patients, le soignant doit rendre hommage à celui qui lui a donné ce pouvoir, en l'exerçant avec humilité.

> *« Donc même s'il a un niveau d'études élevé, il ne doit pas tenir compte de ça. Il doit te soigner parce que c'est ça seulement que tu lui demandes. Donc il doit faire avec l'humanité qui est entre vous, pour te soigner. »* P14

2. La crise des vocations

Le métier de soignant est pour la majorité des soignants interrogés un métier qui plaît, même s'il n'a pas toujours été choisi. Nous avons pu constater que plus le métier comporte des responsabilités, et donc plus les études sont longues, plus il est l'objet d'un choix, probablement parce que d'une part, son rayonnement social est plus important et donc plus attrayant, et d'autre part parce que les études nécessitent un investissement personnel et financier conséquent, sélectionnant ainsi les plus motivés.

> *« Ici, la vie n'est pas facile donc on essaie de tenter notre chance un peu partout. On va là où on a la chance d'être accepté... Au début, c'est comme ça, mais petit à petit, quand on commence, on s'intéresse davantage au métier. Mais au tout début, je ne pensais pas faire ce métier. »* S01 (infirmier)

> *« Moi, mon père était un cultivateur, il n'est jamais allé à l'école, même un seul jour. Moi j'ai eu la chance d'aller à l'école, après le bac, j'avais quand même l'ambition de faire médecine, donc quand je suis arrivé pour les orientations, je n'ai pas hésité. J'ai déposé mon dossier et puis ça a marché. »* S30 (médecin)

Les raisons de l'orientation sont assez variables, mais semblent avoir peu évolué au cours du temps. Une étude sur la profession médicale réalisée entre 1990 et 1994 au Burkina Faso (17) mettait en lumière trois motivations principales conditionnant le choix de l'orientation : il s'agissait d'un événement déclencheur (expérience choquante, erreur médicale ayant une conséquence personnelle), de la proximité amicale ou familiale avec le milieu médical, et pour certains, d'un choix basé sur l'importance du statut social et du pouvoir financier.

Dans notre étude, réalisée près de vingt ans après, et incluant des soignants de professions variées, ce sont sensiblement les même facteurs qui sont cités, comme nous l'avons souligné lors de la présentation des résultats :

- Le souhait de pouvoir soigner ses proches, la capacité de prendre soin des siens, puisque personne d'autre ne le ferait, est exprimé à plusieurs reprises par ceux relatant une expérience personnelle marquante[36].
- La proximité d'un soignant dans la famille ou l'entourage est également une source de vocation, par admiration, tout comme les représentations communautaires de symboles comme la blouse blanche (ou rose), conférant à celui qui la porte une position sociale, faisant disparaître l'individu derrière la fonction, sublimant ainsi la mission.
- Le goût du soin, l'envie de soulager, de « sauver des vies », la quête de l'efficacité, l'envie de se sentir utile sont placés au cœur des motivations des soignants que nous avons interrogés.

[36] I. GOBATTO disait à ce sujet qu'il s'agissait d'un « épisode « choquant » d'ordre médical mais vécu sur le mode social » (17)

- Enfin, l'aspect spécifiquement relationnel du soin tient une place importante dans le discours des professionnels, avec une volonté affichée de travailler avec des êtres humains, une quête de sensibilité, d'affectivité.

Isabelle GOBATTO n'avait pas mis en évidence de choix par défaut, puisqu'elle s'était intéressée spécifiquement aux médecins, et nous avons vu que la décision d'orientation des médecins était un choix dans la grande majorité des cas, souvent depuis l'enfance. (17)

Dans notre étude, les professionnels n'ayant pas choisi leur orientation sont nombreux : c'est la sécurité de l'emploi, la nécessité d'une rentrée d'argent assurée et régulière qui les a amenés au domaine de la santé, soit par nécessité personnelle urgente, dans un contexte socio-économique parental difficile, soit imposé par des parents soucieux de la sécurité de l'avenir de leur enfant. C'est surtout le statut de fonctionnaire qui les a attirés et incités à s'inscrire à de nombreux concours, par la sécurité qu'il apporte. La santé est par la suite souvent le fruit du seul hasard, favorisé par des débouchés plus importants. C'est ce qu'explique cet infirmier major de 34 ans, travaillant dans un CSPS rural plutôt isolé :

> *« Il faut le dire sincèrement, moi, je venais de perdre mon papa, et je n'avais pas de soutien sinon, j'étais orienté en physique-chimie. Mais comme j'ai perdu mon vieux, le problème financier se posait, il fallait trouver quelque chose à faire. Il fallait trouver vite un emploi pour faire vivre ma famille. C'est pourquoi j'ai tenté, et ça a marché. Maintenant, franchement, sans vous mentir, ce n'est pas ma vocation. Ce sont les contraintes... »* S11

Alors que les métiers de la santé sont souvent attachés à une vocation (5), il est intéressant de noter que, même si les soignants déclarent pour la majorité d'entre eux aimer leur métier, ceux qui ont choisi ce métier par défaut sont nombreux. ROGOFF (1957) disait « le choix de la profession apparaît comme une dimension déterminante pour comprendre la logique des conduites professionnelles. » (30) Le non-choix de la profession est probablement déterminant également. Il semblerait que la thèse de la crise des vocations, décrite depuis quelques années, conditionnée par la pauvreté, créant des professionnels par défaut, semble se développer encore aujourd'hui. F.OUATTARA évoque cette idée, mais insiste plus volontiers sur le rôle du hasard, ou encore d'une confusion terminologique au moment du choix[37]. (5) Nous avons le sentiment que le milieu modeste d'origine, la dégradation des conditions de vie, associés à la précarité et à l'incertitude ambiante, tiennent une grande place dans le choix sous contrainte fait par les futurs professionnels.

> *« Il y a eu un programme d'ajustement structurel au Burkina Faso, ce qui fait que la fonction publique devenait de plus en plus restreinte. Donc il fallait rentrer dans la fonction publique. J'ai fait différents concours, et le hasard a fait que je suis entré dans la santé. Au fur et à mesure, on se sent utile pour la société parce qu'on arrive à soulager. C'est peut être seulement le fait de pouvoir soulager les*

[37] F. OUATTARA prenait l'exemple d'un praticien qui avait décidé de passer le concours de maïeuticien alors qu'il pensait exercer une profession en rapport avec la physique chimie. La terminologie « maïeuticien » lui avait fait penser à « mécanicien » plutôt qu'à un métier de la santé. (5)

autres, de se voir utile. C'est le réconfort qu'on a. Sinon, j'aurais peut être eu d'autres débouchés si je n'étais pas dans la santé, mais malheureusement... » S21

Dans ce contexte, si l'on considère que de nombreux soignants sont arrivés dans le domaine de la santé pour obtenir un certain niveau de vie, une certaine sécurité, cela conditionne grandement le rapport à l'argent dans la vie professionnelle future. Bien sûr, cela ne détermine pas la qualité de ces agents, ni leur propension à bien se comporter vis-à-vis des patients. Mais on peut suspecter qu'il existe au Burkina Faso une catégorie de professionnels de santé dont les objectifs, les motivations diffèrent de ceux des autres, entraînant peut-être des représentations et des pratiques différentes. Une sage-femme de 52 ans (S16) expliquait que les actes malhonnêtes étaient le fait des jeunes générations, qui entraient dans la profession dans le but de gagner de l'argent, dans une interaction rendant l'acte plus facile, du fait du paiement direct par l'usager[38]. Nous n'irons pas jusque là dans l'interprétation, mais la crise des vocations est un problème qui mérite d'être soulevé et qui a probablement son rôle à jouer dans les pratiques des professionnels et donc dans la relation soignant-soigné.

Egalement, on peut noter que certains professionnels déclarent, dans un contexte professionnel qui déplaît, vouloir changer de voie, quitter l'exercice clinique et s'orienter en épidémiologie.

« Moi, ce que je cherche, maintenant, c'est faire des statistiques, faire de l'épidémiologie, c'est ce qui m'attire maintenant. La clinique, ça ne m'enchante pas trop. Comme je suis là en tous cas...bon, moi je suis franc en tous cas. » S11

La crise des vocations trouve aussi son origine dans la fuite du terrain, à la recherche d'une légitimité professionnelle indépendante de la contrainte « patient » (17). La santé publique est l'une des voies les plus propices aux financements étatiques ou privés, pour peu que l'on s'intéresse à un sujet d'actualité. Egalement, c'est une voie où la valorisation sociale est plus aisée, où un poste à responsabilité paraît plus facile à obtenir. Ainsi, la valorisation de la santé publique est double : professionnelle par des contraintes extérieures moindres, mais également sociale. « Elle représente pour ces médecins, dont les postes actuels offrent de médiocres conditions de valorisation professionnelle -dans la relation médecin-malade- une stratégie pour trouver une nouvelle légitimité dans la pratique au quotidien. [...] » (17) Dans ce contexte de métier non choisi, la pratique clinique peut être vécue comme une contrainte supplémentaire.

La crise des motivations est une conséquence possible de cette crise des vocations. Les patients et certains soignants l'évoquent, en rapportant le manque d'envie, le manque d'ardeur au travail, le non-investissement des professionnels, se manifestant par la lenteur, le refus de se déplacer, ou encore le déplaisir ostentatoire à s'occuper des malades.

« L'humanité qui peut exister entre un médecin et un patient, c'est quand, si tu pars à l'hôpital, il doit être

[38] Voir citation pages 103 et 113.

content de te regarder, il doit montrer ça sur son visage. » P01

« S'ils placent une perfusion, même s'il y a des infirmiers qui sont de garde, ils placent et puis ils vont dormir. Pour quelqu'un qui se comporte comme ça, vraiment, si c'était pas l'hôpital, je pouvais faire la bagarre avec lui, parce que lui qui est couché, [...] je pars l'appeler, il ne vient pas. » P14

Outre la crise des vocations, qui porte une responsabilité en amont, c'est en aval que se joue également la motivation des professionnels, notamment dans le contrôle, la mise en valeur des bonnes conduites, et éventuellement la prise de sanction envers les récalcitrants.

« Un patient qui part à l'hôpital, s'il est mal accueilli, il n'a qu'à avoir un coin où il peut se plaindre, par exemple au niveau de son supérieur, comme quoi il a été mal accueilli par untel, et on le rappelle à l'ordre. S'il récidive, on n'a qu'à prendre les sanctions. Si on les mate comme ça, ça va aller. Mais tu pars, le gars, il te néglige...son boss même te néglige. » P33

« Ici au village, je ne pense pas que les villageois puissent faire changer le comportement des infirmiers. Je pense que c'est à leurs supérieurs de les conseiller pour qu'ils changent. C'est ça qui peut les faire changer. » P21

Les professionnels de santé sont respectés par la population, du fait de leur savoir, et du caractère divin attribué à leurs pouvoirs.

Si le métier de soignant plaît, il existe néanmoins une crise des vocations, du fait de la précarité du niveau de vie des futurs praticiens, et de la recherche de sécurité qui en découle.

La motivation professionnelle en pâtit.

C. L'inconfort social

1. Les professionnels

La quête du respect et de la reconnaissance, de la considération, le refus de la déshumanisation sont une exigence fondamentale commune à tous les êtres humains insérés dans une société, dans le milieu professionnel comme dans la sphère sociale ou familiale. Si la société est hiérarchisée dans de nombreux domaines, il n'en demeure pas moins que les individus expriment le besoin d'être respectés en tant qu'êtres humains, quelle que soit leur position sociale, économique ou culturelle.

Les professionnels de santé expriment ici largement ce besoin permanent de reconnaissance. C'est parfois ce qui les a poussés vers ces métiers où l'on cherche à satisfaire l'usager, où la notion d'aide est centrale.

> *« C'est moi qui ai voulu être sage-femme, j'ai toujours voulu faire ça. Parce que je connaissais une sage-femme que j'ai beaucoup admirée, une sœur à mon papa, qui a été sage-femme africaine[39]. Elle a été tellement célèbre, que c'est difficile de l'oublier. Elle aussi a été contente de savoir qu'il y avait une relève dans sa progéniture. A l'époque, elles avaient du charisme, les sages-femmes, elles étaient respectées, elles incarnaient vraiment le symbole de celle qui donne la vie, qui sauvaient les femmes. »* S17

C'est également ce qui les motive au quotidien. Cette reconnaissance passe par la satisfaction du patient, et sous-entend les efforts fournis par le soignant pour le prendre en charge, et le soulager. Les soignants voient dans la gratitude exprimée par le patient la reconnaissance de leurs efforts, une forme de valorisation personnelle, et au sens large, une valorisation d'ordre professionnel et social.

> *« C'est très important, d'autant plus que lorsqu'on se donne, rien que par vocation, la première des choses, c'est de soulager un malade, c'est de calmer la douleur. [...] Il arrive des fois qu'en retour, on te dise « ce que tu as fait, c'est bien ». Ca, c'est quelque chose qui soulage. Quand tu as posé un acte, et qu'on revient te dire « je suis satisfait de tes prestations de service ». C'est vraiment quelque chose qui va droit au cœur. La reconnaissance des gens c'est important. »* S04

[39] Formées par l'Ecole de Médecine de l'AOF à Dakar à partir de 1918, les sages-femmes africaines étaient les sages-femmes autochtones durant la colonisation : souvent considérées comme des maitresses femmes, elles avaient en charge la maternité, les grossesses, les accouchements et leurs suites, mais aussi la gynécologie et les enfants en bas âge. Elles étaient réputées pour leur dévouement, et estimées.

> *« C'est vrai, j'ai fait la médecine pour gagner ma vie, mais ce que j'attends, c'est la gratitude ; et quand vous soignez quelqu'un et qu'il reconnaît en haut lieu celui qui a pu lui apporter quelque chose, ça fait plaisir. C'est cette reconnaissance aussi que j'attends du patient. »* S25

Ce soignant évoque une reconnaissance « en haut lieu » : cela confirme le caractère très social de la position de soignant et de son rapport à la gratitude du patient.
L'ingratitude est souvent caractérisée comme décevante, mais au-delà, symbolise une forme de déclin social pour le soignant qui la ressent.

> *« On sait que le métier de sage-femme et d'infirmier, c'est ingrat, il y a un pourcentage élevé de gens ne sont pas reconnaissants ».* S03

En parallèle de cette quête de reconnaissance, en échange de l'aide fournie, le respect et la politesse sont des attentes majeures des professionnels de santé à l'endroit des patients. Beaucoup se plaignent du caractère effronté, insolent de certains patients ou accompagnants, qu'ils attribuent souvent à une mauvaise éducation, ou un caractère difficile.

> *« Peut être les paroles aussi. Certaines femmes ne savent pas parler, elles offensent les gens. Pour moi c'est lié au caractère. Certaines aussi aiment provoquer, c'est leur habitude. [...] Mal parler aux agents de santé, c'est ça qui peut amener de mauvaises relations. »* S03

C'est alors la prise en compte de la nature humaine de l'individu qui est attendue, au-delà de sa fonction de soignant. Le soignant se sent agressé en tant qu'être humain par l'impolitesse du patient[40].

> *« Certaines personnes sont comme ça, elles parlent mal, elles répondent mal, nous on peut rien faire. Toi, tu travailles de tout ton cœur, tu n'as vraiment pas le temps et puis on te parle mal. »* S09

Le respect du soignant par la personne soignée passe aussi pour eux par le respect de sa prescription, de ses conseils, et par l'observance thérapeutique. L'acte de soin se concrétise et se termine souvent par la rédaction d'une ordonnance, et/ou de façon verbale par des conseils de prévention, et c'est une véritable attente des usagers du système de soin. De nombreux patients estiment que le rôle du soignant est de rédiger une ordonnance, de prévenir la maladie par des conseils[41]. Alors que les patients y attachent une importance considérable, les professionnels regrettent les consultations trop tardives, des ordonnances ou des conseils non suivis. Le non-respect de leurs consignes leur confère un sentiment d'inutilité, de frustration,

---

[40] Nous verrons que le caractère impoli du patient peut parfois être excessivement invoqué : voir Discussion, « Des malades imparfaits ».
[41] Voir Résultats « Le rôle des professionnels de la santé ».

qu'il est aisé d'interpréter, même si les causes sont multiples, comme un manque de confiance, une remise en cause de leur compétence, voire un manque de respect au sens large.

> *« C'est pas facile. Tu donnes des conseils, on sait qu'il y a des vieilles qui sont là, qui influencent les belles-filles, et même les époux...tu passes des heures à donner des conseils, et ça ne sert à rien. Tu n'atteins pas ton but. Peut être que j'explique mal, mais parfois elles sont résistantes à tous les conseils que tu leur donnes. »* S02

Et lorsque cette situation se répète, le soignant peut se sentir dévalorisé, perdre l'estime de sa position. La quête du respect passe donc également, pour les professionnels, par l'observance des traitements et des conseils, des consultations régulières, un suivi.

> *« Ils ne perçoivent pas vraiment le danger à ne pas vacciner leurs enfants contre ces maladies. C'est ça aussi qui justifie leur négligence. Tout ça joue sur la relation, parce qu'on ne veut pas qu'on dise que les chiffres de vaccination soient mauvais* [ici, ndlr]. *Parce qu'on rend des comptes au niveau central. On trouve que les indicateurs sont faibles. Ça contribue à altérer la relation avec nos supérieurs. Quand c'est faible, on va nous demander de nous expliquer. »* S11

Enfin, le sentiment de considération ressenti et recherché par le soignant passe par le respect des règles du centre de santé dans lequel il officie, ou dont il a la responsabilité. L'infirmier ou la sage-femme considère le lieu de soin, de son exercice comme le lieu concrétisant son savoir, et où celui-ci s'exerce vis-à-vis d'usagers dont la connaissance est moindre. Dans la structure de santé, le professionnel est en position de force, alors que le soigné est relégué, par son statut de malade, par la non-maîtrise qu'il a de l'organisation et de sa prise en charge, à une position inférieure, encore aggravée si le patient n'a pas bénéficié d'une instruction scolaire, ou s'il ne parle pas la langue du soignant.

> *« C'est vrai que nous sommes là, nous sommes des aides aux vies, mais il ne faut pas faire comme si c'était une propriété privée, rentrer, tempêter sur l'infirmier »* S13

Il est important de noter que le soignant, considérant qu'il forme un tout avec la structure et son organisation, interprète les manquements au règlement comme de l'insolence à son égard. Il peut s'agir du non-respect des horaires d'ouverture du centre de santé, du mépris (ou ressenti comme tel) de la hiérarchisation des consultations, fréquemment cité.

> *« Qu'elles comprennent que plus tôt elles viennent, plus tôt on peut découvrir quelque chose. Et puis les gens n'ont pas compris que les agents de santé ont des horaires de travail et des horaires de repos. Par exemple, toute la matinée, il n'y a personne. Vous rentrez à 12h à la maison. Quelqu'un*

vient à 12h vous trouver à la maison pour vous dire de revenir le consulter. Vous dites « non il faut revenir à 15h. » » S13.

Il peut aussi simplement s'agir d'événements ponctuels comme celui-ci, relaté par une sage-femme exerçant au CHU de Bobo-Dioulasso :

> *« Autant nous avons à respecter leurs droits, les formations sanitaires et les soignants ont des devoirs et des exigences qu'eux aussi doivent respecter. Pour l'hygiène par exemple. Quand nous les recevons en salle d'accouchement, on ne peut pas s'imaginer que quelqu'un peut se mettre à cracher, vous voyez ? Mais pour elle, c'est presque rien, elle se lève, elle crache sur les carreaux, même si elle va glisser et tomber...parce que tout simplement, elle est habituée à faire ça dans son milieu, sans gêne, et ça ne la dérange pas. Maintenant, si vous réagissez d'une certaine manière, c'est comme si vous coupiez le cordon avec cette dame. En réalité, c'est pas que vous coupez le cordon, mais vous vous attendez à ce qu'elle respecte votre travail. »* S17

Les soignants sont donc à la recherche de respect de la part des patients, par la gratitude et la reconnaissance de leurs efforts, par le respect de leur personne, de leurs actes thérapeutiques, et l'environnement de soin qu'ils considèrent comme leur propriété.

Mais ils sont également en quête de la reconnaissance de leurs supérieurs et s'estiment méprisés par l'Etat lui-même. Les difficultés qu'ils rencontrent dans leur exercice au quotidien sont ressenties comme une forme d'irrespect à l'endroit du rôle majeur qu'ils jouent pour la santé des populations : le manque de moyens matériel et humain, et l'insuffisance d'équipement des structures de santé sont un problème, particulièrement en milieu rural.

> *« Les centres de soins aussi ne sont pas assez nombreux, et ils sont sous-équipés. Le plateau technique est insuffisant. Ca joue trop sur la relation. Tu as le malade en face de toi, tu as la compétence pour le soulager, mais tu ne peux pas poser l'acte parce que le matériel n'y est pas. Tu as beau dire au malade « j'aurais pu » mais tu ne peux pas. »* S23

Les mauvaises conditions de logement des soignants affectés souvent contre leur gré loin de leur région d'origine, là aussi souvent en milieu rural, sont vécues comme des marques de mépris de la part des autorités sanitaires, et entachent l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes et de leur métier.

> *« Souvent, tu pars trouver qu'il n'y a même pas un bon logement. On va aller te mettre dans un coin. [...] Tu dors dans une maison, entre temps c'est l'eau qui rentre quand*

il pleut, ou bien c'est des souris, en tous cas la maison est vraiment bizarre. Ça fait que tu ne dors pas dans de bonnes conditions. Ça nous rend la tâche difficile » S11

Egalement, la quasi-absence de perspectives d'évolution de carrière, les lourdeurs administratives dans la fonction publique dont les soignants se plaignent, sont vécues comme un manque de reconnaissance de la part des décideurs politiques, et une non-prise en compte de la place primordiale que tiennent les professionnels de santé au contact de la population. D'ailleurs, certains attendent une plus grande valorisation du mérite, une reconnaissance officielle de leurs supérieurs et de la société envers les efforts qu'ils ont le sentiment d'accomplir.

« Il faudrait que le personnel qui fournit des efforts envers les patients soit motivé. La motivation n'est pas seulement pécuniaire. On pourrait citer des centres en exemple par rapport à leur accueil, décorer...il y a beaucoup à faire. Il faudra récompenser ceux qui donnent le bon exemple, ça va amener les autres à tendre vers ce niveau. » S21

« On peut prendre des sanctions, vous affecter d'un service à un autre mais ça va continuer de l'autre côté. Il faut valoriser. » S28

Enfin, l'insuffisance perçue de rémunération des soignants de toutes professions, participe grandement à ce sentiment d'humiliation. Cet aspect sera traité plus loin[42].

2. Les patients

Les patients n'échappent pas à cette quête d'humanité permanente au contact du système de santé. C'est une attente légitime qui est énoncée dans le Code de Déontologie des médecins au Burkina Faso (Art 27-2) : « Le médecin, dès l'instant qu'il est appelé à donner des soins à un malade et qu'il a accepté de remplir cette mission s'oblige à [...] agir toujours avec correction et sérénité envers le malade. » (31) A ce sujet, les patients s'expriment plus volontiers par le refus d'attitudes dégradantes ou humiliantes.

D'abord, ils évoquent le besoin d'être considérés par des êtres humains comme des êtres humains, et ce quelle que soit leur appartenance socio-économique, culturelle, religieuse. C'est fréquemment qu'ils expriment un sentiment d'égalité entre les soignants et eux-mêmes, car « nous sommes tous des êtres humains », prononcé à plusieurs reprises, et car chacun peut tomber malade :

« Il ne faut pas qu'il me voie comme si j'étais n'importe qui, mal me recevoir, parce que lui aussi il peut tomber malade. » P02

[42] Voir « L'inconfort économique ».

Même si les usagers disent respecter le soignant, en raison de son niveau de connaissances supérieur au leur, du pouvoir parfois caractérisé de divin qu'il a sur la maladie et sur la mort, ils ont besoin d'être considérés. Les termes employés expriment une forme de soumission devant le pouvoir du soignant, mais implorent de la compassion.

> *« Si tu amènes ton enfant à l'hôpital, et que l'infirmier te parle gentiment, il t'appelle Maman, [...] il faut faire comme ça »* P07

> *« On ne peut même pas se mettre en tête que le médecin peut être humain avec nous [...]. Si je me présente à l'hôpital, je voudrais qu'on s'occupe de moi ; ils n'ont qu'à avoir pitié de toi, même »* P27

> *« Si tu as une maladie et que tu arrives à l'hôpital, c'est au patient de se contenir pour ne pas offenser le soignant »* P12

Il est étonnant pourtant de constater une certaine ambivalence dans le discours des patients : ils expriment à la fois l'importance du soignant, le voient comme quelqu'un qui mérite le respect, allant parfois jusqu'à lui attribuer un pouvoir divin, tout en revendiquant leur humanité commune, et l'égalité statutaire qui en découle.

> *« Il doit se mettre en tête qu'il est un être humain comme toi. Ce qui est sûr, moi aujourd'hui, il peut lui arriver la même chose demain. »* P14

Les usagers du système de santé expriment leur quête de considération par le refus des remontrances, et ils sont nombreux à le verbaliser. Ils s'estiment humiliés et là encore, même s'ils confèrent au soignant une forme de supériorité, ils refusent que ce dernier ne prenne lui-même l'ascendant sur le patient.

> *« D'autres tiennent compte de leur diplôme, quand tu leur parles seulement, il te dit merde. Vraiment, moi, j'en ai vu beaucoup de ce genre là. »* P14

Enfin, le respect du patient passe pour eux par le respect des engagements des professionnels, le respect des rendez-vous (lorsque des rendez-vous sont donnés), la présence effective du personnel soignant aux horaires d'ouverture. Comme énoncé précédemment, la structure de santé symbolise le territoire du soignant, où l'usager est considéré et se considère lui-même comme un étranger.
Ce type de dysfonctionnement avait été mis en évidence lors de séances d'observation dans des consultations prénatales (4), et était expliqué par une excessive bureaucratisation des tâches « ignorant le temps des usagers ». En outre, les auteurs précisaient « il n'y a pas de système d'agenda, de rendez-vous personnalisé. Ce qui permet aux agents d'arriver en retard, de commencer le travail lorsqu'ils ont jugé que tous les patients étaient rassemblés, et de refuser les usagers qui se présentent après une certaine heure. Il y a une sorte de prise en otage

des usagers. » De nombreuses études ont montré ce même type de dysfonctionnement, et corroborent les dires de cette jeune patiente de 25 ans, interrogée à Bobo-Dioulasso.

> *« Le malade doit s'abstenir face à un médecin [...] A chaque fois, on me donne des faux rendez-vous. Et puis parfois, ils te disent même qu'ils ne t'ont pas donné rendez-vous aujourd'hui, et puis commencer à te gronder comme si tu n'es même pas une personne. »* P29

> *« Quand je suis malade et que je pars à l'hôpital, je prends mon rang et je prie pour que je puisse avoir une consultation le plus vite possible, tout en restant le plus calme possible. »* P31

L'usager, a fortiori en milieu rural, parce qu'il n'a pas le choix de sa structure, et qu'elle est souvent éloignée de son domicile, n'a donc comme seul droit que celui d'accéder à des soins s'il se déplace. Et un professionnel de santé en retard ou absent est vécu comme la privation d'un droit fondamental, a fortiori lorsque la vie est menacée.

> *« Si je pars trouver que les sages-femmes ne sont pas sur place, et qu'elles refusent de venir, je vais déclencher la bagarre. Je vais leur dire qu'elles ne sont pas des gens bien, parce que j'ai amené mon enfant, vous avez refusé de le soigner. »* P11

Cette quête du respect par le patient va parfois plus loin, lorsqu'il cherche à établir un lien affectif avec le soignant. J-P OLIVIER de SARDAN disait « Il y a une déshumanisation assez forte de la masse des anonymes », mais lorsque le malade bénéficie d'un réseau de connaissances, on assiste à une « sur-personnalisation des rapports » (32). Nous avons constaté cela car il s'agit manifestement d'une attente des patients, qui mettent en avant cette volonté d' « avoir un soignant à côté de soi », évoquent des liens d'amitié qui se créent, avec des faveurs accordées par le soignant.

> *« Il t'accueille tout de suite avec beaucoup de joie. Il va te questionner, te regarder avec respect. Une fois que tu retrouves ta santé et que tu le croises n'importe où, tu vas forcément le respecter, et ça va devenir entre vous comme s'il était ton propre frère, de l'amitié. »* P14

Cela conduit naturellement à une forme de clientélisme. Comme le définissait Jean François MEDARD, le clientélisme correspond à une relation d'échange social entre inégaux, impliquant particularisme et favoritisme et en cela, s'oppose à la corruption, qui sous-entend un échange économique, remettant en cause les fondements du service public. (33) Cependant, et en cela, nous suivons l'avis de Fatoumata OUATTARA (5), on peut considérer que, même en l'absence d'échange économique, le service public est altéré dans la mesure où la notion même d'égalité n'est pas respectée. De plus, cette forme de clientélisme passe volontiers, sous couvert d'amitié, et a fortiori dans l'espace commun où l'interconnaissance

est grande, par l'échange de cadeaux, de présents, ayant pour objectif de remercier, de reconnaître l'aide de l'autre, mais également de créer une relation interpersonnelle destinée à améliorer les soins à recevoir. Du fait de cette sur-personnalisation des rapports, le patient se sentant redevable à la personne qui l'a soigné, et non pas à sa fonction, peut chercher à lui faire un cadeau, cherchant ainsi à créer un lien affectif dans le but, d'une part, d'être plus respecté, et d'autre part dans l'espoir d'être bien pris en charge une prochaine fois.

> *« Selon moi, si tu as quelque chose sous la main, tu peux lui donner pour le respecter. »* P11

Si les soignants évoquent moins ce besoin de rapport privilégié avec les patients, on sent à la lecture des discours que c'est une notion ancrée dans les habitudes. C'est ce qu'exprime à demi-mot ce pédiatre de 48 ans :

> *« Si tu arrives à le soigner, c'est une amitié qui est très durable, il te sera très reconnaissant toute sa vie. »* S26

On voit bien que la reconnaissance du patient, recherchée par le soignant, passe également par cette relation interpersonnelle, où le rôle social du soignant est relégué au second plan.

Isabelle GOBATTO disait à ce sujet « Aussi souvent que possible, le choix d'un agent de santé est subordonné à la logique qui consiste à éviter l'anonymat ». (17)

Paul RICOEUR, philosophe contemporain, disait « quelque chose est dû à l'être humain, du seul fait qu'il est humain ». Pour vivre ensemble et apprendre les uns des autres, le respect entre les hommes est une attente légitime et indispensable. Il existe une tendance naturelle des plus forts à vouloir écraser les plus faibles, et ces derniers réagissent en se défendant. De la même façon, celui qui se sent inférieur, dans une structure de santé par exemple, se sent plus volontiers agressé, à tort ou à raison. L'irrespect, conséquence d'une agression ressentie et réaction de défense, conduit à un cercle vicieux dont pâtit souvent le plus faible. C'est ce qu'ont souhaité exprimer les professionnels et les malades que nous avons interrogés.

La quête de respect, dans les interactions multiples qui caractérisent la relation soignant-soigné, concerne le soignant et l'usager dans leur relation duelle, mais intègre également l'Etat : le respect est exigé mais apparaît insuffisant.

La recherche d'affectivité au sein de la relation permet au patient de tenter de se garantir une prise en charge satisfaisante, en évitant l'anonymat. L'égalité entre les usagers n'est pas respectée, les anonymes étant volontiers méprisés.

D. L'inconfort économique

Le rôle que joue l'argent dans les relations entre soignants et soignés au Burkina Faso est central et incontournable, et l'histoire, par le rôle majeur du recouvrement des coûts, y a participé. Dans un pays où la participation communautaire et le paiement par l'usager sont ancrés dans les mentalités depuis la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako, où les malades sont directement mis à contribution pour toute consultation, hospitalisation, pour tout achat de médicament ou tout soin, le rapport à l'argent est en permanence mis en avant dans les discours et très vivement critiqué. C'est plus volontiers le cas pour les patients, mais on l'observe également dans le discours des soignants.

1. Les professionnels

La question n'a pas été posée directement : ce sont les personnes interrogées qui ont abordé spontanément ce point.

En premier lieu, le principal argument ayant joué dans l'orientation de nos professionnels qui n'avaient pas de vocation pour la santé, était la sécurité de l'emploi et donc l'assurance d'un salaire régulier[43].
Ce sont des non-choix, qui, lorsqu'ils sont basés sur des considérations uniquement économiques, amènent dans le domaine du soin des personnes qui n'avaient peut-être pas les bons objectifs, ou les personnalités adéquates. C'est ce que nous nommions « la crise des vocations », et cette sage-femme de 52 ans l'illustre bien :

> *« Je crois que de plus en plus, les jeunes ne savent pas trop à quoi ils s'engagent quand ils viennent faire sage-femme. C'est pas un métier où on vient se faire de l'argent du jour au lendemain. Malheureusement, ils viennent avec ça. [...] Si vous pensez être rapidement riche, vous serez vite déçu. Je crois que c'est quelque chose...je ne sais pas comment corriger ça, mais ça ternit énormément la relation soignant-soigné. Il faut que les gens sachent à quoi ils s'engagent. On donne plus qu'on ne reçoit. »* S16

La pauvreté peut donc être considérée comme en partie responsable de la crise de vocation observée actuellement, entraînant ainsi, comme nous l'avions abordé précédemment, en s'ajoutant à d'autres facteurs, une très probable crise des motivations.

Si seule une petite partie semble regretter cette orientation aujourd'hui, pour certains, la rémunération est citée comme élément de leur métier les motivant au quotidien, ce qui était prévisible, mais qui mérite d'être souligné car cela a été cité spontanément.

[43] Voir Discussion « Les professionnels de la santé – la crise des vocations »

« Et puis il y a la rémunération, c'est un métier avant tout » S20

« C'est la reconnaissance des gens, et puis, quoi qu'on dise, c'est notre gagne pain aussi, c'est là dedans que j'évolue depuis le début. » S16

On voit ici que la recherche d'argent est déterminante aux origines du métier de soignant, et continue à prendre de l'importance tout au long de la vie professionnelle.

Les soignants ont à plusieurs reprises mis en avant la pauvreté de leurs patients : quelques uns considèrent que le manque de fréquentation des centres de santé, les consultations tardives, le manque de suivi et d'observance, dont ils se plaignent fréquemment, prennent leurs racines dans la situation financière précaire dans laquelle se trouvent de nombreux patients. Cela les touche, et a une influence négative sur la relation soignant-soigné : quel peut être le ressenti d'un médecin dont le patient ne parvient pas à réunir l'argent nécessaire pour honorer l'ordonnance en totalité ? Quel soignant aura le sentiment du travail bien fait devant un patient nécessitant un scanner en urgence, et dont il sait qu'il ne pourra pas le payer ? Isabelle GOBATTO disait, toujours à propos de la construction identitaire des médecins : « Ces derniers sont enfin sous contrainte des conditions matérielles d'exercice qui ne leur offrent que très exceptionnellement les conditions minimales de prise en charge des malades [...] » (17). On peut penser que le soignant, pour survivre et continuer à travailler, cherche à se protéger des déceptions quotidiennes, et qu'un frein à la relation avec le patient peut ainsi prendre naissance. Deux options se présentent alors au soignant : soit il engage une lutte quotidienne et perpétuelle, contre la société et contre lui-même, soit il se détache un peu de l'humanité qui caractérise le patient et surtout qui révèle douloureusement l'appartenance commune du soignant et du malade au genre humain.

« Soit les malades ne coopèrent pas, soit ils n'ont pas les moyens d'honorer leurs traitements. Ça influence négativement la relation. C'est difficile pour le médecin de voir que ce sont des efforts vains. » S30

Il est difficile pour le soignant de ressentir de la compassion pour des patients dont il sait qu'ils vont mourir de pauvreté : il n'a que peu de prise là-dessus, ce qui rend sa profession presque caduque. Et à force d'échecs, de frustrations, de déceptions, après quelques années, le retour à l'espoir et à la naïveté initiaux paraît bien difficile.

« Parce qu'ici, les urgences, ce sont des vraies complications. Ça coûte cher, et les résultats ne sont pas probants. Et après la fatigue, c'est la déception. Puisque les gens trainent, viennent en période de complication, vous n'obtenez pas les mêmes résultats que quand vous voyez une femme en dehors de tout ça. Si vous prenez 2 grandes complications pendant la nuit, au petit matin vers 6h, il y en a une qui décède, vraiment, toute votre garde n'a servi à rien. Ça fait que vous vous découragez. La prochaine fois que vous voyez quelqu'un avec le même tableau qui commence à s'adresser à vous, c'est terrible. Nos

femmes, là, ce sont des femmes tellement fortes dans leur esprit, qu'elles supportent des choses inimaginables. Vous causez avec une femme ce soir et demain, vous venez, on vous dit qu'elle est décédée...ça peut créer une méfiance avec les malades. » S17

A titre illustratif, un soignant a même cité « la prise en charge des indigents par l'Etat » comme facteur pouvant améliorer la relation soignant-soigné.

« On avait parlé de manque de moyens, si l'Etat pouvait instaurer vraiment une prise en charge des indigents, si l'état pouvait penser à eux aussi, ça allait résoudre des problèmes... Quand les gens viennent, ils n'ont pas l'argent... Si l'état voyait ce côté-là, ça allait encourager les gens à venir même s'ils n'ont pas les moyens. Maintenant, les critères pour déterminer les indigents c'est ça qui pose problème. Qui est indigent ? » S11

Le problème de la définition de l'indigence a en effet été abordé dans la première partie de notre travail[44]. C'est un point crucial qui altère de façon majeure l'efficacité et surtout l'équité de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako. Valéry RIDDE, dans son ouvrage sur l'équité des politiques de santé au Burkina Faso, prenait cette idée pour postulat de départ : « Au Burkina Faso, [...] les acteurs de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako se sont focalisés sur les aspects relatifs à l'efficacité de la politique au détriment de ceux liés à l'équité. Les inégalités d'accès aux services de santé y perdurent, les indigents sont toujours exclus, et les bénéfices tirés du paiement des services et des médicaments ne sont pas employés en faveur de l'équité d'accès. » (21)
Il faut tout de même noter que quelques soignants, peu nombreux, estiment que la pauvreté des patients n'est pas un obstacle à leur prise en charge, car le système est d'après eux bien subventionné, voire presque gratuit[45]. Ces derniers pensent que c'est le manque de volonté qui pousse les patients à consulter tardivement, ou à ne pas bien suivre leurs traitements.

« Le gros problème, avant la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako, c'était le problème financier, ça mettait les patients mal à l'aise. Mais maintenant, presque tout est subventionné et est devenu gratuit pour le patient. Un accouchement, c'est 200 FCFA[46]. Comme ça, je ne vois pas comment ça peut influencer négativement la relation soignant-soigné. » S04

Nous ne pouvons omettre de citer cette opinion, qui a sa place ici. Cependant, à la lecture des discours des malades, les avis s'opposent, même sur l'interprétation des effets du recouvrement des coûts.

---

[44] Voir « L'Initiative de Bamako en pratique ».
[45] Voir Annexe 6 : « Liste détaillée des prestations subventionnées et leur prix », ainsi qu'annexe 8 : « Le tarif moyen des actes au niveau du CSPS »
[46] 100 FCFA correspondent à 1 franc français, soit 0,15 euro.

> *« Il faut dire que le système, c'est l'Initiative de Bamako qu'on a adoptée depuis 1987, cette initiative a ses avantages et ses inconvénients... 20 ans après, on essaie de faire un bilan, y a plus de failles que de points positifs. Ce qu'on visait, c'est la participation communautaire, on voulait que les gens prennent part au système de santé. Mais on se rend compte qu'il y a toujours un fossé, les gens ne viennent pas en consultation comme il se doit, ni en vaccination avec leur enfant comme il se doit, c'est toujours un problème. En tous cas, tous les indicateurs sont faibles »* S11

Mais quoi qu'il en soit, les patients, comme nous le verrons plus loin, se plaignent beaucoup du coût des soins. S'il est possible que la pauvreté soit parfois un prétexte avancé par certains patients, il est également possible que certains soignants commettent des erreurs d'appréciation, et ne prennent pas conscience du poids financier des soins pour les malades.

Egalement, les soignants se sentent eux-mêmes, dans leur vie professionnelle et personnelle, en situation économique précaire. L'un d'eux, jeune médecin exerçant à la fois au CHU de Ouagadougou, et en clinique, disait même *« le médecin est un cas social »*. (S31) Ils estiment que cela a une influence sur la relation soignant-soigné à trois niveaux : cela aggrave la démotivation des soignants, cela conduit à des pratiques malhonnêtes, et enfin entraîne une fuite des médecins vers le secteur privé.

Concernant le déficit de motivation, il est bien sûr multifactoriel : comme nous l'avons vu, le métier n'est pas toujours choisi, les conditions de travail et d'exercice ne sont pas toujours bonnes, l'efficacité de la prise en charge, pour diverses raisons, est parfois médiocre. L'insuffisance perçue de la rémunération, dans toutes les catégories de soignants, les conduit à la démotivation, et cela se traduit dans leur exercice quotidien.

> *« Et il y a aussi des soignants qui trouvent qu'ils sont mal rémunérés. Pour ce qu'on leur donne, on ne peut pas leur en demander plus. »* S16 (SF)

> *« On travaille dans des situations...on est énervés. Les gens vraiment, vivent en difficulté. Toi tu es là, tu consultes, arrivée la fin du mois, tu n'as même pas l'argent pour payer ton loyer, nourrir ta famille. Donc tout ça, ça peut amener l'agent de santé à mal se comporter devant un patient. »* S11 (IDE)

Enfin, il est probable que l'insuffisance perçue de la rémunération soit à l'origine de la mixité de l'exercice, avec un exercice privé concomitant que certains soignants et certains patients regrettent.

> *« Si on avait plus d'argent à la fin du mois, on serait moins tentés d'aller chercher ailleurs, on allait consacrer beaucoup plus de temps à l'hôpital. [...]Là, je suis obligé de suspendre, d'écourter mon temps pour courir en clinique parce que j'ai des malades à aller voir là-bas. Je pourrais consacrer mon*

temps à me former, à continuer à étudier, à apprendre, et passer plus de temps à l'hôpital. [...]Quand on a beaucoup plus d'argent, quand même, on fait mieux son travail. » S30 (soignant)

« L'Etat les paie très mal. [...] En clinique, ils sont mieux payés qu'à l'hôpital. » P36 (patient)

En effet, l'obligation pour eux d'obtenir un complément de revenu en consultant en parallèle dans le privé réduit de manière aisément compréhensible leur temps de présence dans le secteur public, majorant leur charge de travail, et diminuant donc le temps consacré à chaque patient.
Certains ont également quitté le secteur public pour ces raisons, considérant que les conditions de vie étaient trop difficiles. Ce médecin, exerçant maintenant uniquement dans le secteur privé, explique comment le faible niveau de vie des médecins dans la fonction publique peut nuire à la qualité de relation :

« Avant, quand je travaillais dans le public, je n'ai pas honte de le dire, j'avais pu me payer une petite voiture, il m'arrivait parfois de tomber en panne d'essence, en cours de route, tu pousses ta voiture, tu gares de coté, tu fais du stop pour te rendre à l'hôpital. Ta consultation était à 8h, tu arrives à 9h30, tu vois que la salle d'attente est extrêmement bourrée. La popote de la maison, pour que la famille puisse manger n'est pas très garantie parce que l'électricité est arrivée à échéance, la facture de l'ONEA[47] *est là, il faut payer la scolarité des enfants, Madame aussi qui commence à te regarder d'une certaine manière, tu te lèves encore, la voiture qui tombe en panne, tu es obligé de faire du stop pour arriver au service, et tu es de consultation, je pense que les 10 premiers malades qui vont venir, la relation soignant-soigné...ils n'ont qu'à se débrouiller. Tout ça, c'est surtout dans le public.* » S26

Le problème de l'insuffisance de rémunération des soignants n'est pas nouveau, mais on constate que, malgré les prises de conscience, les mesures tardent à être prises : voici ce que dit le Plan National d'Assurance Qualité (mai 2003) : « Le système de rémunération se caractérise par sa rigidité. Les indemnités allouées ne font que rémunérer les conditions physiques d'exercice de l'activité. Un tel système qui n'offre aucune possibilité de rémunérer la performance ou la productivité, conduit le plus souvent à décourager les initiatives et entraîne à terme une profonde démotivation dont les effets pervers sont toujours difficiles à juguler. » (27)

[47] Office National des Eaux et de l'Assainissement.

2. Les patients

Mais c'est principalement du côté des usagers des services de santé que l'on trouve le plus de véhémence contre le rapport à l'argent. Nous dirions même que la majorité des discours a un rapport avec cette notion, traduisant un malaise profond chez les patients que nous avons interrogés. Les patients se sentent démunis face à ce pouvoir de l'argent dont ils ne disposent pas, et devant le sentiment d'injustice et la discrimination ressentie qui en découlent.

Premièrement, leur propre pauvreté est d'après eux un frein à des soins de qualité, et entache sérieusement la relation avec les soignants.

> *« Parfois tu pars à l'hôpital, tu as des ordonnances, mais tu trouves pas l'argent pour aller payer les médicaments. » P12*

> *« Si tu n'as pas les moyens, il se peut que tu trouves le comportement de l'infirmier plus grave qu'il n'est en réalité. »* P21

Quelques soignants l'avaient évoqué, et certains demandaient même la prise en charge des indigents : l'une des principales attentes des patients, pour une bonne relation, est le don de médicaments lorsqu'ils n'ont pas les moyens de les payer. Il s'agit pour eux d'une preuve d'humanité, de la même façon que refuser de les donner constitue une marque d'inhumanité.

> *« Si tu pars à l'hôpital, tu t'expliques, on te prescrit les médicaments. Il voit que moi et puis lui, nous sommes la même chose. A ce moment, on ne parle pas de vente de médicaments, c'est cadeau à cause de l'humanité. »* P05

> *« L'infirmier doit te consulter, maintenant s'il voit de quoi tu souffres, il doit te prescrire des médicaments. Ou bien s'il a les médicaments auprès de lui, il doit te donner ça. »* P10

Deux situations sont à distinguer dans les discours des patients : d'une part, la gratuité des médicaments pour les soins d'urgence, ou l'avance de ces médicaments : le soignant prescrit alors le produit après l'avoir utilisé, pour que le patient le rende. D'autre part, certains patients réclament la gratuité de tous les médicaments pour les patients qui n'ont pas les moyens.

Il faut bien noter, dans le fonctionnement des structures de santé depuis la mise en place de l'Initiative de Bamako, que les centres de santé disposent d'un stock de médicaments le plus souvent génériques (à faible coût), qu'ils peuvent vendre aux patients avec une faible marge, permettant de pérenniser la structure et le stock, et, dans la théorie, de participer au fonds pour la prise en charge des indigents. La plupart ne sont pas des médicaments dont ils disposent gratuitement, et en faire cadeau à tous les patients démunis aurait bien sûr une incidence néfaste sur les comptes du centre de santé.

Il faut noter également qu'au Burkina Faso, certains soins sont subventionnés par le gouvernement dans le cadre de politiques de santé publique. C'est normalement le cas des

soins d'urgence, encore appelés premiers soins, dont la définition est floue, mais dont le Ministre de la Santé avait annoncé le prépaiement dès 1996 : il s'agissait alors d'assurer les soins sans prépaiement par l'usager dans les services d'urgence des hôpitaux publics. En l'absence d'uniformisation et de surveillance des pratiques, peu d'effets ont été ressentis par la population qui doit, encore aujourd'hui et dans la plupart des cas, payer avant toute prise en charge. Le Ministre de la Santé actuel a lancé, en 2003, un processus de dynamisation des mesures en faveurs des soins d'urgence, mais d'après le discours des patients, on note peu d'évolution. (34)

> *« Au CHU, si tu rentres aux urgences, ils te demandent d'abord de sortir payer avant de recevoir les soins, en présentant la quittance. Dans ce cas, si tu n'as pas les moyens pour te faire hospitaliser, tes parents sont obligés de courir partout pour chercher de l'argent, et si cela n'est pas fait dans le temps, tu peux perdre la vie. »* P29

Tous ces facteurs concourent à un sentiment très négatif des patients envers les soignants, qui grève la relation par une perte de confiance majeure envers les agents de santé.
Non seulement les patients ont le sentiment que les soignants refusent de donner des médicaments dont ils disposent, mais surtout, certains sont persuadés qu'ils détournent à des fins personnelles les médicaments gratuits destinés aux soins d'urgence, en les vendant aux patients.

> *« J'ai eu un palu, mon petit frère m'a accompagné à l'hôpital, ils m'ont fait la prescription. Quand j'ai eu fini, il me dit de payer. Je dis pourtant, les premiers soins c'est gratuits. Il me dit que non. Alors qu'on était aux urgences, même ! Ca veut dire que les premiers soins ne sont pas gratuits ici ; les mêmes médicaments qu'on leur donne, ils vendent ça au retour. Ca fait qu'on se dit même que les docteurs ici n'ont pas de sentiment. »* P34

> *« De nos jours, au niveau de l'hôpital ici, c'est grave. La dernière fois, j'ai amené mon enfant, il avait la fièvre. Je n'avais pas d'argent sur moi et un infirmier a dit d'utiliser le flacon d'une autre femme, dont elle n'avait pas besoin, en attendant que je parte payer. Mais un autre infirmier a dit que non, on ne fait plus de soins gratuits ici. J'ai perdu cet enfant-là. »* P31

Ce sentiment est encore renforcé par les annonces gouvernementales qui, d'après les soignants et les patients, incitent les patients à se rendre dans les centres de santé en vantant la gratuité des soins d'urgence dans les médias, sans assurer la mise en place effective de ces mesures, ajoutant ainsi à la méfiance des patients et mettant certains soignants dans des situations difficiles :

> *« Quand ils* [le gouvernement, ndlr] *disent que c'est gratuit, ils mentent. »* P36 (patient)

> *« Parfois à la télé, ils vont faire sortir que les médicaments pour cette maladie-là, c'est gratuit, que les médicaments sont disponibles au CSPS, le malade vient et paie rien. Les villageois se lèvent avec leur maladie, ils viennent, et il n'y a rien au CSPS. Il faut donner l'ordonnance, ils doivent payer. « On a vu ça hier à la télé, aujourd'hui on paie... » C'est parce que les médicaments ne sont pas disponibles. »* S12 (soignant)

Comme nous le verrons plus loin, la malhonnêteté de certains soignants donne une mauvaise image de toute la profession, et participe à la suspicion permanente ressentie par les patients. Mais il est très probable que des malentendus, aggravés par un Etat faisant preuve d'une certaine inefficacité, majorent encore ce sentiment.

Dans les attentes des patients, certains ont cité une ordonnance raisonnable : ces patients considèrent que les soignants doivent adapter leur prescription aux moyens financiers du malade, et leur reprochent des ordonnances trop longues, trop coûteuses, non hiérarchisées, ou encore des prescriptions inutiles pour un patient mourant.

> *« Dans certains cas aussi, si tu pars à l'hôpital, même s'ils savent que ton malade n'a pas longue vie, quand même ils te font une longue ordonnance pour que tu partes payer ces médicaments. Tu vas aller payer les médicaments, et venir trouver que tu as perdu ton malade. Ces médicaments ne vont servir à rien. Même si tu pars en pharmacie pour te faire rembourser, ils ne reprennent pas les produits. Vraiment, c'est une grosse perte. Tu n'as pas ton malade, tu n'as pas ton argent, vraiment c'est pas une bonne chose. »* P27

> *« Ils te font l'ordonnance, même si tu n'as pas les moyens, c'est pas leur problème. »* P31

Cette doléance, qui paraît avoir peu trait au sujet qui nous intéresse, est au contraire importante : citée par plusieurs patients, et par un seul soignant, il semblerait que les soignants comprennent assez mal cette attente, concourant ainsi à une incompréhension entre les deux parties. Pourtant, il s'agit d'une recommandation qui a été perçue comme importante puisqu'elle a sa place dans le Code de Déontologie des Médecins au Burkina Faso : « Dans toute la mesure compatible avec la qualité et l'efficacité des soins, et sans négliger son devoir d'assistance morale envers son malade, le médecin doit limiter au nécessaire ses prescriptions et ses actes. » (31)
Cette attente d'ordonnance raisonnable est logiquement engendrée par la pauvreté des malades qui ont le sentiment que la santé est trop chère pour eux, voire même qu'une maladie dans l'entourage peut les appauvrir encore considérablement, ou les endetter.

> *« Vraiment, quand j'avais mes 2 enfants qui étaient malades, je ne faisais que payer des médicaments. Après j'ai fait mes*

calculs, j'ai trouvé que j'ai dépensé plus de 100000 francs[48]*. »* P28

Comme nous l'avions souligné plus haut, le fait que les soignants évoquent peu cette notion nous fait penser que la pauvreté des usagers est parfois insuffisamment perçue. La discussion entre les deux parties, permettant une meilleure compréhension, et une définition officielle de l'indigence, avec une prise en charge sanitaire standardisée, acceptée et respectée par les soignants, pourraient être des solutions.

Egalement, les patients pauvres ressentent une discrimination à leur égard, vis-à-vis des patients plus aisés, aux signes extérieurs de richesse plus marqués, en terme de qualité des soins, de rapidité de prise en charge, mais aussi en terme d'accueil, de considération, allant même jusqu'à un système de faveurs.

> *« Si tu as les moyens, ils peuvent être humains avec toi, parce qu'ils en profitent. Si tu n'as pas les moyens, c'est carrément différent. »* P27

> *« Vous partez à l'hôpital, le respect du malade, ça n'existe pas. Ils vont chercher à savoir qui tu es, à connaître ta classe sociale avant de te toucher. Et pourtant moi je me dis que ça ne doit pas exister...si tu es pauvre, tu vas mourir là-bas, on s'en fout même de toi. »* P36

Les patients sont très nombreux à exprimer ce sentiment, et l'expliquent par le fait que les soignants seraient aujourd'hui plus intéressés par l'appât du gain que par la recherche de la qualité de la prise en charge. Les patients, et pas uniquement les plus pauvres, pensent que la seule préoccupation de nombreux soignants est de chercher un profit personnel, et que donc seuls les plus riches les intéressent, entraînant meilleure prise en charge, et témoignages de respect.

> *« Quand le gars te voit, il sait à quel rang social tu appartiens. Il sait qu'il n'aura rien avec toi. Donc il s'en fout de toi. Sinon, si c'est quelqu'un qui a les moyens qui arrive, le gars s'attend soit à des cadeaux, soit à des gestes, il est motivé. »* P34

Les patients attribuent cela pour la plupart à la personnalité du soignant, qui recherche le profit à tous prix, qui est malhonnête ou inhumain. Mais certains évoquent un salaire insuffisant, ou une crise des vocations expliquant ces conduites.

> *« En réalité, ils ne pensent plus à la santé humaine, mais à leur poche. Mais le cardiologue, quand tu regardes aussi, il doit y avoir une vocation. Ils doivent faire leur travail avant de parler d'argent. Mais qu'est-ce qui se passe ? En retour, l'état les paie très mal. C'est ça qui les pousse à faire ça. »* P36

[48] Soit environ 152 euros.

Après une forme de discrimination perçue par les patients, et une inégalité ressentie de prise en charge, basée sur la classe sociale, ce sont les actes de corruption, de vol dont ils accusent les professionnels qui, ajoutés à l'incompréhension sur les premiers soins gratuits, achèvent de décourager les patients. La plupart des patients interrogés, convaincus de la malhonnêteté des soignants, sont suspicieux à leur égard, devant le moindre geste, et relatent des anecdotes évocatrices.

> *« Mariam, là, son enfant était malade, on l'a amené à la pédiatrie. Elle a payé des produits. Entre temps, elle se rend compte que l'infirmière enlève ses médicaments. Je suis allé voir la femme, lui dire qu'elle n'a qu'à ouvrir le sachet. Il y avait 2 ou 3 médicaments qui manquaient. Elle n'avait pas utilisé ça pour l'enfant, on ne sait pas où c'est passé. C'est du vol ! C'est du vol ! »* P33

> *« Vraiment, ce que je suis en train de dire, je suis énervé donc je parle comme je veux. Il y a des infirmiers, ils ne font que prescrire des ordonnances seulement. Les médicaments que tu paies, même si ça n'a pas servi, ils re-prescrivent la même chose, ou bien ils prescrivent le double, pour que tu paies. Ils te font payer beaucoup comme ça, si tu n'es pas vigilant, tu perds même les médicaments que tu paies. Alors qu'on n'a pas les moyens, souvent il arrive qu'on emprunte même de l'argent. »* P14

> *« Le cardiologue, il a fallu qu'on donne 10000 francs au gars pour qu'il nous programme dans la semaine. Et tu vas venir, et tu vas payer la consultation. Ça n'a rien à voir avec la consultation. Si tu n'as pas l'argent, tu es mort. [...] Le fait de donner l'argent pour avoir un rendez-vous, c'est une histoire de corruption. »* P36

Ce sont surtout les patients qui ont évoqué ce problème, et de façon assez violente. Mais certains soignants ont également abordé le sujet, en attribuant ces pratiques soit à la malhonnêteté intrinsèque de certains d'entre eux, soit, de façon majoritaire, à l'insuffisance des salaires qui obligeraient d'après eux certains professionnels à se conduire de la sorte. Les soignants qui évoquent ce type d'actes malhonnêtes semblent condamner ces pratiques tout en les légitimant, avec une certaine résignation. OLIVIER de SARDAN J-P disait d'ailleurs « on note des allers-retours permanents entre accusation et légitimation. » (4)

> *« Les soignants ne sont pas très bien payés, on ne les considère pas tellement, leur métier n'est pas considéré comme un métier noble. C'est quand même un peu difficile. Ca amène des gens à déconner aussi, parce que le manque d'argent peut jouer. Si l'agent de santé a besoin d'argent, il n'en a pas assez, ça fait que certains sont obligés de dribbler les patients pour avoir de l'argent. Dribbler, ça veut dire qu'ils sont malhonnêtes, et c'est pas bon. »* S03

> *« Il faut dire qu'au Burkina ici, les salaires sont dérisoires, et ça amène souvent certains agents de santé à souvent racketter même les malades. En tous cas, il y a des comportements qui ne sont pas à encourager au niveau des agents de santé. Le malade va venir, il va essayer de soutirer quelque chose au malade. [...] Nous sommes pauvres, les agents de santé. Il y en a qui sont pauvres mais ils essaient de faire avec, ils accueillent bien les malades. Mais il y en a aussi qui n'arrivent pas à supporter leur état de pauvreté. Eux, ils font ce qu'ils veulent. »* S11

Le problème de pratiques illégales de soignants à l'encontre des patients avait été soulevé à de nombreuses reprises dans les études réalisées jusqu'à présent.

F. OUATTARA rapportait « des reventes de médicaments à titre privé », « le détournement du matériel à des fins privées » (5).
J-F. MEDARD écrivait « Dans le secteur public, [...] les pratiques de corruption, dans la mesure où elles sont systémiques et non sanctionnées, s'étalent pratiquement au grand jour.. » (33)
L'OMS évoquait même en 2002 « des pratiques illégales de médecine privée et des attitudes et comportements non conformes à l'éthique professionnelle » (15).

La malhonnêteté de certains soignants ne fait plus de doute aujourd'hui, et c'est un fait connu depuis de nombreuses années. Cela semble se confirmer ici, et les conséquences sur les relations avec les patients, et sur le reste de la profession sont majeures : les soignants qui tentent de faire leur travail honnêtement sont surveillés en permanence par des patients suspicieux. Les soignants d'ailleurs se plaignent de ce climat délétère, de cette méfiance qui entoure la relation soignant-soigné dans leur exercice quotidien.

> *« Non seulement ils* [les jeunes, ndlr] *ne sont pas motivés, mais ils sont prêts à racketter les malades. Et ça, ça ternit énormément l'image de marque de la profession. Si bien que vous avez une cliente qui vient avec son sachet de médicaments, et quand vous devez puiser dedans pour les soins, c'est à peine si elle vous fait confiance. Elle se demande si c'est pas pour enlever pour vendre. Nous, on ne faisait pas ça. On ne savait pas que ça pouvait se faire. »* S16

Valéry RIDDE cite deux études ayant mis en évidence une diminution significative de l'utilisation des services lors de l'implantation du paiement direct (21). Cela n'a pas été le cas dans tous les pays concernés par l'Initiative de Bamako, mais il semblerait que les études concordent dans le cas du Pays des Hommes Intègres. L'OMS disait même très récemment : « la contribution financière des usagers est une forme régressive de financement de la santé, car elle constitue une lourde charge financière en particulier pour les pauvres. L'abolition des conditions de paiement de cette contribution permettrait d'instaurer plus d'équité [...] ». (35)
Il s'agit là d'une évolution patente des mentalités, dont il est licite de se féliciter.

Par contre, il paraît légitime de s'interroger devant les conclusions d'enquêtes de satisfaction, menées par les instances publiques du Burkina Faso : une étude publiée en 2002, réalisée par sondage d'opinion auprès de ménages burkinabè, cherchait à déterminer la satisfaction des usagers sur les services de santé[49] : à propos de la capacité des usagers à faire face aux dépenses, voici ce que l'enquête met en évidence : « La quasi-totalité des enquêtés (femmes 99,4 % et hommes 100 %) ont pu s'acquitter du coût de leur prestation (99,4 %). ». Plus loin, on peut noter, dans la même étude, concernant la prise en charge des nécessiteux : « Pour les personnes n'ayant pas pu honorer la somme qui leur a été demandée [...], elles déclarent avoir été prises en charge. Ceci est peut-être dû aux actions salvatrices des COGES. » (3)
Ces observations sont difficilement comparables avec notre étude, en raison de la différence méthodologique. Cependant, il semblerait que l'opinion des personnes que nous avons interrogées soit différente : les soignants et les soignés rapportent très souvent une incapacité des patients à payer certaines prestations, ou des discriminations en fonction du statut social, que cette enquête de l'INSD ne met absolument pas en évidence.

Après cette partie, il ressort des discours que ce système de financement a une influence tout à fait néfaste sur la fréquentation des structures de santé, mais également sur la qualité perçue par les usagers de la relation qu'ils entretiennent avec les soignants. Additionnée aux agissements frauduleux de certains soignants malhonnêtes, cela participe à créer un climat tout à fait néfaste dont pâtissent, encore une fois, les plus faibles.

Le rapport majeur entre santé et argent nuit aux relations soignants-soignés : chacun se place dans une situation de pauvreté nuisant à des soins de qualité, et des comportements malhonnêtes sont ainsi légitimés.

La relation de confiance en ressort fortement altérée.

E. Des malades imparfaits

Les professionnels citent certaines caractéristiques de la population comme des obstacles à leur exercice et à la relation soignant-soigné plus spécifiquement. Nous avons déjà traité le problème de la pauvreté dans le chapitre précédent, qui est un facteur dit modifiable, notamment par la modification du système de tarification et la prise en charge des indigents. Certains facteurs, a priori non-modifiables, peuvent également interférer dans la relation avec les professionnels. Les politiques sanitaires ont d'ailleurs développé certaines mesures pour diminuer l'impact de ces obstacles que l'on pourrait qualifier de « constitutionnels ».

Dans les discours des soignants, les principaux freins à la relation soignant-soigné rapportés, concernant le patient, sont des caractéristiques intrinsèques : il s'agit notamment de la culture,

[49] Voir « Revue de la littérature »

la religion, l'analphabétisme, le faible niveau d'instruction des populations, et les barrières linguistiques[50].

Ce que les soignants reprochent au patient analphabète, ou au patient différent d'eux par son mode de vie, sa culture, est sa résistance aux changements de comportement.

> *« Ca n'est pas du tout difficile d'expliquer. Ce qui est difficile, c'est pour leur faire comprendre. »* S03

La participation du patient à sa propre santé est un point phare dans l'amélioration de la santé dans les pays en développement. C'est un point essentiel sur lequel travaillent les acteurs du développement, aboutissant, dans le cas du Burkina Faso, à la mise en œuvre d'une politique d'IEC (26), dans le cadre du Plan National de Développement Sanitaire. (6,7)
La politique d'IEC est très suivie dans le pays, formant les professionnels de la santé à la communication et à l'éducation des patients, avec leur participation, et dans le but de les amener à adopter des pratiques favorables pour leur santé. Les soignants utilisent plus volontiers le terme de « sensibilisation », et c'est d'après eux l'arme principale pour lutter contre ces contraintes. Il faut d'ailleurs noter que si les soignants expriment cela comme une limite, l'idée de prévention est tout de même assez répandue parmi les usagers. Ils voient souvent le soignant comme le porteur de messages bénéfiques pour leur santé, du moins en théorie[51].

Les exemples sont très nombreux.

Concernant la culture, la religion, ce sont parfois les pressions de l'entourage familial pour certains comportements traditionnels qui font obstacles aux recommandations des professionnels.

> *« Les pratiques comme le gavage, les purges du nouveau né...une femme instruite est plus apte à laisser tomber ces pratiques qu'une femme analphabète. Tant qu'elle est sûre que ça doit se faire parce que c'est la coutume, elle fera comme ça. Une femme alphabétisée, si tu essaies de lui montrer les conséquences de ces actes, est plus apte à laisser tomber. Quand on dit qu'une femme enceinte ne doit pas manger les œufs, celle qui connaît la composition de l'œuf, qui sait combien de vitamines et de protéines ça contient, elle peut comprendre que les œufs, ça peut être très bon pour elle pendant sa grossesse. Tandis qu'à une femme pas alphabétisée tu dis que si elle mange des œufs pendant sa grossesse, son enfant deviendra un voleur, elle ne va pas manger d'œufs. »* S18

> *« Quand on parle de planification, vous allez voir la réaction de certaines personnes. C'est pas facile. Une fois il y a un vieux qui s'est levé, et un autre qui a dit de les suivre, qu'ils ne savaient pas qu'on les avait appelés pour*

[50] Voir « Le Burkina Faso : présentation générale ».
[51] Voir « Résultats – Le rôle des professionnels de la santé ».

venir parler de telles choses, que c'est Dieu qui dit de faire les enfants. Bon...quand c'est comme ça, c'est difficile. La religion constitue vraiment un obstacle. » S11

Mais les professionnels se plaignent également de la réticence des patients peu instruits à se rendre au centre de santé, et surtout à se confier, dire la vérité au soignant, ce qui a une incidence sur la qualité relationnelle. Nous abordions ce point précédemment : la recherche par le soignant de la vérité dans les dires du malade est une constante dans le discours des professionnels : ils ont le sentiment que les patients ne veulent pas leur « dire la vérité », et qu'ils doivent deviner jusqu'au motif de consultation.
Les professionnels attribuent ce silence à un sentiment d'appréhension, d'une certaine façon lié à la culture, et au fait que les patients vivant dans les villages reculés ont des difficultés à se sentir en confiance et donc à s'ouvrir, a fortiori si le centre de santé est de taille importante, et s'il n'est pas connu du patient.

« Pour moi, [l'obstacle, ndlr] *c'est l'ignorance même de sa position de malade, de soigné. Nous avons encore l'ancienne conception du soigné « je suis venu, je me confie entièrement à vous ». Le patient même a ça dans son esprit. Il est dans ses petits souliers, ça c'est pas seulement chez nous, c'est presque partout. Il ne sait pas qu'il faut que lui aussi il puisse être à l'aise pour favoriser cette relation. Le patient, quand il arrive, on veut qu'il y ait la confiance pour qu'on puisse lui tirer tous les vers du nez, par son attitude, par la position assise, s'il commence à être plus à l'aise, il est plus confiant et il commence à parler. »* S26

La religion ou la culture peuvent également, pour les soignants, constituer un obstacle direct à la relation, lorsque par exemple les femmes refusent de s'exprimer, de se déshabiller devant un homme, et c'est une notion qui est souvent évoquée par les professionnels :

« Il y a des cultures où les gens ne sont pas agressifs, ils sont très passifs. Parce que dans leur éducation, c'est comme ça, ils peuvent se comporter comme ça pour montrer du respect, mais cette passivité est un obstacle à la relation. Y en a qui ne peuvent pas vous regarder de face, parce que regarder de face, c'est toiser. Quand vous parlez, ils baissent les yeux. Si vous avez une femme peule au cabinet, très souvent, en présence du mari, elle n'ouvre pas la bouche.
Lorsque le mari l'accompagne, elle est assise là, vous posez la question, ça c'est l'exemple des Peuls, mais c'est valable pour beaucoup d'autres ethnies. Quand le mari est là, vous parlez le dioula, elle parle très bien le dioula, vous vous adressez à elle « vous avez quel âge ? », elle s'adresse à son mari dans sa langue qui va vous traduire ça en dioula. Quand vous posez une question elle comprend très bien, elle va pas vous répondre en dioula...Elle est là, elle

comprend très bien mais c'est le mari qui parle à sa place. » S27-28

Il est évident que l'aspect culturel induit d'autres difficultés qu'ont également rapportées les soignants, mais moins directement : les consultations tardives, les recours aux médecines traditionnelles, dont les soignants se plaignent, ont probablement une de leurs origines dans les différences de perception de la maladie par les patients.

> *« Et je veux aussi qu'il y ait la franchise. Je parle en tant que pédiatre. Nous avons beaucoup de tabous ici en Afrique, particulièrement en pédiatrie. Ce sont des actes un peu contraires à la médecine. Par exemple, on dit dans la varicelle ou la rougeole, il ne faut pas laver l'enfant. Parce que si tu laves, ça fait sortir plus les boutons ou ça ne guérit pas vite. Contre les yeux rouges, on met de l'acide ou de l'urine dans les yeux, on le purge ou on le gave, on lui donne des traitements avec des produits très toxiques...on lui donne les médicaments de la rue...c'est surtout ça que je veux connaître, je veux qu'on me dise tout.* » S26

Or, pour les soignants, les différences culturelles n'entraînent que « peur de se confier », « non-respect des consignes » et « problème de compréhension » entre les deux parties, alors qu'il semblerait que l'asymétrie culturelle ait des conséquences plus complexes sur la relation soignant-soigné. C'est un problème récurrent lorsque les niveaux socio-éducatifs du patient et du soignant sont notablement éloignés : cela aboutit volontiers à des critiques de la part du soignant, reprochant au patient ses différences et leurs conséquences, accroissant finalement l'exclusion. (36)

Y. JAFFRE et J-P OLIVIER de SARDAN ont étudié les représentations populaires de certaines maladies en Afrique de l'Ouest (37) : du fait de leur origine précoloniale, ces représentations populaires divergent aujourd'hui des raisonnements biomédicaux, acquis de la médecine occidentale. Ainsi, les soignants ont des difficultés à comprendre le malade, parce que leurs références sont différentes, comme la perception des symptômes pathologiques, le moment de recours au soin. Les notions abordées dans l'ouvrage mettent en évidence une complexité de la relation soignant-soigné, liée à des interprétations nosologiques tout à fait opposées, et qui, en l'absence d'efforts permanents et répétés, ne permettent pas le discernement ou la compréhension mutuels : « Si ces conceptions populaires ne doivent pas être fétichisées [...], elles doivent cependant être entendues, tant pour des raisons déontologiques et humaines que pour un évident souci d'efficacité. »
Il semblerait que les professionnels interrogés ici et les décideurs n'aient pas tout à fait conscience de la nécessité pour eux de comprendre les représentations de leurs patients, préférant l'éducation et l'information des populations, en attendant qu'elles acquièrent les compétences nécessaires pour leur faciliter le travail. C'est d'ailleurs une explication possible des remontrances fréquentes qui seraient adressées par les soignants aux patients[52]. Le soignant s'est vu attribuer la mission d'éduquer la population : cela inclut des incitations aux

[52] Voir Résultats « Les attentes des patients » et Discussion « L'inconfort social - les patients ».

bonnes pratiques, mais peut également sous-entendre, explicitement ou non, la répression de comportements jugés comme inadmissibles. Ce rôle de formateur, voire de tuteur, peut ainsi légitimer certaines remontrances : un soignant s'autoriserait à sermonner son patient, comme un professeur sermonnerait un élève.

Bien que les soignants aient également leur propre culture, et leurs propres croyances, l'instruction qu'ils ont reçue les éloigne considérablement de leurs patients. L'ouverture sur le monde extérieur, apportée par le savoir, la maîtrise de la lecture, les oppose aux populations dont ils ont la charge. Cela se rapproche de ce que disait Balint lorsqu'il évoquait la fonction apostolique du médecin (38) : le médecin (ou le soignant au sens large) a une idée précise du comportement que doit adopter le malade, de ce qu'il est en droit d'espérer, et de ce qu'il doit pouvoir supporter. Les malades sont en permanence imparfaits, toujours décevants, et le soignant a le désir presque inconscient de les modeler à l'image qu'il se fait de ses propres valeurs, ses propres croyances. Lorsque la complexité de la relation interculturelle vient s'ajouter à sa fonction apostolique, le soignant éprouve des difficultés infinies à convaincre le patient d'adopter implicitement ses valeurs.

A côté de la culture, c'est l'analphabétisme, lié à un faible niveau d'instruction, qui pose problème aux soignants dans leur relation avec les patients. Son corollaire est la barrière linguistique : le français est la seule langue commune à la soixantaine d'ethnies qui composent le Burkina Faso, puisque c'est la langue écrite qui est enseignée à l'école publique, à défaut d'une langue nationale spécifique. Donc les enfants qui sont peu allés à l'école, voire n'y sont jamais allés, ne maitrisent que leur langue locale, de tradition orale la plupart du temps, et plus ou moins répandue selon l'importance démographique de leur ethnie. Or il arrive fréquemment que les agents de santé soient affectés dans une région ou un village dont ils ne parlent pas la langue locale. La communication avec les patients ne parlant pas le français est donc difficile, gênant tout le processus de soin, mais surtout toute la partie relationnelle, et les actions de sensibilisation dont ils ont la charge. Il faut noter que la barrière de langue concerne plus volontiers le milieu rural, où le niveau d'instruction est faible, et où la population souvent ne parle que sa langue natale.

> « *Mais il y a aussi la barrière de la langue. Moi je ne parle pas bien mooré*[53]*, bien qu'étant Mossi. Si tu comprends que dioula par exemple, tu vas te débrouiller mais c'est pas sûr, ça te limite et ça peut te démotiver. Tu peux prescrire, et puis bon, tu ne sais pas trop quoi lui dire, parce que tu sais pas dire ça en mooré.* » S30

Les soignants sont parfois obligés, pour remplir leurs rôles et faire passer des messages de santé à la population, de recourir à un traducteur, ce qui, d'une part peut altérer le message, et d'autre part, inclut un tiers dans la relation avec la population. Même dans l'exercice quotidien, la nécessité d'un traducteur nuit bien sûr à la confiance, à la confidentialité, et à la singularité du colloque[54].

> « *La spécificité, c'est qu'on a affaire, pour la plupart des gens, à une population analphabète, c'est-à-dire qu'ils ne parlent que leur langue locale, qui n'est pas toujours la*

[53] Le mooré est la langue traditionnelle des Mossi, ethnie majoritaire au Burkina Faso.
[54] Georges Duhamel, 1935.

même que la nôtre. Avec ces gens, pour faire passer un message, il faut un interprète, et souvent, la traduction peut déformer le message. » S04

Les auteurs cités précédemment (37) évoquaient également le problème de la barrière linguistique et disaient à ce sujet : « L'interaction langagière est grosse d'inégalités sociales, et l'acceptation ou le refus de « décoder » linguistiquement les termes vernaculaires utilisés par le patient engage des relations de pouvoir, manifestes notamment dans les diverses formes de reconnaissance que le soignant accorde à son interlocuteur. »

La position des autorités sanitaires nationales, et des bailleurs de fond internationaux, est donc de lutter contre ces obstacles culturels en prônant l'IEC[55] et en attribuant ce rôle aux agents de santé au contact de la population. Certes les intervenants se connaissent, mais s'ils se comprennent mal, comme c'est le sentiment que nous avons à la lecture des discours, la méthode peut paraître insuffisante. En outre, ce type de politique, dont le but est de modifier les comportements tout en respectant la nature même des individus est controversée, comme l'illustre ce propos de J-P DESCHAMPS « Les programmes d'« Education sanitaire », [...] en mettant l'accent sur le changement des comportements individuels, font implicitement peser sur les personnes la responsabilité des problèmes de santé, alors que les populations, écrasées par la pauvreté et la non-satisfaction de leurs besoins de base, n'ont pas la liberté de choisir leurs comportements. » (22)

Les caractéristiques intrinsèques de la population burkinabè sont marquées par un défaut d'instruction et par la pluralité linguistique et culturelle. Cela constitue un obstacle à la relation soignant-soigné, notamment par la différence de perception nosologique et la barrière de langue qu'elle engendre.

Les politiques sanitaires y répondent par la volonté affichée de changer le comportement des populations, mais le fond et la forme sont controversés.

F. Communication et incompréhension

1. Le constat de l'incompréhension mutuelle

Il est un élément du discours des soignants qui est tout à fait frappant : ils sont très nombreux à exprimer le sentiment d'incompréhension envers les patients, certains comportements, ou

[55] Voir « Le Burkina Faso : présentation générale – la politique sanitaire actuelle au Burkina Faso ».

certaines paroles. Mais ils ont également besoin d'être eux-mêmes compris, dans leur façon de travailler, sur les règles du centre de santé, leurs contraintes.

Le comportement de certains patients, ou certaines paroles sont jugés inadmissibles par les soignants, qui ne parviennent pas à les comprendre. Cela peut entraîner des réactions impulsives envers le patient, comme le raconte cet infirmier breveté de 37 ans :

> « *Le refus de soins aussi... [...] une femme qui a dit que si elle perdait cet enfant, elle allait en faire un autre, l'agent de santé n'a pas pu se retenir de la gifler. L'enfant était à 39,5°C, il faut aller payer des médicaments, juste pour baisser la fièvre. Elle dit qu'il faut enlever tel produit, tel produit, il n'y avait rien à enlever, tout était important. Devant l'agent de santé, elle dit que même si l'enfant décède, elle peut toujours en faire...ça c'est quoi ? Tu l'as amené pour consulter, c'est pour soigner. Mais dire que tu peux en faire un autre, pourquoi venir alors ?* » S21

C'est un exemple extrême, mais qui illustre le degré d'incompréhension qui existe parfois entre soignant et soigné. Il semblerait que, devant des situations où le comportement du patient n'est pas compris, les soignants rationnalisent en mettant en cause l'éducation, le caractère de l'individu, la mauvaise volonté.

> « *Si la personne n'est pas disponible à respecter le traitement ou le rendez-vous, ce n'est rien d'autre que de l'impolitesse.* » S21

> « *Pour d'autres aussi, c'est la volonté. Par exemple à la maternité, tu viens pour peser, c'est gratuit. Et pourtant certaines vont venir tardivement. A l'accouchement, c'est 900 francs tu dois payer. Mais certains vont s'arrêter à la maison, et venir maintenant quand il y a complication. Donc pour moi la pauvreté, c'est dedans, mais c'est aussi la volonté.* » S11

> « *Ce qu'elle veut dire en fait, c'est vrai...quand on prend la vaccination, elle est gratuite, mais c'est pas toutes les femmes qui envoient leurs enfants en vaccination. [...] On se rend compte que, sur les 5 contacts que l'enfant doit recevoir, c'est un seul contact on vient faire. C'est pas respecté. Certains, c'est la négligence.* » S12

Les comportements de ces patients altèrent l'exercice quotidien des professionnels. Mais n'y voir que l'incarnation de la mauvaise volonté semble une interprétation incomplète. Comme nous l'avons expliqué précédemment[56], il semblerait que les aspects culturel, économique,

[56] Voir « Des malades imparfaits ».

ainsi que toutes les représentations du système de santé dans l'imaginaire populaire, jouent un rôle dans ces paroles déplacées, dans ces gestes inappropriés relatés par les soignants.
C'était déjà le cas lorsque nous avons abordé la demande de médicaments gratuits[57]. Prenons l'exemple de la discussion entre ces deux soignants exerçant dans le même centre de santé rural :

> « *Par exemple hier, j'ai reçu une femme, je l'ai enregistrée, j'ai donné le montant, c'était la garde, il y a des produits de garde. Elle dit qu'elle n'a pas beaucoup de sous sur elle. J'ai dit « comme c'est comme ça, tu prends la moitié tout juste pour soigner l'enfant ce soir, et tu viens prendre le reste demain. » Elle n'a pas voulu. Elle a jeté l'ordonnance sur moi, laissé tout, et commencé à tempêter, prendre son enfant. Elle est repartie. J'ai tout fait mais elle est partie. Elle ne voulait pas payer. Elle m'a dit de donner les produits, et que le jour où elle gagne l'argent, elle va venir payer. J'ai dit « non c'est pas possible. »* » S05

> « *Ce qu'il dit, c'est très important, et ça arrive très fréquemment. Parce que si jamais vous donnez ces produits, vous êtes le seul responsable. Et vous devrez rembourser s'il y a un contrôle. Pour cette dame, le fait même de dire « Comme tu n'as pas assez de moyens, tu peux d'abord payer les produits d'urgence, et venir prendre le reste le lendemain. », ça devrait déjà être un soulagement pour la patiente, et pas une source d'énervement. Vous n'avez pas assez de moyens, cette nuit là, je suis d'accord. C'est une maladie, on ne sait pas quand ça doit venir, c'est venu brutalement, je suis d'accord. Vous êtes venu la nuit, vous n'avez pas assez de moyens, il y a des produits d'urgence, c'est tel montant, vous payez ça, et demain, grouillez, et venir payer le reste. Je ne vois pas en quoi ça peut être une montée de tension pour le malade. Comme si, parce que les produits sont là, il faut qu'on donne gratuitement, et nous on refuse de donner. Alors que c'est pas ça. Je ne vois pas pourquoi on s'énerve. Elle a tempêté, on ne peut pas la forcer à payer, et on ne peut pas donner les produits. Là, elle repart avec son enfant. L'enfant, c'est un innocent. S'occuper de la santé de son enfant, c'est un minimum.* » S04

Le patient est persuadé que le soignant refuse un geste généreux. Le soignant ne comprend pas la réaction de la patiente, a le sentiment d'un travail vain, et exprime même une certaine colère vis-à-vis d'une femme qui « ne se préoccupe pas de la santé de son enfant ». Chacun reste sur sa position et l'échec d'une telle rencontre est patent.

[57] Voir « L'inconfort économique ».

Prenons un autre exemple, celui de la disponibilité des soignants, et de la rapidité de prise en charge. Les malades sont dans l'attente d'une prise en charge rapide, et c'est la doléance la plus fréquemment citée. Ils veulent parfois être vus immédiatement, dès leur arrivée, ignorant la file d'attente de consultants venus avant eux, ou méprisant parfois les cas urgents.

> *« Toi tu pars à l'hôpital, c'est pour te soigner. Si c'est pas pour te soigner, tu restes à la maison ! Mais qu'en retour, ils s'occupent de toi. S'ils s'occupent pas de toi, tu peux péter les plombs ! »* P36

> *« Le problème, si j'arrive à l'hôpital, et qu'à mon tour, on me laisse et on regarde quelqu'un d'autre. [...] Si tu fais pas attention, tu ne vas même pas gagner la consultation. »* P25

On comprend à demi-mot que, dans l'esprit de cette patiente, pour être vue en consultation, il est indispensable de se manifester, sous peine de se faire devancer par quelqu'un qui a davantage de moyens, ou de relations. De la même façon, les soignants reprochent aux usagers leur manque de patience, leur manque de discipline, rapportant des patients qui entrent dans la pièce de consultation sans frapper alors qu'un autre patient s'y trouve, des disputes au sujet de la hiérarchisation des consultations : chacun voudrait être vu avant l'autre, créant une ambiance de travail délétère pour les professionnels.
Devant le sentiment d'injustice du patient, où il a le sentiment de devoir se battre pour conserver sa place, voici ce que disent de nombreux soignants :

> *« La plupart du temps, les malades ne sont pas assez patients. Pour être soigné, il faut patienter. Quand ils viennent, ils veulent que ça soit rapide, alors que souvent la rapidité n'est pas tellement efficace S'il faut prendre un malade, faire 5 minutes par exemple et faire une prescription, c'est un problème. Donc ça, y a pas la compréhension. Parce que tu prends un malade, tu veux faire 15 minutes, c'est un problème pour eux. [...] On prend tout notre temps mais eux trouvent qu'on cause dedans, souvent il arrive qu'ils ouvrent pour voir si réellement il y a un malade dedans. C'est ça qui manque, la compréhension. »* S08

> *« Ce que j'ai remarqué aussi, ce sont des gens effrontés ici, ils vont venir rentrer comme ça...Tout ça, c'est les accompagnants, on ne peut pas travailler avec un système comme ça...c'est difficile. Imaginez-vous un malade qui vient, toute sa famille va venir rentrer, tu leur dis de sortir, ils ne veulent même pas t'écouter. Nous, ça nous met mal à l'aise. Ils viennent rentrer, moi je ne sais même pas...je n'ai jamais vu ça ailleurs. »* S11

On voit ici que le débordement des malades (ou des accompagnants) est qualifié d'effronté, alors que d'autres patients pensent que se manifester avec force est le seul moyen d'obtenir une consultation. Ici encore, et comme évoqué plus haut, c'est le caractère insolent du patient qui est mis en avant, dans une explication peut être un peu incomplète là aussi. Bien sûr, les usagers expriment également le besoin d'être pris en charge rapidement, parce que *« plus vite tu es soigné, plus vite tu es guéri »* (P12), ou parce que « *la maladie peut venir n'importe quand*» (P01). Mais là encore, de nombreux patients évoquent des refus de prise en charge, des absences du personnel soignant sur place : le patient anonyme voit souvent la rencontre avec le système public de soins comme une lutte, un combat, même pour accéder à une consultation. Ceci entraine des comportements inacceptables pour les professionnels, qui sont mal compris, et mal interprétés.

Les incompréhensions entre soignant et soigné sont nombreuses. Voici un autre exemple d'incompréhension verbale, orale, paraissant futile et grave à la fois.

> *« J'avais amené mon enfant à l'hôpital, elle* [l'infirmière, ndlr] *m'a dit « de quoi souffre l'enfant ? » moi j'ai dit « je ne connais pas. En tous cas, tout ce je sais, c'est qu'il est malade, et que si je lui donne de l'eau pour qu'il boive, il vomit. » Elle me dit que moi qui suis sa maman, si je ne sais pas où l'enfant a mal, je n'ai qu'à laisser...Parce que selon elle, moi je suis sensée connaître la maladie de mon enfant. Pourtant c'est pas vrai. Si je connaissais la maladie de mon enfant, je n'allais pas l'amener chez elle. Et puis elle me demande si je crois qu'elle est Dieu ou bien ? Moi je réponds « bien sûr que je crois que tu es un Dieu, parce que je sais que tu peux guérir mon enfant ». Donc après toutes ces discussions, moi j'en avais marre parce qu'il n'y avait pas de changement, j'ai mis mon enfant au dos et j'ai repris la route de la maison. J'ai croisé mon oncle à qui j'ai expliqué le problème. Lui m'a dit de retourner, on est repartis ensemble à l'hôpital. Une fois arrivés là-bas, on a croisé une autre infirmière. Elle s'est occupée de moi mais j'ai fini par perdre mon bébé. Donc je ne peux pas dire que j'ai vécu une bonne expérience, à cause de cette femme là. Vraiment, j'ai beaucoup souffert. »* P07

Dans cet exemple, il est évident que les deux parties n'ont pas cherché à se comprendre l'une l'autre, aboutissant à une situation de rupture. On ne connaît pas les causes exactes de ce dénouement tragique, mais ce cas illustre bien les difficultés de communication, qui sont peut-être majorées ici par une barrière linguistique, ou par d'autres facteurs.

Il est étonnant de voir qu'après les caractéristiques intrinsèques de la population, c'est la personnalité des patients ou des accompagnants qui est souvent citée comme obstacle à la relation soignant-soigné par ces professionnels, rapportant de l'impolitesse, de l'indiscipline, le non-respect des règles[58].

[58] Voir « Des malades imparfait ».

Bien sûr, comme ailleurs, il existe des caractères difficiles, ou incompatibles avec d'autres, mais cela a été cité très fréquemment comme un obstacle, dans des endroits différents, des types d'exercices différents. Cela nous amène à penser que la responsabilité de la nature des hommes et des femmes est peut être surestimée par des soignants empêtrés dans les difficultés quotidiennes, peut être formés de façon superficielle, et connaissant finalement mal la population dont ils ont la charge.

Le soignant lui aussi souhaite être mieux compris, et ils sont nombreux à regretter cette incompréhension :

> *« On ne peut pas dire qu'elle* [la relation soignant-soigné, ndlr] *n'est pas bonne, mais elle n'est pas aussi bonne que ce qu'on aurait aimé qu'elle soit...parce que très souvent on ne se comprend pas. Sinon, il n'y a pas de quoi faire un problème, ils viennent vers nous pour être soignés, pour qu'on les écoute, qu'on compatisse avec eux, y a pas de raison pour qu'on soit à couteaux tirés. C'est surtout une histoire d'incompréhension...on ne se comprend pas très bien...par exemple quand elles viennent et qu'elles ne disent pas exactement ce qu'elles ont comme problème, on ne peut pas imaginer pour elles. Certaines s'attendent à ce que vous puissiez décortiquer leur problème, avec le peu qu'elles ont dit. Alors que là, c'est difficile, et tout ça peut être une cause de mésentente parce que on va pas se comprendre...on va pas se comprendre. Et si on ne se comprend pas, elle dit que la sage-femme... « Je suis venue, elle n'a pas pris mon problème au sérieux ». Et la sage-femme va dire de son côté « la dame, elle est arrivée, je sais même pas ce qu'elle a exactement, elle répond pas »...c'est surtout ça le problème. »* S10

> *« On attend un peu de compréhension de la part des clients. Il faut qu'ils comprennent qu'un centre de santé, c'est pas comme le marché où on entre et on sort rapidement comme ça, c'est des êtres humains. »* S06

> *« Moi, j'attends de la compréhension surtout, parce que certains ne comprennent pas. Vous voyez souvent, y a beaucoup de file dehors, vous leur dites de patienter un peu, certains ne comprennent pas, veulent même faire la bagarre, forcer les autres et puis entrer, c'est difficile. On a beau expliquer ils ne veulent pas comprendre. Il faut vraiment de la compréhension. »* S03

Pour expliquer ces malentendus, ils évoquent des préjugés, liés soit à des gestes malhonnêtes de la part de certaines *« brebis galeuses »* (S16), soit aux soignants de la génération passée, qui ont une influence négative sur l'image des soignants aujourd'hui. Cela rend les patients méfiants.

> *« Les sages-femmes ont eu un héritage qui n'était pas évident. Les premières sages-femmes africaines étaient un peu sévères envers les clientes, si bien qu'on leur a collé une étiquette, et même de nos jours encore, on voit quelques femmes qui arrivent avec des préjugés. Elle pense qu'elle ne sera pas bien accueillie, qu'elle ne pourra pas s'exprimer. Ça, ça nous dérange un peu. On attend qu'elle vienne en nous faisant confiance, et qu'elle vienne sans ces préjugés-là par exemple. »* S16

> *« C'est vrai que ces préjugés nous dérangent beaucoup, parce que certaines, quand elles viennent, elles pensent que c'est une méchante femme qui est là, donc elles aussi, on trouve qu'elle est armée en fonction de ça et un moindre geste de ta part et ça peut tourner autrement. »* S18

> *« Il y a des agents de santé qui ont fait des trucs qui ont fait que les gens ne font plus tellement confiance aux agents. »* S03

Même dans l'opinion publique, ou dans les médias, certains relatent des images dévalorisantes, des caricatures, qui symbolisent le soignant comme un individu méchant, ou autoritaire, contribuant à donner d'eux une mauvaise image à la population.

> *« J'ai souvent vu sur un journal, on dessine la sage-femme comme une sorcière, elle est grande, elle est grosse, et puis quand elle parle, tout le monde reste tranquille. »* S16

Dans cette relation où les soignants se sentent incompris, injustement accusés, et où les patients sont peut être parfois excessivement stigmatisés, la communication s'apparente à un affrontement, chacun rejetant la faute sur l'autre : les soignants évoquent la mauvaise éducation de certains malades, expliquent les mauvais comportements de leurs collègues par leur caractère, ou leur personnalité :

> « [Pour certains soignants, ndlr], *c'est une question d'éducation. Même quand tu les prends socialement, ils ne sont pas faciles. S'il a été éduqué dans une famille où vraiment, tout lui était permis, donc il fait ce qu'il veut, il n'a pas reçu une bonne éducation. Après, il fait les concours, part à la santé. Comment voulez vous que ce même individu change de comportement ? Il a toujours ça en lui, c'est comme ça. [...] On ne peut pas lui enlever ça.* » S11

Cette explication, ajoutée à la pauvreté des agents de santé, ou les mauvaises conditions de travail, permet de légitimer les mauvaises pratiques, ou du moins de les rendre inévitables. Il

y a dans les paroles de certains soignants une forme de résignation vis-à-vis des mauvais comportements, comme nous l'avons évoqué précédemment.
Egalement, certains soignants évaluent la relation comme moyenne ou mauvaise, tout en estimant que la relation avec leurs patients est bonne :

> *« Chacun a sa manière d'agir vis-à-vis de celui qui est en face de lui. [...] La relation n'est pas forcément bonne partout. [...] La relation, avec mes patients, je pense qu'elle est acceptable, même bonne. Je fais l'effort d'expliquer, de garder de bonnes relations avec le malade. »* S30

> *« Pour moi ça va, mais il y en a qui se plaignent quand même dans certains endroits. Ils viendront chez nous en disant qu'ailleurs, ça ne va pas. »* S21

Autrement dit, ils ont le sentiment général, d'après les dires populaires ou médiatiques, que la relation est mauvaise, mais que cela ne les concerne pas. Il est possible que cela soit effectivement le cas. Il est également possible qu'il manque là une forme d'autocritique.

De la même façon, la colère des patients est telle que certains ont le sentiment de n'avoir aucun rôle à jouer dans la relation soignant-soigné, que tout incombe au soignant, et que tout écueil dans la relation ne peut venir que de lui :

> *« A part l'argent, le patient n'a aucun rôle là-dedans* [dans la relation soignant-soigné, ndlr] *; toi tu es malade, tu es de mauvaise humeur, tu es aigre parce que tu sais que tu pars beaucoup dépenser. »* P38

> *« C'est le soignant qui doit prendre tout ça en considération. Ici, quand on est malade... »* P34

Cela dénote le rejet d'une responsabilité exclusivement sur le soignant, et une faible remise en question de la part de ces patients également. C'est le signe d'un positionnement comme victime du système de santé, et non comme acteur, que ces patients verbalisent ainsi. La maladie d'une part, le coût élevé des soins d'autre part, et probablement, comme nous le disions précédemment, le sentiment de se sentir étranger dans une structure de soin, concourent à ce sentiment que ressentent les patients. Cela ne favorise pas leur investissement dans la relation avec les soignants, mais incite au contraire à une forme de victimisation, dont les conséquences peuvent être la passivité, ou l'insoumission.

2. Le besoin de communiquer

Cependant, malgré cette incompréhension omniprésente, il existe un besoin de vérité, de communication de part et d'autre, et certaines méthodes employées montrent des signes

d'efficacité, dont chacun se félicite. Des soignants relatent des rencontres soignants-soignés qui, au-delà de l'IEC dont nous avons parlé, abordent les règles du centre de santé, les attentes de chacun, permettant l'expression des insatisfactions, ou de la colère, favorisant la communication avec une certaine efficacité.

> *« Dans tout travail, on ne peut pas dire que tout est parfait. On a des cadres de concertation, hors même des salles de consultation, avec la communauté. C'est ça le monitoring. On y présente les activités semestrielles. Là où ça ne va pas, on leur dit pourquoi ça ne va pas. Eux aussi ils nous font des critiques. Là où c'est pas bien, là où on doit améliorer. C'est la communauté qui fréquente le CSPS qui vient. Même nos supérieurs du district viennent assister. Donc tout le monde parle, le personnel, la communauté ; ils disent ce qu'ils attendent de nous. Nous aussi on dit ce qu'on attend d'eux. »* S06[59]

Dans un village également, la coutume veut que les vieux du villages jouent le rôle d'intermédiaires entre la population et les agents de santé, dénouant les conflits lorsqu'il y en a, ou servant d'émissaire pour certains messages sanitaires.

> *« Souvent, les vieux partent discuter avec les docteurs, leur donner des conseils, c'est grâce à ça qu'ils soignent mieux les gens. »* P03

> *« Et même s'il arrive qu'il y a mésentente entre un villageois et un infirmier, c'est au villageois d'aller voir un vieux du village, lui expliquer ce qu'il se passe. Comme ça, le vieux va aller parler avec l'infirmier, et ça va se terminer. »* P14

Ces méthodes semblent avoir une certaine efficacité : nous avons en effet constaté que ces patients âgés, dans ce village, étaient bien informés des attentes des soignants, et plutôt satisfaits de la relation avec eux. Ils savent ce que réclament les agents de santé. Par contre, il semblerait que les messages aient du mal à passer dans la population générale, et que la satisfaction des plus âgés ne gagne pas les plus jeunes. Le respect accordé aux personnes âgées, tradition encore très ancrée dans la société burkinabè, s'impose également aux agents de santé, qui ont peut être plus de retenue envers ces patients qu'envers des personnes plus jeunes.

Dans cette recherche de vérité, certains soignants disent attendre plus de franchise de la part des patients : ils voudraient qu'en cas d'insatisfaction sur l'accueil ou la communication, le patient puisse l'exprimer directement au soignant, afin qu'il sache ce qui lui est reproché.

---

[59] Le monitoring périodique des activités correspond à la mise en œuvre, au niveau du district sanitaire, du suivi et de l'évaluation de la politique d'IEC. (26) « *On convoque la communauté, et puis tout le personnel est là. On présente les indicateurs.* » S06

Cela permettrait d'éviter que ne se répandent des rumeurs parmi la population, et cela permettrait de régler le problème plus facilement.

> *« J'aimerais de la franchise. Celles qui osent te dire, elles sont rares. Venir dire « ce que tu m'as fait, ça m'a pas plu », c'est rare. »* S02

Ainsi, les relations entre les soignants et leurs patients sont caractérisées par une certaine incompréhension, entraînant de nombreux malentendus. Il y a une vraie méfiance de la part des patients sur les agissements des soignants, et un manque de confiance, une suspicion permanente, qui ont une influence négative sur la relation soignant-soigné. Le soignant lui aussi se sent surveillé et ressent négativement cette méfiance, lui pour qui les conditions de travail sont particulièrement pénibles. Ce malaise semble s'auto-entretenir, et s'aggraver au fil du temps, même si les personnes interrogées, soignants et soignés, semblent être en quête de plus de sincérité. Des propositions dans ce sens ont été formulées : il s'agit de favoriser les rencontres entre les agents de santé et la population, pour tenter de faire revenir une forme de confiance.

> *« Il faut beaucoup expliquer, même dans les médias, pour que les gens comprennent, ce qu'on fait, expliquer nos difficultés, pour qu'ils puissent les accepter. C'est mieux d'expliquer les difficultés qu'on peut rencontrer en venant dans un centre de santé, pour qu'ils soient préparés, ça peut aussi faciliter les choses. Leur dire qu'il faudra peut-être attendre, qu'il faut qu'ils soient patients. Tout le monde n'a pas la facilité de compréhension. »* S03 (soignant)

> *« Il faut toujours sensibiliser la population, ça passe toujours par là. Nous ne sommes pas des services de police, mais il y en a toujours qui ont peur, et à travers la sensibilisation, ça peut les mettre en confiance. Faire comprendre à la population le bien-fondé des services de santé. [...] Les agents de santé sont des personnes comme eux. C'est juste parce que je suis assis ici, j'ai reçu une formation professionnelle, c'est la seule différence. »* S04 (soignant)

> *« Il faut que les infirmiers et les villageois collaborent pour qu'eux puissent mieux travailler. »* P04 (patient)

Evidemment, le retour de la confiance passe par la communication. Mais il faut également mettre un terme aux agissements malhonnêtes, qui nuisent de façon majeure à la perception de la qualité de relation par les usagers du système de santé.

La relation soignant-soigné est caractérisée par une incompréhension majeure, favorisée et entretenue par une remise en question tout à fait insuffisante de la part de chacun.

Les agissements malhonnêtes de certains soignants sont extrêmement néfastes pour l'ensemble de la profession, car cela crée un climat de suspicion permanente extrêmement délétère pour la qualité des soins.

Certaines initiatives en faveur d'une meilleure communication existent et sont à développer.

G. Des paroles bienveillantes

Si nous avons dans les parties précédentes plutôt mis l'accent sur les dysfonctionnements et les obstacles, il ne faut pas négliger les aspects décrits comme positifs de la relation soignant-soigné au Burkina Faso. Les deux parties ont évoqué des éléments favorables et des expériences de relation satisfaisante.

Une partie non négligeable des patients se dit satisfaite de la relation avec les soignants, qu'elle qualifie de bonne ou satisfaisante. C'est presque exclusivement le cas des hommes âgés vivant en milieu rural, que nous évoquions précédemment[60]. Cela peut être expliqué, comme nous l'avons dit précédemment, par la bonne communication qui règne entre ces personnes et les agents de santé du village, et d'autre part par le respect qui leur est traditionnellement dû, du fait de leur âge.

Certains soignants également sont satisfaits des relations avec leurs patients, évaluant la qualité en fonction de la fréquentation du centre de santé dans lequel ils exercent, ou en fonction de l'absence de plaintes, comme nous l'avons vu dans la présentation de nos résultats.

Egalement, le fait que la plupart des professionnels déclarent aimer leur métier, et notamment l'aspect relationnel et humain, est un point positif indéniable, tout comme la perception satisfaisante de leur formation théorique au sujet de la relation soignant-soigné.

Mais surtout nous avons souhaité laisser la parole aux patients qui relatent des anecdotes, des expériences personnelles au cours desquelles la relation avec le soignant a été satisfaisante. S'il est vrai que la plupart des discours ont une tendance péjorative, et une connotation revendicatrice, il est important de ne pas taire les discours positifs.

[60] Voir « Le besoin de communiquer ».

« Les infirmiers ne sont pas tous pareils. J'en ai croisé un [...] qui m'a consulté, il m'a demandé de quoi je souffre, je lui ai expliqué. Il m'a fait coucher sur un lit, et ensuite il a touché mon ventre, il est allé prendre de l'eau en bidon qui était très glacée, et il a déposé sur mon ventre. Ensuite il a prescrit l'ordonnance, ceux qui m'accompagnaient sont partis chercher les médicaments mais il avait une injection qu'il m'a faite en attendant qu'ils viennent avec les médicaments. Et ensuite, il m'a hospitalisé. A chaque 30 minutes, il passait me voir, me demander si ça va ou pas. Après tout ça, jusqu'au jour où je vous parle, nous sommes restés des amis. » P16

« Je pense aussi que c'est possible, même au niveau de l'accouchement, si tu tombes sur une bonne personne, il peut te faire accoucher sans que tu sentes une douleur, parce qu'il est toujours à côté de toi, il te caresse le ventre, il te dit « faut pas pleurer, ça va bien se passer » ; Vraiment, ça te remonte le moral, et toi aussi, tu fais comme il te demande. Vraiment, ces bonnes paroles arrangent beaucoup la femme enceinte. Je dis ça parce que tout le monde sait que l'accouchement a toujours été difficile. Je pense que ça, c'est une bonne relation. » P25

« Moi, quand j'étais enceinte, mon mari est allé appeler une sage-femme. Quand elle est venue, elle m'a bien regardée et ensuite, elle est allée prendre sa propre voiture pour venir me prendre et m'amener à la maternité. Elle est restée à côté de moi parce qu'elle ne travaillait pas ce jour là. Elle a assisté tout l'accouchement, du début jusqu'à la fin. Vraiment, pour moi, il peut y avoir de bonnes personnes qui s'occupent bien des malades ; pour cette expérience-là, je peux dire qu'elle était bonne. » P29[61]

« Moi, j'étais à côté d'un malade à l'hôpital, on a eu à faire 2 mois là-bas. Durant toute cette période, on n'a pas rencontré de problème avec les soignants. » P31

Du côté des soignants également, d'aucuns se réjouissent de certains contacts, certaines expériences, ou sont fiers de la satisfaction des patients :

« Il y a beaucoup [de points positifs, ndlr]. *Tu prends soin d'une femme, de son bébé, et que la femme te manifeste de la reconnaissance...le fait qu'elle soit contente et qu'elle voie que vous avez travaillé ensemble à ce qu'elle puisse*

[61] Concernant cette observation, le fait que le mari appelle une sage-femme à domicile, son déplacement, l'accompagnement en voiture à l'hôpital, et le dévouement rapporté peut amener à penser que la sage-femme faisait partie des connaissances de la famille ou du mari. Si ceci devait se vérifier, cela pourrait aller dans le sens de la sur-personnalisation des rapports que nous évoquions dans la partie « L'inconfort social ».

avoir son bébé dans les bonnes conditions, c'est une récompense, nous sommes contentes, c'est pas qu'on nous ait donné quelque chose, mais le fait de voir que la femme est contente et qu'elle reconnaisse que vous l'avez soulagée, souvent c'est la plus grande des récompenses. » S10

« Pour ma part, les gens que j'ai eu à soigner de l'autre côté, à la frontière du Ghana, ils viennent me voir, ils paient le transport, plus de 300 km, juste pour venir me voir, parce que pour eux, s'ils viennent me voir, ils vont guérir. Ils me font confiance alors donc je pense que j'arrive à les comprendre, on arrive à communiquer mieux. Quelque part, ça va, on arrive à avoir des résultats. Même quand je trouve que le traitement dépasse mes compétences, il me faut beaucoup de temps pour les convaincre d'aller ailleurs, parce qu'ils pensent que je peux tout faire. » S22

H. Les limites de l'étude

1. Sur la méthode employée

Le choix méthodologique s'est imposé de lui-même : la technique qualitative par entretiens semi-directifs avec grille d'entretien paraissait être la meilleure pour amener les personnes à s'exprimer sur un sujet précis, tout en favorisant la libre expression de chacun. La méthode du questionnaire semblait donc peu appropriée, et le fort taux d'analphabétisme de la population nous confortait dans l'idée d'une méthode basée sur l'oral.

Cependant, d'autres techniques complémentaires auraient pu être employées, notamment des séances d'observation d'interactions soignant-soigné. A l'occasion de notre premier voyage, c'est l'observation de situations qui nous avait amenée à nous poser la question de la qualité de la relation soignant-soigné[62]. Nous avions notre sentiment là-dessus et l'objectif était précisément de le confronter à l'opinion des personnes concernées par le sujet : les professionnels et les usagers. Nous ne voulions donc pas répéter cette expérience, ni apporter notre jugement à une question qui ne nous concernait pas. De plus, nous étions persuadée que notre présence aurait fortement influencé les réactions des personnes observées, et surtout, prendre la position d'observateur, voire de juge, dans un pays où la couleur de peau est lourde de sous-entendus, aurait été pour nous une source de malaise.

[62] Voir « Introduction ».

2. Sur la réalisation de l'étude

a) Le choix des personnes interrogées

❖ ***Les patients***

Nous pouvons faire quelques objections sur le mode de recrutement :
Le recrutement indirect que nous avons employé pour les patients permettait une prise de contact plus aisée, et une acceptation probablement plus facile de l'entretien. Une même personne nous a aidée à constituer plusieurs groupes. Il nous a également introduite auprès d'un chef de village pour recueillir son autorisation. Ce mode de recrutement n'est pas tout à fait neutre, puisque certains des patients interrogés, même si nous avons recherché une réelle diversité, faisaient partie de l'entourage familial ou amical de notre intermédiaire.

❖ ***Les professionnels***

Nous voyons une limite évidente dans le choix des professionnels interrogés : il s'agit de la présence quasi systématique, au sein du groupe d'entretien, du major de la structure, et nous avons conscience que cela a pu influencer les réponses des subordonnés. Cela est lié au mode de prise de contact avec les agents de santé que nous voulions interroger : généralement, nous nous présentions dans une structure en demandant une entrevue avec le major afin de recueillir son autorisation. Dans la grande majorité des cas, il acceptait en s'incluant de fait dans le groupe, et en y invitant des collègues ou des subalternes. Il ne nous a pas paru possible de l'en écarter, par peur de paraître discourtoise. Le trouble parfois occasionné par sa présence a été ressenti à quelques reprises, soit par des rires ou des silences embarrassés, soit par une timidité exacerbée conduisant à des réponses inappropriées. C'est probablement le cas pour un jeune maïeuticien de 33 ans, tout juste diplômé et récemment embauché, qui a participé probablement bon gré mal gré à un entretien de groupe de 5 personnes, où il était le seul homme, et auquel participaient 2 sages-femmes assez âgées, dont sa supérieure hiérarchique. Au cours de l'entretien, il s'est montré très effacé et certaines des réponses que nous avons suscitées étaient marquées par une certaine gêne.

> *« Après la terminale, j'ai exercé un autre métier, j'ai été pompiste. Après ça, j'ai eu le concours et j'ai fait maïeuticien d'état. La formation a duré 3 ans. Après, je suis sorti avec le diplôme. On m'a affecté* [à l'hôpital, ndlr]. *Je m'intéressais aux accouchements, pour aider les femmes, les parturientes souffrant de pathologies gynéco-obstétricales. En quelque sorte, c'était ma vocation. Quand je partais dans les formations sanitaires, le fait de voir les parturientes souffrir, avoir la bougeotte, c'est ça qui m'a motivé. »* S14

La présence du major s'est aussi caractérisée par sa monopolisation de la parole, laissant peu de place aux autres intervenants malgré nos tentatives. La solution aurait été d'interroger le

major seul, puis les autres agents dans un second temps, mais cela ne paraissait pas possible. L'autre solution aurait été de réaliser les entretiens dans la sphère privée, en dehors de la structure, afin de limiter l'influence de la hiérarchie. En effet, les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail et cela a pu majorer encore les conséquences de la présence du major, en altérant les informations recueillies. Mais il aurait été difficile d'imposer aux professionnels une rencontre en dehors de leurs horaires de travail, et les réunir aurait été laborieux.

Egalement, nous avons fait le choix délibéré d'interroger des soignants de toutes professions, et de ne pas nous cantonner aux seuls médecins car nous avons constaté, au cours du premier entretien d'essai, réalisé en 2007, que la population avait des difficultés à faire la distinction entre les différents corps de métier. De plus, les médecins sont très inégalement répartis sur le territoire. Or nous voulions apprécier la relation entre des patients d'origines variées et ceux qu'ils considèrent de façon uniforme comme les soignants. Séparer les médecins des autres professionnels nous est donc apparu comme un artifice qui aurait finalement été à l'origine d'interprétations erronées. C'est également pour cette raison que les termes « médecin », « infirmier » ou « soignant » ont été employés de façon indifférenciée dans les entretiens avec les patients.
Egalement, bien que le sujet concerne préférentiellement le secteur public, nous avons souhaité inclure des soignants évoluant dans d'autres secteurs. Ainsi, 3 médecins exerçaient uniquement en secteur privé, et 4 soignants en secteur confessionnel. Au départ, l'objectif était de comparer la relation entre ces différents secteurs. Il s'est trouvé, au fur et à mesure de l'étude, que des comparaisons étaient difficiles à faire, en raison notamment de la méthodologie. Pour autant, tous les discours ont été conservés et inclus, car les paroles nous semblaient pertinentes, et certains tendances ont néanmoins pu être dessinées (notamment sur les différences entre secteurs privé et public).
Enfin, nous aurions souhaité une couverture géographique plus large, mais nous étions limitée par la langue, et par l'insuffisance de nos moyens.

b) La réalisation des entretiens

Tout d'abord, peu familiarisée à cette méthode, nous avons probablement fait des erreurs dans la direction des entretiens, car l'exercice est parfois difficile, notamment dans les entretiens de groupe.
Certains entretiens comportaient trop d'intervenants. Dans d'autres, les personnes quittaient l'entretien avant la fin, et d'autres s'y immisçaient en cours de discussion. Cela nous a d'ailleurs conduite à supprimer certains participants qui n'avaient rien dit, et à en intégrer d'autres sans que nous n'ayons recueilli d'information préalable à leur sujet. Cela explique le manque d'information sur certaines personnes. (P31, P32[63]) Le nombre d'intervenants nous a également gênée parfois : c'est le cas de certains entretiens réalisés en milieu rural, organisés par les villageois eux-mêmes, et se déroulant dans un endroit ouvert : l'un d'eux a commencé avec 11 participants. Finalement, seuls 5 se sont exprimés. Certains s'approchaient par curiosité, d'autres avaient une discussion parallèle, et nous avons eu parfois quelques difficultés à canaliser le flot de paroles, a fortiori dans une langue que nous ne comprenions pas.

[63] Voir figure 13.

La traduction était une nécessité, car nous limiter aux seules personnes francophones aurait conduit à n'interroger que des personnes instruites, ce qui n'est pas le cas de la majorité de la population[64]. Cependant, cela a constitué un biais important dans notre étude. D'abord, même si le traducteur avait été formé au préalable, certaines notions n'avaient pas été bien comprises, conduisant à des difficultés de compréhension des questions par les personnes interviewées, et donc à des réponses inappropriées.
Par exemple, le terme « relation » était souvent mal compris par les patients, et nous avons fait le choix parfois d'utiliser le terme « humanité », même s'il n'est pas neutre, et s'il peut induire des biais dans les réponses et l'interprétation des résultats.
La traduction a également altéré l'exactitude des réponses des individus interrogés, apportant une limite certaine à nos résultats. Les mots ne peuvent pas être parfaitement interprétés, parce qu'ils ne reflètent pas exactement la pensée des personnes[65].

Egalement, les patients, peut-être du fait de leur faible niveau d'instruction, ou de leur mécontentement, majoré par l'influence du groupe, ont eu des difficultés à synthétiser leurs réponses. Il a fallu veiller attentivement à ne pas les laisser diverger sur la compétence ressentie des soignants, ou sur la qualité des soins au sens large, conduisant à des informations hors-sujet. Mais cela paraît difficile à éviter dans un entretien de groupe, et c'est peut être le prix à payer pour une liberté d'expression optimale.

Les entretiens ont également été marqués par de nombreuses perturbations liées au lieu de leur déroulement, généralement bruyant, ouvert, parfois lieu de passage. L'un d'entre eux s'est déroulé au bord d'une route, et a été interrompu deux fois par une dispute de quartier.

Enfin, après les entretiens, nous avons eu des difficultés à reconnaître les voix de chaque intervenant, et il est probable qu'il y ait certaines erreurs dans l'attribution des paroles. Cela n'est pas d'une grande gravité, car nous avons tiré peu d'interprétation en fonction de l'histoire personnelle de chacun. De plus, les individus interrogés en groupe étaient généralement d'un milieu socio-économique superposable, et d'âges similaires. Le bruit ambiant et la qualité médiocre de notre matériel d'enregistrement ont entraîné quelques difficultés lors de la retranscription, laissant de côté quelques phrases incompréhensibles.

[64] Voir « Le Burkina Faso : Présentation générale ».
[65] Voir Figure 14 « Tableau de correspondance des questions de l'entretien après traduction en dioula. » page suivante.

Figure 14 : Tableau de correspondance des questions de l'entretien après traduction en dioula.

Question en français	Question en dioula
Que représente un soignant pour vous ?	Qu'est-ce qu'un infirmier pour vous ? Quel est son rôle devant un malade ? Pourquoi est-il important ?
Qu'attendez-vous de la relation avec un soignant ?	L'humanité qu'il y a entre un soignant et un patient, que pouvez-vous dire là-dessus ? Si vous partez à l'hôpital, qu'attendez-vous du médecin à part l'ordonnance ? L'humanité qui peut rentrer entre vous, qu'est-ce que vous en attendez ?
Qu'attend le soignant du patient, en termes de relation ?	Si tu te présentes à l'hôpital, comment le médecin veut-il que tu te comportes pour que tout se passe bien ? Qu'est-ce que le patient peut faire pour faciliter le travail du médecin ?
Quelle est la qualité de la relation soignant-soigné d'après vous ?	Dans l'expérience que vous avez en ayant fréquenté l'hôpital, qu'est-ce que vous avez vu et vécu ? Chacun d'entre nous a eu à consulter dans un centre de santé au moins une fois dans sa vie, ou à accompagner quelqu'un. Qu'avez-vous à dire sur la relation entre le soignant et vous à ces occasions ? Dans votre expérience, en consultant un infirmier, dites tout ce que vous avez vu comme bonne ou mauvaise relation avec l'infirmier.
Quels sont les obstacles à une bonne relation, du côté du patient, du soignant, du système ?	Qu'est-ce qui fait que le médecin ne s'occupe pas bien de toi, mais de la faute du patient ? De la faute de l'infirmier ? Qu'est-ce qui, du côté du patient, dans le comportement du patient ou du médecin, peut faire que la relation entre patient et médecin ne se passe pas bien ? Est-ce que le malade peut faire quelque chose pour améliorer l'humanité avec le soignant ?
Avez-vous des propositions à formuler pour améliorer la relation avec les soignants ?	Que voudriez-vous comme changement pour améliorer l'humanité entre les infirmiers et les patients ?

c) Sur l'exploitation des résultats

Concernant les informations recueillies, certaines ont été difficiles à interpréter, du fait de paroles contradictoires prononcées par une même personne.

> « [La relation, ndlr] *n'est pas au beau ; il y a des hauts et des bas. [...]Au moment où vous pensez que ça va bien, il y en a une qui vient tout remettre en cause. Mais de façon générale, ça va. [...] Donc il y a encore beaucoup, beaucoup d'efforts à faire.* » S16

Egalement, du fait de l'importance numérique de certains groupes, il est des questions sur lesquelles tous les individus n'ont pas pu s'exprimer : c'est le cas notamment de la formation reçue par les professionnels, ou la qualité perçue. Cela aurait pu être intéressant, pour ces questions particulières, de multiplier les réponses.

L'analyse a été faite de façon thématique, car il nous semblait que c'était la méthode la plus adaptée pour tenter d'expliquer les pratiques ou les représentations. Bien sûr, puisqu'il ne s'agit pas d'une étude quantitative, les résultats ne peuvent être élargis à l'ensemble de la population, et nous n'avons pas cette prétention. Cependant, nous avons arrêté de multiplier les entretiens au moment où les informations nous paraissaient redondantes. Il nous semble, malgré les limites énoncées, que les informations recueillies sont plutôt proches des perceptions des personnes interrogées.

CONCLUSION

VI. CONCLUSION

Au terme de cet état des lieux de la relation soignant-soigné au Burkina Faso, des griefs envers le système de santé, ayant un impact sur la relation soignant-soigné, ont été identifiés par les soignants et les patients que nous avons interrogés. Des pistes pour une amélioration ont été mises en avant.

Le système de financement de la santé, par le paiement direct de l'usager, nuit à la fréquentation des centres de santé, par inaccessibilité financière des populations (21). Mais il nuit également à la relation en suscitant méfiance, frustration, sentiment d'injustice et incompréhension de la part des patients. Le système de financement, que même l'OMS qualifie de « régressif » (35) mérite d'être révisé, en limitant la participation financière directe des malades et de leur famille, tout en préservant la pérennité du système de santé. Il faut donc trouver d'autres sources de financement, plus équitables :

« Il faudrait poursuivre les efforts visant à élaborer des mécanismes de prépaiement pour le financement de la santé, qui maintiennent le principe de la séparation des besoins en services de santé et de la rémunération des services à savoir : l'élaboration d'un système d'assurance nationale ou sociale, de méthodes novatrices permettant d'augmenter le financement de la santé fondé sur la fiscalité (par exemple, l'introduction d'un impôt sur la vente du tabac et de l'alcool). Lorsqu'il existe encore les rémunérations de service ou la contribution financière des usagers, des efforts doivent être faits pour renforcer les mesures de protection sociale en faveur des pauvres en attirant l'attention de la communauté sur les politiques d'exonération, par la délivrance de cartes d'exemption de taxe aux pauvres longtemps avant que ne surviennent les besoins en soins de santé, le renforcement des capacités administratives pour le suivi, l'évaluation, l'interprétation et l'application des exonérations et la compensation des institutions de santé pour la perte des revenus dues à l'octroi des exonérations. » (35)
En modifiant ce financement, en diminuant la charge de la population, il est possible d'améliorer la relation soignant-soigné, avec tout ce que cela implique en terme de satisfaction, de justice sociale, et de fréquentation.

Egalement, le faible revenu des professionnels et leurs mauvaises conditions d'exercice, en termes de matériel, de charge de travail, d'insuffisance en ressources humaines, sont indéniablement un écueil à une prise en charge optimale. Les soignants se sentent ainsi bafoués, ce qui engendre une démotivation, favorise ou explique certains agissements frauduleux. Cela a été mis en évidence par le Programme d'Assurance Qualité en Santé (27), et les discours recueillis ici le confirment.

En outre, par l'encouragement des bonnes pratiques et/ou la sanction des mauvaises, les soignants et les patients réclament aux autorités qu'elles jouent pleinement leur rôle. A cela s'ajoute le renforcement de la lutte contre la corruption, grand chantier du développement. Le domaine de la santé, comme nous pouvons le constater, n'échappe pas à ce fléau et les usagers s'en plaignent.

Les incompréhensions majeures qui grèvent les relations soignant-soigné trouvent leur source dans les difficultés de communication et le retranchement de chacun derrière ses positions. Les soignants et surtout les patients expriment le besoin d'une meilleure communication, la

nécessité de favoriser les rencontres, directes ou par le biais d'intermédiaires, afin d'expliquer les comportements et désamorcer précocement les conflits.

Enfin, si l'on suit les doléances recueillies, il paraît capital de revoir la formation des soignants en termes de relation, d'y intégrer les particularités des populations dont ils ont la charge, et particulièrement leurs attentes. Les soignants, même s'ils se disent bien formés sur le plan théorique, avouent se heurter à la réalité et aux contraintes du terrain. La sensibilisation des populations est depuis longtemps une méthode phare pour la réalisation des OMD[66], et les individus interrogés le confirment ici. Il paraît important de poursuivre cette éducation des populations dans le domaine sanitaire, mais également pour l'amélioration des relations avec les agents de santé : pour cela, il faut informer les patients sur l'organisation de la structure de santé dont ils dépendent, expliquer la tarification de certains médicaments, et médiatiser avec mesure.
Cependant, les soignants eux-mêmes, tout en s'estimant bien formés, sont en demande de formation spécifique à cette relation qui parait complexe, afin que le chemin à parcourir vers la communication et la compréhension mutuelles n'incombe pas qu'aux patients.

Dans cette étude, nous avons donc souhaité laisser la parole aux individus directement concernés par le système de santé, pour recueillir leur sentiment sur la qualité de l'univers relationnel qui entoure la relation de soin. Ils se sont largement et sincèrement exprimés, et nous ne voulions être ici que leur porte-parole.

La relation soignant-soigné est un point incontournable dans la qualité des soins au Burkina Faso, et joue un rôle fondamental dans l'état de santé de la population. Il paraît capital, à la lumière de cette étude, et si l'on souhaite tenir compte de ces opinions exprimées par les professionnels et les patients, d'intégrer véritablement cet aspect aux politiques sanitaires à venir.

[66] Objectifs du Millénaire pour le Développement : objectifs énoncés à Alma Ata en vue de « La santé pour tous en l'an 2000 ».

BIBLIOGRAPHIE

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la Santé au Burkina Faso, OMS. *Enquête mondiale sur la santé 2003, résumé du rapport d'analyse*. [en ligne] URL : http://www.afro.who.int/hsr/whs/whs_burkina_faso.pdf consulté le 20 avril 2009.

2. ZOUBGA A-D. *Services sanitaires et qualité au Burkina Faso. Une interprétation et une gestion de la question sanitaire particulièrement avancées malgré les difficultés et les carences*, African Societies : 2002.

3. Ministère de l'Economie et du Développement au Burkina Faso, Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). *Sondage d'opinion auprès des utilisateurs des services publics de base (Santé et Education)*. Ouagadougou : 2002. [en ligne] URL : http://www.insd.bf/ Consulté le 24 avril 2009.

4. JAFFRE Y, OLIVIER de SARDAN J-P. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris : Karthala ; 2003.

5. OUATTARA, F. *Gouvernances quotidiennes au cœur des structures de santé. Les cas d'Orodara et de Banfora, Burkina Faso*. Le bulletin de l'APAD, n°23-24, La gouvernance au quotidien en Afrique, [en ligne], mis en ligne le : 15 décembre 2006. URL : http://apad.revues.org/document145.html. Consulté le 16 avril 2009.

6. Ministère de la Santé au Burkina Faso, *Plan National de Développement Sanitaire 2006-2010*. Ouagadougou : 2007.

7. Ministère de la Santé au Burkina Faso, *Plan National de Développement Sanitaire 2001-2010*, Ouagadougou.

8. Ministère de la Santé au Burkina Faso, DEP. *Tableau de Bord de la Santé 2007*. Ouagadougou 2008. [en ligne] URL : http://www.sante.gov.bf/SiteSante/documents/index.html. Consulté le 24 avril 2009.

9. Site officiel UNICEF. URL : http://www.unicef.org/french/infobycountry/burkinafaso_statistics.html#27 consulté le 20 avril 2009.

10. Ministère de la Santé au Burkina Faso, DEP. *Annuaire Statistique 2007*. [en ligne] URL : http://www.sante.gov.bf/SiteSante/documents/index.html. consulté le 24 avril 2009.

11. Site Officiel. Ministère Français des Affaires Etrangères et Européennes. [en ligne] URL : http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/pays-zones-geo_833/burkina-faso_338/presentation-du-burkina-faso_942/donnees-generales_1605.html consulté le 24 avril 2009.

12. PNUD. *Rapport Mondial sur le Développement Humain 2007-2008.*

13. OMS. *Perspectives Politiques de l'OMS sur les médicaments - Accès équitable aux médicaments essentiels : cadre d'action collective.* 2004.

14. YARO L. Banque mondiale. *Lutte contre le paludisme au Burkina Faso : la Banque Mondiale appuie les efforts du gouvernement.* 2008. [en ligne] URL : http://go.worldbank.org/2B6D7CZFC0. Consulté le 24 avril 2009.

15. OMS. *Stratégie OMS de coopération avec le Burkina Faso.* Brazzaville : 2002-2005.

16. DRABO K. M., TAMAGDA Z., TRAORE M., SORGHO H., TOE L., OUEDRAOGO J. B. *Jeunes adolescents et tabagisme en milieu scolaire urbain du Burkina Faso* ; 2001 [en ligne] URL : http://www.santetropicale.com/burkina/rstss_tabac.pdf. Consulté le 20 avril 2009.

17. GOBATTO I. *Etre médecin au Burkina Faso, dissection sociologique d'une transplantation professionnelle.* Paris, l'Harmattan ; 1999.

18. MASSA G. MADIEGA G, *La Haute Volta coloniale. Témoignages, recherches, regards.* Paris, Karthala ; 1995.

19. WHO. *Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care,* Alma-Ata, USSR, 6-12, September 1978.

20. SHAW P, GRIFFIN C. *Le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services et l'assurance.* Série le développement en marche. Banque mondiale, Washington : 1995. [En ligne] URL : http://www.worldbank.org/afr/findings/french/ffind63.htm.

21. RIDDE V. *Equité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso.* Paris : l'Harmattan ; 2007.

22. DESCHAMPS J-P. *Les enjeux de santé publique dans les pays en voie de développement.* Médecine/sciences 2000 ; 16 : 1211-7. [En ligne] URL : http://ist.inserm.fr/BASIS/medsci/fqmb/export/DDD/6324.pdf. Consulté le 16 avril 2009.

23. MELEY M-F. *Paroles et silences autour des séquelles d'injections au Burkina Faso. Système médical et handicap.* Mémoire présenté en vue de l'obtention du DEA d'Anthropologie option Anthropologie bio-culturelle. Aix-Marseille III 2004. [en ligne] URL : http://www.mmsh.univ-aix.fr/crecss/publications/travaux/PAROLES-et-SILENCES-Meley.pdf consulté le 20 avril 2009.

24. Site officiel CAMEG. URL : http://www.cameg.com/

25. Ministère de la Santé au Burkina Faso. *Document de Politique Sanitaire Nationale.* Ouagadougou : 2000.

26. Ministère de la Santé au Burkina Faso. *Politique Nationale d'Information, Education et Communication pour la santé*. Ouagadougou : 2005.

27. Ministère de la Santé au Burkina Faso. *Programme national d'Assurance Qualité en Santé*. Ouagadougou : 2003.

28. BLANCHET A. GOTMAN A, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien.* Paris, Nathan : 1992.

29. Ecole de Santé Publique de Nancy. *Méthodes qualitatives génération d'items.*

30. ROGOFF N. *The decision to study medicine*. In: MERTON R, READER G, and KENDALL P. *The Student Physician. Introduction Studies in the sociology of Medical Education*. Cambridge, Harvard Univ. Press: 1957. p109-129.

31. Ministère de la Santé au Burkina Faso. *Décret portant Code de déontologie des Médecins du Burkina Faso.* Ouagadougou : 1997.

32. OLIVIER de SARDAN J-P. *Silence, hôpital malade*. Science au sud, le journal de l'IRD n°16. septembre/octobre 2002.

33. MEDARD J-F. *Santé au Cameroun, santé au Burkina, les ravages du mal de la corruption !* RENLAC. 2003 [en ligne] URL : http://www.renlac.org/article.php3?id_article=17. Consulté le 20 avril 2009.

34. NASSA E. *Santé : pour une meilleure prise en charge dans les urgences*. Le Faso. 2003 [en ligne] URL : http://www.lefaso.net/spip.php?article296 consulté le 20 avril 2009.

35. OMS. *Conférence internationale sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique*. 2008. URL : http://www.afro.who.int/phc_hs_2008/documents/fr/document_de_discussion.pdf consulté le 20 avril 2009.

36. FOUCRAS P. *Le rendez-vous, obstacle aux soins des plus pauvres.* La Revue Prescrire n°295, mai 2008. p393.

37. JAFFRE Y, OLIVIER de SARDAN J-P. *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris : Presses Universitaires de France ; 1999.

38. BALINT M. *La fonction apostolique*. In : *Le médecin, son malade et la maladie.* Paris : Payot ; 1966. p 227-43.

39. Ministère de la Santé au Burkina Faso. *Normes et protocoles en IEC Santé.* Ouagadougou 2005.

40. Ministère de la Culture, des Arts et du Tourisme au Burkina Faso. [En ligne] URL : http://www.culture.gov.bf/textes/tourisme/tourisme_culture.htm. Consulté le 25 avril 2009.

ANNEXES

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : Répartition des dépenses de santé par milieu de résidence (FCFA)

Rubriques de dépenses sanitaires	Milieu de résidence			
	Urbain		Rural	
	Moyenne par ménage	Part (%) dans la santé	Moyenne par ménage	Part (%) dans la santé
Frais de consultations	7 311	9,1	764	2,8
Frais d'analyses médicales	10 552	13,1	2 140	7,9
Médicaments	58 542	72,9	21 001	77,7
Frais d'hospitalisation	2 536	3,2	1 572	5,8
Autres services médicaux	1 326	1,7	1 565	5,8
TOTAL SANTE	**80 268**	**100,0**	**27 042**	**100,0**

Source : Enquête sur les conditions de vie des ménages 2003-INSD

Annexe 2 : Recommandations à l'usage des soignants, pour une bonne communication avec les patients.

COMMUNICATION ENTRE SOIGNANT-SOIGNE

Le respect du client (l'accepter tel qu'il est) et sa mise en confiance sont deux éléments essentiels pour une bonne relation soignant-soigné. Aussi, doivent-ils être pris en considération dans toutes les étapes ci-dessous :

L'accueil

- préparation: elle concerne le cadre de travail et le prestataire lui-même ;
- salutations ;
- installation.

L'entretien

- permettre au malade de s'exprimer ;
- écoute active : être disponible, attentif, s'intéresser à ce que l'on entend,
- poser des questions pour mieux comprendre, être patient ;
- aider le malade à s'exprimer.

L'examen

- informer de la nécessité d'examen (pourquoi, comment) ;
- expliquer pourquoi l'examiner à tel endroit ;
- expliquer les examens complémentaires éventuels.

le traitement

- informer le client sur son mal sans dramatiser la situation ;
- expliquer la prescription.

NB: Le prestataire devrait, dans la mesure du possible, prodiguer des conseils de prévention du mal.

le mot d'au revoir

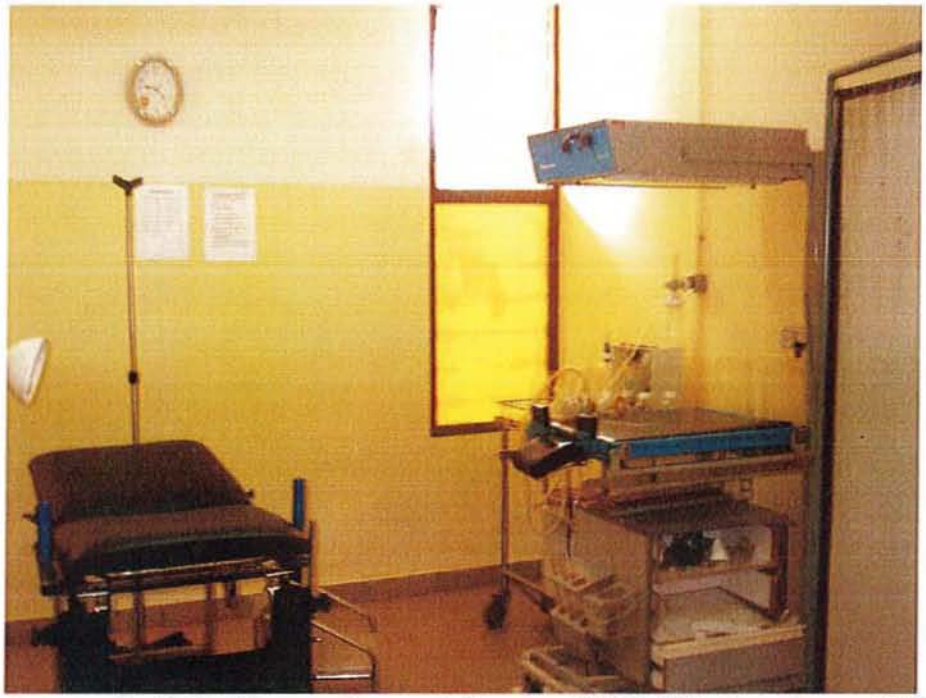
- remercier le malade d'avoir eu recours au service de santé et l'encourager dans ce sens.
- lui souhaiter bon retour au foyer et bonne guérison.

Remarque importante :

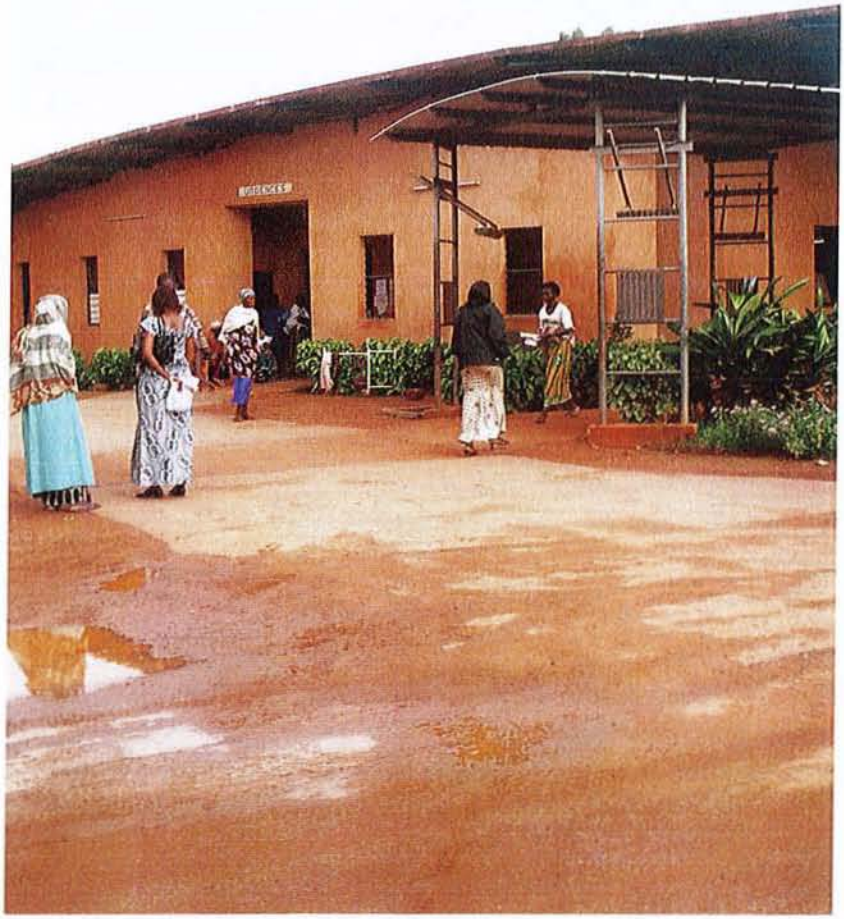
Un malade bien accueilli est à moitié guéri

Source : Normes et protocoles IEC/santé, ministère de la santé, août 2005. (39)

Annexe 3 : Photo d'un entretien de groupe (photo prise avec l'autorisation des personnes concernées) 12/02/2008



Annexe 4 : Salle d'accouchement dans un CHU. (Photo prise en 2005)



Annexe 5 : Service d'accueil des urgences dans le même CHU (2005)

Annexe 6 : Liste détaillée des prestations subventionnées et leurs tarifs. (FCFA)

N°	Prestation	Tarif actuel	Taux de subvention	Tarif Applicable
	Au niveau CSPS			
1.	Accouchement eutocique	**4 500**	**80%**	**900**
2.	Accouchement dystocique	**18 000**	**80%**	**3 600**
	Au niveau CMA			
3.	Accouchement eutocique	**4 500**	**80%**	**900**
4.	Accouchement dystocique	**18 000**	**80%**	**3 600**
5.	prise en charge de pré éclampsie et des crises d'éclampsie	**18 000**	**80%**	**3 600**
6.	Soins intensifs au nouveau-né inférieur ou égal à 7 jours (pour souffrance cérébrale aiguë, infection néonatale sévère, détresse respiratoire sévère et hypothermie)	**18 000**	**80%**	**3 600**
7.	Aspiration Manuelle Intra Utérine	**18 000**	**80%**	**3 600**
8.	Césarienne	**55 000**	**80%**	**11 000**
9.	Laparotomie (GEU et RU)	**55 000**	**80%**	**11 000**
	Au niveau CHR/CHU			
1.	Accouchement eutocique	**4 500**	**60%**	**1 800**
2.	Accouchement dystocique	**18 000**	**80%**	**3 600**
3.	prise en charge de pré éclampsie et des crises d'éclampsie	**18 000**	**80%**	**3 600**
4.	Soins intensifs au nouveau-né inférieur ou égal à 7 jours (pour souffrance cérébrale aiguë, infection néonatale sévère, détresse respiratoire sévère et hypothermie)	**18 000**	**80%**	**3 600**
5.	Aspiration Manuelle Intra Utérine	**18 000**	**80%**	**3 600**
6.	Césarienne	**55 000**	**80%**	**11 000**
7.	Laparotomie (GEU et RU)	**55 000**	**80%**	**11 000**

Source : Tableau de bord de la santé 2007. Ministère de la Santé. (8)

1. Les gouvernements doivent faire en sorte que toutes les communautés aient accès aux activités de soins de santé primaires
2. Il faut décentraliser la prise de décisions des districts de santé, notamment en ce qui concerne la gestion des soins de santé primaires
3. Il faut décentraliser la gestion financière afin que les ressources produites localement soient gérées par les communautés concernées
4. Les principes relatifs au financement communautaire des services de santé doivent être appliqués à tous les niveaux du système de santé
5. Les gouvernements doivent apporter une contribution substantielle aux soins de santé primaires et prévoir suffis amment de fonds à l'intention des services de santé locaux
6. Le concept de médicaments essentiels doit être intégré dans les politiques nationales de santé fondées sur les soins de santé primaires
7. Des mesures telles que des exonérations et des subventions doivent être prises pour garantir l'accès aux couches sociales les plus démunies aux soins de santé
8. Des objectifs intermédiaires doivent être clairement définis ainsi que des indicateurs pour mesurer les progrès accomplis

Annexe 7 : Principes directeurs de l'Initiative de Bamako.

Source : (Mc Pake, Hanson et al. 1992 ; OMS, 1999b) (21)

Annexe 8 : Tarif moyen des actes au niveau du CSPS (FCFA).

Actes	Coût moyen
Consultation adulte	103
Consultation enfant	86
Carnet de vaccination	102
Carnet de santé	150
Pansements et autres soins	183
Injections	78
Hospitalisation ; Mise en observation	268
Accouchement eutocique	905
Ordonnance pour accouchement eutocique	3 150
Ordonnance pour épisiotomie	5 161
Suivi d'une grossesse	1 225
Vaccination d'un enfant	419

Source: INSD ; Enquête sur les nouvelles conditionnalités 2001.

Annexe 9 : Les relations interethniques au Burkina Faso

Les ethnies

Le Burkina Faso compte une soixantaine d'ethnies d'importance démographique inégale, mais elles n'occupent pas toujours des aires géographiques précises. Certaines ethnies à tradition commerçante sont présentes dans tout le pays, en particulier dans les centres urbains et les gros villages. C'est le cas des Dioula qu'on retrouve dans le sud-ouest et les villes.

Il en est de même pour les populations migrantes. Par exemple, les Mossi se sont progressivement installés dans de nombreuses régions du Burkina Faso. Les Peuls, peuple nomade, gardiens des troupeaux des agriculteurs de la zone soudanienne, victimes des sécheresses successives et de la désertification, ont migré vers le sud du pays avec leur bétail, soit pour s'installer auprès des points d'eau permanents, soit pour transhumer en saison sèche. Ils restent dominants dans les provinces du nord-est.

Il est difficile de regrouper toutes ces ethnies en « familles » plus ou moins proches, car chacune a une personnalité propre. Cependant, quelques critères permettent d'associer certaines ethnies dans un groupe plus large : parenté de langue, coutumes et traditions, organisation sociale, méthodes de mise en valeur du milieu, habitat... Le critère, certes subjectif, mais qui semble le plus proche de la réalité est la conscience que chaque ethnie a d'être proche d'une autre ethnie. Cette conscience accorde une certaine importance aux origines historiques ou géographiques.

- **Les populations les plus anciennement installées** : Bobo, Gourounsi, Sénoufo, Gouin...

- **Les populations néo-soudaniennes** qui ont formé dans le passé des royaumes puissants :

  - les ***Mossi***, dont la forte organisation politique hiérarchisée a permis, après les avoir vaincus, d'intégrer les Nyonyose, premiers habitants du pays, et de s'étendre au détriment des voisins, notamment les Gourounsi.

  - les ***Gourmantché***, à l'est, auxquels peuvent s'apparenter les ***Yarse***.

- **Les populations mandé**, venues de la haute vallée du Niger; les ***Marka***, les ***Samo*** et leurs parents, les ***Bissa***, qui ont colonisé les marges du pays mossi.

- **Les populations du Sahel**, nomades en voie de sédentarisation :
  - les ***Peuls*** et leurs anciens captifs sédentaires, les ***Rimaïbe***,
  - *les* ***Touareg*** et leurs anciens captifs, les ***Bella***.

Figure 15 : Les groupes ethniques majoritaires (1983)

Groupes ethniques (1983)	Pourcentage
Mossi	48,6
Mandé	7,0
Peul	7,8
Lobi	4,3
Bobo	6,8
Senoufo	2,2
Gourounsi	6,0
Gourmantché	7,0
Touareg	4,4
Autres	6,0
Total	100

Source : INSD, Analyse des résultats de d'enquête démographique 1991, 2è édition, 1995.

La parenté à plaisanterie

Il s'agit d'un mode de comportement spécifique aux relations entre certains groupes. Il se traduit dans l'échange verbal, par un ton, des paroles, des attitudes, parfois une agressivité que les protagonistes ne pourraient se permettre envers d'autres personnes ne partageant pas ce lien particulier qu'est la « parenté à plaisanterie ».

Les origines de la parenté à plaisanterie sont souvent liées à des événements historiques communs, mais parfois aussi à des faits divers anecdotiques, souvent rocambolesques dans la mémoire collective, mais la plupart du temps oubliées.

Tout l'intérêt de cette relation réside dans l'interaction des deux personnes ou groupes concernés. Une des fonctions de ce jeu relationnel est d'affirmer, pour chacun, son identité et son appartenance à un groupe, tout en dénigrant l'autre. Pour un non-initié, assister à une telle scène peut s'avérer inquiétant : les deux parties s'invectivent parfois avec violence, laissant

croire que l'altercation va dégénérer en bagarre. En fait, c'est tout le contraire qui se produit : grâce à ce jeu de rôle, chacun évacue son agressivité, tout en amusant un public qui sait à quoi s'en tenir. Il existe plusieurs types/duo de partenaires ayant entre eux un lien de parenté à plaisanterie : Samo/Mossi, Gourounsi/Bissa, Samo/Bissa, Peul/Bobo, Lobi/Siamou, etc.

Les Peuls représentent le groupe le plus sujet à plaisanterie, il est le "souffre-douleur" de presque toutes les autres ethnies. Pour tous, il est le voleur de bétail, il est même parfois nié en tant qu'humain et dans le cadre de la parenté à plaisanterie, on peut entendre des descriptions de ce type : « il y avait six personnes et deux Peuls... » Les Bissa sont considérés par leurs parents à plaisanterie comme des mangeurs d'arachides, les Gourounsi, comme des voleurs et les Samo sont assimilés à des mangeurs de chien.

La parenté à plaisanterie joue un rôle fondamental dans la société burkinabè. Elle est source de distraction et d'amusement, mais elle est aussi et avant tout un régulateur social, un exutoire pour dédramatiser une situation tendue ou conflictuelle.

Source : Ministère de la Culture, des Arts et du Tourisme au Burkina Faso. (40)

Annexe 10 : Affiche réalisée pour la Conférence Internationale sur les Soins de Santé primaires tenue à Alma-Ata en 1978.

Source : OMS (avec leur aimable autorisation)

Annexe 11 : Retranscription d'un entretien avec 3 soignants.

Cet entretien s'est déroulé le 30/01/2008 et a duré 1h10 environ. Le CSPS concerné est situé en milieu rural, dans le centre ouest du pays. Il est le premier niveau de recours pour une population de 11199 personnes[67].

Le centre de santé dispose d'un AIS et d'une matrone (absents ce jour là), une accoucheuse (Aminata), une infirmière brevetée (Awa) et un major (Issa)[68] qui ont participé à l'entretien. Il existe aussi du personnel non soignant (manœuvres, gérant du dépôt de MEG).
Le centre de santé de référence est situé à 20km.
NB. Le major présente une boiterie. (Probables séquelles de poliomyélite)

Participants :

Issa, 34 ans, sexe masculin, IDE, ethnie Gouin. Exerce depuis 2002.
Aminata, 33 ans, sexe féminin, ethnie Mossi. Exerce depuis 2000.
Awa, 34 ans, sexe féminin, ethnie Bwaba. Exerce depuis 2004.

Quel est votre parcours et quelles sont vos motivations professionnelles ?

Issa. J'ai pris service en 2002, j'ai fait un an, et je suis revenu ici. J'en suis à ma 5è année. J'ai eu le bac, j'ai fait le concours d'IDE, j'ai été admis et j'ai fait 3 ans à l'école, puis on m'a affecté ici. Il faut le dire sincèrement, moi, je venais de perdre mon papa, et je n'avais pas de soutien sinon, j'étais orienté en physique-chimie. Mais comme j'ai perdu mon vieux, le problème financier se posait, il fallait trouver quelque chose à faire. Il fallait trouver vite un emploi pour faire vivre ma famille. C'est pourquoi j'ai tenté, et ça a marché. Maintenant, franchement, sans vous mentir, ce n'est pas ma vocation. Ce sont les contraintes...Si c'était à refaire, je ne viendrais pas dans la santé...

Awa. Avant de venir à la santé, j'ai fait la seconde, et j'ai fait l'enseignement général puis l'enseignement technique, et j'ai fait le BEP secrétariat, mais c'est la blouse qui m'attirait. J'ai passé plusieurs fois le concours, je n'ai pas eu, mais comme on avait la possibilité de payer pour faire la formation, j'ai fait comme ça. La blouse, ça m'évoque une personne vêtue en blanc, qui sauve des vies, qui est un soutien moral, le secours des personnes en difficulté. Maintenant, c'est un métier qui me plait, j'aime donner des soins et être en contact avec une multitude de personnes, une multitude de caractères, gérer tout...

Aminata. Après le BEPC, je voulais faire la comptabilité. Mais vu les contraintes du milieu, mes parents sont pauvres donc j'ai tenté les concours et j'ai eu la santé. Sinon, c'est la comptabilité que je voulais. Moi je suis sortie en 2000, et je suis ici depuis 2005. Avec l'habitude maintenant, je ne sens rien. Mais ça ne plait pas jusqu'à présent. Mais je ne sais pas où aller...Ce qui me plait pas, c'est les risques de contamination...le matériel qu'on utilise, la protection n'est pas totale.

---

[67] Ce chiffre a été donné par le major de la structure, sans que nous n'ayons pu le vérifier. La moyenne pour ce district est de 7750 personnes pour un CSPS, d'après les chiffres officiels du Ministère de la Santé. (10)
[68] Ces noms, bien sûr, sont fictifs.

Issa. C'est vrai, les risques de contamination ici…le risque est beaucoup plus grand pour le personnel de la santé. Sur 10 personnes, ceux qui ont vraiment choisi leur vocation, ça ne dépasse pas 2 personnes. Les gens se cherchent. Il faut se dire la vérité. Quand tu n'as pas à manger, tu ne tries pas. J'avais fait 5 concours, mais c'est seulement IDE qui a marché. On cherchait vraiment de quoi s'en tirer, il n'y avait pas de vocation. Quelqu'un qui vient de perdre son papa, c'est difficile.

Awa. Si tu es le fils ainé, c'est dur, il faut faire quelque chose.

Aminata. Même si j'étais malade, pour aller à l'hôpital, je fuyais ça. Si je vois un malade grave, je peux faire 3 jours sans dormir, parce que j'ai peur.

Issa. Moi, ce que je cherche, maintenant, c'est faire des statistiques, faire de l'épidémiologie, c'est ce qui m'attire maintenant. La clinique, ça ne m'enchante pas trop. Comme je suis là en tous cas…bon, moi je suis franc en tous cas.

Awa. Moi, j'avais beaucoup de parents qui évoluaient dans la santé, des IDE, il y en beaucoup dans la famille. Celle grâce à qui je suis arrivée dans la santé, c'était une infirmière, donc ça m'a beaucoup attirée.

Quelle formation à la relation soignant-soigné ?

Cheikh. A l'école, oui, la relation d'aide entre soignant et soigné…dans le cas de la déontologie, on nous a fait savoir qu'un agent de santé doit concourir au bien être, au confort du patient, satisfaire ses besoins les plus élémentaires. On a appris beaucoup de choses en tous cas…

Awa. Dans toutes les formations, on a toujours parlé de la déontologie…

Cheikh. Bien l'accueillir, l'écouter attentivement, la discrétion, mettre le malade à l'aise, faire le lit du malade…

Aminata. Oui, on en a parlé aussi pendant les études. La formation continue, on ne peut pas de faire de formation sans parler d'accueil du malade, mais on n'a pas eu de formation spéciale uniquement sur ça…

Issa. On traite ça avec le reste.

Avez-vous le sentiment d'être bien préparé à ça ?

Tous. Oui.

Issa. Il faut reconnaître que certains patients ou certains accompagnants ne sont pas faciles, il y a souvent conflit…en tous cas, à l'école, c'est bien détaillé…On fait ce qu'il faut faire, mais c'est parfois difficile.

Qu'attendent les patients de la relation avec un soignant ?

Issa. Ils veulent qu'on leur vienne en aide pour les soulager de leurs maux, pour qu'ils soient guéris de leur mal. En terme de relation, ils veulent qu'on fasse très attention à eux, qu'on les

écoute, la discrétion, qu'on se mette même à leur place pour les comprendre, la compassion. Qu'on leur réserve aussi un bon accueil, on les fait entrer, on leur donne la place. Même si on est de mauvaise humeur, il faut qu'on essaie de se démarquer de cette mauvaise humeur pour les écouter. Ils veulent aussi qu'on soit disponibles. Je veux parler de la présence effective du personnel soignant. S'ils viennent et qu'ils ne trouvent personne, c'est un problème.

Aminata. Il faut l'accueillir, il ne faut pas être trop sévère. Parce que certains viennent, ou les accompagnants, ils n'attendent même pas, ils commencent à parler de n'importe quoi.

Awa. Il faut montrer qu'il y a une limite pour chacun. C'est vrai que nous sommes là, nous sommes des aides aux vies, mais il ne faut pas faire comme si c'était une propriété privée, rentrer, tempêter sur l'infirmier. Il est là assis, il ne peut rien dire. Peut être le patient ou l'accompagnant va aller raconter au village des trucs qui ne sont pas ça[69]. Il y a des moments où il faut dire stop.

Aminata. Même si tu ne peux pas le guérir, il faut le satisfaire en tous cas...le mettre à l'aise, l'écouter, c'est presque la même chose que ce qu'il a dit.

Les explications, c'est important ?

Issa. Oui, c'est très important. Ca permet de dire au malade de dire de quoi il souffre. Et de savoir comment il faut prendre les produits. Tu lui expliques, et au retour, il doit te répéter comment il doit prendre, pour que tu sois convaincu qu'il a compris. Les explications, je pense que ça a son sens quand même.

Awa. Ca permet au malade de prendre au sérieux son mal.

Issa. Vous imaginez donner une ordonnance au malade sans lui expliquer...Le malade vient, il ne sait même pas de quoi il souffre. Je me dis, s'il sait de quoi il souffre, il peut prendre les dispositions pour ne pas contaminer son entourage, ou pour ne pas que sa maladie se complique. Par exemple, un malade qui vient vous trouver, qui souffre du SIDA, dans ses relations avec la communauté, il y a certaines précautions à prendre pour ne pas contaminer son entourage. Peut être il a été dépisté séropositif, mais il n'a pas déclaré la maladie, il peut observer une certaine hygiène de vie pour ne pas tomber dans le stade SIDA. Je pense que l'explication est importante. Je prends l'exemple du sida, mais il y a d'autres maladies où il faut expliquer.

Awa. Nous on a des problèmes d'hygiène ici. « Ta maladie vient de tel problème, quand tu vas manger, il faut laver correctement tes mains avec du savon, pour éviter la maladie que tu as. » Ou bien « ton produit tu vas le prendre comme ci, comme ça, jusqu'à telle date pour ne plus avoir le même problème... ».

Et vous qu'attendez vous ?

Issa. Moi je voudrais qu'ils consultent tôt. Ce qu'on a l'habitude de constater, c'est que les gens ne viennent pas dans les centres de santé en temps opportun. Ils vont rester à la maison, soit c'est les médicaments prohibés qu'on consomme[70], soit c'est la médecine traditionnelle, et après ils vont venir dans le centre de santé quand la maladie a atteint un stade critique. Et

[69] Des mensonges, ndlr.
[70] Il s'agit de la vente de médicaments de rue, encore appelée « pharmacie par terre ».

aussi, certains malades ne sont pas faciles, ils viennent avec un certain comportement. Alors que nous sommes aussi des êtres humains...Ou bien certains accompagnants...vraiment ça nous dérange. Qu'ils soient un peu courtois envers nous aussi.

Awa. Qu'ils nous comprennent aussi...Nous sommes tous pareils. Peut être que si j'ai un problème, je vais aller appeler mon major pour lui dire de m'aider, mais le patient, il va me contourner, aller voir le major, il y a un manque de confiance...

Issa. Effectivement, il y a certains patients qui veulent telle personne pour le consulter. Par exemple, il veut le major. Et s'il vient trouver quelqu'un d'autre, il repart...alors que le major ne peut pas tout faire...

Awa. Il y a un manque de confiance...

Issa. On nous a affectés ici, nous sommes là, nous avons été tous formés, je vois que les autres ne font rien, et que c'est le major seul qui consulte les malades...c'est un peu difficile...moi je ne peux pas dire à mon collègue qui est en train de consulter « Laisse moi, je vais assurer la consultation... » Je voudrais que le malade puisse nous comprendre...

Aminata. C'est la même chose...La maternité et le dispensaire, c'est la même chose, ce sont les mêmes personnes.

Issa. Les femmes viennent tardivement en CPN. Si elles pouvaient venir plus tôt...une femme doit faire 3 consultations prénatales, mais souvent elles viennent faire la première à 6 mois. Parfois elle n'aura pas le temps de faire la deuxième. Y en a même qui ne viennent pas, c'est le jour de l'accouchement que vous allez la voir.

Awa. Qu'elles comprennent que plus tôt elles viennent, plus tôt on peut découvrir quelque chose. Et puis les gens n'ont pas compris que les agents de santé ont des horaires de travail et des horaires de repos. Par exemple, toute la matinée, il n'y a personne. Vous rentrez à 12h à la maison. Quelqu'un vient à 12h vous trouver à la maison pour vous dire de revenir le consulter. Vous dites « non il faut revenir à 15h ».

Issa. En fait, pendant la garde, ça doit être uniquement les urgences ; Mais ici, c'est un milieu, c'est pas facile, ils n'ont pas cette notion là. Il va venir aujourd'hui consulter. Tu vas lui demander « ta maladie a commencé quand ? » il va te dire « ça vaut 5 ou 10 jours ». En 10 jours, il n'a pas trouvé un matin pour venir, il va venir la nuit. Donc, c'est souvent ce problème là qu'on rencontre. Ils vont te dire « tu es là pour ça » ou bien « la maladie n'attend pas, c'est maintenant que ça vient de commencer » alors que dans l'interrogatoire, tu vas voir que ce n'est pas vrai. Et souvent tu vas voir le malade, tu sais que la maladie n'est pas d'aujourd'hui...Ou bien il va te dire qu'il n'a pas l'argent pour venir...Mais très souvent ce sont des arguments qu'ils avancent pour se justifier, mais ce n'est souvent pas fondé. Parce que, quand il va venir à un stade avancé, tu vas prescrire, il va aller honorer l'ordonnance, alors que c'est cher...

Awa. C'est incompréhensible...

Issa. Et puis il faut dire aussi que c'est un milieu très islamisé...l'islam est beaucoup développé. J'ai eu à causer avec un du village. Quand on voit un malade au dispensaire, il faut dire qu'ils sont d'abord allés charlater, voir chez un marabout « est-ce que c'est pas mon

voisin qui m'a fait ça ? » voir si c'est pas un sort qu'on lui a jeté, et s'il se rassure que vraiment, c'est pas ça, il va venir consulter. Et puis les médicaments prohibés, c'est à dire les faux médicaments vendus dans la rue...quand tu regardes, en réalité ils achètent les faux comprimés à l'unité à 25 francs. Alors que nous on vend la boite de 20 comprimés à 200 francs. Chez nous c'est moins cher. Et très souvent ça ne résout pas son problème, il va rester à la maison et il va venir à un stade critique. Ce que j'ai remarqué aussi, ce sont des gens effrontés ici, ils vont venir rentrer comme ça...Tout ça, c'est les accompagnants, on ne peut pas travailler avec un système comme ça...c'est difficile. Imaginez-vous un malade qui vient, toute sa famille va venir rentrer, tu leur dis de sortir, ils ne veulent même pas t'écouter. Nous, ça nous met mal à l'aise. Ils viennent rentrer, moi je ne sais même pas...je n'ai jamais vu ça ailleurs.

Awa. Ils font ça parce que, s'ils ne viennent pas, ça veut dire qu'ils n'accordent pas d'importance au malade...

Issa. En fait, il y a de l'hypocrisie aussi...Des gens viennent pour voir et aller raconter « la maladie, là, c'est grave... ». Si c'était vraiment la compassion, bon, vous pouvez venir avec des pièces de 100 francs pour les donner au malade, mais si c'est pour venir, et aller raconter, ça n'a pas son sens. Et souvent, dans la jeunesse ici, beaucoup prennent la drogue donc quand ils viennent...On avait hospitalisé un enfant...son papa est venu, il a parlé mal à l'AIS, l'AIS s'est énervé, qu'il n'a qu'à faire attention. Le gars dit que s'il s'amuse, il va arracher la perfusion de son enfant...et puis prendre son malade, aller *[au centre de référence ndlr]*. J'étais assis sous les nimiers[71], il est venu tempêter, dire que l'AIS a mal parlé, qu'il va aller arracher la perfusion. Et puis il s'est levé, il est allé arracher...Après, c'est son vieux même qui est venu, faire pardon, que je n'ai qu'à aller replacer...je suis allé replacer...mais la nuit, il est venu arracher ça encore...ce sont des comportements qu'on ne peut pas tolérer...

Awa C'est ici seulement à notre niveau. Au CMA, ils sont corrects. Même nos supérieurs, ils reconnaissent ça. Ils disent qu'ici, c'est irréparable.

Issa. On est là, on fait avec...ça fait la 5è année...sinon c'est vraiment pas facile. Essayez de vous mettre à notre place pour voir ce qu'on vit au quotidien. Y en a aussi qui peuvent venir comme ça, ils viennent trouver les gens alignés, c'est lui il veut rentrer avant les autres...c'est pas normal. Il te voit avec un malade, et il veut rentrer, tu vas le prendre comment ?

Awa. Ou bien ils viennent avec un malade « Bonjour ! ». A peine il toque que déjà, il est dedans. Tu lui dis « non, tu n'as qu'à te calmer d'abord ». C'est à ce moment là qu'il sort et qu'il attend.

Issa. Les problèmes que nous avons là...il faut attendre ton tour.

Quelle est la qualité de la relation au Burkina Faso d'après vous ?

Issa. La relation n'est pas bonne. Vu tout ce qu'on vient de dire...y a certains agents de santé...nul n'est parfait. Quand même, y a des agents de santé qui n'ont même pas la notion de la déontologie, qui font ce qu'ils veulent. Du côté des malades et du côté des soignants, chacun doit mettre de l'eau dans son vin. Chacun a une part de responsabilité dans la mauvaise qualité de cette relation.

[71] Appellation populaire du Neem, arbre originaire d'Inde, aux propriétés antipaludiques.

Awa. Je partage son avis. Elle n'est pas bonne. Si chacun pouvait revoir de son côté...pour que ça marche mieux.

Aminata. C'est la même chose. Elle est mauvaise, des 2 côtés, du côté des agents de santé et au niveau des patients aussi. Il y a les consultations tardives, il y a l'accueil. Certains viennent, ils veulent pas attendre, d'autres viennent après l'heure...Bon...

Quels sont les obstacles à une bonne relation ? Du côté du patient d'abord ?

Issa. Je pense que c'est la pauvreté. On parlait des consultations tardives...Y en a qui ne viennent pas parce qu'ils n'ont pas les moyens nécessaires. Mais c'est pas tout le monde.

Aminata. Pour d'autres aussi, c'est la volonté. Par exemple à la maternité, tu viens pour peser, c'est gratuit. Et pourtant certaines vont venir tardivement. A l'accouchement, c'est 900 francs tu dois payer. Mais certains vont s'arrêter à la maison, et venir maintenant quand il y a complication. Donc pour moi la pauvreté, c'est dedans, mais c'est aussi la volonté.

Issa. Ce qu'elle veut dire en fait, c'est vrai...quand on prend la vaccination, elle est gratuite, mais c'est pas toutes les femmes qui envoient leurs enfants en vaccination. Quand un enfant naît, il doit recevoir le BCG, le pentavalent, la rougeole, le vaccin anti amarile, et le polio oral. On se rend compte que, sur les 5 contacts que l'enfant doit recevoir, c'est un seul contact on vient faire. C'est pas respecté. Certains, c'est la négligence. D'autres, ce sont les effets secondaires. Mais pour ça on avait tenté de trouver des solutions. Souvent c'est la fièvre, l'enfant, le corps est chaud, il ne dort pas. Donc on avait décidé de donner de l'aspirine, ou du paracétamol, et chaque fois on faisait ça. Mais on se rendait compte qu'il y en a qui ne viennent pas. Alors que ce sont des vaccins qui sont gratuits, ce sont des produits qu'on donne gratuitement. Et les gens disent que non, que c'est parce qu'il faut enlever l'argent qu'ils ne viennent pas. Mais ce qu'on vous offre gratuitement...vous vous dites qu'il y a un problème quand même...je sais pas...Souvent aussi, les gens semblent être préoccupés par les travaux champêtres. Ils préfèrent aller dans leur champ. Il y a une ethnie aussi qui est là, les Peuls, ce sont des éleveurs. Ils vaccinent correctement leurs bœufs, mais leurs propres enfants, ils ne vaccinent pas. Vous voyez que ça ne va pas. Ils ont plus de compassion pour leurs animaux que pour leurs propres enfants. C'est comme ça.

Aminata. Même pour lui-même, si c'est pas grave, il ne va même pas venir. Alors que si c'est le bœuf qui est malade, il va aller appeler le vétérinaire, de venir voir.

Issa. Au niveau de la vaccination, il faut dire que les maladies comme la rougeole, la polio, la tuberculose, ce sont des maladies qui ne tuent pas comme la fameuse méningite. Quand vous dites qu'il y a une vaccination contre la méningite, vous allez voir une foule. Parce que c'est une maladie qui est vraiment redoutable. Quand ça te prend, la probabilité pour que tu sois guéri est vraiment faible...et puis même si tu es guéri, les séquelles...Et si le vaccin finit, on dirait c'est la bagarre. Mais pour les autres maladies, les gens ne s'intéressent pas trop. Puisque dans ces dernières années, avec la vaccination, ce sont des cas sporadiques qu'on rencontre seulement. Pas comme la méningite. Ils ne perçoivent pas vraiment le danger à ne pas vacciner leurs enfants contre ces maladies. C'est ça aussi qui justifie leur négligence. Tout ça joue sur la relation, parce qu'on ne veut pas qu'on dise que les chiffres de vaccination soient mauvais ici. Parce qu'on rend des comptes au niveau central. On trouve que les indicateurs sont faibles. Ca contribue à altérer la relation avec nos supérieurs. Quand c'est

faible, on va nous demander de nous expliquer. Que ça soit pour la consultation prénatale, la planification familiale, la vaccination, la consultation curative, les activités de sensibilisation. Tout ça joue sur nous.

Du côté du soignant ?

Issa. Comme je l'ai dit, au niveau du soignant, il y en a qui ne sont pas faciles, qui se comportent bizarrement. Peut être ils ont leurs raisons. Moi j'ai essayé de voir...quelque part il faut dire qu'au Burkina ici, les salaires sont dérisoires, et ça amène souvent certains agents de santé à souvent racketter même les malades. En tous cas, il y a des comportements qui ne sont pas à encourager au niveau des agents de santé. Le malade va venir, il va essayer de soutirer quelque chose au malade. Tout ça, je me dis que ce sont les bas salaires qui font ça.

Aminata. Même si c'est pas soutirer, quelqu'un va arriver, tu hausses déjà la voix avant de l'accueillir. Déjà, le patient n'est pas à l'aise pour expliquer bien son problème.

Issa. On travaille dans des situations...on est énervés...Présentement, pour chacun, c'est la recherche du gain pour beaucoup, c'est pas le côté social. C'est surtout le gain financier. Les gens vraiment, vivent en difficulté. Toi tu es là, tu consultes, arrivée la fin du mois, tu n'as même pas l'argent pour payer ton loyer, nourrir ta famille. Comme on dit, la santé, c'est un bien-être complet, mental, social, et ça ne se limite pas à une absence d'infirmité ou de maladie...si on n'a pas l'argent, mentalement, ça ne va pas. Et quand un agent de santé est malade, et qu'un malade est devant lui, vous voyez que ce n'est pas facile. Donc tout ça, ça peut amener l'agent de santé à mal se comporter devant un patient. Il y en a aussi, c'est une question d'éducation. Même quand tu les prends socialement, ils ne sont pas faciles. S'il a été éduqué dans une famille où vraiment, tout lui était permis, donc il fait ce qu'il veut, il n'a pas reçu une bonne éducation. Après, il fait les concours, part à la santé. Comment voulez vous que ce même individu change de comportement ? Il a toujours ça en lui, c'est comme ça. Il va toujours se comporter comme il veut. On a beau faire, ils sont toujours ce qu'ils sont. On ne peut pas lui enlever ça. Socialement même, il y a des gens comme ça, c'est une question d'éducation. Nous sommes pauvres, les agents de santé. Il y en a qui sont pauvres mais ils essaient de faire avec, ils accueillent bien les malades. Mais il y en a aussi qui n'arrivent pas à supporter leur état de pauvreté. Eux, ils font ce qu'ils veulent.

Aminata. On a presque tout dit...

Issa. Peut être il y a aussi le manque de vocation dont on avait parlé au début. Si je ne suis pas venu par vocation à la santé, comment voulez-vous que j'exerce comme il se doit ?

Aminata. Il y a aussi le matériel médico-technique qui n'est pas...on n'en a pas...

Issa. Souvent, c'est difficile. On travaille, peut être le matériel n'est pas au complet, tout ça, l'atmosphère se surchauffe, et puis ça nous rend la tâche difficile. Ca fait que souvent, c'est des problèmes. Ou bien, on nous appelle souvent, tu pars trouver qu'il n'y a même pas un bon logement. On va aller te mettre dans un coin. Le bien être, tu dors dans une maison, entre temps c'est l'eau qui rentre quand il pleut, ou bien c'est des souris, en tous cas la maison est vraiment bizarre. Ca fait que tu ne dors pas dans de bonnes conditions.

Aminata. Il n'y a pas de logement, pour aller en ville, c'est compliqué, plus une maison qui n'est pas ça...Il faut vivre...

Issa. Ca nous rend la tâche difficile.

Du côté du système ?

Issa. Il faut dire que le système, c'est l'Initiative de Bamako qu'on a adoptée depuis 1987, cette Initiative a ses avantages et ses inconvénients...20 ans après, on essaie de faire un bilan, y a plus de failles que de points positifs. Ce qu'on visait, c'est la participation communautaire, on voulait que les gens prennent part au système de santé Mais on se rend compte qu'il y a toujours un fossé, les gens ne viennent pas en consultation comme il se doit, ni en vaccination avec leur enfant comme il se doit, c'est toujours un problème. En tous cas, tous les indicateurs sont faibles. C'est vrai que ça s'est amélioré un peu, mais il reste toujours beaucoup à faire.

Quelle influence cela a-t-il sur la relation soignant-soigné ?

Aminata. Moi je pense que oui, ça a une influence. Parce que parfois à la télé, ils vont faire sortir que les médicaments pour cette maladie-là, c'est gratuit, que les médicaments sont disponibles au CSPS, le malade vient et paie rien. Les villageois se lèvent avec leur maladie, ils viennent, et il n'y a rien au CSPS. Il faut donner l'ordonnance, ils doivent payer. « On a vu ça hier à la télé, aujourd'hui on paie... » C'est parce que les médicaments ne sont pas disponibles.

Issa. Ce qu'ils font en réalité, quand on parle de gratuité des produits souvent contre la méningite, pour une population de 11200 habitants, on va venir nous donner...peut être...30 flacons de chloramphénicol, 10 perfuseurs, 2 boites de paracétamol. Cette année, s'il y a un cas où on a besoin d'ampicilline, on nous a dit d'enlever dans le dépôt, et après on va venir se faire rembourser. Pour une population de 11200 habitants, 30 ampoules de chloramphénicol...vous voyez ce que ça fait ? Et après on part dire à la télé qu'on a donné des produits gratuitement pour la prise en charge des cas...Et les patients pensent qu'il y en a mais qu'on a pris les produits pour vendre, ou qu'on a utilisé pour autre chose, mais pas pour eux. C'est leur compréhension comme ça. Donc l'Etat nous met en conflit avec les patients.

D'après vous que faut il améliorer, et avez-vous des propositions ?

Issa. C'est la sensibilisation...on n'a jamais fini de sensibiliser...on essaie de sensibiliser la population, pour qu'ils comprennent. Sensibiliser sur tout ce que nous faisons, le bien-fondé de la consultation prénatale, le bien-fondé de venir en vaccination avec son enfant, le bien-fondé de la planification familiale, le bien-fondé de faire recours tôt au système de santé, qu'est-ce qu'on y gagne...Mais y a toujours des obstacles, le niveau d'instruction même des communautés pose problème. Les gens ne sont pas alphabétisés, ne sont pas instruits. La religion aussi pose problème. En matière de planification, vous allez vous mettre à parler de ça devant...je me rappelle...parce que chaque 6 mois, on se retrouve, on essaie de causer avec la population, on fait le monitorat avec des activités...quand on parle de planification, vous allez voir la réaction de certaines personnes. C'est pas facile. Une fois, il y a un vieux qui s'est levé, et un autre qui a dit de les suivre, qu'ils ne savaient pas qu'on les avait appelés pour venir parler de telles choses, que c'est Dieu qui dit de faire les enfants. Bon...quand c'est comme ça, c'est difficile. La religion constitue vraiment un obstacle.
Et l'état aussi, en revoyant les salaires à la hausse, peut être ça peut amener certains agents de santé à laisser tomber certaines pratiques. Les syndicats sont en train de demander une augmentation de 25%...Si l'état pouvait satisfaire cette doléance...

Aminata. Il y a l'augmentation, mais il y a aussi nos droits à l'avancement aussi…

Issa. Chez les fonctionnaires, tu sens qu'il y a une lourdeur administrative, vraiment. Quand tu constitues un dossier pour un reclassement, un avancement, pour une correction d'indemnités de logement, ça pose tout un problème. Souvent les dossiers s'égarent en cours de route. Ca fait que c'est vraiment difficile. Toi tu es là, tu vis sans tes indemnités. Parce que le salaire sans les indemnités, ça ne vaut rien ici au Burkina. C'est les indemnités qui arrangent le salaire un peu. Sans ça, tu joins difficilement les 2 bouts. Tu es obligé de t'adonner à des pratiques qui ne sont pas bien. On avait parlé de manque de moyens, si l'Etat pouvait instaurer vraiment une prise en charge des indigents, si l'Etat pouvait penser à eux aussi, ça allait résoudre des problèmes…Quand les gens viennent, ils n'ont pas l'argent… Si l'Etat voyait ce côté là, ça allait encourager les gens à venir même s'ils n'ont pas les moyens. Maintenant, les critères pour déterminer les indigents c'est ça qui pose problème. Qui est indigent ? C'est ça la question maintenant. Et puis il faut dire que vraiment le niveau d'instruction des gens…si l'état pouvait mettre beaucoup l'accent sur l'alphabétisation, ça allait élever un peu, permettre aux gens de comprendre le bien-fondé de ce qu'on fait. Les gens ne sont pas instruits, tu as beau expliquer, ils sont là, ils ne cherchent pas à comprendre. Ils comprennent difficilement. Quand on travaille avec des gens qui ne comprennent pas, c'est difficile.

Aminata. Et puis il y a la langue aussi…

Issa. Non, la langue, je pense qu'on peut trouver des solutions. Un malade vient, il ne parle que bwaba, tu appelles quelqu'un qui parle bwaba pour te traduire. C'est comme ça. On est obligés de faire avec, on n'est pas de la même ethnie...Mais c'est vrai que c'est une difficulté.

Annexe 12 : Retranscription d'un entretien avec 6 patients.

Cet entretien s'est déroulé le 30/01/2008, et a duré près d'une heure. Les participants sont des hommes plutôt jeunes, vivant en milieu rural, et dépendant du même centre de santé que les soignants dont l'entretien est retranscrit plus haut (annexe 11). Dans cette région, l'ethnie majoritaire est l'ethnie Dafing.
L'entretien se déroule à l'extérieur, sous les arbres. Nous sommes assis sur des bancs, sous des arbres, les participants sont nombreux, et des spectateurs assistent à l'entretien. La langue d'expression est le dioula et notre traducteur participe donc à l'entretien.

Participants :

P14, Moussa, 29 ans, niveau scolaire CM2, cultivateur. 2 femmes, 5 enfants. Ethnie Haoussa.

P15, Ibrahim, 33 ans, niveau scolaire CM2, cultivateur, 1 femme, 4 enfants. Ethnie Dafing.

P16, Seydou, 35 ans, niveau scolaire 6è, cultivateur, 1 femme, 2 enfants. Ethnie Dafing.

P17, Cheikh, 23 ans, niveau scolaire 3è, agent dans une société, 1 femme, 2 enfants. Ethnie Dafing.

P21, Boubacar, 27 ans, niveau CM2, cultivateur, 1 femme, 1 enfant. Ethnie Dafing. Il dit avoir exercé dans le domaine de la santé.

P24, Issiaka, 22 ans, niveau CE2, cultivateur, 1 femme, pas d'enfant. Ethnie Dafing.

Que représente un soignant pour vous ?

Moussa. C'est quelqu'un, si on est malade, on doit aller le voir pour qu'il puisse nous soigner.

Ibrahim. Pour moi, un infirmier, c'est quelqu'un de vraiment important dans la société africaine. Si tu arrives chez lui, il peut te situer sur ta maladie. C'est vraiment quelqu'un d'important.

Quel est le rôle de l'infirmier devant un malade ?

Cheikh. Par rapport à ça, c'est l'infirmier qui est mieux placé pour jouer son rôle.

Boubacar. Normalement, l'infirmier, une fois qu'il a un patient devant lui, il doit s'occuper de lui pour que sa maladie puisse aller mieux. La maladie, une fois que c'est sous la peau *[en toi, ndlr],* les bonnes paroles de l'infirmier peuvent déjà te soulager avant les soins. Selon moi, une fois que tu es malade et que tu te présentes face à un médecin, ah ! Il est normal que le médecin puisse te soigner pour que tu retrouves ta santé. Donc s'il te pose des questions, tu réponds à ses questions en disant « j'ai mal là, ça a commencé comme ça… » Une fois la consultation terminée, il te donne une ordonnance, tu vas chercher les produits pour les soins. Je pense que c'est important.

Cheikh. Si ça ne tient qu'à moi, si tu pars chez le docteur, c'est important qu'il te fasse les soins. Même s'il y a un malade qui ne peut pas s'exprimer, c'est à l'infirmier de savoir comment il va gérer ça. Il peut prendre ta température, ou te faire un examen pour mieux

comprendre de quoi tu souffres pour te donner l'ordonnance pour acheter les médicaments et commencer ton traitement.

Ibrahim. Selon moi, si tu tombes malade, tu pars à l'hôpital pour aller voir un infirmier, l'infirmier doit te regarder directement. Parce que la maladie, c'est une chose vraiment compliquée. Donc il est normal que les infirmiers fassent rapidement pour te regarder le plus vite possible. Si l'infirmier te regarde rapidement, ça peut être une joie pour le malade.

Si vous partez à l'hôpital, qu'attendez-vous du médecin à part l'ordonnance ? L'humanité qui peut rentrer entre vous, qu'est-ce que vous en attendez ?

Cheikh. Après l'ordonnance, si tu as les produits, c'est à lui de te dire comment tu dois les prendre.

Moussa. Comme vous avez dit, à part les soins, ce qui peut rentrer entre un infirmier et moi, je prends un exemple : si tu arrives à l'hôpital, il n'y a pas un seul infirmier. Maintenant, tu pars trouver qu'il y en a 3 ou 4, tu en croises un tout de suite, il t'accueille tout de suite avec beaucoup de joie. Il va te questionner, te regarder avec respect. Une fois que tu retrouves ta santé et que tu le croises n'importe où, tu vas forcément le respecter, et ça va devenir entre vous comme s'il était ton propre frère, de l'amitié. Le fait que tu es arrivé dans son lieu de travail, il t'a bien accueilli. Deuxièmement, celui que tu pars trouver, qui va te négliger, qui ne va pas bien s'occuper de toi, comme s'il n'était pas content de ta venue à l'hôpital, il y a toutes sortes de trucs de ce genre qui peuvent arriver. Donc je pense que c'est bien de collaborer avec celui qui veut bien collaborer. C'est ça ma pensée.

Selon vous, le respect entre l'infirmier et le malade, ça veut dire quoi ?

Moussa. Le respect, pour moi, c'est quand tu arrives, que ça soit dans n'importe quel lieu de travail, ou bien à l'hôpital, il y a des gens qui se basent sur leurs diplômes pour ne pas t'accorder assez d'importance. Il doit se mettre en tête qu'il est un être humain comme toi. Ce qui est sûr, moi aujourd'hui, il peut lui arriver la même chose demain. Donc même s'il a un niveau d'études élevé, il ne doit pas tenir compte de ça. Il doit te soigner parce que c'est ça seulement que tu lui demandes. Donc il doit faire avec l'humanité qui est entre vous, pour te soigner. D'autres tiennent compte de leur diplôme, quand tu leur parles seulement, il te dit merde ; vraiment, moi, j'en ai vu beaucoup de ce genre là. Que ça soit ici ou [*au centre de référence, ndlr*].

Seydou. Sur ça, je peux dire quelque chose. Selon moi, je pense qu'être infirmier, c'est déjà difficile, parce que tu as eu à faire des études pour ça. Pour pouvoir sauver des vies d'un jour à l'autre, mais il y a des autres qui ont leurs diplômes, et qui profitent de ça pour frimer. Si tu fais de longues études pour soigner des gens, tu dois le faire correctement. D'autres, si tu amènes ton malade comme ça à l'hôpital, tu peux aller trouver qu'il n'est pas là, 5 ou 10 fois comme ça. Il arrive, directement il te demande « quel est ton problème ? » Il place une perfusion. S'il finit seulement, il disparaît. Si l'eau veut finir, il faut que tu sortes encore le chercher pendant un bout de temps avant qu'il ne revienne voir. Dans des cas comme ça, il ne peut pas y avoir de bonne relation entre nous.

Boubacar. Normalement, si on comprend bien, l'infirmier doit être vraiment ouvert face à la population parce qu'on est tous humains. Ton diplôme, c'est Dieu qui te le donne, toi tu peux pas te le fabriquer. Normalement, si un malade arrive, l'infirmier doit le recevoir

correctement. L'infirmier ne peut pas éviter la mort mais il peut la freiner, il peut faire de son mieux.

Issiaka. Je partage son avis.

Qu'est-ce que l'infirmier attend du patient ?

Moussa. Ce que l'infirmier attend, c'est que le patient vienne expliquer sa maladie. Si c'est pas à cause de la maladie, l'infirmier sait que tu vas pas aller chez lui. Il est là pour que le patient vienne lui expliquer genre « j'ai mal aux côtes » ou bien « j'ai mal à la tête ». Si l'infirmier reste à l'hôpital 1 mois, 6 mois ou 1 an, sans que personne ne vienne le voir, il ne va plus être infirmier.

Boubacar. J'ajoute que l'infirmier veut bien la santé du patient.

Qu'est-ce que le patient peut faire pour faciliter le travail du médecin ?

Seydou. Selon moi, ça dépend d'abord de l'infirmier, parce que s'il arrive, il t'aborde avec joie, ça te soulage. Mais s'il vient, il se met à crier, ça ne peut pas aller.

Dans votre expérience, en consultant un infirmier, dites tout ce que vous avez vu comme bonne ou mauvaise relation avec l'infirmier.

Boubacar. Si c'est ça, chez nous ici, on souffre vraiment. L'infirmier ne vient pas ici s'il ne boite pas. S'il y a un infirmier qui boîte qui vient, il n'est pas à l'hôpital, il faut te déplacer pour aller le voir. Il ne vient pas vite. Et puis moi, je ne comprends rien, même s'il y a affectation d'infirmier qui boîte, celui qui vient, ça va être quelqu'un qui boîte. Nous sommes à la quatrième personne qui boîte, depuis que je fais attention. S'il arrive maintenant à l'hôpital, il te donne l'ordonnance pour que tu partes payer les médicaments. Si tu apportes les médicaments, après la consultation, au lieu de rester là-bas, il repart à la maison. S'il place une perfusion, pendant son absence, l'eau peut s'arrêter. Il faut que tu repartes encore le voir, tout en sachant qu'il ne peut pas marcher rapidement. Tout ça, ça peut apporter des problèmes auxquels tu t'attendais pas. En plus, c'est le major qui boîte. Alors que si quelqu'un doit boiter, ça doit pas être lui, parce que c'est lui qui est le plus important.

Moussa. Ca fait 10 ans que c'est comme ça. Et puis à chaque fois, ils mettent du temps à être affectés ailleurs.

Boubacar. Normalement, s'il est infirme, il faut pas qu'il dure avant qu'on le remplace.

Et à part le CSPS *[d'ici, ndlr]*, si vous avez d'autres expériences, vous pouvez les ajouter...

Moussa. A ce sujet, moi j'ai fait 2 fois *[dans le centre de référence, ndlr]*. J'ai vu beaucoup de choses. Premièrement, ça a été avec ma femme. Deuxièmement avec mon papa, c'était le dimanche passé, on a vu l'infirmière, elle a consulté mon père, et l'a hospitalisé. Vraiment, elle, elle était vraiment gentille avec nous. Mais c'était un jour férié, c'était la garde. Et depuis qu'ils nous ont mis dans une chambre, la galère a commencé. De mardi à dimanche, les infirmiers montent le matin à 8h, et descendent à 12h, la relève vient à 12h, de 12h à 15h, de 15h à 17h, de 17h à 22h, de 22h à 6h. Il y a beaucoup de personnel. Vraiment j'ai vu

beaucoup de choses. Dans ce grand hôpital, il y a 2 infirmiers seulement que j'ai aimés. S'ils placent une perfusion, même s'il y a des infirmiers qui sont de garde, ils placent et puis ils vont dormir. Pour quelqu'un qui se comporte comme ça, vraiment, si c'était pas l'hôpital, je pouvais faire la bagarre avec lui, parce que lui qui est couché, il est beaucoup plus âgé que nous tous. La perfusion, parfois, l'eau ne descend pas. Comme on m'avait montré comment fermer, je ferme et je pars l'appeler, il ne vient pas. Pourtant, ils sont à deux pour faire la garde. Il y a une personne aux urgences, et une qui s'occupe des chambres des patients. *(quelqu'un l'interrompt).* Vraiment, ce que je suis en train de dire, je suis énervé donc je parle comme je veux. Il y a des infirmiers, ils ne font que prescrire des ordonnances seulement. Les médicaments que tu paies, même si ça n'a pas servi, ils re-prescrivent la même chose, ou bien ils prescrivent le double, pour que tu paies. Ils te font payer beaucoup comme ça, si tu n'es pas vigilant, tu perds même les médicaments que tu paies. Alors qu'on n'a pas les moyens, souvent il arrive qu'on emprunte même de l'argent. Mais si tu tombes sur une bonne personne, même s'il est de garde, si tu pars l'appeler, il vient faire correctement son travail.

Ibrahim. Moi aussi j'ai vécu un cas, c'était *[au centre de référence, ndlr]* aussi. C'était ma femme qui était malade, ils nous ont prescrit l'ordonnance, on a payé les médicaments...les infirmiers volent ces médicaments pour aller vendre à d'autres malades. Je ne peux pas parler d'humanité devant ce genre de situation. Moi, je n'ai jamais croisé de bon infirmier.

Seydou. Les infirmiers ne sont pas tous pareils. J'en ai croisé un qui n'a pas été sympa avec moi, la deuxième fois, j'en ai croisé un autre qui m'a consulté, il m'a demandé de quoi je souffre, je lui ai expliqué. Il m'a fait coucher sur un lit, et ensuite il a touché mon ventre, il est allé prendre de l'eau en bidon qui était très glacée, et il a déposé sur mon ventre. Ensuite il a prescrit l'ordonnance, ceux qui m'accompagnaient sont partis chercher les médicaments mais il avait une injection qu'il m'a faite en attendant qu'ils viennent avec les médicaments. Et ensuite, il m'a hospitalisé. A chaque 30 minutes, il passait me voir, me demander si ça va ou pas. Après tout ça, jusqu'au jour où je vous parle, nous sommes restés des amis. L'autre cas que je n'ai pas trouvé bien, même quelqu'un qui marchait à 4 pattes arrivait avant lui tellement il était lent. Il m'a fait tellement mal en m'examinant, j'ai failli faire dans mon caleçon. Je ne peux pas en dire plus, parce que ce sont des mauvais souvenirs.

Boubacar. Il n'y a pas très longtemps, moi, je ne me sentais pas, je suis parti à l'hôpital, je suis tombé sur des stagiaires. Ca fait 2 fois que je tombe sur des stagiaires. Au lieu de leur montrer comment faire, l'infirmier reste à la maison, donc ce sont les stagiaires qui prennent la responsabilité à l'hôpital. Donc au moment de placer la perfusion, il y a une ampoule qui devait se mélanger avec le sérum. Ils ont dépassé le dosage, puis m'ont placé ça. Ils ont commencé à ma main droite, ils ont piqué, piqué sans trouver la veine, puis bras gauche, ils n'ont pas trouvé. Ils ont mis du temps. Ensuite, l'infirmier est venu, il a vu que les stagiaires avaient piqué partout, il leur a demandé comment ils avaient fait le dosage. Ils ont expliqué, il a dit que ça ne devait pas se passer comme ça, la dose a été dépassée. La dose dépassée, ça va partir où ? C'est dans mon corps ! J'étais couché, j'en avais marre, je n'ai pas pu me retenir, il a dit à l'infirmier « où tu étais ? Tu les as laissés mélanger ça ! ». L'infirmier répond qu'il était à la maison. Je lui ai répondu que ce n'était pas normal qu'il soit à la maison, et qu'il laisse des stagiaires prendre des mauvaises responsabilités. Selon moi, ça n'était pas bien. Donc je ne peux pas dire que j'ai eu une bonne expérience.

Les explications que l'infirmier donne au malade, c'est important ?

Ibrahim. Oui.

Moussa. C'est important parce que si tu pars faire une consultation chez l'infirmier, et qu'il t'a donné une ordonnance, s'il y a des comprimés à prendre, il va te dire comment les prendre. C'est vraiment très important sinon tu peux aller tout mélanger. S'il n'y a pas d'explication, ça ne sert à rien, tu vas tout mélanger.

Qu'est-ce qui peut faire, dans le comportement du patient ou du médecin, que la relation est mauvaise ?

Seydou. Si on met des infirmiers à un poste, et qu'ils ne sont jamais là, parce qu'ils logent loin, ils sont jusqu' *[au centre de référence, ndlr]*...Pour une maladie grave, tu te présentes à l'hôpital, on te dit que l'infirmier est là-bas, tu vas faire comment ? C'est pas normal.

Boubacar. Tout ça, selon moi, ça repose sur la pauvreté. Par exemple, si tu as les moyens, et que tu pars en consultation, on te donne l'ordonnance, tu peux payer tes produits. Si tu n'as pas les moyens, il se peut que tu trouves le comportement de l'infirmier plus grave qu'il n'est en réalité. Je pense qu'il y a beaucoup de trucs qui sont gratuits à l'hôpital, et qu'ils nous vendent. Tu peux avoir une plaie au pied, même de simples gants, qui sont déposés chez eux là-bas, ils te vendent ça. Tout ça, ça fait mal. Avec les compresses aussi, tu les paies. Pourtant, il n'y a pas de pharmacie au sein du dispensaire, la pharmacie est en ville. Tout ça, c'est des combines.

Cheikh. Les médicaments qui sont au dispensaire, ce n'est pas toujours des dons, c'est la pharmacie qui dépose auprès des infirmiers pour qu'ils vendent directement aux patients.

Boubacar. Non, non, ils ne prennent pas ça à la pharmacie, ce sont des dons.

Issiaka. Parfois, on te donne l'ordonnance pour aller chercher les produits, tu pars trouver que le pharmacien n'est pas là. Ils vont te dire où il est parti, tu vas aller le chercher. Il ne va pas se presser pour te servir, s'il est 17h, il va te dire qu'il ne va plus ouvrir. Pourtant toi, tu as un malade grave sous la main. Ça, c'est pas une bonne chose ici.

Est-ce que le malade peut faire quelque chose pour améliorer l'humanité avec le soignant ?

Seydou. Tu souffres de la maladie, tu ne peux rien faire. Tu es entre la vie et la mort, donc c'est l'infirmier seul qui peut faire quelque chose. Une fois, si tu guéris, si l'infirmier s'est bien comporté, tu peux garder une bonne relation avec lui.

Avez-vous des propositions concrètes pour améliorer cette relation ?

Boubacar. Selon moi, ce sont les dons de médicaments, pour que les médicaments puissent être à notre portée, pour que ça soit moins compliqué. Vraiment, il y a des infirmiers qui sont nés comme ça, désagréables, on ne peut pas les changer.

Moussa. Le caractère d'un être humain, on ne peut pas le changer. Mais s'il y a souvent des rencontres entre les infirmiers et les villageois, je pense que ça peut apporter un plus. Et même s'il arrive qu'il y a mésentente entre un villageois et un infirmier, c'est au villageois d'aller voir un vieux du village, lui expliquer ce qu'il se passe. Comme ça, le vieux va aller

parler avec l'infirmier, et ça va se terminer. Vraiment, ça peut être bien pour calmer les choses, au lieu de te battre contre l'infirmier.

Boubacar. Ici, au village, je ne pense pas que les villageois puissent faire changer le comportement des infirmiers. Je pense que c'est à leurs supérieurs de les conseiller pour qu'ils changent. C'est ça qui peut les faire changer.

VU

NANCY, le **6 mai 2009**
Le Président de Thèse

Professeur M. BRAUN

NANCY, le **11 mai 2009**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Mme le Professeur K. ANGIOI

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, **14 mai 2009**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

Patient-health professional relation-ship in Burkina Faso, 2008.
A study of its perception by both parties.

A high incidence of contagious diseases, chronic malnutrition, low attendance at health care centres, as well as the poor performance of the public health system, all of these account for consistently low public health indicators in Burkina Faso.
In spite of a string of health policies and some improvements, the objectives laid down by national medical authorities and inspired by international institutions and sponsors have not been met.
Today concerns are numerous, yet the patient-health professional relationship is not given priority. However, external observers have on some occasions pointed to dishonesty instances on the part of health professionals, along with the poor quality of relations.
This study aims to sample opinion among health professionals and patients, analyze it, and put their comments into perspective ; we interviewed about 30 health professionals and as many patients : to what extent are they satisfied with their relation, what obstacles to a quality relation would they pinpoint, what improvements did they suggest ?
Our investigation reveals an often frustrating type of relationship, which the people we questioned put down to a number of factors: money has definitely a pernicious influence, particularly since the government cut back on the reimbursement of health costs. Besides, Burkina Faso is a country where social constraints are manifold, therefore the quest for recognition is pervasive among the population.
Furthermore, the relation is adversely affected by cultural and linguistic barriers, poor education standards, prejudices and a patent lack of understanding and communication.

In our survey we wished to allow these men and women to voice their views candidly, preserving their spontaneousness, for an improved and fairer public health service.

RESUME DE LA THESE :

Le faible niveau des indicateurs sanitaires au Burkina Faso est dû aux maladies transmissibles, au mauvais état nutritionnel des populations, mais aussi à la faible fréquentation des établissements de soin, et aux performances insuffisantes du système de santé. Les politiques de santé s'y succèdent, et malgré les avancées, ne parviennent pas à satisfaire les objectifs fixés par les autorités sanitaires nationales, inspirés par les instances et bailleurs de fonds internationaux.
Aujourd'hui, les préoccupations sont nombreuses, et la relation soignant-soigné n'est pas une priorité : cependant, la malhonnêteté de certains soignants, et la mauvaise qualité de cette relation ont parfois été rapportées par des observateurs extérieurs.
Cette étude a pour objectif de recueillir le sentiment des professionnels et des usagers sur cette relation, de l'analyser, et de mettre les discours en perspective.
Nous avons donc interrogé une trentaine de soignants, et autant de patients. Sont-ils satisfaits de leurs relations ? Quels sont les obstacles à une relation de qualité ? Comment l'améliorer ?
Ce travail met en lumière une relation souvent insatisfaisante et plusieurs facteurs sont incriminés par les personnes interrogées : l'argent joue un rôle extrêmement délétère, notamment depuis l'avènement du recouvrement des coûts. Ce travail souligne également la quête par chacun d'une reconnaissance sociale, dans un pays où les contraintes sont multiples : les barrières culturelles et linguistiques, la faible instruction de la population, et des incompréhensions majeures, des préjugés, et un manque de communication manifeste grèvent au quotidien cette relation.
Cette étude laisse la parole à ces hommes et ces femmes, en conservant la spontanéité des mots, pour un service public plus satisfaisant pour chacun, et plus équitable.

TITRE EN ANGLAIS:

Patient-health professional relation-ship in Burkina Faso, 2008.
A study of its perception by both parties.

THESE: MEDECINE GENERALE - ANNEE 2009

MOTS CLEFS:

Relation soignant-soigné, Burkina Faso, communication.

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R:

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

RESUME DE LA THESE :

Le faible niveau des indicateurs sanitaires au Burkina Faso est dû aux maladies transmissibles, au mauvais état nutritionnel des populations, mais aussi à la faible fréquentation des établissements de soin, et aux performances insuffisantes du système de santé. Les politiques de santé s'y succèdent, et malgré les avancées, ne parviennent pas à satisfaire les objectifs fixés par les autorités sanitaires nationales, inspirés par les instances et bailleurs de fonds internationaux.
Aujourd'hui, les préoccupations sont nombreuses, et la relation soignant-soigné n'est pas une priorité : cependant, la malhonnêteté de certains soignants, et la mauvaise qualité de cette relation ont parfois été rapportées par des observateurs extérieurs.
Cette étude a pour objectif de recueillir le sentiment des professionnels et des usagers sur cette relation, de l'analyser, et de mettre les discours en perspective.
Nous avons donc interrogé une trentaine de soignants, et autant de patients. Sont-ils satisfaits de leurs relations ? Quels sont les obstacles à une relation de qualité ? Comment l'améliorer ?
Ce travail met en lumière une relation souvent insatisfaisante et plusieurs facteurs sont incriminés par les personnes interrogées : l'argent joue un rôle extrêmement délétère, notamment depuis l'avènement du recouvrement des coûts. Ce travail souligne également la quête par chacun d'une reconnaissance sociale, dans un pays où les contraintes sont multiples : les barrières culturelles et linguistiques, la faible instruction de la population, et des incompréhensions majeures, des préjugés, et un manque de communication manifeste grèvent au quotidien cette relation.
Cette étude laisse la parole à ces hommes et ces femmes, en conservant la spontanéité des mots, pour un service public plus satisfaisant pour chacun, et plus équitable.

TITRE EN ANGLAIS:

Patient-health professional relation-ship in Burkina Faso, 2008.
A study of its perception by both parties.

THESE: MEDECINE GENERALE - ANNEE 2009

MOTS CLEFS:

Relation soignant-soigné, Burkina Faso, communication.

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R:

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex