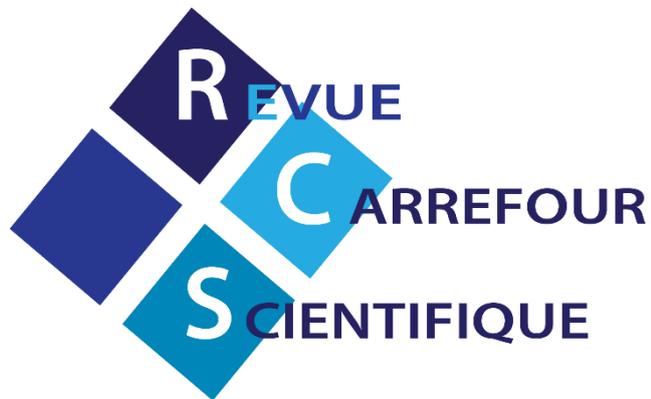




# REVUE CARREFOUR SCIENTIFIQUE

N° 03, Volume 01, octobre 2024



Revue interdisciplinaire  
de Philosophie, Littérature, Arts et Sciences sociales

Site internet : <https://revuecarrefourscientifique.net>

ISSN : 2958-8855

B.P 1328 KORHOGO  
+225 0101 115 619 / +225 0759 997 580  
E-mail : [larevuecarrefour@gmail.com](mailto:larevuecarrefour@gmail.com)

# REVUE CARREFOUR SCIENTIFIQUE

Revue interdisciplinaire  
de Philosophie, Littérature, Arts et Sciences sociales

Semestrielle  
N° 03, Volume 01, octobre 2024

## Bases d'indexations et Facteur d'impact de REVUE CARREFOUR SCIENTIFIQUE



<https://reseau-mirabel.info/revue/17719/Revue-Carrefour-Scientifique?s=1pp95a>



<https://aurehal.archives-ouvertes.fr/journal/read/id/610040>



**TOGETHER WE REACH THE GOAL**

<https://sjifactor.com/passport.php?id=23627>

## LIGNE ÉDITORIALE

La philosophie est pensée agonistique. Comme telle, elle est un espace de dialogue critique et d'échange pluridisciplinaire. La pensée philosophique rencontre ainsi tous les champs du savoir avec lesquels elle entretient un commerce permanent. C'est ce qui fait de la philosophie un carrefour interdisciplinaire, un point d'ancrage et de passage de la pensée. Matrice génésique de toutes les sciences qu'elle a enfantées, la philosophie n'a jamais rompu le lien ombilical avec les autres régionalités scientifiques qui sont ses descendants disciplinaires.

Dès lors, on peut dire que la pensée philosophique est un foyer de rencontre et de séparation, de convergence et de divergence, de construction et de déconstruction. Derrière cette idée de rencontre et de séparation, se profile celle d'un espace de bifurcation ou de trifurcation où des régionalités scientifiques, des figures épistémiques et des personnages conceptuels viennent clarifier, renforcer ou mettre en crise les sources de leur enracinement métaphysique, payer leur dette épistémologique et accomplir leur relative autonomie disciplinaire. Pour tout dire, la philosophie est un carrefour épistémique et cognitif. Mais, si elle est carrefour, c'est-à-dire lieu où plusieurs cheminements théoriques et méthodologiques se croisent et se traversent, tout support qui prétend vulgariser sa cause ne doit-il pas, au nom du principe de la congruence des formes, épouser sa caractéristique ramificatoire ? Pour dire les choses de manière beaucoup plus précise, si la philosophie est carrefour, ses supports de vulgarisation ne doivent-ils pas être des espaces fusionnels, confusionnels et interactifs prompts à éclairer et à démêler les fils enchevêtrés de la réalité par la production de pensées rigoureuses et fermes ? Dans ces conditions, peut-il y avoir meilleur nom de baptême pour une revue d'un Département de philosophie que celui de Carrefour ? Pour bien se démarquer, ce Carrefour peut-il avoir meilleure caractéristique que celle de refléter la substance et la matière scientifiques ? Apparemment non ! C'est donc bien à propos que le Département de Philosophie de l'Université Peleforo Gon Coulibaly a choisi de baptiser sa plateforme de publication et de vulgarisation académique et épistémique du nom éponyme de *Revue Carrefour Scientifique*.

*Revue Carrefour Scientifique*, reprenant la charge métaphorique du carrefour, se positionne, dans l'univers des plateformes de vulgarisation scientifique, comme un nœud intersectionnel entre plusieurs voies se coupant, se découpant, se recoupant de manière symboliquement idéale aux fins de révéler les mal-entendus, dénouer les équivoques, traquer les incertitudes et les manquements ou réajuster les acquis, les enjeux et les perspectives à travers un cheminement heuristique pertinent et un questionnement érudit, fécond et prospectif.

*Revue Carrefour Scientifique* est donc un lieu d'incubation et de maturation des savoirs, où viennent se ressourcer des horizons du discours scientifique ; et, plus qu'un simple lieu de ressourcement, elle est un espace de déplacement, de remplacement et de renversement paradigmatique de la pensée à travers un questionnement informé, critique et rigoureux mêlé de créativité et d'inventivité théoriques. Elle est, au total, un instrument de la transformation du savoir, de la métamorphose conceptuelle, un outil méthodologique et épistémologique de vulgarisation scientifique et académique qui offre aux chercheurs et aux enseignants de multiples disciplines une assise rigoureuse et pertinente pour leurs travaux, à travers un renouvellement critique des méthodes, des théories, des résultats et des paradigmes.

*Revue Carrefour Scientifique*, revue en ligne, priorise les productions scientifiques de qualité pour faire éclore de nouvelles formes d'intelligibilités arrimées à des sources et ressources théoriques, doctrinales et conceptuelles issues du creuset de recherches novatrices et critiques. C'est pourquoi elle encourage le dialogue des modernités anciennes, présentes et à-venir à travers des articles originaux, des comptes-rendus et des publications de vulgarisation.

**ADMINISTRATION DE LA REVUE****Directeur de Publication** : M. KOUMA Youssouf, Maître de Conférences**Directeur de Rédaction** : M. YAO Akpolé Koffi Daniel, Maître - Assistant**Secrétaire de Rédaction** : M. KONATÉ Mahamoudou, Maître de Conférences**COMITÉ SCIENTIFIQUE****Président**

Professeur POAMÉ Lazare – Université Alassane Ouattara

**Membres**

Professeur ASSI-KAUDJHIS Joseph Pierre – Université Alassane Ouattara

Professeur BAH Henri – Université Alassane Ouattara

Professeur BAMBA Assouman – Université Alassane Ouattara

Professeur BIYOGO Grégoire – Université Omar Bongo-Libreville

Professeur COULIBALY Adama – Université Felix Houphouët-Boigny

Professeur COULIBALY Daouda – Université Alassane Ouattara

Professeur DIAKITÉ Samba – Université Alassane Ouattara

Professeur EZOUA Thierry – Université Felix Houphouët-Boigny

Professeur KOUAME Jean Martial – Université Felix Houphouët-Boigny

Professeur KOUASSI Yao Edmond – Université Alassane Ouattara

Professeur KOUVON Komi Simon – Université de Lomé

Professeur KIYINDOU Alain André – Université de Bordeaux-Montaigne

Professeur MISSA Jean-Noël – Université Libre de Bruxelles

Professeur N'GUESSAN Depry Antoine – Université Felix Houphouët-Boigny

Professeur NSONSISSA Auguste – Université Marien Ngouabi-Brazzaville

Professeur PINSART Marie-Geneviève – Université Libre de Bruxelles

Professeur SANGARÉ Abou – Université Peleforo Gon Coulibaly

Professeur SANGARÉ Souleymane – Université Alassane Ouattara

Professeur SAWADOGO Mahamadé – Université Ouaga I Pr Joseph Ki-Zerbo

Professeur SORO Donissongui – Université Alassane Ouattara

Professeur TSALA MBANI André Liboire – Université de Dschang-Cameroun

Professeur ZONGO George – Université Ouaga I Pr Joseph Ki-Zerbo

**COMITÉ DE RÉDACTION**

Docteur DIOMAND Aipka – Université Peleforo Gon Coulibaly

Docteur SORO Nanga Jean – Université Peleforo Gon Coulibaly

Docteur DIOMANDÉ Zolou Goman Jackie Élise – Université Peleforo Gon Coulibaly

Docteur COULIBALY Sionfoungon Kassoum – Université Peleforo Gon Coulibaly

Docteur ZEBRO Nelly – Université Peleforo Gon Coulibaly

Docteur YÉO Djakaridja – Université Peleforo Gon Coulibaly

Docteur GNAHOUE Kouassi Fernand – Université Peleforo Gon Coulibaly

Docteur ANY Désirée Guillet – Université Peleforo Gon Coulibaly

Docteur KONÉ Seydou – Université Peleforo Gon Coulibaly

Docteur KOUADIO Konan Sylvain – Université Peleforo Gon Coulibaly

**COMITÉ DE LECTURE**

Professeur SANGARÉ Abou - Philosophie – Université Peleforo Gon Coulibaly

Docteur MC. KONATÉ Mahamoudou - Philosophie – Université Peleforo Gon Coulibaly

Docteur MC. KOUADIO Ekpo Victorien - Philosophie – Université Alassane Ouattara

Docteur MC. KOUADIO Koffi Decaird - Philosophie – Université Félix Houphouët-Boigny

Docteur MC. ZOUHOULA Bi Richard - Géographie – Université Peleforo Gon Coulibaly

Docteur MC. ADAMAN Sinan - Sociologie – Université Peleforo Gon Coulibaly

Docteur OUATTARA Moussa - Anglais – Université Peleforo Gon Coulibaly

Docteur DIOMANDE Soualio - Grammaire – Université Peleforo Gon Coulibaly

Docteur DRAMA Bédi - Économie – Université Peleforo Gon Coulibaly

Docteur KARAMOKO Mamadou - Grammaire – Université Peleforo Gon Coulibaly

Docteur KEWO Zana - Histoire – Université Peleforo Gon Coulibaly

**CONTACTS**

B.P 1328 KORHOGO

+225 0101 115 619 / +225 0759 997 580

larevuecarrefour@gmail.com

## SOMMAIRE

<b>1. Clivage intercommunautaire et déclaration des naissances : cas des autochtones senoufos et des allogènes peulhs dans le département de Korhogo (Côte d’Ivoire) -</b>	
Kan Constant OURA, Adaman SINAN, Foundere COULIBALY .....	1
<b>2. Les animaux face à la justice : accusation, procès et sanctions des porcs au bas moyen âge -</b>	
Konan Kouassi Parfait BORIS, Séverin KONIN .....	20
<b>3. Saturation foncière et résilience des agriculteurs dans la sous-préfecture de Soubré dans le sud-ouest de la Côte d’Ivoire -</b>	
Kouassi Guillaume N’GUESSAN, Koffi Joachim KOTCHI, Kopeh Jean-Louis ASSI, Kouakou Toussaint KRA .....	35
<b>4. Child protection from adult sexual abuse through the repression of sodomy in European Middle Ages -</b>	
Anoh Georges N’TA .....	53
<b>5. La qualité de soins de santé dans un contexte d’essais cliniques : un regard ambivalent des usagers et des praticiens de santé au Burkina Faso -</b>	
<b>Nourou BARRY.....</b>	<b>70</b>
<b>6. Le <i>Blonhon</i>, une institution initiatique des Wè, d’hier à aujourd’hui -</b>	
Kinva Via Jean Alda GOULEDEHI, Kouassi Serge KOFFI, Syéniélédjama Françoise SORO.....	88
<b>7. Le musée de la musique Georges Ouédraogo de Ouagadougou et la préservation d’instruments de musique traditionnels du Burkina Faso -</b>	
Yacouba SAM, Badimbié YOGO.....	102
<b>8. Hegel et la question de la scientificité de la philosophie : sur les sentiers de la phénoménologie de l’esprit -</b>	
Kouadio Fidel DUA.....	124
<b>9. L’intégration économique des états du Soudan occidental (8<sup>e</sup>-16<sup>e</sup> siècle) à la lumière des sources arabes -</b>	
Kouamé Moïse GNAMIEN .....	136
<b>10. Les partis politiques ivoiriens et le culte du « héros » (« père fondateur ») -</b>	
Marcelin Kouassi AGBRA .....	150

# LA QUALITÉ DE SOINS DE SANTÉ DANS UN CONTEXTE D'ESSAIS CLINIQUES : UN REGARD AMBIVALENT DES USAGERS ET DES PRATICIENS DE SANTÉ AU BURKINA FASO

Nourou BARRY

Université Nazi BONI

nurdinebarry@gmail.com

## Résumé

Au Burkina Faso, les essais cliniques sont souvent réalisés dans des établissements de santé publics, mais ces établissements rencontrent des critiques en raison du manque de matériel médical de qualité et de personnel, rendant difficile le respect des normes de recherche. Cette étude vise à examiner les essais cliniques menés dans les CMA de Nanoro et de Dafra, en se concentrant sur les modalités de leur réalisation. À travers une approche qualitative, elle évalue les conditions de mise en œuvre, les perceptions des acteurs sur la qualité des soins et l'impact de ces essais sur les services de santé. Les résultats montrent que les soins sont perçus comme de bonne qualité pendant les essais et que ces derniers améliorent temporairement l'organisation des services de santé locaux. Cependant, cette influence est limitée par la durée des essais, ce qui nuit à la pérennité de leurs bénéfices.

**Mots Clés :** Dafra - Essai clinique - gestion médicale - impact - Nanoro - Qualité des soins.

## Abstract

In Burkina Faso, clinical trials are frequently conducted in public health facilities; however, these facilities face criticism due to inadequate medical equipment and insufficient staffing, which hinders compliance with research standards. This study aims to examine the clinical trials carried out in the Nanoro and Dafra CMAs, focusing on their implementation processes. Utilizing a qualitative approach, the study evaluates the conditions under which these trials are conducted, stakeholders' perceptions of the quality of care, and the trials' impacts on health services. The findings indicate that care is viewed as being of good quality during the trials and that they temporarily enhance the organization of local health services. However, this positive effect is limited by the short duration of the trials, which undermines the sustainability of their benefits.

**Keywords:** Dafra - Clinical trial - Medical management - Impact - Nanoro, Quality of care.

## Introduction

Des auteurs comme Donabedian (1988) et Who (2018) ont montré depuis plusieurs décennies que la prestation de soins de santé est liée à diverses dimensions incluant les aspects interpersonnels et techniques, les résultats pour les patients, les composantes structurelles, les processus et l'établissement de normes de qualité. Au fil des années, la communauté scientifique a participé à des débats autour de la nature multidimensionnelle de la qualité, englobant plusieurs caractéristiques dépendant de la performance du service et des évaluations individuelles. Néanmoins, pour de nombreux systèmes de santé en Afrique de l'Ouest, dont fait partie le Burkina Faso, l'accès à des soins de santé de qualité demeure encore un défi majeur.

Touré (2012) par exemple souligne que ces pays font face à des situations sanitaires particulièrement préoccupantes, souvent accentuées par des contraintes financières imposées par les bailleurs de fonds, qui influencent et dictent fortement les politiques de développement dans le secteur de la santé. Par conséquent, les stratégies recommandées par des organismes tels que l'OMS, les agences de coopération bilatérale et les gouvernements nationaux se sont révélées largement inefficaces. Des initiatives telles que la construction de centres de santé publique, les services de soins de santé primaires et la décentralisation des services de santé ont souvent échoué en raison de divers facteurs, y compris l'insuffisance des ressources, les barrières géographiques et les problèmes relatifs à la qualité et à l'accessibilité des soins, comme l'ont démontré des auteurs tels que Golaz (2015) et Mehdi (2015). En conséquence, selon Touré (2012), la mise en œuvre de ces stratégies a, au minimum, contribué à l'aggravation de la détérioration de la qualité des soins fournis par les établissements de santé locaux.

Au Burkina Faso, le MINISTERE DE LA SANTÉ (2006) constate les lacunes en matière de qualité des services de santé, ce qui contribue en partie à la diminution des taux de fréquentation des établissements publics de santé. Conscient de ces défis, le ministère de la santé a accordé la priorité à l'amélioration de la qualité des services de santé, se traduisant par la création du Programme national d'assurance de la qualité des services de santé (PNAQS) dès 2003. Cette initiative découle de la résolution

AFR/RC45/R3 du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, mettant en avant l'engagement du gouvernement burkinabé à concrétiser une assurance qualité effective dans les services de santé. Par ailleurs, les autorités sanitaires, reconnaissant l'importance cruciale de l'accès à des soins de qualité, ont régulièrement abordé les questions relatives à la qualité des services de santé lors de sommets sur la santé, avec une section spécifique dédiée à ce sujet dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

Dans le même temps, Chippaux (2004) observe une montée en puissance des activités d'essais cliniques en Afrique. Au Burkina Faso des auteurs comme Tinto et ses collaborateurs (2014) font le même constat de la pratique des essais cliniques dans certains centres de santé au Burkina Faso, en réponse à des problèmes de santé publique prévalents tel que le paludisme. Pour Egrot et Taverne (2006) ainsi que Bourret et Le Moigne (2014) ces essais attirent l'intérêt des entreprises pharmaceutiques et des chercheurs en raison de leur importance pour la recherche scientifique. Contrairement à certains pays où les essais cliniques se déroulent principalement dans des structures spécialisées comme l'ont montré Couderc (2011) et Ouvrier (2011), la majorité des essais au Burkina Faso sont réalisés au sein des établissements de santé locaux. Par exemple, des structures telles que les CMA de Dafra et de Nanoro accueillent ces essais cliniques pendant qu'elles traversent des difficultés en terme notamment de fonctionnement et d'organisation du fait d'insuffisance d'équipements ou du personnel. Cette augmentation des essais cliniques au sein de ces structures pourrait avoir le potentiel d'influencer le comportement du personnel de santé habituel et, par conséquent, avoir un impact sur la qualité des services de santé. D'où notre question de recherche intitulée comme suit : en quoi la pratique des essais cliniques dans des structures publiques de santé au Burkina Faso influence-t-elle les conditions de mise en œuvre ainsi que la qualité des soins dans ces structures ? Cet article vise à analyser, d'un point de vue anthropologique, la conduite des essais cliniques au sein de deux établissements de santé publics (les CMA de Dafra et de Nanoro) au Burkina Faso et la perception de la qualité des soins par les usagers et les professionnels impliqués dans ces essais.

## **1. Matériels et méthode de l'étude**

### **1.1. Zones d'étude**

Les données de cette étude proviennent de deux districts sanitaires au Burkina Faso : Nanoro, où des essais cliniques étaient en cours, et Dafra à Bobo-Dioulasso, où ils étaient terminés.

Le siège du district sanitaire de Dafra est logé dans l'arrondissement de Dafra de la ville de Bobo-Dioulasso. Selon le rapport du plan d'action du district DS-Dafra (2012), le district de Dafra a des équipements médicaux insuffisants et de faible qualité, avec un mauvais entretien et un manque de personnel qualifié. Le CMA de Dafra, ouvert en 2006, propose divers services, notamment la consultation, l'hospitalisation, le bloc opératoire, le laboratoire et l'odontologie. C'est dans ce CMA de Dafra que l'essai clinique MALACTRESS a été réalisé. Le district sanitaire de Nanoro quant à lui fait partie de la Région sanitaire du Centre-Ouest, situé à 120 km de Koudougou et à 90 km de Ouagadougou. Bien que toutes les formations sanitaires disposent d'un minimum de matériel médicotechnique, celui-ci est souvent insuffisant et en mauvais état, notamment pour les tensiomètres et le matériel de petite chirurgie. En revanche, la ressource humaine est adéquate, avec 190 agents en 2011, et tous les CSPS respectent les normes de personnel (au moins 3 agents) selon le rapport DS-Nanoro (2012).

Le CMA Saint Camille de Nanoro, rattaché au DS de Nanoro, a ouvert en janvier 2002. Ce centre médical est une référence au Burkina grâce à son statut professionnel et à ses services variés, qui incluent la consultation générale, l'hospitalisation, le bloc opératoire, le dépistage VIH, et d'autres spécialités. Depuis 2000, il mène des recherches cliniques en collaboration avec l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS) et le Centre Muraz. En 2009, l'Unité de Recherche Clinique de Nanoro (URCN) a été construite sur son site pour renforcer ces activités de recherche. Dans la zone de Nanoro, plusieurs études cliniques sont menées présentement par l'URCN dont l'étude sur le candidat vaccin du paludisme, le RTS'S, et l'étude PREGACT. L'URCN mène ses activités de recherche en étroite collaboration avec les populations qui sont impliquées de plusieurs manières, notamment à travers la participation aux différentes études comme patients et comme travailleurs de terrain.

## **1.2. Population d'étude**

La population d'étude prise en compte dans cette recherche regroupe les personnes ayant participé aux essais cliniques (les mères ou tuteurs des enfants inclus

dans les essais cliniques) ; les personnels soignants des structures sanitaires locales des zones à essais cliniques ; les personnels soignants ayant conduit ces essais dans nos zones d'étude et certains responsables des districts où sont réalisés ces essais. Le choix de ces catégories d'enquêtés se justifie selon que les discours des uns portent sur la réalisation des essais cliniques et ceux des autres sur les effets que ces essais engendrent sur les systèmes de soins des centres de santé de nos zones d'étude, notamment en matière de qualité de ces soins médicaux en contexte d'essais cliniques.

### **1.3. Techniques et outils**

L'étude est essentiellement fondée sur la démarche qualitative dans sa conception perçue par Brinkmann (2014). Les techniques de collecte de données convoquées ont été l'entretien et l'observation. Nous avons pris part à la collecte de données dans le cadre de cette étude. Les outils ayant servi à la collecte de ces données sont des guides d'entretiens et la grille d'observations. Notre présence sur les terrains d'enquête nous a permis d'observer les comportements des équipes de recherche dans le processus de prise en charge des participants aux essais cliniques, les conditions dans lesquelles sont conduits ces essais et les types de rapports que les agents de santé de routine entretiennent avec ceux de la recherche.

Un total de 69 entretiens ont été analysés dans ce travail ainsi que 4 focus group. 30 entretiens approfondis conduits à l'endroit des participants aux essais cliniques (dont notamment 15 à Bobo-Dioulasso et 15 à Nanoro). 15 entretiens approfondis auprès des agents de santé, membres de l'équipe de recherche conduisant les essais cliniques (dont 4 à Bobo-Dioulasso et 11 sur le site de Nanoro). 20 entretiens approfondis conduits auprès des agents de santé de routine, non impliqués directement dans les essais cliniques (dont 6 sur le site de Bobo-Dioulasso et 14 à Nanoro). 4 entretiens auprès des autorités de santé du pays. Pour ce qui est des 4 focus group, 2 ont été conduits auprès des participants aux essais cliniques à Bobo-Dioulasso et les 2 autres avec les participants de Nanoro.

### **1.4. Traitement et analyse des données de l'étude**

La technique d'analyse que nous avons adaptée aux entretiens retenus pour notre étude est celle de l'analyse de contenu thématique telle que l'explique Sabourin (2009). À cet effet, d'abord, nous avons procédé à un traitement manuel des données recueillies à partir d'une lecture répétée de ces entretiens. Ensuite, nous avons dégagé les thèmes

centraux que nous avons regroupés selon qu'ils convergent ou divergent. L'analyse thématique a été effectuée en suivant les étapes d'élaboration d'une grille de thèmes, de positionnement de chaque entretien sur chacun des thèmes et d'interprétations des résultats.

## **2. Résultats**

### **2.1. Pratique des essais cliniques : conditions de réalisation**

Les conditions de réalisation des essais cliniques reposent essentiellement sur la mobilisation d'importantes ressources. Les données recueillies permettent de décrire les ressources matérielles, humaines et techniques mobilisées dans les essais réalisés dans nos zones d'étude.

#### **2.1.1. Les ressources matérielles**

Les témoignages de nos enquêtés sur la disponibilité et la qualité des équipements utilisés par les équipes de recherche en vue de la mise en œuvre des essais cliniques dans les zones d'intervention sont multiples. Le personnel de santé conduisant les essais cliniques a été le premier à être approché pour avoir la description des équipements qu'il possède pour la mise en œuvre de leurs prestations. Sur le site de Nanoro, où plusieurs recherches cliniques sont en cours d'exécution, ces praticiens de la recherche en santé témoignent, tous, de la disponibilité permanente d'équipements nécessaires pour exécuter les tâches qui leur incombent. L'extrait d'entretien ci-dessous en est illustratif :

Le matériel clinique, nous avons un échographe, nous avons des tensiomètres, des balances, une toise, nous avons du matériel chirurgical que nous utilisons rarement pour les soins et pansements... On a aussi des consommables de bureau, tout ce qui est registre. Il y a aussi le matériel logistique, les motos pour les déplacements pour la guide. Les techniciens ont une moto, les médecins aussi ; les références de fois quand on a besoin, on fait appel et puis un véhicule vient prendre la dame en cas d'urgence ou de nécessité. En dehors de ça, nous avons un groupe électrogène pour alimenter les lames et pouvoir faire les échographies. Les techniciens, ils ont des microscopes, ils ont de petits matériels, genre le portoir. Il y a des tables, des chaises, des armoires tout ça, c'est pour appuyer la clinique. (C. L., Médecin-recherche, 44 ans, CSPS- Nazoanga, Nanoro).

Le caractère de recherche que l'on reconnaît aux essais cliniques contraint leurs promoteurs à veiller en permanence sur la disponibilité à la fois quantitative et qualitative des ressources matérielles pour la mise en œuvre de ces essais. Nos données montrent, en effet, que les zones d'essais cliniques sont celles où le matériel est de qualité. Il est positivement apprécié non seulement par les infirmiers conduisant les essais mais aussi par ceux délivrant les soins de routine :

Nos matériels sont de très bonne qualité... Comme c'est un travail de rigueur, donc il faut du matériel de qualité pour éviter la moindre erreur... Si je prends par exemple le thermomètre ; le thermomètre c'est le thermomètre électronique ; si on place, ça donne systématiquement le chiffre exact. (G. A., Infirmier-recherche, 32 ans, CSPS-Seguedin, Nanoro).

Ce confort matériel motive les équipes de recherches cliniques à exécuter les activités quotidiennes. Pour la plupart, la disponibilité d'équipements de qualité favorise l'exécution de leur travail et leur procure du coup ce sentiment de satisfaction d'être praticien de santé :

Avec le matériel que nous avons dans les essais, je me sens à l'aise, je n'ai pas rencontré jusqu'à présent de difficultés. Si tu as le matériel nécessaire ça favorise le travail ; si tu as tout à ta portée le travail avance comme sur des roulettes. Mais si souvent tu n'as pas quelque chose à côté il faut attendre, ça ennuie, tu es là tu te demandes même pourquoi tu es infirmier. Tu es là, tu es assis, tu ne sais pas quoi faire. Mais si tu as tout à ta portée, tu n'as pas de soucis, tu n'as pas beaucoup d'inquiétude à te faire. (G. A., Infirmier-recherche, 32 ans, CSPS-Seguedin, Nanoro).

En somme, il faut dire que les ressources matérielles sont incontournables dans le processus de prise en charge de tout patient sollicitant des soins. C'est pourquoi leur disponibilité quantitative et qualitative est significative dans les essais cliniques. Elles favorisent la délivrance des soins tout en motivant la personne à exécuter son travail dans de bonnes conditions.

### **2.1.2. Les ressources humaines : un personnel qualifié et disponible**

Nos enquêtes et observations empiriques, nous ont permis de constater la richesse de la ressource humaine mobilisée pour la mise en œuvre des essais cliniques dans nos zones d'étude. En effet, les données ont montré qu'au vu de l'importance accordée aux recherches cliniques, les promoteurs de celles-ci s'évertuent à recruter un personnel qualifié et compétent apte à conduire avec succès ces recherches. Ainsi, sur chaque site où se réalise une étude clinique, un personnel pluridisciplinaire est-il constitué et affecté. Leur nombre varie entre sept (07) et dix (10) individus par site à essai. Voici, à travers l'extrait d'entretien ci-dessous, comment un des cliniciens interrogés nous décrit la répartition du personnel dans les sites à essai clinique :

(...) pour ce qui concerne les sites à essais cliniques, ici au Burkina, nous veillons à recruter des agents et des professionnels compétents et qualifiés pour conduire les différentes activités de recherche clinique. Nous avons dans chaque équipe des médecins, des infirmiers ou infirmières, des guides et personnels de soutien. (B. P., Médecin-recherche, 48 ans, CMA de Nanoro).

De cet extrait d'entretien l'on constate avant tout que dans les essais cliniques réalisés sur nos zones d'étude, le personnel est toujours disponible. En effet, dans chaque équipe, le personnel est composite. Et dans chacune d'elle, la présence d'au moins un médecin est effective, ce qui montre que dans ces essais cliniques le travail est accompli avec sérieux et que les infirmiers impliqués dans les activités de recherche sont suivis de très près dans leurs activités. De plus, tout le personnel fait précisément ce qui lui revient comme tâche à accomplir.

Les témoignages recueillis montrent que, contrairement à ce qui est vécu par les agents de santé dans les structures sanitaires locales, où des agents de santé se retrouvent en train d'exécuter les tâches qui ne relèvent pas de leur statut, chaque agent engagé dans les essais cliniques, comme praticien, est tenu d'exécuter les tâches qui relèvent uniquement que de son statut. Les propos suivants en sont un témoignage :

Pour ce qui est du boulot des médecins, par exemple l'échographie, nous avons fait une formation pour ça. Donc pour les consentements, c'est nous qui les assurons ; pour les SAE, c'est nous également. Il faut obligatoirement un médecin. Il arrive que par exemple, la température, c'est quelque chose que nous, nous pouvons faire. Ça, nous, nous pouvons le faire ; il n'y a pas de problème. Mais les infirmiers ne peuvent pas venir faire les SAE, l'échographie ou les consentements. (B. P., Médecin-recherche, 48 ans, CMA de Nanoro).

Ainsi, dans les essais réalisés dans nos zones d'étude, nous constatons que tout agent sait parfaitement ce qui relève de son devoir. De même, la plupart des prestataires interviewés trouvent que leurs prestations sont toujours appréciées et cela est pour eux source d'abnégation et de motivation. En effet, un agent qui a une évaluation positive de son travail est plus motivé à offrir un bon service et à être présent :

Quand le travail est bien fait, on te dit que le travail est bien. Quand ce n'est pas bien, on te dit que le travail n'est pas bien. Le simple fait de pouvoir travailler et d'être apprécié, ça aussi c'est une valeur qui donne de l'enthousiasme. (C. L., Médecin-recherche, 44 ans, CMA Dafra, Bobo-Dioulasso).

### **2.1.3. Les Bonnes Pratiques Cliniques (BPC)**

Dans les essais cliniques, les agents reçoivent de façon continue et permanente des formations qui motivent leur travail et les amènent à prendre conscience du sens des responsabilités pour lesquelles ils ont été recrutés ou impliqués. Celle sur laquelle les équipes de recherche interrogées ont beaucoup plus insisté est la formation sur les bonnes pratiques cliniques.

Chaque fois, avant de commencer à travailler, nous recevons une formation en matière de bonnes pratiques de laboratoire. Tous les agents sont formés. Tout le

monde est formé. Avant chaque essai clinique, on refait une formation en bonne conduite de laboratoire durant trois (03) ou quatre (04) jours qui se termine par un petit test de niveau. Chacun doit acquérir un minimum de bonne pratique. (T. I., Technologiste biomédical/Recherche, 65 ans, CMA de Dafra, Bobo-Dioulasso).

Le but ultime des formations sur les BPC est l’ancrage, chez les agents de santé engagés dans les recherches cliniques, de la rigueur dans tout le processus de la mise en œuvre des essais cliniques. En effet, ces bonnes pratiques permettent non seulement de garantir de bons résultats aux essais cliniques mais aussi d’assurer une meilleure prise en charge médicale des participants à ces essais. Ainsi, l’intériorisation réussie des principes de BPC chez le personnel de recherches cliniques doit-elle se traduire normalement par une certaine rigueur dans tout le processus de prise en charge des participants par les équipes de recherche. Cette rigueur est l’une des caractéristiques reconnues aux personnels soignants conduisant les essais cliniques dans nos zones d’étude. Les responsables de toutes les études cliniques réalisées dans ces zones veillent en permanence à ce que les infirmiers exécutent rigoureusement toutes les tâches qu’ils doivent remplir. C’est pourquoi les agents de recherche se trouvent être toujours suivis, contrôlés et supervisés par les médecins de recherche clinique.

En définitive, l’on retient de tout ce qui précède que, conformément à la rigueur (liée au respect des principes de BPC) observée dans la pratique médicale des équipes de recherche de nos zones d’étude, à la disponibilité des ressources matérielles et humaines en quantité et en qualité et aux compétences acquises et actualisées permanemment par ces équipes de recherche, etc., les soins offerts dans les essais cliniques sont, dans la conception des agents de santé interrogés, des soins délivrés dans des conditions qui obéissent aux normes en matière de qualité dans le domaine sanitaire. De ce fait, ces soins peuvent être, selon eux, considérés comme étant des soins dits de qualité. Mais, pour plus d’objectivité, il nous semble impératif de faire appel à la seconde partie de nos résultats pour présenter également les points de vue des participants à ces essais cliniques afin d’apprécier la perception qu’ils ont au sujet de la qualité des soins qu’on leur délivre dans ce contexte d’essai clinique.

## **2.2. La qualité des soins dans les essais cliniques : perceptions des enquêtés**

Les participants aux essais cliniques réalisés dans nos zones d’étude n’ont pas manqué de partager leurs perceptions de la qualité des soins que leurs ont délivrés les

équipes de recherche. De leur avis, les notions de prélèvement et « d'examen sanguin », de la « rapidité dans la prise en charge », du « suivi de près », etc. font des soins délivrés dans les essais cliniques, des soins qui leurs procurent une pleine satisfaction en leur permettant de recouvrer la santé. Nous résumons, sous deux grands points, les perceptions que ces participants se font de la qualité des soins qui leurs sont délivrés : la prise de sang et la relation soignant-soigné.

### **2.2.1. La prise de sang**

Les données recueillies montrent que l'acte médical de prélèvement et d'examen de sang est bien perçu par les participants aux essais réalisés dans nos zones d'étude. De fait, les participants enquêtés trouvent que les soins qui leurs sont offerts dans les essais cliniques sont des soins de qualité bien appréciée dans la mesure où ces soins se distinguent des soins de routine. Selon eux, cet acte reste le moyen le plus sûr qui puisse permettre aux infirmiers de détecter avec précision le mal dont souffre un malade car, c'est le sang qui cache le mal et logiquement, seul un examen de ce sang peut permettre de connaître exactement la maladie afin de la combattre :

L'enlèvement du sang est bien. Si on enlève le sang, faire les examens voir, on sait la maladie que l'enfant a. Mais si on n'enlève pas le sang, c'est son corps qui s'est chauffé, on ne sait pas la maladie que l'enfant a. (S. B., mère d'enfant participant à l'essai, 26 ans, CMA de Nanoro).

Ça arrange beaucoup de choses. Lorsque tu enlèves le sang, tu sauras le type de maladie que la personne a. Quand on regarde tes mains et on prend la tension seulement, on te donne des médicaments qui ne correspondent pas à la maladie ; alors que s'ils enlèvent le sang, ils sauront de quelle maladie il s'agit. Même si tu n'as pas les moyens de le soigner ils ont vu au moins la maladie. (S. O., mère d'enfants participant à l'essai, 45 ans, CMA de Dafra).

Ces deux extraits d'interview résument de façon exhaustive le point de vue des acteurs locaux interrogés quant à leur perception de la qualité des soins de santé dans un contexte d'essai clinique. Pour la quasi-totalité des personnes interrogées, dans les zones des essais cliniques, le prélèvement et l'examen du sang constituent des actes qui leur procurent beaucoup plus d'assurance et de confiance. Les participants aux essais cliniques conçoivent positivement les compétences des équipes de recherche et l'efficacité des traitements que ces derniers leur administrent. Une prise en charge médicale dépourvue de prélèvement et d'analyse sanguine reste douteuse et « incomplète ». Ainsi, les participants se trouvent-ils être satisfaits de leurs prises en charge à travers ces examens

sanguins, conséquences d'un suivi de près et d'une meilleure connaissance de leur maladie par les médecins des essais cliniques.

Dans la logique donc des participants aux essais cliniques, le prélèvement et l'examen de sang sont le gage de bonne qualité des soins que chaque patient reçoit d'un infirmier qui le consulte pour une maladie donnée. Dans ce contexte, la qualité des soins est fortement tributaire des actes de prélèvement et d'examen de sang dans la prise en charge des patients. Toutefois, la prise et l'examen de sang ne sont pas les seuls critères évoqués par nos enquêtés pour apprécier la qualité des soins qui leurs sont offerts dans les essais cliniques. Un autre élément évoqué par les participants est la bonne relation qu'ils entretiennent avec les équipes de recherche.

### **2.2.2. La relation soignant-soigné**

La particularité de la recherche biomédicale, comme les essais cliniques, réside dans le fait que les prestations médicales dont bénéficient les participants sont plus ou moins connues à l'avance. Ainsi, les règles de la déontologie professionnelle et de la bienséance sont-elles fortement respectées par les soignants de recherche.

Les agents de santé qui nous soignent veillent toujours à bien nous accueillir et nous respectent. Ils discutent et causent régulièrement avec nous ; et nous avons cette bonne impression d'être bien pris en charge et correctement suivi. Ce comportement de leur part est différent quand nous sommes dans d'autres centres avec les autres agents. (Focus group de femmes, enfants participant aux essais cliniques, CMA de Nanoro).

En effet, il nous a été possible de remarquer, lors de nos observations empiriques, que dans le processus de la prise en charge des participants aux essais cliniques, une panoplie de comportements bienveillants (compassion à l'égard de la maladie du patient, respect de sa personne malade, etc.) est toujours établie par les médecins des essais cliniques à l'égard des participants. Ces comportements visent, selon ces médecins, à établir une relation de confiance entre les participants et les soignants de recherche. Ces derniers sont conscients du fait que pour que les participants obéissent strictement à ce que le personnel soignant leur dit, il ne suffit pas d'être paternaliste ou autoritaire ; il suffit plutôt de nouer avec les participants une relation de confiance en vue de leur faire comprendre l'importance de prendre leur traitement correctement et de les encourager à le faire, ce, pour le bon déroulement de l'essai.

Ainsi, les informations collectées auprès des participants confirment-elles que ces derniers entretiennent avec le personnel de recherche une relation de « confiance » et de

« bon suivi ». En effet, les enquêtés reconnaissent que le personnel de recherche fait montre, à leur égard, de beaucoup plus de compassion, de gentillesse, de courtoisie et d'altruisme comparativement aux agents de routine qui, le plus souvent, se caractérisent par leur « manque d'écoute », leur « indifférence » à l'égard de la douleur du patient, leur « façon autoritaire de s'adresser aux patients », etc.

### **3. Discussion**

La présentation de nos résultats a fait émerger essentiellement trois thèmes qui feront l'objet de discussion dans la présente section. Le premier thème porte sur les conditions matérielles de prise en charge des participants aux essais cliniques ; le second sur la qualité des soins délivrés dans les essais cliniques ; et le troisième sur la relation de confiance entre soignant-soigné dans un contexte d'essai clinique.

#### **3.1. Les conditions matérielles et humaines de prise en charge des participants**

Les résultats concernant les ressources matérielles ont souligné les conditions strictes de délivrance des soins durant les essais cliniques dans nos zones d'étude. Il en ressort que la disponibilité permanente de ressources matérielles de qualité est essentielle pour la réalisation d'une étude clinique. Les agents de santé ont précisé que ces ressources incluent des équipements médicotéchniques, des équipements lourds de laboratoires, ainsi que des moyens de locomotion et bureautiques. Les ressources matérielles sont donc cruciales pour la conduite de recherches cliniques, et les structures impliquées doivent disposer d'un plateau médicotéchnique important. Selon Couderc (2011), ces structures constituent de véritables plateformes de recherche et de formation, faisant des zones d'essais des environnements de travail optimaux grâce à leur équipement adéquat. Nos résultats rejoignent ceux de Couderc (2011, p. 431), qui souligne que le contexte des essais cliniques est idéal pour la recherche, permettant au personnel d'exécuter leurs tâches avec des « équipements sophistiqués, procédures documentées, audits réguliers, etc. ». Cette disponibilité permet aux praticiens de travailler dans des conditions optimales et d'offrir des services de soins de qualité. De même, les analyses du MS-PNAQS (2003) au Burkina confirment que pour garantir un bon niveau de soins, les formations sanitaires doivent résoudre leurs insuffisances, notamment en matière de ressources matérielles.

Ainsi, la mobilisation de ressources de qualité est essentielle pour assurer la qualité des soins médicaux.

Concernant la disponibilité et la qualification du personnel dans la mise en œuvre des essais cliniques, nos résultats soulignent l'importance d'équipes qualifiées. Comme indiqué par Couderc (2011 : 221),

la priorité avant de démarrer un essai clinique est la mise en place d'un cadre réglementaire. Ce cadre est garanti, d'une part, par l'assurance de la qualification du personnel local et, d'autre part, par une certaine rigidité protocolaire matérialisée par la mise en place des Procédures Opératoires Standardisées (POS) dans chaque service.

Assurer cette qualification est impératif, surtout dans les pays à ressources limitées. Dans notre étude, chaque site d'essai dispose d'une équipe composite dirigée par au moins deux médecins responsables du suivi et de l'évaluation des activités de recherche. Cette structure permet d'éviter une surcharge de travail pour le personnel, améliorant ainsi l'efficacité. De plus, nos résultats montrent que, pour garantir la qualité, le personnel en charge des recherches cliniques n'est pas confronté au « décalage hiérarchique des statuts et fonctions » souvent observé dans d'autres structures. Chaque agent sait clairement son statut et ses responsabilités. En effet, selon Medah (2008, p. 10), « ce décalage entre statut et fonctions remet en cause la qualité des soins de santé ».

La compétence du personnel engagé dans les recherches cliniques est essentielle à la mise en place de toute recherche clinique. Dans nos zones d'étude, de nombreux agents de santé, tant du service de routine que de la recherche, ont témoigné de l'expérience et des compétences des équipes de recherche. Cette expertise est régulièrement mise à jour par diverses formations, notamment sur les Bonnes Pratiques Cliniques (BPC), qui sont cruciales pour garantir la qualité des données, comme le souligne Couderc (2011, p. 161). La rigueur avec laquelle les équipes appliquent ces BPC se traduit par des soins de qualité. Ainsi, dans nos zones d'étude, la qualification du personnel est une priorité, et les équipes de recherche se distinguent par leur expérience. Si l'on accepte avec Robelet (2002, p. 44) que « la qualité des soins relève en grande partie d'une compétence clinique fondée sur l'expérience », cela implique que les soins fournis lors des essais cliniques sont de meilleure qualité.

En définitive, les conditions matérielles et humaines des essais cliniques sont essentielles non seulement pour leur réussite, mais aussi pour garantir la qualité des soins aux participants. Comme le souligne Gruénais (2004, p. 39), « avec du personnel formé,

régulièrement payé, encadré par des spécialistes, dans des structures subventionnées avec des équipements et médicaments adéquats, il est plus facile d'offrir des soins de qualité... ». La question demeure : ces soins répondent-ils aux attentes des bénéficiaires ?

### **3.2. Les soins délivrés dans les essais cliniques : des soins de qualité**

Nos résultats indiquent que les bénéficiaires des soins dans les essais cliniques apprécient la qualité des soins, en particulier en ce qui concerne les actes de prélèvement et d'examen de sang, ainsi que les qualités humaines des médecins. Les prélèvements sanguins par les soignants sont fréquents dans les essais cliniques, comme l'ont montré Couderc (2011) et Ouvrier (2011), et nos données confirment cette pratique. Cependant, cet acte médical est perçu différemment par les participants. Ouvrier (2011) a révélé que dans la zone rurale de Niakhar, les prélèvements peuvent entraîner des plaintes et des représentations négatives, étant souvent associés à des soupçons de commercialisation, de satanisme, d'exposition à des maladies et des doutes quant à leur véritable usage.

Pour nos enquêtés, le prélèvement et l'examen de leur sang sont des preuves de la qualité des soins reçus. Ils estiment que la maladie réside dans le sang et que seul cet examen permet d'établir un diagnostic précis pour traiter leur mal. Cette perception est corroborée par Couderc (2011), qui constate à Dakar que les participants considèrent les prélèvements comme une pratique ordinaire et essentielle à leur suivi médical. Pour eux, ces analyses sont cruciales pour comprendre leur maladie et son évolution, et l'absence de prélèvement dans la prise en charge remet en question l'efficacité du traitement proposé. En effet, à travers ces actes, ils évaluent les compétences des soignants, discernant les médecins de routine, jugés moins compétents et plus portés à poser un diagnostic oral, des médecins de recherche clinique, qui effectuent des examens approfondis avant de prescrire des traitements.

Face aux symptômes et aux informations fournies par le patient, le médecin de recherche effectue des examens biologiques pour comprendre la maladie et proposer un traitement approprié. Cette démarche découle de la nécessité d'un diagnostic approfondi, car toute erreur est inacceptable dans la recherche médicale sur des humains, comme le rappelle souvent la formation sur les Bonnes Pratiques Cliniques. C'est pourquoi les soignants allient examen physique et examen sanguin avant de prescrire un traitement. Robelet (2002, p. 44) soutient que cette rigueur est essentielle pour garantir un diagnostic

précis et des soins de qualité. Il note que le meilleur médecin n'est pas celui qui prescrit le plus de médicaments, mais celui qui établit le diagnostic le plus juste. Dans les essais cliniques, les médecins doivent équilibrer art et expérience pour poser un bon diagnostic. En outre, au-delà de leurs compétences techniques, nos résultats indiquent que les agents de recherche clinique s'appuient aussi sur leurs qualités humaines pour assurer la qualité des soins dans ce contexte.

### **3.3. La relation soignant-soigné dans les essais cliniques : une relation de confiance**

Les études de Yaogo (2002), Jaffré et Olivier de Sardan (2003), et Medah (2008) sur l'organisation des structures sanitaires publiques en Afrique subsaharienne révèlent un portrait peu valorisant des interactions entre personnels de santé et patients : mépris, absence d'écoute, indifférence à la douleur, non-respect des rituels de politesse, relations brèves et impersonnelles, et interactions parfois violentes. Ces comportements des agents de santé sont souvent cités comme des raisons de la remise en cause de la qualité des soins dans ces structures. La relation entre soignants et patients est cruciale pour garantir la qualité des soins et la satisfaction des patients. Le MS-PNAQS (2003 : 22) souligne que « de bonnes relations interpersonnelles contribuent à l'efficacité des conseils de santé et à établir la confiance et la crédibilité ». Ainsi, il est primordial d'établir de bons rapports avec les patients pour assurer la qualité des soins, une réalité reconnue par les agents de santé impliqués dans les essais cliniques.

Pendant les essais cliniques, les relations entre participants et personnel de recherche reposent sur le respect et la confiance. Nos résultats montrent que les participants perçoivent des comportements plus respectueux de la part des équipes de recherche comparativement à ceux des agents de routine, souvent marqués par l'indifférence. Les relations avec les chercheurs sont caractérisées par « *confiance* », « *suivi* », « *respect* », et « *compassion* ». Ces rapports sont essentiels, car les participants, souvent en situation de précarité selon Ridde (2012), doivent être bien traités pour garantir une bonne observance des prescriptions médicales. Les prestataires sont donc avertis de l'importance de maintenir de bonnes relations avec les participants pour l'étude. Couderc (2011) souligne que la relation soignant-participant est régie par des textes réglementaires, rendant fondamentale la création de liens de confiance et de respect. Les

médecins de recherche clinique estiment qu'établir une relation de confiance est crucial pour inciter les participants à prendre leurs traitements, en tenant compte de leur vécu et de leurs conditions de vie.

Pour ces médecins, établir une relation avec les participants est un travail quotidien à maintenir tout au long du suivi. Ce comportement des soignants favorise un climat propice à la délivrance des soins. Les participants aux essais cliniques dans notre étude ont apprécié la qualité de leur prise en charge, grâce aux compétences des soignants et aux relations d'écoute, de confiance et de compassion qu'ils ont établies. Ces éléments montrent que les participants perçoivent les soins comme de meilleure qualité.

### **Conclusion**

Nos investigations ont permis d'explorer les essais cliniques sous deux angles : les conditions de réalisation des soins et l'impact de ces essais sur la qualité des services dans les structures locales de santé. D'abord, l'étude a révélé que les équipes de recherche bénéficient de meilleures conditions de travail, notamment grâce à l'accès à du matériel médicotechnique de qualité et à la possibilité d'améliorer leurs compétences. Cela leur permet de fournir des soins appréciés des bénéficiaires, ce qui indique que les soins médicaux dans le cadre des essais cliniques sont de bonne qualité. Ensuite, les essais cliniques profitent aux structures locales de santé en améliorant la qualité des soins de routine. Cependant, bien que l'impact des essais cliniques sur la qualité des services soit positif, il reste ponctuel et temporaire.

### **Références bibliographiques**

BOURRET Pascale et Le MOIGNE Philippe, 2014, « Essais cliniques, production de la preuve et mutations de la biomédecine » in *Sciences sociales et santé*, vol. 32, n° 3, p. 5-11.

BRINKMANN Svend, 2014, "Unstructured and semi-structured interviewing" in *The Oxford handbook of qualitative research*, 2014, vol. 2, p. 277-299.

CHIPPAUX Jean-Philippe, 2004, *Pratique des essais cliniques en Afrique*, IRD éditions.

COUDERC Mathilde, 2011, *Enjeux et pratiques de la recherche médicale transnationale en Afrique. Analyse anthropologique d'un centre de recherche clinique sur le VIH à Dakar (Sénégal)*, Thèse de doctorat, Université Paul Cézanne-Aix-Marseille III.

- DONABEDIAN Avedis, 1988, "The quality of care: how can it be assessed?" in *Jama*, vol. 260, n° 12, p. 1743-1748.
- DS-DAFRA, 2012, *Plan d'action du district sanitaire*, District sanitaire de Dafra.
- DS-NANORO, 2012, *Plan d'action du district sanitaire*, District sanitaire de Nanoro.
- EGROT Marc et TAVERNE Bernard, 2006, « Essais cliniques, un objet social complexe » in *Sciences au Sud*, vol. 33, p. 16.
- GOLAZ Valérie, 2013, « La dépendance en Afrique » in *Gérontologie et société*, vol. 36145, n° 2, p. 77-89.
- GRUÉNAIS Marc-Éric, 2004, « Les qualités de l'offre de soins confessionnelle en Afrique subsaharienne » in *Autrepart*, n° 1, p. 29-46.
- JAFFRÉ Yannick (ed.), 2003, *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Karthala Éditions.
- MÉDAH Rachel, 2008, *Analyse du système de santé dans la commune de Réo (province du Sanguié, Burkina Faso)*, Laboratoire citoyennetés.
- MEHDI Gina Aït, 2015, *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Au-delà des idéologies et des idées reçues*.
- MINISTERE DE LA SANTE, 2006. *Plan National de Développement Sanitaire 2006-2010*, Ouagadougou, Burkina Faso.
- MINISTERE DE LA SANTE (MS-PNAQS), 2003, *Programme National d'Assurance Qualité en Santé (PNAQS)*.
- OUVRIER Mary-Ashley, 2011, *Anthropologie de la recherche médicale en milieu rural sénégalais*, Thèse de Doctorat en Anthropologie, Faculté de Droit et de Sciences Politiques, Université Paul Cézanne-Aix-Marseille I.
- RIDDE Valéry, 2012, *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'ouest : Au-delà des idéologies et des idées reçues*, Les Presses de l'Université de Montréal.
- ROBELET Magali, 2002, "Les figures de la qualité des soins : rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité", PhD diss., Aix-Marseille.
- SABOURIN Paul, 2009, *L'analyse de contenu, Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, p. 415-444.
- TINTO Halidou et Al., 2013, "Good clinical practice in resource-limited settings: translating theory into practice" in *The American journal of tropical medicine and hygiene* 88, n°. 4:608.

TINTO Halidou et Al., 2014, "The impact of clinical research activities on communities in rural Africa: the development of the Clinical Research Unit of Nanoro (CRUN) in Burkina Faso" in *Malaria journal* 13, p. 1-7.

TOURE Laurence, 2012, "La baisse de qualité, prix à payer pour un meilleur accès aux soins ?" in *Afrique contemporaine* 243, n° 3, p. 49-63.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2018, Handbook for National Quality Policy and Strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care [Internet]. Geneva : WHO ; [cited 2019 Jan 7].

YAOGO Maurice, 2002, *Pratiques de soins et faits de développement : le cas des itinéraires thérapeutiques dans la région de Bagré (Burkina Faso)*, PhD diss., Paris, EHESS.