

RAMReS

REVUE AFRICAINE ET MALGACHE DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE

*Publiée sous l'égide de la Conférence des Recteurs des Universités
Francophones d'Afrique et de l'Océan Indien (CRUFAOCI)*

SCIENCES HUMAINES

Nouvelle série, *Sciences Humaines*

N°022 – 2^{ème} Semestre 2024

ISSN 2630-1121

RAMReS

REVUE AFRICAINE ET MALGACHE DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE
*Publiée sous l'égide de la Conférence des Recteurs des Universités
Francophones d'Afrique et de l'Océan Indien (CRUFAOCI)*

SCIENCES HUMAINES

Nouvelle série, *Sciences Humaines*
N°022 – 2^{ème} Semestre 2024
ISSN 2630-1121

ADMINISTRATION ET NORMES EDITORIALES

Administration et rédaction

Rédacteur en chef : M. SERKI Mounkaïla Abdo Laouali, Professeur titulaire, Philosophie, Université Abdou Moumouni, Niamey (Niger)
E-mail : *abdoserki@gmail.com*

Comité scientifique

Histoire

BAGODO Obarè, Professeur titulaire, Archéologie, UAC (Bénin)
GAYIBOR Nicoué Lodjou, Professeur titulaire, Histoire précoloniale, UL (Togo)
LAM Aboubacry Moussa, Professeur titulaire, Egyptologie, UCAD (Sénégal)
NDINGA MBO Abraham, Professeur titulaire, Histoire contemporaine, UMNG (Congo)
SOME Magloire, Professeur titulaire, Histoire religieuse contemporaine, UJKZ (Burkina Faso)
DIANZINGA Scholastique, Professeur titulaire, Histoire contemporaine, UMNG (Congo)
ANAFKAK Japhet Antoine, Maître de Conférences HDR, Université Libre de Bruxelles (Belgique)
MAHAMAN Alio, Maître de conférences, Histoire, UAM (Niger)

Géographie

BOKO Michel, Professeur titulaire, Climatologie, UAC (Bénin)
BOUZOU MOUSSA Ibrahim, Professeur titulaire, Géomorphologie, UAM (Niger)
HOUSSOU Sègbè Christophe, Professeur titulaire, Climatologie, UAC (Bénin)
OUEDRAOGO François de Charles, Professeur titulaire, Géographie Rurale, UJKZ (Burkina Faso)
WAZIRI MATO Maman, Professeur titulaire, Géographie rurale, UAM (Niger)
ZOUNGRANA Pierre, Professeur titulaire, Géographie rurale, UJKZ (Burkina Faso)
FAMAGAN Konaté, Maître de conférences, Population-environnement, UB (Mali)
SOULEY Kabirou, Professeur, Géographie, Université André Salifou (UAS) de Zinder (Niger)
DAMBO Lawali, Professeur, Géographie rurale, UAM (Niger)

Sociologie/Anthropologie

AKINDES Francis, Professeur titulaire, Sociologie, UAO (Côte d'Ivoire)

GBIKPI-BENISSAN Daté, Professeur titulaire, Sociologie, UL (Togo)

NZE NGUEMA Fidèle Pierre, Professeur titulaire, Sociologie, UOB (Gabon)

TONDA Joseph, Professeur titulaire, Sociologie/Anthropologie, UOB (Gabon)

ATCHRIMI Tossou, Professeur titulaire, Sociologie/Anthropologie de la santé, UL (Togo)

OUMAROU Amadou, Professeur titulaire, Socio-anthropologie du développement, UAM (Niger)

BAKO Arifari Nassirou, Maître de conférences, Sociologie, UAC (Bénin)

TINGBE Azalou, Maître de conférences, Sociologie, UAC (Bénin)

ZAKARI Aboubacar, Maître de conférences, Sociologie du développement, UAS (Niger)

Philosophie/Psychologie/Sciences de l'éducation

AKA-EVY Jean-Luc, Professeur titulaire, Esthétique, UMNG (Congo)

AKAKPO Yaovi, Professeur titulaire, Histoire et philosophie des sciences, UL (Togo)

ABOUBACAR YENIKOYE Ismael, Professeur titulaire, Psychologie de l'éducation et du développement, UAM (Niger)

BADINI Amadé, Professeur titulaire, Philosophie de l'éducation, UJKZ (Burkina Faso)

BOWAO Charles Zacharie, Professeur titulaire, Philosophie et Histoire des Sciences, UMNG (Congo)

DIAGNE Ramatoulaye, Professeur titulaire, Histoire et Philosophie des sciences, UCAD (Sénégal)

EZOUA Cablanazann Thierry Armand, Professeur titulaire, Philosophie, UFHB (Côte d'Ivoire)

NIAMKEY Koffi, Professeur titulaire, Philosophie africaine, UFHB (Côte d'Ivoire)

CHEKARAOU Ibro, Professeur titulaire, Sciences de l'éducation, UAM (Niger)

NZINZI Pierre, Professeur titulaire, Logique, UOB (Gabon)

SAVADOGO Mahamadé, Professeur titulaire, Histoire de la philosophie et philosophie pratique, UJKZ (Burkina Faso)

KOUVON Komi, Professeur titulaire, Éthique et politique, UL (Togo)

TSOKINI Dieudonné, Maître de conférences, Psychologie, UMNG (Congo)

HAMIDOU TALIBI Moussa, Professeur titulaire, Éthique et philosophie politique, UAM (Niger)

PAO : Idi BOUKAR, Université Abdou Moumouni, Niamey (Niger)

© CRUFAOCI, décembre 2024
ISSN : 2630-1121
Tous droits réservés

Politique éditoriale

La Revue RAMReS publie des contributions originales (en français et en anglais) dans tous les domaines de la science et de la technologie et est subdivisée en 9 séries :

- Sciences des structures et de la matière. Elle couvre les domaines suivants : mathématiques, physique, chimie et informatique ;
- Sciences de la santé : médecine humaine, médecine vétérinaire, pharmacie, odonto-stomatologie, productions animales ;
- Sciences de la vie, de la terre et agronomie ;
- Sciences appliquées et de l'ingénieur ;
- Littérature, langues et linguistique ;
- Sciences humaines : Philosophie, sociologie, anthropologie, psychologie, histoire, géographie, sciences de l'éducation ;
- Sciences économiques et de gestion ;
- Sciences juridiques et politiques ;
- Pharmacopée et médecine traditionnelles africaines ;

Toutes les séries publient en moyenne deux numéros par an. Les contributions publiées par la Revue RAMReS représentent l'opinion des auteurs et non celle du comité de rédaction ou de RAMReS. Tous les auteurs sont considérés comme responsables de la totalité du contenu de leurs contributions.

3. Soumission et forme des manuscrits

La soumission d'un manuscrit à la Revue RAMReS implique que les travaux qui y sont rapportés n'aient jamais été publiés auparavant, ne soient pas soumis concomitamment pour publication dans un autre journal et qu'une fois acceptés, ne fussent plus publiés nulle part ailleurs sous la même langue ou dans une autre langue sans le consentement de RAMReS.

Les manuscrits, dactylographiés en interligne double en recto sont soumis aux rédacteurs en chef des séries dont voici les courriels :

- Sciences des structures et de la matière : Pr BOA David, boadavidfr@yahoo.fr (Côte d'Ivoire) ;
- Sciences de la santé : Pr OUEDRAOGO Arouna, arouna7ouedraogo@yahoo.fr (Burkina Faso) ;
- Sciences de la vie, de la terre et agronomie : Pr GLITHO Adolé I., iglitho@yahoo.fr (Togo) ;
- Sciences appliquées et de l'ingénieur : Pr SAWADOGO Salam, s_sawadogo@yahoo.fr (Sénégal) ;
- Littérature, langues et linguistique : Pr AINAMON Augustin, ainamonaugustin@yahoo.fr (Bénin) ;
- Sciences humaines : Pr SERKI Mounkaïla Abdo Laouali,

abdoserki@gmail.com (Niger) ;

- Sciences économiques et de gestion : Pr FEUDJO Jules Roger, *jrfeudjodem@yahoo.fr* (Cameroun) ;
- Sciences juridiques et politiques : Pr BODIAN Yaya, *yaya.bodian@ucad.edu.sn* (Sénégal) ;
- Pharmacopée et médecine traditionnelles africaines : Dr (MC) KPOROU Kouassi Élisée, *elykoua@yahoo.fr* (Côte d'Ivoire).

Les manuscrits doivent comporter les adresses postale et électronique et le numéro de téléphone de l'auteur à qui doivent être adressées les correspondances.

Les manuscrits soumis à la Revue RAMReS doivent impérativement respecter les indications ci-dessous :

Langue de publication

La revue publie des articles rédigés en français ou en anglais. Cependant, le titre, le résumé et les mots-clés doivent être donnés dans les deux langues.

Ainsi, tout article soumis en français devra donc comporter, obligatoirement, « un titre, un abstract et des keywords » ; idem, dans le sens inverse, pour tout article en anglais (un titre, un résumé et des mots-clés).

Page de titre

La première page doit comporter le titre de l'article, les noms des auteurs, leur institution d'affiliation et leur adresse complète. Elle devra comporter également un titre courant ne dépassant pas une soixantaine de caractères ainsi que l'adresse postale de l'auteur, à qui les correspondances doivent être adressées.

Résumé

Le résumé ne doit pas dépasser 250 mots. Publié seul, il doit permettre de comprendre l'essentiel des travaux décrits dans l'article.

Introduction

L'introduction doit fournir suffisamment d'informations de base, situant le contexte dans lequel l'étude a été entreprise. Elle doit permettre au lecteur de juger de la nationalité de l'étude et d'évaluer les résultats acquis.

Corps du texte

Les différentes parties du corps du texte doivent apparaître dans un ordre logique.

Conclusion

Elle ne doit pas faire double emploi avec le résumé et la discussion. Elle doit être un rappel des principaux résultats obtenus et des conséquences les plus importantes que l'on peut en déduire.

La rédaction du texte

La rédaction doit être faite dans un style simple et concis, avec des phrases courtes et en évitant les répétitions.

Remerciements

Les remerciements au personnel d'assistance ou à des supports financiers devront être adressés en terme concis.

Références

Les noms des auteurs seront mentionnés dans le texte avec l'année de publication, le tout entre parenthèses.

Les références doivent être listées par ordre alphabétique, à la fin du manuscrit de la façon suivante :

- *Journal* : noms et initiales des prénoms de tous les auteurs, année de publication, titre complet de l'article, nom complet du journal, numéro et volume, les numéros de première et dernière page.
- *Livres* : noms et initiales des prénoms des auteurs et année de publication, titre complet du livre, éditeur, maison et lieu de publication.
- *Proceedings* : noms et initiales des prénoms des auteurs et année de publication, titre complet de l'article et des proceedings, année et lieu du congrès ou symposium, maison et lieu de publication, les numéros de la première et dernière page.

Tableaux et figures

Chaque tableau sera soumis sur une feuille séparée et numéroté de façon séquentielle. Les figures seront soumises sur des feuilles séparées et numérotées selon l'ordre d'appel dans le texte.

La numérotation des tableaux se fera en chiffres romains et celle des figures en chiffre arabes dans l'ordre de leur apparition dans le texte.

Photographies

Les photographies en noir sur blanc et couleur, sont acceptées.

Procédure de révision

Les manuscrits sont soumis à la révision des pairs. Chaque manuscrit est soumis à au moins deux referees spécialisés. Les auteurs reçoivent les commentaires écrits des referees. Il leur est alors notifié, par la même occasion, l'acceptation ou le rejet de leur contribution.

NB : Le manuscrit accepté doit, après correction conformément aux recommandations des referees, être retourné aux différents rédacteurs en chef des séries, en format WORD ou DOC.

3. Informations importantes

Les auteurs payeront les frais de soumission (25.000 F CFA) et ceux dont les articles ont été acceptés doivent procéder au règlement des frais d'insertion (qui s'élèvent à 75.000 FCFA) auprès de l'agence comptable du CAMES par transfert rapide avant la parution de leurs articles dans les séries de la Revue.

SOMMAIRE

Perceptions des acteurs sur les avantages et inconvénients de l'assistance familiale aux malades hospitalisés, **Abdramane BERTHÉ** (Université Daniel Ouezzin Coulibaly, Burkina Faso).....13

Langue d'enseignement et performances scolaires chez des élèves de CP2 et CM2 au niger, **Moumouni ALFARI** (Université Abdou Moumouni, Niger) & **Idi TANKO** (Université Abdou Moumouni, Niger).....39

L'épistémologie du corps : la corporéité dans les pratiques biomédicales de modifications morphologiques, **Dimngar ALNDINGANGAR** (Université de Moundou, Tchad).....57

La quête rationnelle de la souveraineté en Afrique postcoloniale, **Issoufou MAMANE** (Université André Salifou, Niger).....85

Souffrance du non-dit, du dire et mémoire du corps : à propos d'un cas d'adolescent victime de viol incestueux aux épreuves projectives, **Bernadine MATAMBA** (Université Omar Bongo, Gabon) & **Gildas BIKA** (Université Omar Bongo, Gabon).....100

La charte africaine des valeurs et les principes de la gouvernance locale : enjeux de la décentralisation des institutions efficaces, **Ladislav NZE BEKALE** (Centre d'Analyse et de Prospective sur les Afriques UQAM, Canada).....127

Bivalve mollusks (*senilia senilis* and *crassostrea tulipa*) exploited in the mangrove ecosystems of the saloum islands, diagnostic of a changing sector, **Abdoulaye Simon Pierre DIATTA** (Université Cheikh Anta Diop, Sénégal), **Adama DIOUF**, (Université Cheikh Anta Diop, Sénégal), **Claudette Soumbane DIATTA** (Université Cheikh Anta Diop, Sénégal) & **Malick DIOUF** (Université Cheikh Anta Diop, Sénégal).....155

Transport routier, influences, polycentralité et polyphéricité interterritoriaux entre N'Zérékoré et Beyla en Guinée, **Koly Noël Catherine KOLIÉ** (Université de N'Zérékoré, Guinée-Conakry)...179

PERCEPTIONS DES ACTEURS SUR LES AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE L'ASSISTANCE FAMILIALE AUX MALADES HOSPITALISÉS AU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL (CHR) DE DÉDOUGOU, BURKINA FASO

Abdramane BERTHÉ

Université Daniel Ouezzin Coulibaly (Burkina Faso)

E-mail : aberthe56@yahoo.fr

Soumission : 02/08/2024

Acceptation : 20/10/2024

Résumé : L'assistance familiale aux malades hospitalisés est une pratique courante dans les sociétés africaines. Cependant, la littérature socioanthropologique l'a peu examinée, d'où cette étude qui a pour objectif d'analyser les perceptions des acteurs sur les avantages et les inconvénients de l'assistance familiale aux malades hospitalisés au CHR de Dédougou, au Burkina Faso.

L'étude a utilisé une approche mixte. Une revue de littérature narrative a été effectuée. Le volet quantitatif a évalué la proportion de patients ayant des accompagnateurs permanents et des visiteurs, en utilisant un questionnaire. Le volet qualitatif, basé sur des entretiens semi-structurés, a exploré les perceptions des soignants, des malades hospitalisés, des accompagnateurs et des visiteurs concernant les avantages et les inconvénients de l'assistance familiale. Les données ont été analysées à l'aide de grilles thématiques.

La quasi-totalité des patients hospitalisés (98,08%) avaient au moins un accompagnateur, et une grande majorité (81,81%) recevait régulièrement des visiteurs. Le rôle de la famille inclut le soutien émotionnel, l'intermédiation avec les soignants, l'aide pratique, la surveillance de la santé et le soutien à la prise de décision. Les avantages de l'assistance familiale sont multiples : soutien financier, matériel, émotionnel et pratique, crucial pour la récupération des patients. Cependant, des inconvénients existent, tels que la réduction de la vie privée des patients, les tensions entre familles et soignants, et les risques d'infections nosocomiales.

L'assistance familiale est essentielle mais présente des défis significatifs. Les résultats soulignent la nécessité de politiques claires

et de sensibilisation pour mieux gérer la présence familiale tout en optimisant les soins hospitaliers.

Mots-clés : assistance familiale à l'hôpital, accompagnement familial ; Soins hospitaliers, solidarité familiale, rôle des familles dans les soins.

Abstract: Family assistance for hospitalized patients is a common practice in African societies. However, it has been little studied in socio-anthropological literature, hence this study aims to analyze the perceptions of stakeholders regarding the advantages and disadvantages of family assistance for hospitalized patients at the CHR of Dédougou, in Burkina Faso.

The study employed a mixed-methods approach. A narrative literature review was conducted. The quantitative component assessed the proportion of patients with permanent companions and visitors using a questionnaire. The qualitative component, based on semi-structured interviews, explored the perceptions of caregivers, hospitalized patients, companions, and visitors concerning the advantages and disadvantages of family assistance. Data were analyzed using thematic grids.

Almost all hospitalized patients (98.08%) had at least one companion, and a large majority (81.81%) regularly received visitors. The role of the family include emotional support, mediation with caregivers, practical assistance, health monitoring, and decision-making support. The advantages of family assistance are numerous: financial, material, emotional, and practical support, which are crucial for patient recovery. However, disadvantages exist, such as the reduction of patients' privacy, tensions between families and caregivers, and the risks of nosocomial infections.

Family assistance is essential but presents significant challenges. The results highlight the need for clear policies and awareness to better manage family presence while optimizing hospital care.

Keywords: family assistance in hospitals, family support, hospital care; family solidarity, role of families in care.

Introduction

L'assistance familiale aux malades hospitalisés est un phénomène profondément ancré dans de nombreuses cultures, notamment dans les sociétés africaines où les liens familiaux et communautaires jouent un rôle central dans le soutien aux individus en période d'inconfort. Cette pratique bénévole reflète la valeur accordée à la solidarité familiale. Elle comporte des dimensions complexes qui influencent à la fois les soignants et les soignés hospitalisés.

L'hospitalisation, en tant que période de vulnérabilité physique et émotionnelle, crée un besoin accru de soutien et de réconfort. Les membres de la famille, en s'engageant activement dans le processus de soin, apportent une aide pratique et émotionnelle essentielle. Ils assistent dans les soins de base, comme l'alimentation et l'hygiène, et offrent un réconfort émotionnel qui peut être crucial pour le rétablissement du patient. Cependant, cette assistance n'est pas sans défis et peut parfois engendrer des tensions entre les soignants et les familles, ainsi que des pressions supplémentaires sur les membres de la famille eux-mêmes.

La perception de cette assistance varie selon les acteurs impliqués. Pour les soignants, la présence des familles peut être perçue, à la fois, comme un soutien et comme une ingérence. Les familles peuvent compléter les soins prodigués par les soignants, mais peuvent aussi compliquer les routines établies et les protocoles médicaux. Du côté des patients, l'assistance familiale est généralement perçue positivement, car elle renforce le sentiment de sécurité et de bien-être. Néanmoins, elle peut aussi induire un sentiment de perte d'intimité et une dépendance accrue, ce qui peut affecter la dynamique familiale et la qualité de vie du patient.

La littérature socio anthropologique a diversement abordé la question de l'assistance familiale aux malades hospitalisés. Selon Ward-Griffin et McKeever (Ward-Griffin & McKeever, 2000) qui ont exploré les relations entre les infirmières et les aides familiaux, les familles peuvent offrir un soutien émotionnel indispensable, ce qui peut accélérer le processus de guérison. Cependant, un équilibre entre le soutien familial et le respect de l'autonomie du patient est indispensable. Selon Laidsaar-Powell et al. (Laidsaar-Powell et al., 2016), les patients

se sentent plus soutenus et moins anxieux lorsqu'ils sont entourés de leurs proches. Cependant, certains patients peuvent ressentir une perte d'intimité et un sentiment de dépendance accrue. Des études sur l'accompagnement des patients hospitalisés dans le contexte africain ont montré que l'accompagnement était quasi-systématique et crucial pour le soutien psychoaffectif, le soutien en logistique des patients (Kanté, 2003), le soutien financier (Aly, 2010), le soutien dans la mobilité, dans les activités de la vie quotidienne ou domestique (Karabinta et al., 2019) et le soutien dans les prises de décision (Schnitzler, 2014). C'est ainsi que Compaoré (Compaoré, 2014) affirmait que la famille comble le déficit en personnel médical, sa présence en milieu hospitalier est justifiée par la solidarité africaine et le faible ratio personnel de santé. Toutefois, les auteurs s'accordent sur le fait que la présence des familles à l'hôpital a aussi des inconvénients. Les accompagnants gênent parfois les activités hospitalières et méconnaissent souvent les règles de l'hôpital et les risques d'infections nosocomiales (Karabinta et al., 2019).

Bien que des études existantes aient exploré l'assistance familiale en milieu hospitalier sous divers angles, la littérature scientifique n'a pas suffisamment approfondi certaines dimensions essentielles de cette pratique. Notamment, les recherches manquent souvent de précision quant au nombre de visiteurs par patient et ne détaillent pas suffisamment les avantages et les inconvénients de cette présence dans des contextes variés. Il est particulièrement crucial d'étudier comment les différents acteurs impliqués perçoivent ces avantages et inconvénients, car ces perceptions peuvent significativement influencer les politiques de soins et le vécu des patients et de leurs familles.

Chaque contexte culturel et institutionnel peut révéler des dynamiques spécifiques qui enrichiraient notre compréhension des interactions en milieu de soins. De plus, une exploration approfondie de ces perceptions dans divers environnements pourrait illuminer des aspects jusqu'alors négligés de l'interaction familiale en milieu hospitalier, mettant en lumière l'importance cruciale de poursuivre les recherches dans ce domaine.

En somme, l'assertion selon laquelle les études sur l'assistance familiale à l'hôpital n'ont pas encore atteint un point de saturation suggère non seulement la nécessité de recherches supplémentaires,

mais également l'opportunité d'élargir le champ théorique et pratique de la socio-anthropologie de la santé pour mieux comprendre et intégrer la dimension humaine et culturelle dans les soins médicaux et paramédicaux. C'est ainsi que cette étude se propose de répondre à la question suivante : Quelles sont les perceptions des acteurs (soignants, soignés hospitalisés et familles) sur les avantages et les inconvénients de l'assistance familiale aux malades hospitalisés au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Dédougou (Burkina Faso) ? L'objectif qui découle de cette question est d'analyser les perceptions des acteurs sur les avantages et inconvénients de l'assistance familiale aux malades hospitalisés au CHR de Dédougou. La compréhension de ces perceptions peut aider à optimiser l'interaction entre le personnel hospitalier et les familles. Cela peut conduire à une meilleure coordination des soins et à une amélioration de l'efficacité des interventions médicales et paramédicales. Cette étude contribuerait aussi à combler un vide dans la recherche sur l'interaction entre les soins hospitaliers et l'assistance familiale dans un contexte africain, enrichissant ainsi la littérature existante sur le sujet et offrant un modèle pour des études similaires dans d'autres régions.

Cette étude est inductive. Nous n'avons pas formulé explicitement d'hypothèse à partir de laquelle nous avons conçu nos outils de collecte de données. En passant en revue la littérature internationale et africaine, nous avons identifié divers modèles ou théories qui pourraient nous aider à mieux expliquer ou comprendre les perceptions des acteurs sur les avantages et les inconvénients de l'assistance familiale aux malades hospitalisés. Dans notre analyse, nous avons choisi d'appliquer différentes théories de manière sélective, en optant pour celle qui semblait la plus pertinente pour éclairer chaque aspect du phénomène étudié. La complexité inhérente aux réalités sociales, telles qu'explorées par les sciences sociales, rend souvent une seule théorie insuffisante pour en rendre compte de manière exhaustive.

1. Méthodes

Pour atteindre l'objectif, nous avons réalisé une étude transversale utilisant une méthode mixte quantitative et qualitative. L'étude s'est déroulée au CHR de Dédougou qui est une structure de

référence de deuxième niveau dans la pyramide sanitaire du Burkina Faso. Le site de cette étude et ses méthodes ont été partiellement présentés dans cinq de nos études antérieures (Berthé, 2024a, 2024b, 2024c, 2024d, 2024^e). Il couvre une superficie de 34153 km² (Centre Régional Hospitalier de Dédougou (Burkina Faso), 2022) et une population estimée à 1 901 269 habitants en 2019 (Institut national de la statistique et de la démographie (INSD), 2020). Le CHR intègre divers services spécialisés et a une capacité d'hospitalisation de 166 lits.

Cette étude a intégré une phase « revue de la littérature » et une phase de collecte de données sur le terrain. Nous avons d'abord effectué la revue de littérature narrative, ciblant les publications sur l'assistance familiale en milieu hospitalier en combinant des mots clés comme : Assistance familiale ; hôpital ; Soutien des proches ; Rôles des familles ; Solidarité familiale ; Santé ; Éthique ; Care ; Soutiens sociaux ; Soins palliatifs ; etc. Les recherches ont été réalisées principalement sur Google Scholar et PubMed.

Le volet quantitatif de cette étude a été transversal à visée descriptive pour évaluer exclusivement la proportion de patients ayant des accompagnateurs/accompagnants permanents et les visiteurs. La population d'étude est constituée de l'ensemble des patients hospitalisés au CHR durant le mois de novembre 2023. Les accompagnateurs ont répondu à la place des hospitalisés ayant moins de 18 ans. La participation à ce volet a été proposée à tous les occupants des 166 lits des six services hospitaliers du CHR : médecine générale et spécialités médicales (34 lits), urgences médicales disposant (10 lits), gynécologie obstétrique (24 lits), chirurgie et spécialité chirurgicale (36 lits), pédiatrie (51 lits) et psychiatrie (11 lits).

Durant 16 jours (du 15 au 30 novembre 2023), neuf étudiants-stagiaires enquêteurs de niveaux licence en sociologie anthropologie de l'Université Daniel Ouezzin Coulibaly (UDOC), à Dédougou, se sont rendus chaque matin au CHR pour compter ou recompter le nombre de malades hospitalisés, le nombre d'accompagnateurs/accompagnants ou de gardes malades permanents et le nombre de visiteurs que chaque hospitalisé a reçu la veille. Avec chaque malade hospitalisé ou son représentant, ils ont renseigné un court questionnaire électronique déposé sur leur smartphone. Au total, 387 malades hospitalisés ont été inclus dans ce volet. Les données ont été saisies et analysées à l'aide des

logiciels Microsoft Word et Kobotoolbox. Les résultats ont été générés sous la forme de proportions.

Afin de cerner les perceptions des avantages et des inconvénients de l'assistance familiale au CHR, un volet qualitatif (à transversal à visée analytique) a été réalisé à la suite du volet quantitatif. Ce volet a concerné la perception des avantages et des inconvénients de l'assistance familiale au CHR. Il a ciblé : les soignants, les malades hospitalisés, les accompagnateurs/accompagnants et les visiteurs. Aucun nombre d'enquêtés n'a été fixé au départ. Les enquêtés ont été inclus jusqu'à la saturation des informations recherchées. Ils ont été sélectionnés de façon raisonnée en veillant à avoir un groupe hétérogène socialement représentatif de la population mère. Au total, 64 personnes ont été interrogées par les neuf étudiants stagiaires enquêteurs au cours d'entretien individuel à l'aide d'un guide d'entretien semi-structuré. La collecte de ces données qualitatives s'est déroulée de novembre à décembre 2023. Elles ont été analysées à l'aide d'une grille d'analyse thématique.

Pour les deux volets, les principes éthiques de la recherche scientifique en sciences sociales (Mucchielli, 2009) ont été respectés. La participation était libre et volontaire, l'anonymat et la confidentialité ont été respectés. Avant la collecte des données, les étudiants stagiaires enquêteurs ont été formés à la maîtrise de l'éthique de la recherche en sciences sociales, à la technique d'administration de questionnaire et aux techniques de réalisation des entretiens individuels.

Pour assurer une forme de validation des données, nous avons réalisé une restitution de positionnement du chercheur au CHR au début de l'étude, une restitution test de l'analyse auprès des autorités et responsables des services du CHR et une restitution comme un devoir devant un grand public à Dédougou. La typologie de ces pratiques restituantes est empruntée à Bergier (Bergier, 2000). En outre, les résultats de l'étude ont été présentés à deux conférences scientifiques au niveau national (Tionou et al., 2024).

2. Résultats

2.1. Caractéristiques sociodémographiques des malades hospitalisés

Les malades hospitalisés inclus dans le volet quantitatif de cette étude étaient au nombre de 387 dont 249 (64,34%) femmes. Ils provenaient du service de pédiatrie (26,55%), de gynéco-obstétrique (24,48%), de chirurgie et spécialités chirurgicales (18,56%), de médecine et spécialités médicales (16,75%), des urgences médicales (11,6%) et de psychiatrie (2,06%). La majorité était mariée (86,08), jeunes de moins de 25 ans (70,34%), ménagères (40,57 %) ou cultivateurs (30,75 %), musulmane (65,21%). Ils habitaient majoritairement hors de la ville de Dédougou (57,22%). La durée moyenne de leur séjour au CHR était de 6 jours.

2.2. Présence familiale au CHR de Dédougou

La quasi-totalité (98,08%) des malades hospitalisés au CHR de Dédougou avaient au moins un accompagnateur/accompagnant ou garde malade. Le quart (25,86%) avait un seul accompagnateur/accompagnant. La moitié (50,74%) en avaient deux et l'autre quart (23,40%) en avait plus. Ces accompagnateurs/accompagnants étaient des mères (25,33%), des pères (17,24%), des frères ou sœurs (19,43%), des tantes (3,44%), des amis (1,38%), des camarades (0,44%) et autres (32,73%). La quasi-totalité de ces accompagnateurs/accompagnants (94,14%) étaient des permanents le jour (50,82%) ou la nuit (49,18%).

La grande majorité des malades hospitalisés (81,81%) recevaient régulièrement des visiteurs, principalement le jour (59,36%) ou la nuit (40,64%). Ces visiteurs étaient des parents (55,05%), des amis (20,90%), des voisins (18,54%), des collègues (4,87%) et autres (0,64%). Les malades hospitalisés recevaient en moyenne quatre (04) visiteurs le jour (50,57% des malades) comme la nuit (51,93% des malades).

2.3. Rôle de la famille auprès des malades hospitalisés

Les enquêtés ont affirmé presque unanimement que la famille jouait plusieurs rôles essentiels auprès de ses membres hospitalisés. La famille assurait, entre autres : le soutien émotionnel, l'intermédiation avec les soignants, l'aide pratique et soins quotidiens, la surveillance de la santé et le soutien à la prise de décision.

Selon les enquêtés, la présence de la famille offrait un réconfort significatif au malade, lui permettait de se sentir soutenu et aimé. Cette présence pourrait réduire son anxiété, améliorer son état psychologique et favoriser ainsi son rétablissement. La famille jouait un rôle d'intermédiation avec le personnel du CHR : les membres de la famille agissaient comme des communicateurs entre leur malade et le personnel médical en aidant à expliquer les directives médicales et à s'assurer que chaque partie prend en compte les besoins de l'autre partie.

Au CHR, la famille aidait à gérer les aspects pratiques des soins. Elle assurait, pour le malade, les activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se nourrir, assurer la fonction vésicale, assurer la fonction intestinale, utiliser les toilettes, entretenir sa personne), les activités de la vie domestique (fournir le repas, entretenir l'espace d'hospitalisation, s'occuper du nettoyage des ustensiles et des habits, gérer le budget alloué aux soins, contribuer à la bonne prise des médicaments), la mobilité (marcher, se mouvoir, faire les courses du malade), la fonction mentale (s'orienter, juger et prendre des décisions, comprendre ce qui se passe autour de soi, se souvenir, se comporter dignement) et la communication (voir, entendre, parler).

La famille jouait aussi un rôle de surveillant de la santé en observant les changements dans l'état de santé du malade. Ces observations peuvent signaler la nécessité d'une alerte ou d'une attention médicale urgente, permettant une intervention rapide en cas de complications. Enfin, la famille assurait un soutien à la prise de décision. Dans certaines situations où des décisions médicales critiques devaient être prises, la famille aidait le patient à comprendre les options disponibles et à prendre des décisions éclairées concernant son traitement.

Prenant en compte ces rôles, un soignant de 31 ans a affirmé :

La famille joue un rôle capital pour la récupération du patient, en offrant des soins corporels, en gérant l'achat des médicaments, et en fournissant réconfort et consolation. Elle sert d'intermédiaire entre le personnel soignant et les patients, ce qui améliore la communication et la compréhension des soins dispensés. » Un visiteur de 38 ans a ajouté : « La famille veille non seulement sur le patient mais informe également le personnel soignant de l'évolution de son état, et s'occupe de ses besoins quotidiens.

Un accompagnant de 52 ans a déclaré : « La présence de la famille est un pilier des soins. Elle assure au patient qu'il n'est pas abandonné, ce qui est crucial pour son moral et son rétablissement. »

2.4. Avantages de l'assistance familiale à l'hôpital

Les avantages de l'assistance familiale aux malades hospitalisés ressemblaient aux rôles positifs joués par les familles lors de l'hospitalisation de leurs membres. Dans la rubrique sur les rôles de la famille auprès des malades hospitalisés, nous avons déjà évoqué explicitement ou implicitement le soutien multiforme (financier, matériel, émotionnel, moral, psychologique, informationnel, médical, spirituel ou religieux, les aides dans les activités de la vie quotidienne, les activités de la vie domestique, la mobilité, la fonction mentale, les aides logiques) que les familles apportaient à leurs membres hospitalisés.

Outre ce soutien multiforme évoqué à la fois par les soignants, les malades hospitalisés, les accompagnateurs/accompagnants et les visiteurs, certains soignants ont ajouté que la famille impactait aussi sur la récupération et les résultats de santé grâce aux soutiens qu'elle apportait. D'autres soignants ont notifié que la présence familiale aidait également à une meilleure compréhension et gestion du plan de soins après l'hospitalisation, réduisant ainsi le risque de complication et de réadmission. Selon un soignant de 53 ans,

il est souvent crucial d'avoir quelqu'un pour aider le patient à se lever, se nourrir, acheter et administrer les médicaments, et même transporter les échantillons au laboratoire. La présence d'un proche est une aide réelle. Elle est indispensable en fonction du degré, de la nature et/ou de la sévérité de la maladie.

Une soignante de 42 ans a ajouté :

ici, le personnel soignant est insuffisant. Le personnel du secteur social public est absent au CHR. C'est ainsi que la famille s'y retrouve pour assurer les aspects sociaux des soins qu'elle apporte déjà à domicile, en milieu hospitalier et même en post-hospitalisation. La maladie commence, se poursuit et se termine dans les mains de la famille. La famille est donc présente à toutes les étapes de la maladie et contribue fortement au rétablissement du malade.

Une malade hospitalisée de 34 ans a synthétisé en ces termes

Lorsque tu es hospitalisé au CHR, c'est grâce à la famille que tu te sens à l'aise comme si tu étais chez toi. La famille donne la dimension humaine et sociale aux soins reçus au CHR. Les visiteurs te procurent une assurance, une forme de sécurité. Les avantages sont multiples.

2.5. Inconvénients de l'assistance familiale à l'hôpital

Selon les enquêtés, l'assistance familiale à l'hôpital a des effets négatifs sur le malade, sur la famille, sur les soignants et sur l'espace de soins.

Au sujet des effets négatifs de cette assistance familiale sur les malades hospitalisés, les enquêtés ont mentionné la réduction de l'espace de la vie privée du malade avec les risques de rupture de la confidentialité autour de sa maladie ou des soins, la tension ou les incompréhensions entre la famille et le malade, les perturbations des soins dus aux visiteurs en dehors des heures officielles de visite, la dépendance accrue du malade assisté vis-à-vis des aides familiales reçues. La combinaison de ces éléments peut entraîner un retard dans la guérison du malade. A ce sujet, un malade hospitalisé âgé de 26 ans disait :

À cause des visiteurs, tu ne peux pas faire ou bien faire la sieste. La nuit aussi, tu ne peux pas te coucher assez tôt. Pour qu'on puisse t'aider à faire ta toilette ou à t'habiller, tu es souvent obligé de demander à certains visiteurs de sortir de ta chambre en attendant. Certains veulent connaître le contenu de tout ton dossier médical. Parfois, il y a plus de visiteurs que d'espace disponible

dans la chambre commune. Si vous êtes cinq dans la chambre, les visiteurs des uns peuvent gêner les malades et visiteurs des autres.

Une accompagnatrice/accompagnante de 42 ans a ajouté :

Les visiteurs font trop de bruit autour des malades. Ça les fatigue. On les hospitalise pour qu'ils se reposent. Au moment où il est sous traitement et doit se reposer, les visiteurs sont nombreux et font du bruit, ce qui l'empêche de dormir. Le malade doit moins parler, mais le fait que les visiteurs lui posent des questions, il se sent obligé de les répondre en forçant de parler. Tout cela sont des inconvénients.

Les enquêtés ont aussi mentionné les effets négatifs de l'assistance familiale à l'hôpital sur la famille elle-même qui sont entre autres : le stress subit, la fatigue liée au va-et-vient entre le domicile et le CHR, la fatigue liée à la veille sur le malade en sommeil, les risques de contracter une infection nosocomiale, la tension avec le malade et/ou les soignants, la diminution du capital financier due aux dépenses liées à l'hospitalisation et aux déplacements, l'absentéisme au service dû aux courses ou aux visites à l'hôpital. Une accompagnante de 36 ans a témoigné en ces termes :

Chez nous, les accompagnants qui veillons sur les malades, nous sommes inquiets, aussi, si on dure à l'hôpital, cela nous fatigue, on dort moins bien qu'à la maison, on passe des heures à surveiller, le corps est fatigué, l'esprit est fatigué et pire si son état ne s'améliore pas de jour en jour.

Une autre accompagnante de 26 ans a abondé dans le sens des risques infectieux :

Nous courons trop de risques, si ton malade ou son voisin malade a une maladie contagieuse non encore détectée, si les malades de votre chambre commune souffrent de maladies transmissibles par les moustiques ou autre chose, tu restes exposé à ces maladies.

Un visiteur de 49 ans a centré sur l'aspect financier :

Pour les visiteurs réguliers ou les parents proches, il faut venir le voir régulièrement. Cela nécessite des va-et-vient, et cela a un coût financier (carburant, parking,

amortissement de la moto, soutien financier à donner au malade). Or, souvent, nous laissons nos activités génératrices de revenu pour venir ici. L'un dans l'autre, financièrement cela reste un des inconvénients de son hospitalisation.

En plus du malade hospitalisé et des membres de la famille, les enquêtés ont aussi relevé des effets négatifs de la forte présence familiale sur les soignants. Ils ont fait référence à la démotivation des soignants due à l'interférence de la famille dans les soins médicaux et paramédicaux, à la tension avec la famille due souvent aux divergences dans les manières de penser, d'agir et d'être des soignants envers le malade, ses accompagnateurs/accompagnants ou ses visiteurs. Un médecin du CHR âgé de 48 ans disait :

Il arrive souvent que des membres de la famille nous posent trop de questions sur le diagnostic, le traitement, la posologie, l'état du malade, etc. Parfois, on a l'impression qu'ils veulent remettre en question nos décisions. Parfois, tout en étant hospitalisé, la famille fait suivre un traitement parallèle au nôtre. Quelquefois, nous avons le sentiment que la famille veut rivaliser avec nous dans le traitement médical de son membre hospitalisé. Cela n'est pas du tout réconfortant.

De l'avis des enquêtés, la présence des membres de la famille auprès des malades affecte aussi négativement la structure (espace) hospitalière. Il s'agit essentiellement de l'endommagement du matériel des chambres d'hospitalisation (lits, ventilateurs, installations électriques) par certains membres de l'entourage, la réduction de l'espace de soins due à une sur-présence de l'entourage des malades, l'insuffisance d'hygiène aussi bien dans les chambres que dans les toilettes). À ce sujet, un soignant de 37 ans, disait :

Les inconvénients ? Les membres de la famille viennent très nombreux. Ce n'est pas bien. Ils deviennent étouffants pour le malade. Chacun veut montrer qu'il compatit à sa douleur et finalement, leur gestion devient compliquée. L'hôpital, ce n'est pas comme ailleurs. Ils retournent avec des germes. Ils ne choisissent pas des coins pour s'asseoir, ils s'asseyent partout, ils attrapent tout. Et souvent ils viennent avec des enfants. L'enfant se jette partout, arrivés à la maison, ils n'ont pas le réflexe de laver immédiatement

les mains, avant de faire quoi que ce soit. Donc ils remportent des germes, ce n'est pas bien.

Une soignante de 28 ans a ajouté :

Nous avons souvent des accompagnateurs qui endommagent nos matériels de travail. Par exemple, les lits hospitaliers, nous retrouvons souvent des accompagnateurs, quatre ou cinq, sur les lits de l'hôpital, ce qui peut les détériorer. Nous avons aussi les malades qui ne respectent pas les mesures d'hygiène, ils jettent les sachets au lieu de les mettre dans les poubelles, ils crachent sur les murs, etc.

De l'avis de quelques personnes rencontrées, les désagréments relevés pourraient s'expliquer par la méconnaissance des règles de fonctionnement du CHR par la population, y compris le non-respect des consignes ordinaires et spécifiques, le nombre élevé d'accompagnants et de visiteurs, le manque de confiance envers les soignants, le faible niveau d'instruction des membres de la famille et leur attachement aux visites à l'hôpital perçues comme un indicateur de la compassion avec le malade et sa famille.

2.6. Défis liés à la gestion de la présence familiale auprès des malades hospitalisés au CHR de Dédougou

Dans le contexte actuel des hospitalisations au Burkina Faso, l'assistance familiale, tout en présentant à la fois des avantages et des inconvénients, reste indispensable et sa gestion soulève des défis auxquels les acteurs les plus concernés doivent faire face. C'est sous la forme de question que ces défis ont plus été évoqués par les soignants que les autres enquêtés : Comment réduire le nombre d'accompagnants et/ou de visiteurs sans frustrer les familles ? Comment bien respecter les protocoles de soins tout en admettant les familles à l'hôpital ? Comment assurer la confidentialité des soins et la sécurité des ressources humaines et matérielles de l'hôpital ? Comment bien gérer les risques d'infection nosocomiales avec les allers-retours (entre la ville et l'hôpital) du personnel et des membres de la famille ? Comment prévenir et/ou gérer les tensions et conflits entre les acteurs de l'espace hospitalier ? Comment mieux communiquer avec l'entourage des malades qui se renouvellent constamment ?

Au sujet de la politique interne du CHR de Dédougou, certains enquêtés ont noté l'absence de directives claires. Les mesures existantes, telle que la restriction à un accompagnant par malade, l'instauration des heures de visite (le matin des jours ouvrables de 6h à 6h45, à midi de 12h 30 à 14h 45, le soir de 17h 45 à 21H, les week-end et jours fériés de 10h à 21h) ne sont pas toujours respectées ni efficacement communiquées. Ce manque de politique formelle et de communication contribue à la confusion et à l'incohérence dans l'application des règles.

Pour remédier à ces défis, les enquêtés recommandent une sensibilisation accrue des malades, des accompagnateurs/accompagnants et des visiteurs sur l'importance de suivre les directives pour le bien-être des malades. Des sessions régulières de sensibilisation, le renforcement de la signalisation et une surveillance accrue sont suggérés pour améliorer la situation. En outre, il est crucial que le CHR de Dédougou élabore et communique clairement des politiques spécifiques régissant l'assistance familiale, afin d'assurer une meilleure gestion de l'environnement hospitalier et de favoriser une coopération efficace entre le personnel soignant, les malades et leur famille. Cette approche intégrée aiderait non seulement à optimiser les soins prodigués aux malades, mais aussi à améliorer l'expérience des familles lors de leur présence à l'hôpital.

3. Discussion

Cette recherche pourrait être affectée par un biais ou une limitation (Hammersley & Gomm, 1997). Nous pensons que les malades et/ou les accompagnateurs/accompagnants ont sous-déclaré le nombre d'accompagnants par malade et le nombre de visiteurs par malade et par jour. Cette sous-déclaration pourrait s'expliquer par : a) la désirabilité sociale ou le fait que certains enquêtés ont répondu de manière socialement acceptable, sachant que l'hôpital a une volonté de réduire le nombre d'accompagnants et de visiteurs. Ces enquêtés ont craint des conséquences négatives s'ils déclaraient un nombre plus élevé que ce qui est permis ; b) la confidentialité du nombre d'accompagnants et/ou de visiteurs ou le fait que certains enquêtés craignant que cette information ne soit utilisée contre elles ; c) le manque de suivi ou

d'attention ou le fait que certains malades ou accompagnateurs ne se sont pas investis à compter précisément ou se souvenir du nombre exact de visiteurs quotidien. La théorie de l'action rationnelle de Weber (Weber, 2013) et la théorie de la désirabilité sociale de Edwards (Edwards, 1957) expliqueraient ce comportement des malades et accompagnateurs/accompagnants enquêtés. Selon ces théories, les individus prennent des décisions basées sur des calculs rationnels pour maximiser leur bénéfice personnel ou minimiser les désavantages. Ainsi, nos enquêtés peuvent sous-déclarer le nombre de visiteurs pour éviter des conséquences négatives, comme des réprimandes de la part du personnel hospitalier ou des restrictions supplémentaires. Ces individus adaptent leurs réponses pour se conformer aux normes et attentes sociales perçues, pour paraître plus conformes aux règles de l'hôpital ou plus respectueux des directives sanitaires, surtout s'ils pensent que leurs réponses seront jugées par d'autres.

Malgré cette limitation, l'étude apporte des perspectives précieuses sur l'assistance familiale dans un contexte hospitalier. Ces données contribuent à une meilleure compréhension du phénomène étudié et encouragent l'élaboration de politiques plus adaptées pour gérer efficacement la présence des familles tout en assurant la sécurité et le confort de tous les patients. Elle met aussi en évidence l'importance du « care » (pratique sociale impliquant la prise en charge sanitaire d'autrui, où l'attention, la responsabilité et l'affection sont centrales) ou des soins sociaux comme un aspect fondamental de l'assistance familiale (Fisher et al., 1990; Sanou, 2022; Tronto, 2020). En milieu hospitalier, le "care" est non seulement une réponse à un manque de ressources, mais aussi une expression culturelle profondément enracinée de solidarité et de responsabilité mutuelle. Cette étude ouvre la voie à des recherches futures qui pourraient utiliser des méthodes complémentaires pour surmonter les biais identifiés.

3.1. Rôle de la famille auprès des malades hospitalisés

La quasi-totalité (98,08 %) des malades hospitalisés au CHR de Dédougou a au moins un accompagnateur/accompagnant ou garde malade et la grande majorité (81,81%) reçoit des visiteurs réguliers. Tout cela est révélateur de la forte solidarité familiale et communautaire

au Burkina Faso (Berthé et al., 2024). Cette forte présence familiale s'expliquerait par deux facteurs essentiels : l'insuffisance de personnel médical et les normes sociales qui accordent une place importante à la famille dans les soins de ses membres malades. Au Burkina Faso en 2020, la densité des professionnels de santé pour 10 000 habitants était 9,4 (Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, 2023). En 2022, le ratio population/médecin était de 9 271 et le ratio population /sage-femme-maïeuticien 4 227 (Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, 2023). En Afrique (*Health Workforce*, 2024), nous avons 1 médecin pour 5 000 habitants et 1 sage-femme/maïeuticien pour 4 000 à 5 000 femmes en âge de procréer en Afrique. Dans le monde (*Global Health Workforce statistics database*, Sine data), c'est plutôt 1 médecin pour 1 500 à 1 800 habitants dans le monde, 1 sage-femme/maïeuticien pour 1 500 à 2 000 femmes en âge de procréer. Au CHR de Dédougou, les agents sociaux du secteur public issus du Ministère en charge de l'action sociale sont quasiment absents des structures de santé publiques. Et leurs rôles sociaux sont joués par la famille et/ou les organisations à base communautaire.

Par ailleurs, les valeurs culturelles de solidarité et de soutien familial en Afrique de l'Ouest encouragent fortement la présence des proches auprès des malades. Cette pratique est perçue comme un devoir familial et social. C'est ainsi qu'en situation d'hospitalisation, la famille se retrouve plus ou moins obligée d'apporter sa contribution aux soins en milieu hospitalier en jouant un rôle crucial dans plusieurs domaines : soutien émotionnel, intermédiation avec les soignants, aide pratique et soins quotidiens, surveillance de la santé et soutien à la prise de décision, etc.

Kanté (2003), Aly (2010), Karabinta et al. (2019) au Mali ; Schnitzler (2014, 2020) au Bénin, et Compaoré (2014) au Burkina Faso avaient déjà mis en évidence ce rôle de la famille en milieu hospitalier. Ainsi, aussi bien à domicile qu'en milieu hospitalier, les rôles joués par la famille reflètent les principes du « care » à travers ces quatre dimensions : « caring about » (se soucier d'autrui ou prendre conscience qu'autrui a un besoin de soin), « taking care of » (prendre autrui en charge ou mettre en place le dispositif de soin), « care giving » (donner les soins à autrui ou rendre les soins effectifs via des actes) et

le « care receiving » (recevoir les soins d'autrui ou la réception de l'aide, la réponse de l'aidé) (Gilligan, 1993; Sanou, 2022).

La forte présence et l'implication de la famille peuvent être expliquées par la théorie du capital social de Bourdieu (2011), qui souligne l'importance des réseaux de relations pour fournir des ressources et un soutien crucial à ses membres. Dans cette étude, la famille constitue le principal réseau de soutien pour les malades hospitalisés, comblant les lacunes des infrastructures de santé. En nous inspirant de la théorie des rôles sociaux de Parsons (2013) ou de la théorie des systèmes familiaux de Bowen (Bowen et al.), selon lesquelles les comportements des individus sont influencés par les attentes liées à leur rôle familial/social, nous pouvons dire que dans la culture burkinabé, les rôles de parent, de frère/sœur ou d'ami incluent la responsabilité de s'occuper des proches hospitalisés, ce qui explique la forte présence familiale observée. Aussi, à travers sa théorie de la communauté, Eze (2016), nous laisse comprendre que la communauté joue un rôle central dans la vie des individus dans de nombreuses sociétés africaines où une pensée populaire dit : « j'existe parce que nous existons ». Ainsi, la forte interdépendance des membres de la communauté africaine justifie la forte solidarité et l'assistance mutuelle observées dans le contexte de l'hospitalisation à Dédougou. En outre, conformément au modèle de la spécificité des tâches de Litwak et Penning cité par Berthé (2013), affirmons qu'en milieu hospitalier, les soignants et la famille jouent des rôles spécifiques : les premiers apportent les soins médicaux et paramédicaux, les seconds assurent les soins sociaux et communautaires. Enfin, le modèle hiérarchique compensatoire des soins de Shanas et Cantor cités par Berthé (2013) permet de comprendre qu'en milieu hospitalier les soins et rôles des soignants et de la famille sont hiérarchiques (les soins médicaux et paramédicaux d'abord, les soins sociaux ensuite et les communautaires enfin) et compensatoire/complémentaires.

3.2. Avantages et inconvénients de l'assistance familiale à l'hôpital

Les avantages de l'assistance familiale aux malades hospitalisés au CHR de Dédougou sont nombreux et reflètent les rôles

multifonctionnels que les familles jouent. Les familles offrent un soutien financier, matériel, émotionnel, moral, psychologique, informationnel, médical, spirituel et religieux, ainsi que des aides dans les activités de la vie quotidienne et domestique, la mobilité, la fonction mentale et les aides logistiques. Ces formes de soutien sont essentielles dans un contexte où les ressources hospitalières et le personnel médical sont limités.

Ces observations sont cohérentes avec les études antérieures menées en Afrique (Aly, 2010; Compaoré, 2014; Kanté, 2003; Karabinta et al., 2019; Schnitzler, 2014), bien qu'elles diffèrent des contextes où les systèmes de soutien institutionnels sont plus développés. Outre les théories déjà évoquées dans la rubrique précédente et qui permettent de comprendre de façon explicite ou implicite ces avantages. L'un des principaux avantages de la présence familiale en milieu hospitalier est le soutien émotionnel. Le recours à la théorie de l'attachement de Bowlby (Bowlby, 1989), selon laquelle les liens affectifs forts entre les membres de la famille motivent les visites et l'assistance aux malades hospitalisés, permet de comprendre le fondement de ce soutien et les autres soutiens corollaires. Ce que confirme aussi le Modèle biopsychosocial de Engel (Engel, 1992), selon lequel le soutien familial affecte non seulement les aspects physiques, mais aussi les dimensions psychologiques et sociales de la santé des malades. En somme, le soutien fourni par la famille n'est pas seulement pratique ou émotionnel, mais aussi un élément clé de la guérison et du bien-être psychosocial. Cela a été mis en évidence dans la théorie du « care » (Tronto, 2013).

Les inconvénients de l'assistance familiale au CHR de Dédougou sont variés et touchent plusieurs aspects : le malade, la famille, les soignants et l'espace de soins (Aly, 2010; BERTHE-SANOU et al., 2022; Berthé et al., 2022; Berthé/Sanou, 2023; Berthé/Sanou et al., 2021; Compaoré, 2014; Kanté, 2003; Karabinta et al., 2019; Schnitzler, 2014). Il existe, parfois, des tensions entre les acteurs en milieu hospitalier (soignants, soignés, accompagnateurs/accompagnants et les visiteurs) qui peuvent ne pas avoir les mêmes besoins, les mêmes manières de penser, d'agir ou d'être. Cette situation s'explique souvent par le « caring burden » (la surcharge de soins) de ces acteurs (Franklin et al., 1998; Robinson, 2011).

Le contexte politique, socioculturel, économique permet de mieux comprendre ces inconvénients. Les auteurs ayant abordé le rôle ou les avantages de la présence familiale en milieu hospitalier s'accordent à dire qu'une forte présence, de forte implication dans la relation soignant-soigné entraînent souvent une perturbation des activités hospitalières et jouent négativement sur la qualité des soins.

Conclusion

L'étude sur les perceptions des acteurs concernant les avantages et les inconvénients de l'assistance familiale aux malades hospitalisés au CHR de Dédougou au Burkina Faso révèle des dynamiques complexes et des implications significatives pour les pratiques de soins hospitaliers.

Les résultats montrent que l'assistance familiale est omniprésente et multifonctionnelle. La quasi-totalité des malades hospitalisés avaient des accompagnateurs/accompagnants, ce qui souligne l'importance de la solidarité familiale dans le contexte de Dédougou. Cette forte présence familiale peut être attribuée à des facteurs culturels et sociétaux profondément enracinés. En Afrique de l'Ouest, les liens familiaux et communautaires sont essentiels, et la prise en charge des membres malades est perçue comme un devoir familial. Cela est conforme aux théories sociologiques comme la théorie du capital social de Bourdieu, qui met en évidence l'importance des réseaux de soutien social dans la fourniture de ressources et de soutien.

Les rôles joués par la famille sont multiples et incluent le soutien émotionnel, l'intermédiation avec les soignants, l'aide pratique et les soins quotidiens, la surveillance de la santé et le soutien à la prise de décision. Ces rôles correspondent aux principes du « care », un concept essentiel dans les sciences sociales qui implique l'attention, la responsabilité et l'affection. Selon les théories du « care », notamment celles de Joan Tronto, ces dimensions sont cruciales pour le bien-être des patients.

Les avantages de l'assistance familiale sont largement reconnus par les différents acteurs impliqués. Les familles apportent un soutien financier, matériel, émotionnel et pratique qui est essentiel pour la récupération et le bien-être des patients. En milieu hospitalier, où les

ressources peuvent être limitées, ce soutien est d'autant plus crucial. Le soutien émotionnel, par exemple, est essentiel pour réduire l'anxiété des patients et améliorer leur état psychologique, ce qui est conforme à la théorie de l'attachement de Bowlby, qui explique que les liens affectifs forts peuvent promouvoir la guérison et le bien-être.

Cependant, l'assistance familiale présente aussi des inconvénients. La présence constante des membres de la famille peut réduire la vie privée des patients et entraîner des tensions entre les familles et les soignants. Les perturbations causées par les visiteurs en dehors des heures officielles de visite peuvent également affecter la qualité des soins. Ces défis sont exacerbés par la surcharge des soignants et le manque de ressources, soulignant le besoin d'une meilleure gestion et de politiques claires.

Les effets négatifs sur les familles sont également notables. Les membres de la famille peuvent éprouver du stress, de la fatigue et des risques accrus d'infections nosocomiales. De plus, les coûts financiers associés aux visites fréquentes et aux soins peuvent être considérables. La théorie de la désirabilité sociale de Edwards peut expliquer pourquoi les familles peuvent sous-déclarer le nombre de visiteurs pour éviter des réprimandes, ce qui souligne la nécessité de politiques de communication plus efficaces.

Les défis liés à la gestion de l'assistance familiale sont nombreux. La réduction du nombre d'accompagnants et de visiteurs sans frustrer les familles, le respect des protocoles de soins, la confidentialité des soins, la sécurité des ressources et la gestion des risques d'infection sont des enjeux cruciaux.

Pour maximiser les avantages de l'assistance familiale tout en minimisant ses inconvénients, plusieurs stratégies peuvent être mises en œuvre. Une communication ouverte et régulière entre les soignants et les familles est essentielle. Des programmes de formation pour les familles peuvent également être bénéfiques, leur permettant de mieux comprendre les besoins des patients et les protocoles médicaux. De plus, la mise en place de politiques hospitalières claires concernant le rôle des familles peut aider à éviter les malentendus et à promouvoir une collaboration efficace.

Remerciements : Au terme de notre analyse, nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à Monsieur Yinfansa Gustave DABIRÉ, Directeur général du CHR de Dédougou au moment de l'étude, aux directeurs et responsables des services administratifs, médicaux et médico-techniques, à l'ensemble du personnel du CHR de Dédougou et à tous les enquêtés pour leur précieuse contribution à cette recherche.

Nos remerciements s'adressent également aux étudiants de troisième année de la licence en sociologie et anthropologie de l'Université Daniel Ouezzin COULIBALY, promotion 2022-2023, à savoir : Francis TIONOU, Mamounata SANFO, Fatoumata SAGNON, Angèle BAMBA, Delphine Wind Konta OUEDRAOGO, Théodore KOTONOU, Maïmouna NAON, Karim SAVADOGO et Alizeta ZONGO pour leur engagement et leur participation active dans cette étude lors de leur stage collectif. Merci à tous ces étudiants qui, compte tenu de leur investissement multiforme dans cette étude, auraient légitimement dû en être co-auteurs, mais qui ont généreusement accepté d'être mentionnés simplement dans les remerciements.

Enfin, nous adressons nos sincères remerciements aux sociologues et anthropologues du Centre Muraz (Institut National de Santé Publique), en particulier aux docteurs Lalla BERTHÉ/SANOU, Maïmouna SANOU et Blahima KONATÉ, pour leurs lectures critiques et leurs précieux conseils.

Références bibliographiques

- Aly, M. F. A. M. F. (2010). Avantages et contraintes liés à l'accompagnement des patients au service d'accueil des urgences (SAU) du CHU Gabriel TOURE.
- Bergier, B. (2000). *Repères pour une restitution des résultats de la recherche en sciences sociales*. l'Harmattan.
- BERTHE-SANOU, L., SANOU, M., BERTHE, A., BADINI-KINDA, F., & DRABO, M. K. (2022). Les personnes âgées de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): Conditions de vie et satisfaction. *Sciences Humaines*(16).
- Berthé, A. (2013). *Le système burkinabè de maintien des personnes âgées en autonomie fonctionnelle à domicile : analyse centrée sur les*

- acteurs de la ville de Bobo-Dioulasso* [Thèse de Doctorat (PhD), Université Catholique de Louvain (UCL)]. Bruxelles (Belgique).
- Berthé, A. (2024a). Connaissances, attitudes et pratiques du matériel d'ostéosynthèse chez les usagers du service de chirurgie au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Dédougou (Burkina Faso). *Santé publique, In Press*.
- Berthé, A. (2024b). Euthanasie au Burkina Faso : connaissances, attitudes et pratiques des agents de santé au Centre hospitalier régional de Dédougou (Burkina Faso). *Djiboul*, 4(007), 125-146.
- Berthé, A. (2024c). Facteurs limitant l'initiation de la collaboration entre les tradithérapeutes et les thérapeutes modernes au Centre Hospitalier Régional de Dédougou, Burkina Faso. *Djiboul*, 8(In Press).
- Berthé, A. (2024d). Motivations liées à l'orientation informelle des malades du Centre Hospitalier Régional de Dédougou (Burkina Faso) vers les structures privées de santé. *Revue Internationale Dônni*, 4(2), 44-60.
- Berthé, A. (2024e). Obstacles à l'achèvement et à la mise en service du Centre hospitalier régional universitaire de Dédougou (Burkina Faso). *Ziglôbitha*, 02(012), 483-510.
- Berthé, A., Konaté, B., Sanou, M., & Berthé/Sanou, L. (2024). Evolutions of family supports for elders with functional disabilities living at home in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): attempt to construct a theory of adaptive solidarities in the contexts of the donor and done. *AKOFENA*, 7(012), 177-192. <https://doi.org/https://doi.org/10.48734/akofena.n012.vol.7.16.2024>.
- Berthe, L., Sanou, M., Berthe, A., Badini, F., & Drabo, M. K. (2022). Satisfaction des personnes âgées en consultation externe au Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou au Burkina Faso. *Science et Technique, Sciences de la Santé*, 45(1), 83-103.
- Berthé/Sanou, L. (2023). *Qualité de vie des personnes âgées à Bobo-Dioulasso au Burkina Faso : satisfaction des personnes âgées relative aux conditions de vie, aux soins biomédicaux et sociaux* [Thèse de Doctorat, Université Joseph Ki Zerbo (Burkina Faso)].
- Berthé/Sanou, L., Tenguéri, Y., Sanou, M., Berthé, A., Konaté, B., Badini/Kinda, F., & Drabo, K. M. (2021). Obstacles à la prise en charge des maladies chroniques chez les personnes âgées à

- BoboDioulasso (Burkina Faso) : une analyse en groupe focalisée sur les soins sociaux/familiaux. *Rev Geriatr*, 47(6), 271-280.
- Bourdieu, P. (2011). The forms of capital.(1986). *Cultural theory: An anthology*, 1(81-93), 949.
- Bowen, M., Boszormenyi-Nagy, I., Whitaker, C., Jackson, D., & Ackerman, N. THERAPIE FAMILIALE THEORIE SYSTEMIQUE.
- Bowlby, J. (1989). La théorie de l'attachement. *Psychopathologie du bébé, 1989*, 165-1970.
- Centre Regional Hospitalier de Dédougou (Burkina Faso). (2022). *Annuaire statistiques 2021*.
- Compaore, K. M. (2014). Role de l'accompagnant de malade hospitalisé dans le service de Pneumo-Phtisiologie du Centre Hospitalier Universitaire YALGADO OUEDRAOGO de OUAGADOUGOU (Burkina Faso).
- Edwards, A. L. (1957). The social desirability variable in personality assessment and research.
- Engel, G. L. (1992). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Family Systems Medicine*, 10(3), 317.
- Eze, M. (2016). *Intellectual history in contemporary South Africa*. Springer.
- Fisher, B., Tronto, J., Abel, E. K., & Nelson, M. (1990). Toward a feminist theory of caring. *Family: Critical Concepts in Sociology Volume II*, 29-54.
- Franklin, S., Ragoné, H., & Ragoné, H. (1998). *Reproducing reproduction: Kinship, power, and technological innovation*. University of Pennsylvania Press.
- Gilligan, C. (1993). *Carol Gilligan's In a Different Voice*. Chez Baldwin Writer's House Digital Collection.
- Global Health Workforce statistics database*. (Sine data).
- Hammersley, M., & Gomm, R. (1997). Bias in social research. *Sociological research online*, 2(1), 7-19.
- Health Workforce*. (2024, 2024-07-31).
- Institut national de la statistique et de la démographie (INSD). (2020). *Résultats cinquième recensement général de la population et de l'habitat 2019 : Monographie de la région de la Boucle du Mouhoun*.

- Kanté, S. (2003). L'accompagnement des patients chirurgicaux à l'hôpital national du Point «G» Thèse. *Médecine, Bamako*(16).
- Karabinta, Y., Maïga, F., Karambe, T., Guindo, B., Gassama, M., Dicko, A., Tall, K., Savané, M., Thiam, H., & Keita, A. (2019). Avantages et contraintes liés à l'accompagnement des patients hospitalisés dans le Service de Dermatologie du Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM), Mali. *Antropo*, 42, 37-43.
- Laidsaar-Powell, R., Butow, P., Bu, S., Charles, C., Gafni, A., Fisher, A., & Juraskova, I. (2016). Family involvement in cancer treatment decision-making: A qualitative study of patient, family, and clinician attitudes and experiences. *Patient education and counseling*, 99(7), 1146-1155.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique. (2023). *Annuaire statistique 2022*.
- Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* Armand Colin.
- Parsons, T. (2013). *The social system*. Routledge.
- Robinson, F. (2011). *The ethics of care: A feminist approach to human security*. Temple University Press.
- Sanou, M. (2022). *Configurations et reconfigurations familiales du care des personnes âgées dépendantes: Une socio-anthropologie des représentations et des pratiques de la fin de vie à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso* [Thèse de Doctorat, Université Catholique de Louvain (UCL)]. Bruxelles.
- Schnitzler, M. (2014). Le rôle de l'entourage au sein de l'hôpital africain: une thématique négligée? *Sciences Sociales et Santé*, 32(1), 39-64.
- Tionou, F., Sanfo, M., Sagnon, F., Bamba, A., Ouedraogo, D. W. K., Kotonou, T., Naon, M., Savadogo, K., Zongo, A., & Berthe, A. (2024). Assistance familiale aux malades hospitalisés au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Dédougou (Burkina Faso) : pratiques et perceptions des acteurs.(CO78). 22èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): Insécurité et défis sanitaire en Afrique, Bobo-Dioulasso 5burkinz Faso), 06-09 mai 2024.

- Tronto, J. (2020). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge.
- Tronto, J. C. (2013). *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. nyu Press.
- Ward-Griffin, C., & McKeever, P. (2000). Relationships between nurses and family caregivers: partners in care? *Advances in Nursing Science*, 22(3), 89-103.
- Weber, M. (2013). *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*. Presses électroniques de France.