

## Sub-Saharan Refugee Patients' Perceptions of the Active Listening by Moroccan Caregivers

<https://doi.org/10.57642/AJOPSY--12>

**Fatiha Laarach**

fatiha\_laarach@um5.ac.ma

Faculty of Letters and Human Sciences, Mohammed V University, Rabat, Morocco

Received: 03/10/2023

Accepted: 06/12/2023

**Jamal El Ouafa**

elouafajamal@gmail.com

Published: 31/12/2023

### Abstract

This article proposes an exploratory evaluation of the quality of active listening by nursing staff at the Ibn Sina University Hospital Center, through the perception of hospitalized sub-Saharan refugee patients, to improve communication qualities within hospitals, more specifically active listening. Our problematic is based on identifying deficiencies in clinical communication. Our qualitative research included a sample of six patients, who were interviewed using semi-directive based on active listening questions. The results drawn from our observation, textual analysis and data content, show those patients were generally satisfied with the active listening aspects of the carers: resident doctors and nurses who helped each other and bridged communication gaps. However, they were relatively satisfied with two elements relating to non-verbal communication (eye contact and appropriate posture), which are also essential for overcoming the obstacles of interpersonal communication in the hospital environment and strengthening the patient's relationship of trust.

**Keywords:** active listening; patient satisfaction; communication skills.

## Perceptions des Patients Réfugiés Subsahariens de l'Écoute Active des Soignants Marocains

**Fatiha Laarach**

fatiha\_laarach@um5.ac.ma

Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, Université Mohammed V, Rabat, Maroc

Reçu: 03/10/2023

Accepté: 06/12/2023

**Jamal El Ouafa**

elouafajamal@gmail.com

Publié: 31/12/2023

### Résumé

Cet article propose une évaluation exploratrice de la qualité d'écoute active des personnes soignantes du centre hospitalo-universitaire Ibn Sina, à travers la perception des patients subsahariens réfugiés hospitalisés, et vise à améliorer les qualités communicationnelles au sein des hôpitaux, en mettant particulièrement l'accent sur l'écoute active, notre problématique se concentre sur la détermination des déficiences dans la communication clinique. Notre recherche qualitative comprenait un échantillon de six patients, et qui étaient interviewés par le biais d'entretiens semi directifs portant sur l'écoute active. Les résultats tirés de notre observation, de l'analyse textuelle et du contenu des données, montrent que les patients sont globalement satisfaits des aspects d'écoute active chez les soignants: médecins résidents et infirmiers qui s'entraidaient et comblaient les lacunes communicationnelles. Cependant, ils étaient relativement satisfaits de deux éléments liés à la communication non verbale (contact visuel et posture appropriée), qui sont également essentiels pour surmonter les obstacles de la communication interpersonnelle en milieu hospitalier et renforcer la relation de confiance chez le patient.

**Mots-clés:** écoute active; satisfaction des patients; compétences en communication.

## Introduction

Dans le domaine de la santé, depuis ses origines, la pratique de soin a été totalement liée à la communication interpersonnelle et aux compétences de communication. Dans ce domaine toute interaction entre le soignant et le patient est une communication. Cette dernière est un processus interactif, influencé par des variables inhérentes aux interlocuteurs, ces variables sont d'ordres psychologiques, sociaux et cognitifs. Dans la pratique de soins la communication est une fonction clinique centrale du soignant qui ne peut être déléguée car la plupart des informations proviennent de l'entretien avec le patient, l'importance de ces informations sont liées aux compétences interpersonnelles du soignant, de telles compétences, y compris l'écoute active sont des qualités les plus recherchées chez le soignant et un déterminent en grande partie de la satisfaction du patient. Actuellement, l'accent mis sur la qualité des soins de santé dans toutes les formations médicales a montré qu'en plus de l'aspect scientifique et technique, il est nécessaire de s'occuper de l'aspect relationnel et des compétences de communication, comme activité générique liée aux soins. Une activité qui influence directement la satisfaction des patients (Akhiyat et al., 2021). L'attention portée aux questions et aux inquiétudes du patient et l'utilisation d'un langage clair sont des éléments fondamentaux pour l'exercice de toute activité de soin (Colinet & Avenel, 2020), et sont aussi des indicateurs d'évaluation qui différencieront un bon professionnel d'un professionnel moins considéré (Epstein, 1993). Mais parfois le soignant est jugé selon le système de santé dont il fait partie. De nos jours, on remarque qu'il y a une insatisfaction croissante des patients liée en bonne partie au respect de la filière de soin et de la prise en charge administrative. Le respect de la filière de soins exige aux patients de respecter une organisation verticale de la prise en charge qui commence par le réseau des établissements de soins primaire avant d'accéder au niveau supérieur dont le dernier niveau est représenté par le CHU qui fournit les soins tertiaires. S'agissant des contraintes administratives: il y a principalement la présentation des documents attestant le droit à la gratuité et une fiche de référence. A cause de ces formalités que les patients subsahariens réfugiés se considèrent qu'ils sont mal- traités dans les services de soins marocains, alors que les soignants marocains trouvent que ces derniers sont reçus et pris en charge comme les marocains sans aucune dévalorisation sociale. Ces malentendus apparaissent souvent par faute d'information et de communication. Pour écarter ces sentiments négatifs, les établissements sanitaires marocaines ont organisé des séances de formations pour le personnel soignant afin d'informer et mieux expliquer aux immigrés le fonctionnement des services publics, en particulier médicaux, dans tous ces différents niveaux afin que ces derniers ne considèrent pas que les difficultés qu'ils rencontrent ne leurs sont pas systématiquement spécifiques (Linard, 2017, p.11).

Dans le cas du Centre hospitalier universitaire Ibn Sina de Rabat un soignant, soit médecin résident ou infirmier, est bien formé, expérimenté et habitué à être en interaction quotidienne avec différentes personnalités, et accumule sans doute un savoir-faire qui lui permet d'appréhender de manière générale et spéciale la prise en charge du patient avec les déterminants de la multiculturalité et de vulnérabilité psychosociale. Un savoir qui lui permet aussi de prendre soin de sa façon de communiquer avec les patients étrangers en tenant compte de leurs cultures variées tout en s'appuyant sur des normes tracées par la stratégie sanitaire, et des valeurs et des représentations diverses (Lehmann & Gailly, 1991). En dépit de ce savoir des malentendus relatif à des lacunes de communication, elles apparaissent de temps en temps sans connaître les raisons. Dans ce travail nous visons à déterminer la perception du patient subsaharien réfugié de certaines qualités communicationnelles précisément l'écoute active pendant son hospitalisation au Centre Hospitalier Universitaire Ibn Sina, cette perception est un indicateur clé dans l'évaluation de la qualité de la prise en charge des patients dans les établissements de soins tertiaires au Maroc, et un outil de détermination des lacunes de communication dans les établissements de soins.

Nos hypothèses reposent sur deux éléments, la première est de connaître si le personnel soignant applique les techniques de l'écoute active et possède les compétences communicationnelles et relationnelles qui lui permet de voir le patient dans son individualité et l'accompagner adéquatement durant son hospitalisation jusqu'à sa sortie; la deuxième est de connaître si le patient bénéficie d'une écoute active pendant l'hospitalisation et non seulement lors de la consultation. A ces fins nous avons interviewés six patients subsahariens réfugiés francophones, choisis d'une manière aléatoire, à l'Association de planification familiale afin d'éviter toute influence sur eux par le biais de 10 questions semi-directives.

### **Etudes antérieures**

Dans cette optique bien qu'il existe de nombreuses études liées à la satisfaction des patients et des soignants: nous citons l'étude du psychiatre japonais Tsukasa Koyama, dont le concept d'écoute active est inclus, celle-ci révèle qu'une interaction et une communication efficaces entre le médecin et le patient est une fonction clinique centrale et que la plupart des informations diagnostiques essentielles proviennent de l'entretien, et que seule les compétences interpersonnelles du médecin y compris l'écoute active qui est parmi les préoccupations du patient. Ces qualités influencent positivement les résultats de santé du patient (Koyama, 1994); dans une autre étude, la médecine narrative démontre comment le soignant peut à l'aide de l'écoute attentive et empathique de l'autre améliorer la relation médecin-malade (Noëttes, 2021). Ainsi, une communication patient-médecin efficace peut réduire les réclamations pour faute professionnelle (Virshup et al., 1999).

### **Modèle théorique**

L'écoute active, pierre angulaire de l'approche humaniste, est une approche psychologique qui met l'accent sur le potentiel positif de l'individu et sur sa capacité à s'épanouir. Cette approche développée par le psychologue humaniste Carl Rogers, est une approche de la communication et de la relation d'aide qui vise à favoriser une meilleure compréhension et une plus grande empathie entre les individus. Cette technique est souvent utilisée dans des contextes tels que la psychothérapie, le conseil, la résolution de conflits, et même dans la communication quotidienne pour améliorer les relations interpersonnelles. Son fondement théorique est basé sur: l'attention, la bienveillance, l'empathie et l'authenticité, l'écoute active, écoute sans jugement, acceptation positive de l'indifférence de l'autre, et acceptation inconditionnel de ce qu'il dit (Levinson, 2017).

### **Bref retour sur le contour de l'écoute active**

L'écoute active consiste à prêter attention à la totalité du message reçu, c'est-à-dire à prêter attention non seulement au contenu, mais aussi à la manière, au non verbal et au paraverbal, de regarder le patient, de passer du temps avec lui, et de lui faire savoir que nous tenons compte de son avis (HAS, 2013). L'écoute implique un processus actif où agissent nos sens, ainsi que notre part intellectuelle et affective (Levinson, 2017). Ecouter est un art plus complexe que parler. Ecouter demande de l'effort et de la concentration, ce qui n'est pas nécessaire pour entendre qu'est un fait purement physiologique. À notre avis, l'écoute active est l'une des meilleures ressources que nous pouvons utiliser pour améliorer nos compétences en communication, contribuant à améliorer la qualité et faisant de nous un interlocuteur agréable pour les autres (Sala, 2018, p. 6).

Le silence est une composante essentielle de l'écoute active: se taire ne veut pas dire être absent. Il s'agit de maintenir une posture attentive, ouverte et détendue, accompagnée d'un regard qui indique au patient que nous sommes là pour l'écouter et que ce qu'il veut nous dire nous semble vraiment intéressant. Il faut pratiquer le "silence" qui est sans doute la meilleure écoute réflexive. Le silence dans les relations avec les autres est avant tout une expression de

respect, de compréhension et d'humilité envers les autres. Savoir l'utiliser à bon escient est important dans une relation thérapeutique (Roustant, 2005, p. 13).

En parallèle après cette première composante essentielle il y a d'autres composantes qu'on a retirés à travers les revues de littératures, et que nous les citerons comme suit:

1. Aider la personne à se sentir libre de s'exprimer. Pour y parvenir, il peut être utile de se mettre à sa place, c'est-à-dire d'établir une relation d'empathie (McLeod, 1998);

2. Montrer à l'interlocuteur que vous êtes prêt à l'écouter: il s'agit d'adopter une position ouverte et active, d'exprimer clairement votre intérêt à l'écouter pour essayer de le comprendre et non de vous opposer à lui, ce qui se fait généralement par l'affirmative des mouvements de la tête et des mots, résume et confirme les propos de la personne qui nous transmet le message (Ekman, 1997). En formulant les phrases avec une tonalité appropriée, avec empathie et respect, mais sans en abuser, permettant au patient d'exposer le problème sans interruption précoce ni conclusions prématurées, lui permettant d'exprimer plus facilement ses sentiments, ses attentes, ses espoirs et la façon dont la maladie affecte sa vie (Poussin, 2017);

3. Eliminer les distractions potentielles: interruptions, appels téléphoniques, portes ouvertes, etc.;

4. Être patient: Prendre le temps nécessaire, compte tenu de ce que nous avons à parler avec lui et avec le reste des patients (HAS, 2016), afin de pouvoir mener à bien notre travail de manière adéquate;

5. Mener la conversation sans l'interrompre. Pour cela, il est généralement utile de résumer, de demander et de paraphraser, en utilisant un langage simple, assertif et compréhensible pour le patient en minimisant les réactions négatives du patient;

6. Contrôler les émotions: Une personne en colère comprend toujours mal les mots;

7. Eviter de critiquer et d'argumenter de manière excessive, car cela mettrait l'interlocuteur sur la défensive, le conduisant probablement à se fâcher ou à se taire;

8. Etre disponible à l'écoute, aide à développer plus largement le point de vue en utilisant des phrases et des gestes;

9. Arrêter de parler encore: c'est la première et la dernière des recommandations et dont dépendent toutes les autres.

Certains des messages implicites que le patient reçoit lorsque l'écoute active est exercée et dont de nombreux avantages sont obtenus, grâce aux mimiques faciales en particulier qui sont considérées depuis Darwin (1872) comme des supports expressifs privilégiés de diverses émotions, indicateurs de qualité d'un bon entretien qui exprime au patient certains points:

- Je t'écoute, je tiens à toi;
- J'autorise vos émotions, aussi négatives soient-elles;
- J'essaie de prendre en charge la situation;
- Je contiens ce qui se déchaîne en toi;
- Je vous offre la possibilité de voir le problème d'une manière différente, plus structurée, moins destructrice (Roustant, 2005, p. 31).

La compréhension du malade l'incite à communiquer même en cas de maladie grave. L'étude effectuée par Adeline Joly (Joly, 2014), a montré qu'en présence de l'orthophoniste, les patients communiquent davantage entre eux, de manière plus adaptée, en termes de communication verbale et non-verbale, et à un stade critique de la maladie, ces patients communiquent d'autant plus par le non-verbal.

### Méthode et matériel de recherche

Notre étude est une étude descriptive transversale avec une approche qualitative utilisant dix questions semi-directives structurées et validées. L'accueil des réponses a été réalisé au cours d'un entretien personnel avec six patients subsahariens réfugiés francophones de différents pays, le temps moyen de ces entretiens est 37 min.

Un guide d'entretien a été élaboré pour recueillir les opinions sur les éléments suivants de l'écoute active:

1. Existence de bruit dans la pièce;
2. Réponses exacte selon la demande formulée par le patient;
3. Dévouement suffisant du personnel soignant;
4. Utilisation d'un langage approprié en accord avec le niveau culturel du patient;
5. Disponibilité des ressources en personnel soignant dans chaque unité;
6. Réponses adéquates sur la maladie;
7. Contact visuel;
8. Posture adéquate du personnel soignant;
9. Attitude agréable du personnel soignant;
10. Compréhension (langage assertif).

### **Validation du guide d'entretien**

Chacun de ces éléments a fait l'objet d'une question semi-directive qui a été développée plusieurs fois et a été soumise, avant son utilisation, à un processus de validation consistant à vérifier sa validité consensuelle et sa validité logique. A cette fin, notre guide d'entretien a été soumis à un échantillon pilote de 03 patients à l'Hôpital Ibn Sina, où l'on a vérifié la faisabilité du système d'organisation et de collecte des données prévues, ainsi que l'adéquation des questions aux objectifs visés, en s'assurant que celles-ci étaient comprises par les répondants. Suite au test pilote, certaines modifications ont été apportées aux questions pour le bon déroulement du travail de terrain, et le biais de la spécialité médicale a été exclu.

### **Echantillon de la recherche**

La taille de notre échantillon était limitée par plusieurs causes: les patients non inclus dans l'étude en raison de leur pathologie médicale présentaient une altération des capacités cognitives, une démence, un trouble psychologique aigu ou chronique, ou toute pathologie psychiatrique empêchant la compréhension correcte de chacune des questions.

**Tableau 1**

*Présentation des caractéristiques des participants, établissement et durée d'entretien*

Participants	Sexe		Age	Situation familiale		Pays d'origine	Durée d'hospitalisation	Service d'hospitalisation	Durée d'entretien
	M	F		Marié	Célibataire				
S.B	X		26		X	Sénégal	10	Pneumologie (HIS)	36 min
R.L	X		31	X		Guinée	15	Médecine interne (HIS)	40 min
S.N	X		29	X		Congo	12	Endocrinologie (HIS)	50 min
M.N	X		24		X	Cameroun	16	Phthiologie (HMY)	38 min
CH.J	X		25		X	Côte-d'Ivoire	12	Pneumologie (HMY)	33 min
G.L	X		45		X	Congo	17	Service oncologie médicale (INO)	25 min

Afin d'éliminer toute sorte d'influence sur les réponses de notre échantillon nous avons choisi de les questionner au siège de l'AMPF. Nous avons aussi éliminé le mot satisfaction dans nos questions, puisque nous savons que les éléments qui englobent l'écoute active sont directement liés à la satisfaction du patient (Akhiyat et al., 2021), et détermine la qualité communicationnelle et relationnelle entre le personnel soignant et le malade, facteur favorisant la qualité de vie des patients et de leurs familles (Delvaux et al., 2019).

### ***Procédure de traitement des données***

Lors des entretiens, nous avons utilisé un dictaphone pour faciliter la collecte des données avec la prise des notes au besoin. Ensuite, nous avons retranscrit littéralement les enregistrements sur un document Word, ce qui représente une étape cruciale nécessitant une grande précision. Nous avons gardé uniquement les premières lettres des noms des patients pour garder leurs anonymats, après nous avons classé et organisé les informations recueillies afin de les étudier. Cette étape constitue la première partie de l'analyse. Par la suite nous avons tracé un tableau pour croiser les informations provenant de tous les entretiens réalisés, afin de mettre en évidence les similitudes et les différences entre les entretiens, ainsi que les différentes formes sous lesquelles les thèmes de recherche apparaissent chez les patients interrogés. Nous avons traité les données, question par question, en comparant les réponses entre elles. Enfin nous avons soumis les retranscriptions des entretiens à une analyse hiérarchique descendante par thème. Pour ce faire, nous avons regroupé les réponses en 10 éléments relatifs à l'écoute active que nous voulons évaluer tout en restant dans le cadre strict du guide d'entretien. Dans cette optique nous avons commenté ces analyses au fur et à mesure afin d'explorer les différentes interprétations possibles.

### **Les résultats**

#### ***Description de l'interaction soignant/patient subsaharien réfugié hospitalisé au Centre Hospitalo-universitaire Ibn Sina***

De manière succincte, nous décrivons les différents processus communicatifs où l'écoute active peut être mise en évidence:

**Au niveau du médecin:** On parlera ici de la visite du médecin, courte mais intense, dans laquelle le médecin, après avoir évalué l'évolution des soins infirmiers à travers les résultats des tests effectués, visite le patient dans sa chambre. Il est d'usage que le médecin entre dans la chambre, se présente (la première fois), demande à sa famille de sortir et reste seul avec le patient si ce dernier ne comprends pas le français le médecin sollicite un proche pour la traduction, à ce point commence l'entretien clinique et c'est là que commence le processus d' "écoute active" pour le médecin. Nous observons que dans tous les services d'hospitalisation plus de 90% des entretiens durent entre 5-10 minutes (moyenne: 7,2 minutes) avec un minimum de 3 minutes et un maximum de 25 minutes. La même moyenne est constaté dans les pays européens (Faymonville & Nyssen,2014). Une fois cet entretien clinique réalisé, le médecin modifie le traitement, marque les changements et les consignes à suivre, et va visiter un autre patient, le patient ne le reverra pas avant 24 heures (48 heures le week-end).

**Au niveau de l'infirmier:** Dans les services d'hospitalisation, l'infirmier (en rotation) entretient un contact plus personnel et direct que n'importe quel autre professionnel (aides-soignants, médecins, techniciens, etc.). De façon routinière, l'infirmier, après avoir recueilli les informations du relais précédent, procède à des techniques de soins spécifiques pour chaque cas, généralement effectuées au début du quart de travail, où le premier contact avec le patient est établi, ici déjà le processus d' "écoute active" a commencé. Par la suite, s'enchaîne des techniques permettant de maintenir cette interaction. Ainsi tout au long du quart de travail de 8h00 à 20h00, puis sur le quart de 20h00 à 8h00, le processus est similaire, ne respectant que les heures de sommeil des patients.

Le médecin entre dans la chambre du patient une fois le matin et y passe entre 5 et 10 minutes en moyenne, les infirmières le font beaucoup plus de fois et passent généralement beaucoup plus de temps avec le patient. Un constat que nous pourrions donc affirmer en notant que la relation médecin/patient et infirmier/patient sont dans une proportion déséquilibrée, d'où l'importance que le personnel soignant soient formés aux compétences relationnelles et communicationnelles et à utiliser l'écoute active de manière appropriée. Un autre constat que nous avons relevé après une simple question "connaissez- vous le nom de

vosre soignant? 76,4% des patients interrogés connaissaient le nom du médecin et seulement 34,7% des patients, connaissaient le nom de l'infirmier, bien que nous pensions que cela est dû au fait que généralement un seul médecin traite un patient et dans le cas des soins infirmiers personnalisés, il y a pas mal d'infirmiers qui, se relayant, s'occupent du même patient.

### *L'analyse textuelle des entretiens*

Le résumé de la lecture des résultats obtenus à partir de l'analyse des données met en évidence les occurrences et les formes d'expression positives des patients concernant la qualité relationnelle et l'écoute active dans un contexte médical. Les résultats obtenus sont présentés par thème en fonction des questions posées.

**Le premier thème** abordé concerne "la présence de bruit", un élément perturbateur de l'écoute active. Les réponses générales des patients indiquent que le bruit n'est pas perçu comme un obstacle majeur au processus d'écoute active. La majorité des patients estiment que le bruit n'est que rarement présent et n'entrave pas significativement l'écoute active. Cependant, cinq patients ont constaté que le bruit dans les chambres provient en partie des interactions entre les soignants plutôt que d'une source externe. En revanche, les autres patients considèrent le bruit comme normal et non dérangeant. Il est observé que le niveau de bruit varie en fonction de la présence du médecin ou de l'infirmier. En présence des médecins, le bruit semble être inexistant.

**Le deuxième thème** aborde l'importance d'une "réponse appropriée" dans le processus de soin et mis en évidence les opinions des patients à cet égard. Trois patients ont exprimé leur satisfaction quant à la qualité de la communication reçue à la fois de la part des médecins et des infirmiers, bien qu'une légère disparité ait été notée entre les réponses des médecins et celles des infirmiers. Cependant, il est à noter que deux patients ont signalé ne pas avoir reçu de réponses adéquates à leurs questions. Parmi ces patients, certains ont mentionné des difficultés à comprendre ce que les professionnels de santé disent. Par exemple: "la patiente **S.B** a remarqué que son médecin parlait rapidement, parlait à un volume trop bas pour qu'elle puisse l'entendre correctement. Elle a noté aussi que la première infirmière lui avait expliqué bien mais qu'elle avait du mal à la comprendre, surtout lorsqu'elle parlait en s'appêtant à partir. Juste après, la deuxième infirmière lui avait mieux expliqué". La patiente **R.L** a rapporté que: "l'infirmier s'exprimait brièvement et lui conseillait de poser ses questions au médecin", en outre, elle a souligné que: "le médecin parlait rapidement en raison de contraintes de temps et lui conseillait de s'adresser à l'infirmière pour une meilleure explication".

En résumé, le thème met en lumière le rôle crucial d'une réponse appropriée dans le processus de soin, avec une majorité de patients appréciant la qualité de la communication, mais un nombre significatif signalant des difficultés de compréhension et des lacunes dans la manière dont les informations sont transmises, surtout dans les situations où la communication est rapide ou limitée. Dans l'ensemble, la communication et les réponses appropriées dans le processus de soin sont globalement positives, mais des problèmes de compréhension et de coordination entre médecins et infirmiers sont observés pour certains patients. D'après notre observation la particularité de chaque spécialité présente des difficultés pour les médecins et les infirmiers à reformuler et à résumer leurs propos en langage courant afin que ces patientes comprennent mieux.

Cette attitude est influencée en plus par le nombre des patients hospitalisés et le nombre des médecins et des infirmiers qui prennent en charge ces patients dans les différents établissements, et aussi quand la maladie est lourde et le patient n'arrive pas à l'admettre. En général les médecins et les infirmiers répondent d'une manière appropriée aux questionnements de leurs patients même si la culture, la personnalité et le type de la maladie diffèrent.

La classification effectuée en parallèle sur la qualité paraverbal de la communication reflète que les trois composantes (volume, vitesse, intonation) se rapprochent dans leurs classification hiérarchique descendante ce qui n'affecte pas la qualité des réponses. Le langage approprié est une qualité essentielle aux soignants pour l'explication des soins effectués aux patients, surtout si ces derniers sont de différentes cultures. Cette qualité communicationnelle permet de mettre en mot les gestes qui vont être effectués, cette compétence occupe une place majeure dans la transmission du message afin que le patient reçoive des renseignements simples à sa portée qu'il soit en mesure de les comprendre et de les accepter. Une attitude qui facilite la prise en charge. De notre point de vue, ce langage approprié dû premièrement à la maîtrise de la langue française par ces patients puisque 52,4% de l'ensemble des migrants subsahariens le parle (Haut-Commissariat au plan du Maroc, 2021), et à la maîtrise parfaite du personnel soignant de cette langue; deuxièmement parce qu'une communication adaptée ou appropriée lors d'un soin consiste en la mise en place d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné, sans cette capacité le processus de soins serait dur.

Concernant **le troisième thème** qui se rapporte au "temps consacré aux patients", la conséquence de la continuité de la logique de soins que nous avons déjà exposée se révèle à travers une étroite corrélation entre les résultats obtenus et les observations réalisées. Cette relation justifie les réponses positives des patients qui attestent d'un investissement plus important en temps de la part des infirmiers par rapport aux médecins. Cette disparité s'explique par la nature des activités spécifiques de chaque groupe: Les infirmiers maintiennent un contact constant avec les patients et sont disponibles en permanence pour prodiguer les soins nécessaires, ainsi que pour communiquer l'état de santé du patient à son médecin traitant. L'accompagnement en temps est directement lié à l'activité de soins qui exige la présence continue des infirmiers.

Cette situation est due au nombre restreint de médecins non seulement au sein du CHUIS mais également dans l'ensemble du système de santé marocain. Selon des statistiques récentes, le ratio est de 7,1 médecins pour 10000 habitants, avec 15087 infirmiers polyvalents et 4943 sage-femmes dans le secteur public (Zerrouk, 2021). Ces données soulignent la pénurie persistante de ressources humaines dans le secteur de la santé au Maroc, y compris au CHUIS, qui compte 481 médecins et 2369 infirmiers (CHU Ibn Sina, 2019). De manière générale, il est clair que le temps consacré aux visites des patients varie en fonction de la spécialité médicale et de l'état de santé du patient. Un autre facteur observé est l'afflux de patients traités influence le temps dédié à chaque patient, qu'il soit marocain ou étranger, en accord avec la politique d'égalité d'accès aux soins du CHUIS (Errougani, 2018).

Dans **le quatrième thème** abordant "le langage clair et simple", deux patients ont indiqué qu'ils comprennent le langage utilisé par le personnel soignant, car ces derniers font régulièrement des efforts pour reformuler et expliquer de manière compréhensible le protocole de soin. Cependant, il subsiste quelques patients qui ne parviennent pas à comprendre totalement le langage médical. Cette situation peut être attribuée à l'utilisation fréquente de termes techniques, en particulier par le personnel médical. Les patients **S.B** et **CH.J** ont partagé une sensibilité similaire en déclarant: "Je comprends les mots simples, mais parfois les soignants utilisent leur propre langage étrange". L'utilisation de termes étranges fait référence aux termes techniques qui peuvent submerger la communication entre les soignants et les patients dans les établissements hospitaliers. Certains termes techniques sont plus utilisés par les infirmiers lors de la communication avec les patients, plutôt que par les médecins qui les prescrivent. Par exemple, l'usage du terme "TDM" au lieu du terme plus familier "scanner" est répandu, mais non compris par la plupart des patients. On trouve, une illustration de cette problématique dans une interaction où une infirmière annonce à une patiente qu'elle va réaliser un ECG (électrocardiogramme). La patiente, cependant, ne saisit



pas la nature de cet examen. Dans l'ensemble, bien que des efforts de reformulation soient faits, l'utilisation excessive de termes techniques demeure un obstacle à une communication claire et simple entre les soignants et les patients.

En ce qui concerne **le cinquième thème** relatif au "niveau suffisant d'engagement du personnel soignant", les résultats de cette question sont majoritairement positifs. Les six patients ont exprimé leur admiration pour les efforts déployés par le personnel soignant, en particulier les infirmiers qui se sont montrés disponibles en permanence. Cette disponibilité découle de la nature de leurs tâches ainsi que de leur implication personnelle et de leur sens de responsabilité. Bien que les réponses dénotent en général un dévouement positif du personnel soignant, les patients ont constaté une insuffisance de personnel lors des rotations d'équipes pendant leurs hospitalisations. Nous avons déjà expliqué ce problème précédemment. Selon notre point de vue, il devient impératif d'augmenter le nombre de personnel soignant, en particulier compte tenu de l'augmentation constante du nombre de patients. L'augmentation des effectifs permet de réduire la charge de travail, améliorant ainsi la qualité des interactions relationnelles et communicatives, et influençant positivement la qualité des soins médicaux (Koyama, 1994). Cette recommandation d'amélioration est notée même par les patients réfugiés subsahariens. Dans l'ensemble, malgré les effectifs limités dans chaque spécialité, le personnel soignant fait des efforts considérables pour communiquer de manière claire, simple et adaptée au niveau culturel des patients réfugiés subsahariens. Quatre patients ont affirmé comprendre le langage des soignants, et les réponses les plus positives étaient en faveur des infirmiers, même si leur nombre est insuffisant. Les infirmiers semblent fournir davantage d'efforts pour communiquer efficacement et écouter les patients.

Et pour **le sixième thème** qui fait référence aux "réponses adéquates", pendant leur hospitalisation, les patients s'attendent à obtenir des réponses adéquates à leurs questions, qui expriment leurs inquiétudes concernant leur état de santé. La majorité des patients ont confirmé que les médecins répondent mieux à leurs préoccupations que les infirmiers, principalement parce que les médecins ont une meilleure connaissance des pathologies traitées. Cependant, il y a parfois des problèmes de communication entre les infirmiers et les patients en raison de ce constat. En général, les réponses des patients se ressemblent avec une légère différence: quatre patients ont exprimé leur satisfaction quant aux réponses adéquates qu'ils ont reçues, tandis que **G.L et R.L** n'ont pas trouvé de réponses adéquates à leurs inquiétudes. Il est important de noter que cette divergence ne s'explique pas essentiellement par un manque d'intérêt du personnel soignant, mais plutôt par des contraintes pratiques telles que le manque de temps dû au sous-effectif du personnel (Zerrour, 2021), surtout que certain patient demande plus d'attention que les autres.

Pour **le septième thème relatif** au "contact visuel", les réponses de quatre patients étaient plutôt négatives envers les infirmiers et positives envers les médecins, les deux patientes **M.N** et **S.N** disent: "il n'y a aucune différence, les soignants sont bien". D'après l'évaluation de ces réponses et notre observation, on constate que les infirmiers ont moins l'habitude de garder le contact visuel dans leurs pratiques avec le patient. Ils communiquent avec lui en même temps qu'ils effectuent des gestes de soin. Un constat qui montre que les infirmiers priorisent la concentration sur le geste de soin que sur le contact visuel, une réaction qui sans doute va être interprétée par un désintérêt total sur ce que dit le patient, mais il y a une compensation de la part des médecins. La majorité des patients ont confirmé que ces derniers maintiennent le contact visuel mais loin de la philosophie de Carl Rogers qui exige que le regard soit positif et inconditionnel reflétant l'empathie et la bienveillance. Le contact visuel étant un élément essentiel pour transmettre l'intérêt et l'empathie du médecin, composante essentielle dans la relation thérapeutique avec le patient que Jean Decety (2011) la définit comme suit: "l'empathie est la capacité de partager et de comprendre les états émotionnels et affectifs des autres". Elle est considérée comme une composante nécessaire à une coexistence harmonieuse

des individus, en motivant, de nombreux comportements pro-sociaux et en servant de base au développement de la moralité (Decety & Siksou, 2011). La part du contact visuel est nécessaire pour la lecture implicite des souffrances de l'autre.

Nous étions frappés par les réponses obtenues à propos du **huitième thème** qui fait référence à "la posture": la majorité des résultats indiquent qu'il n'y a aucune présence de posture appropriée, et les réponses n'ont pas été à la hauteur puisque seulement quelques infirmiers et quelques médecins communiquent avec des mouvements corporels et changent leurs postures qui permet de montrer qu'il est un facilitateur de l'expression. La majorité disent que: "non, le médecin ne réagit pas par son corps, il ne bouge pas sa tête pour confirmer et me rassurer sur ce que je dis, quant à l'infirmière s'approche seulement si elle veut faire des soins, elle ne réagit non plus avec son corps et en plus avec leurs bavettes je ne vois pas de différence sur leur visage seul sa voie me tranquillise".

Une question qui nous guide vers une faiblesse du développement de l'empathie du corps soignant qui s'est reflétée sur leur posture lors du contact avec le patient. D'après Carl Rogers fondateur de l'approche centré sur le patient l'écoute active est une philosophie plutôt qu'une technique que le soignant ou le thérapeute doit avoir une posture empathique, une posture congruente, et une considération positive inconditionnelle (Rogers, 2005, p.19). Une réaction qu'on peut dire qu'elle est relative au rythme rapide du travail, résultat plutôt négatif en comparaison avec les autres éléments de la communication verbale qui font également partie de l'écoute active (réponses adéquates, langage clair...) qui ont été positifs.

En ce qui concerne **le neuvième thème** qui fait référence à "l'attitude agréable", il est remarquable que la majorité des patients considèrent que les médecins ont une attitude plus agréable que les infirmiers. La patiente **M.N** a dit: "mon médecin est très gentil, je me sens parler avec mon frère". Cette tendance suggère que, même avec la charge du travail, les médecins maintiennent une attitude agréable dans leurs interactions avec les patients, davantage que les infirmiers. Cette qualité peut être liée à la personnalité de chaque professionnel de la santé. Selon Vannotti (2002), les soignants les plus agréables tendent à être plus altruistes, à poursuivre moins d'objectifs personnels tels que la carrière ou le prestige, et à faire preuve d'une plus grande empathie. Néanmoins, lors de notre pré-enquête, la majorité des réponses des infirmiers argumentent que leurs comportements ne sont en aucun cas liés à leur type de personnalité mais liées plutôt à leurs croyances, ils expliquent que: "il ne faut pas être trop agréable avec les patients en général afin de maintenir le respect et de préserver une relation professionnelle".

Quant **au dernier thème** relatif à **l'assertivité**, les réponses sont unanimement positives. Les résultats montrent que la majorité des patients ont observé que les infirmiers et/ou les médecins communiquent avec un langage assertif, ce qui les met à l'aise et leur donne confiance en leur prise en charge. Depuis les années 1940, l'assertivité est considérée comme cruciale pour le bien-être relationnel et personnel. Selon Lazarus, il s'agit d'une compétence interpersonnelle et sociale, un aspect de la communication (Richard & Lussier, 2019). Norton la décrit comme l'expression appropriée d'idées, de sentiments et de limites, tout en respectant les droits des autres, en maintenant un climat positif chez l'interlocuteur et en tenant compte des conséquences potentielles de cette expression sur celui-ci. Elle représente un cadre communicationnel que le personnel soignant doit mettre en œuvre dans sa pratique quotidienne. C'est une approche interactive où l'individu adopte une attitude authentique et ferme par rapport à ses convictions, tout en étant ouvert envers l'interlocuteur dans l'objectif de maintenir une relation positive et mutuellement compréhensive tout au long du processus de soin (Pfafman, 2017).

## Discussion

En regroupant les termes dans des grandes classes qui ont plus de réponses en relation avec la satisfaction des patients subsahariens réfugiés, nous avons effectué une analyse hiérarchique descendante à partir des textes selon les formes actives qui sont constituées des noms et des verbes tandis que les formes supplémentaires se composent des adjectifs, des conjonctions et des adverbes repartis selon les thèmes qui englobent les deux types de communication verbale et non verbale. Ainsi, l'analyse nous a permis de dire que lors des entretiens avec les six patients on a pu voir que les qualités étaient les plus admirées par les patients sont: "le langage simple et langage approprié", ces qualités communicationnelles que le personnel soignant maîtrise bien. D'après les résultats constatés, nous expliquons que les infirmiers ont marqué leurs compétences dans ce point plus que les médecins, cela est relatif à la nature de leurs travaux qui leur donne plus l'opportunité d'apprendre les bonnes manières, de transmettre les informations au patient de différentes cultures, en utilisant un langage approprié à chaque patient en prenant en considération son âge, son sexe et la nature de sa maladie. Les deux profils utilisent des stratégies de la reformulation, le résumé de ce que le patient a dit, ce qui revêt une importance considérable dans la gestion de la conversation, particulièrement lorsque celle-ci est déséquilibrée d'un point de vue linguistique. Ces stratégies de reformulation jouent un rôle crucial dans le cadre des interactions thérapeutiques en général (Apothélos & Grossen, 1995).

Nous avons constaté qu'il y a un lien très fort entre le "langage assertif et les réponses adéquates". L'échange que nous avons eu avec ces patients porte essentiellement sur ce point qui semble nécessaire pour tout patient qui passe une période difficile lors de son séjour à l'Hôpital et les réponses adéquates sur sa maladie. Ces deux éléments que les patients apprécient beaucoup chez le personnel soignant et ils étaient convaincu que les médecins les seuls qui ont la capacité de fournir ces réponses adéquates surtout si le langage est assertif. D'après notre observation lors de la collecte des données, les patients ne font confiance qu'aux réponses des médecins, même si les compétences de communications sont partagées et se compensent entre les deux profils sur le plan communicationnel, mais les patients gardent toujours l'idée que le médecin est le seul fournisseur de l'information adéquate à leurs soucis. Une idée qui est à notre avis erroné puisque l'infirmier reçoit toutes les informations sur la pathologie traitée de son patient.

Concernant la "disponibilité", le "temps consacré au patient" et le "bruit dans la salle"; on remarque qu'on dépit des ressources non suffisante du personnel soignant, la présence du soignant en cas de besoin est dû à l'esprit de responsabilité ressenti par chaque profil envers les patients. Le manque du personnel soignant est une problématique dont on a déjà expliqué les causes, les patients l'ont constaté durant leurs séjours d'hospitalisation, et qui ont admirés les comportements humains des soignants, et que le bruit causé par l'activité rassure plus les patients. D'après les réponses on remarque que le cadre général est assez propice pour communiquer et écouter les besoins du patient, mais il reste un point auquel il faut prêter attention pour une meilleure écoute. D'après notre analyse "l'attitude agréable" des médecins avec les patients et la satisfaction de ces derniers, même si certains soignants surtout les infirmiers préfèrent garder la distance pour éviter l'audace des patients, pourtant cette qualité peut inciter et encourager les patients à mieux s'exprimer un point qu'il faut prendre en considération dans la relation de soin. Mais le remarquable c'est que les deux profils (médecins résidents et infirmiers) ont des lacunes au niveau de la communication non verbale, qui se reflète sur "la posture et le contact visuel" que les patients ont confirmé leurs insatisfactions surtout sur la posture que ni les infirmiers ni les médecins n'ont tenu compte. Ces deux aspects peuvent être expliqués par le manque dans la formation sur le langage corporel et son envers sur les patients, et par le cadre général du travail, position du soignant

debout et le patient au lit, des attitudes qui prouvent être expliquées par un désintérêt et le manque d'empathie envers le patient.

Les réponses reflètent que les patients subsahariens réfugiés sont généralement satisfaits des éléments qui définissent l'écoute active, comme un moyen de surmonter les obstacles à la communication interpersonnelle. Les aspects non appréciés sont relatifs aux éléments de communication non verbale à savoir le contact visuel et la posture, ils montrent que même si les soignants sont formés sur les techniques de l'écoute active, il y a toujours un manque de coordination entre la communication verbale et non verbale. Néanmoins il reste quelques aspects à améliorer aussi, nous les citerons comme suit:

- Augmenter le temps consacré au patient lors des visites médicales et au moment du soin;
- Utiliser un langage clair sans mots techniques;
- Dissiper les doutes soulevés par les patients les plus soucieux;
- Développer plus l'empathie.

Presque tous les patients qui ont répondu à l'enquête montrent leurs accords et associent une meilleure communication et une bonne prise en charge à la présence de plus de personnel. Nous pensons qu'une formation en habiletés sociales fournirait aux professionnels les outils nécessaires pour atteindre les objectifs fixés par les formations du CHUIS sur le contrôle émotionnel (au niveau cognitif, physiologique et moteur), et des techniques de communications telles que l'écoute active, la manière de fournir des informations utiles de manière claire et simple, la manière d'obtenir le maximum d'informations grâce à l'utilisation de questions ouvertes ou fermées utilisées à bon escient. Ces possibilités visent toutes à atteindre une communication optimale.

"L'écoute active", à notre avis, constitue un outil très important que chaque professionnel de santé doit utiliser pour améliorer ces capacités de communication, ce qui contribuera à améliorer la qualité de soins et d'obtenir un excellent résultat de satisfaction du patient. Le professionnel de la santé ne peut pas établir un plan de soins adéquat s'il ne connaît pas la situation du patient et ce qu'il en pense. Ce n'est que lorsqu'une compréhension mutuelle est atteinte que des solutions communes peuvent être recherchées et rendre le processus beaucoup plus efficace. L'écoute active fera des soignants de meilleurs communicants sans avoir recours aux mots, et des interlocuteurs plus appréciés. Avec l'écoute active, les soignants (médecins ou infirmiers) seront capables de montrer un plus grand intérêt pour leurs patients et déceler leurs problèmes et leurs circonstances une étape qui améliorera sans doute la prise en charge médicale et psychosociale dans les services de soins.

## Conclusion

Il est désormais évident que les problèmes liés à des lacunes en communication entre les soignants du CHUIS et les patients subsahariens réfugiés, qu'on a détectés à travers les entretiens semi-directifs sont relatifs aux non pris en compte du langage non verbal dans la communication comme on l'a constaté (posture ou contact visuel non convenable...), alors que les recherches menées par le professeur Américain Albert Mehrabian ont montré l'importance du langage non verbale qui représente 55 % de la communication qui repose seulement sur 7 % des mots et 38 % sur les variations vocales.(Joly, 2014 , p.29). A noter que le soignant dans son contact fréquent avec le patient comme émetteur du message n'est pas toujours conscient de son expression corporelle, ce qui signifie que le corps peut parfois servir de miroir des pensées inconscientes et transmettre l'état émotionnel du soignant: agacé, débordé, occupé...etc. Devant ces situations chaque expression faciale et gestuelle compte pour le patient et peut être traduite comme un manque d'empathie ou de désintérêt au patient, pour cette raison il est crucial que, lorsqu'un message est transmis, le contenu verbal soit en harmonie avec le langage corporel, toute incongruence affaiblira le message que l'on souhaite

communiquer et suscitera la méfiance chez le patient, et impactera d'une manière négative la qualité des soins prodigués ainsi sur la satisfaction des patients. Afin de remédier à ces déficiences et améliorer la qualité de l'écoute active des soignants marocains, il serait bénéfique d'inclure dans leur formation les bases de la communication digitale (verbale) et analogique (non verbale) notamment:

- Les éléments statiques: tels que le visage, le physique, la voix, les vêtements, la coiffure, etc. Et les éléments dynamiques: incluant l'orientation dans l'espace, la distance, la posture, les gestes et mouvements du corps, les expressions faciales, la direction du regard, le ton de la voix, et l'articulation de la parole. Ces éléments encouragent plus le patient à mieux s'exprimer et rendent le soignant plus attentif dans sa propre pratique aux messages transmis par le patient ce qui rendra sans doute la relation de soin plus bénéfique;

- L'écoute active étant une technique d'accompagnement qui favorise le climat d'ouverture et de confiance entre le soignant et le patient est désormais une compétence indispensable pour chaque soignant, qui doit la maîtriser depuis le premier contact avec le patient jusqu'à l'achèvement de l'hospitalisation.

## Références

- Akhiyat, N., Nordhues, B., Schmidt, T., & Nordhues, H. (2021). Improving Patient Satisfaction : Addressing Barriers to Patient-Physician Communication with Novel Empathic Communications Training. *Journal of the American College of Cardiology*, 77(18, Supplement 1), 3364. [https://doi.org/10.1016/S0735-1097\(21\)04718-5](https://doi.org/10.1016/S0735-1097(21)04718-5)
- Carl Ransom Rogers. (2005). *Le développement de la personne* (2ème édition). Interéditions. <https://www.fnac.com/a16.p.19>.
- CHU Ibn Sina. (2019). *Projet d'Établissement 2019-2023*. P. 67.
- Collins, S. (2005). Explanations in consultations : The combined effectiveness of doctors' and nurses' communication with patients. *Medical Education*, 39(8), 785-796. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02222.x>
- Decety, J., & Siksou, M. (2011). Neurosciences sociales et relations interpersonnelles. *Le Journal des psychologues*, 286(3), 39-43.
- Dubé, C. E., O'Donnell, J. F., & Novack, D. H. (2000). Communication Skills for Preventive Interventions: *Academic Medicine*, 75(Supplement), S45-S54. <https://doi.org/10.1097/00001888-200007001-00007>
- Ekman, P. (1997). Should we call it expression or communication? *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, 10(4), 333-344. <https://doi.org/10.1080/13511610.1997.9968538>
- Epstein, R. M. (1993). Perspectives on Patient-Doctor Communication. *The Journal of Family Practice*, 37(4), 12.
- Faymonville, M.-E., & Nyssen, A.-S. (2014). Communication soignant-soigné. *Douleur et Analgésie*, 27(4), 210-214. <https://doi.org/10.1007/s11724-014-0399-3>
- Haut-Commissariat au plan du Maroc. (2021). *Enquête Nationale sur la Migration* | [https://www.hcp.ma/downloads/Enquete-Nationale-sur-la-Migration\\_t21608.html](https://www.hcp.ma/downloads/Enquete-Nationale-sur-la-Migration_t21608.html)
- Joly, A. (2014). *Communication verbale et non verbale entre patients atteints de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées : étude des interactions lors d'un atelier thérapeutique et rôle de l'orthophoniste. Médecine humaine et pathologie*. 2014. fffhal-01842403f.
- Koyama, Tsukasa. (1994). Effective doctor-patient interaction and communication : Psychiatric point of view. [*Hokkaido Igaku Zasshi*] *The Hokkaido Journal of Medical Science*, 69(5), 1081-1085.
- Lehmann, J., & Gailly, A. (Éds.). (1991). *Thérapies interculturelles : L'interaction soignant-soigné dans un contexte multiculturel et interdisciplinaire*. De Boeck.
- Levinson, E. (2017). Pratiques du thérapeute de l'Approche centrée sur la personne et du facilitateur stratégique de la gestion du vivant : Une comparaison enrichissante entre développement personnel et développement durable. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 24(2), 5-31.
- Little P, White P, Kelly J, et al. (2016). Importance de la communication verbale et non verbale pendant la consultation. *Revue d'Evidence-Based Medicine*, 15(2), 35-38.
- McLeod, M. E. (1998). Doctor-Patient Relationship : Perspectives, Needs, and Communication. *American Journal of Gastroenterology*, 93(5), 676-680. [https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.1998.676\\_a.x](https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.1998.676_a.x)
- Noëttes, V. L. des. (2021). Retours d'expériences et médecine narrative : Écouter pour mieux soigner. *Revue Médecine et Philosophie* (5), 8. <https://doi.org/10.51328/21204>
- Pfaffman, T. (2017). Assertiveness. In V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Éds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (p. 1-7). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8\\_1044-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_1044-1)
- Poussin, G. (2017). *La pratique de l'entretien clinique* (5e éd. revue et actualisée). Dunod.
- Richard et Lussier. (2019). Assertivité, professionnalisme et communication en santé. *Researchgate*, 7.
- Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D., & Till, J. (1991). Doctor-patient communication : The Toronto consensus statement. *BMJ*, 303(6814), 1385-1387. <https://doi.org/10.1136/bmj.303.6814.1385>
- Toumya, H. (2021). *Note sur les résultats de l'enquête nationale sur la migration forcée de 2021* (p. 26). [https://www.hcp.ma/region-eddakhla/Note-sur-les-resultats-de-l-enquete-nationale-sur-la-migration-forcee-de-2021\\_a400.html](https://www.hcp.ma/region-eddakhla/Note-sur-les-resultats-de-l-enquete-nationale-sur-la-migration-forcee-de-2021_a400.html)
- Vannotti, M. (2002). L'empathie dans la relation médecin - patient. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 29(2), 213-237.

- Virshup, B. B., Oppenberg, A. A., & Coleman, M. M. (1999). Strategic Risk Management : Reducing Malpractice Claims through More Effective Patient-Doctor Communication. *American Journal of Medical Quality*, 14(4), 153-159. <https://doi.org/10.1177/106286069901400402>
- Zerrour, Laila. (2021). Carte sanitaire au Maroc : Ces chiffres à retenir. *Aujourd'hui le Maroc*. <https://aujourd'hui.ma/societe/carte-sanitaire-au-maroc-ces-chiffres-a-retenir>