

UNIVERSITÉ ABDERRAHMANE MIRA BEJAÏA
FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention d'un diplôme de Master en sociologie

Option : Sociologie de la Santé

Thème

**Le rôle de la communication entre
soignant et soigné dans le processus de
prise en charge**

**Cas : Service des urgences à l'hôpital d'Amizour de la
Wilaya de Bejaïa**

Réalisé par:

IDIR Nabila

CHERIKH Mezhoura

Encadré par :

M^{me} ZEHNATI Fatima

Année 2015-2016

Remerciement

Nous tenons à remercier le bon Dieu le tout-puissant qui nous a donné la force, le courage et la santé pour pouvoir mener à terme notre travail et poursuivre nos études avec succès.

Nous remercions le responsable de la spécialité Dr. Abdel Halim BERRETIMA qui nous à encourager pour réussir dans notre étude

Nous remercions notre promotrice M^{me} ZEHNATI Fatima qui nous a aidés à terminer notre travail, et tous les enseignants de la spécialité

L'ensemble des personnels d'hôpital d'AMIZOUR de nous a accepté pour effectuer notre stage pratique

Nous remercions les membres de jury et tous les étudiants de la sociologie de la santé

Et a tous les personnes qui nous ont aidés de loin ou de prés pour terminer nos recherches.

NABILA

ET

MEZEHOURA

Dédicace

Je dédie ce travail :

A mes chers parents

A mes sœurs Nadia, Katia, Sonia et son mari Fateh

et son fils Wassim

A mes frères Azzedine, Hakim, Salim, Fawzi et Yacine

A tous mes cousins et mes cousines

Mes oncles et mes tantes et ma grande mère Aldjia

Et sans oublier mes amies Hakima, Halim, Meriem

et surtout ma binôme Mezhoura

Et a toute mes copines Amanda et Nawal

NABILA

dédicace

Je dédie ce travail

A mes chère sœurs Fatima, Djadjiga, Saliha et son marie Khaled

A mon cousin Mouhand et sa femme Maya et ses sœurs

A ma grande mère Zahra

A ma copine Khirra et Hanane

A Yacine

A mes parents et à mes frères

A ma binôme Nabila et tout mes copines

MEZHOURA

Sommaire

Sommaire

Liste des abréviations

Liste des tableaux

IntroductionI

Partie théorique et méthodologique

Chapitre I : problématique de l'objet.

1-Les raisons du choix de thème.....	05
2-Les objectifs de la recherche.....	05
3-Les études antérieures.....	07
4-La problématique.....	10
5-Les hypothèses.....	12
6-Définition des concepts clés.....	13

Chapitre II : l'influence de la communication sur les relations de soin

I- Communication

Introduction

1-Définition communication.....	18
2-Le rôle de la communication.....	18
3-Les composantes de la communication.....	19
4-Les moyens de la communication.....	21
5-Les différents genres de la communication.....	22
6-Les différents types de la communication.....	23
7-Les modes de la communication.....	25

II-communication et la relation de soin

1-définition de relation de soin.....26

2-Les types des la relations de soin.....27

Conclusion

Chapitre III : la prise en charge des patients

Introduction

1- Les différents aspects de la prise en charge.....30

2-Les critères de prise en charge.....31

3-Prise en charge au service des urgences.....33

4-Les objectifs de prise en charge.....33

Conclusion

Chapitre IV : Méthodologie et technique de recherche

1-Présentation de l'organisme d'accueil.....35

2- Le lieu d'enquête.....37

3-La durée d'enquête.....37

4-La pré-enquête.....37

5-La population mère.....37

6-Type d'échantillonnage de l'enquête.....38

7-Méthode et techniques utilisés.....38

8-Les difficultés et les avantages rencontrés.....39

Chapitre V : Analyse et interprétation des données

I-Identification personnelles des patients.....42

I-Identification personnelles des médecins.....46

III-Le processus de la communication entre soignants et soignés au sein de l'hôpital d'AMIZOUR

1-La communication comme un moyen de soulagement.....48

2-les moyens utilisés par des médecins pour communiquer avec des patients.....50

3-Les raisons qui empêchent les médecins de communiquer avec les patients.....52

4-Les raisons qui empêchent les patients de communiquer avec les médecins.....54

5-L'appréciation de la communication entre les soignants et les soignés dans le contexte de soin.....55

IV-Le développement de processus de la communication entre soignant et soigné engendre une meilleur prise en charge médical, psychologique et social

1-La communication et une composante indispensable dans le processus thérapeutique entre soignants et soignés.....57

2-le rôle de la communication et son impact sur la prise en charge psychologique des patients.....59

3-La communication et son impact sur la prise en charge médicale et économique des patients.....61

4-La communication et son impact sur la prise en charge social des patients.....63

Conclusion

Vérifications des hypothèses

Conclusion

La liste bibliographique

Les Annexes

La liste des abréviations :

- **VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine
- **VHB** : Virus de l'hépatite B
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.
- **GRH** : Gestion des Ressources Humaines.
- **MEMEC** : Maintenance des équipements médicaux et équipements connexes.
- **AMM** : Association Médicale Mondiale.
- **ANESM** : Agence National de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- **EPH** : Etablissement Public Hospitalier.
- **HCSP** : Haut conseil de la santé public.

La liste des tableaux :

N°	Texte	Page
01	Répartition des enquêtés selon sexe des patients	42
02	Répartition des enquêtés selon l'âge des patients	43
03	Répartition des enquêtés selon la situation matrimonial des patients	44
04	Répartitions des enquêtés selon le niveau d'instruction des patients	44
05	La corrélation entre le niveau d'instruction et le milieu géographique de malade	45
06	Répartition des enquêtés selon le sexe des médecins	46
07	La corrélation entre l'âge des médecins et leur situation matrimoniale	47
08	La corrélation entre niveau d'instruction et l'ancienneté des soignants	47
09	La communication comme un moyen de soulagement	48
10	Les moyens utilisés par des médecins pour communiquer avec des patients	50
11	Les raisons qui empêchent les médecins de communiquer avec les patients	52
12	Les raison qui empêchent des patients de communiquer avec les médecins	54
13	L'appréciation de la communication entre les soignants et soignés dans le contexte de soin	55
14	La communication est une composante indispensable dans le processus thérapeutique entre soignant et soigné	57
15	Le rôle de la communication et son impact sur la prise en charge psychologique des patients	59
16	La communication et son impact sur la prise en charge médicale et économique des patients	61
17	La répartition des enquêtés selon la pratique de l'importance de communication et son impact sur la prise en charge social des patients	63

Introduction

Introduction

De nos jours, on assiste à des changements et des variations sociétales, économiques, sanitaires, environnementales, majeurs, intensifié par le processus de mondialisation, de la modernisation, de la rapidité de la circulation de l'information, ayant modifié le fonctionnement des sociétés actuelles. Elles représentent d'un côté, le progrès, l'évolution et le développement, mais aussi, des menaces suite aux mauvaises intégrations et adaptation, d'où l'apparition de plusieurs pathologie tel : la criminalité, le suicide, l'exclusion, le chômage, ayant des conséquences néfastes sur la santé individuelle et la santé publique, de l'autre côté.

Néanmoins, pour faire face à cette situation, une meilleure adaptation au contexte actuel exige une connexion permanente avec l'environnement, que ce soit sur le plan individuel ou collectif, par le développement du processus de communication. Cette dernière recouvre un vaste univers de signification en fonction du champ de référence. Elle occupe depuis toujours le centre des relations sociales. Elle vise à répondre aux besoins d'appartenance, de référence, de contribution à travers des actions, réactions et interactions qui se transforment elle-même, afin de créer un climat plus favorable à la parole, aux échanges, entre les individus dans un contexte bien déterminé.

En effet, la fréquence de son occurrence dans les conversations, dans le débat public, dans les medias, dans la littérature, a fait émerger, dans beaucoup de cas, ou elle est devenu la source d'innovation technique importante, de progrès, de développement, et par défaut de son application ou développement, elle constitue une source de conflit, de régression, de dépression, ayant des conséquences considérables sur la santé individuelle et sur la santé publique.

Dans le domaine de soin les personnellles médicale et les patients on besoin de communiquer et de construire des relations pour un simple raison d'améliorer la prise en charge psychologique, médicale et sociale, c'est pour ce la qu' on a intéressé de travail sur cette relation et de faire une analyse sociologique sur le thème suivant « le rôle de la communication entre soignant et soigné dans le processus de prise en charge » au niveau de service des urgences a l'hôpital d'AMIZOUR dans le but d'avoir les meilleurs résultats.

Notre thème de recherche est composé de quatre chapitres qui sont :

Chapitre I : nous avons problématisé notre objet de recherche, les raisons et les objectifs du choix de thème, les études antérieures, la problématique, les hypothèses, et les concepts clés.

Chapitre II : l'influence de la communication sur les relations des soins.

Chapitre III : la prise en charge des patients.

Chapitre IV : présentation de lieu d'enquête, la population d'étude, l'échantillon, et les techniques d'échantillonnage, la méthode et les techniques utilisées.

Et enfin la partie pratique qui compose de l'analyse des données sur notre terrain de recherche qu'elle a deux parties l'analyse générale des hypothèses et conclusion général.

II.

Partie théorique

et

Méthodologique

Chapitre I

La problématisation de l'objet

Chapitre I : problématisation de l'objet :**Introduction :**

Dans ce chapitre, on va présenter le cadre théorique de notre recherche, dans lequel on va commencer par les raisons et les objectifs de la recherche, ensuite les études antérieures qui serviront le point de départ de notre recherche, puis la problématique de notre recherche et les hypothèses et enfin on terminera par la définition des concepts clés.

I. Les raisons et les objectifs de la recherche :**1. Les raisons du choix du thème :**

Les raisons de choix de ce thème ont été forgées par la sensibilité de ce thème et par l'importance de la communication dans le processus thérapeutique pour le malade. Ainsi, le choix est également structuré suite à l'importance des sorties pédagogiques réalisées dans le cadre de notre formation, en particulier à l'hôpital et aux services des urgences qui doit répondre en permanence aux demandes de soins importantes. Dès lors, une série de questions nous interpelle sur le processus de prise en charge et sur les relations de communication entre les deux entités, à savoir, les médecins et les patients. Ces dernières, nous ont permis, grâce à des observations et une série d'interrogation sur le processus de prise en charge et de communication, d'en tirer plus d'information et d'interrogations, qui vont se concrétiser grâce à une investigation empirique. Ainsi, les autres raisons sont :

- ✓ Le besoin de montrer l'importance de la communication dans les relations thérapeutiques ;

2. Les objectifs :

Par ailleurs, notre recherche vise à réaliser une série d'objectif grâce à une enquête de terrain, qui se résume comme suit :

- ✓ Démontrer l'importance et le degré d'efficacité et d'application de la communication en milieu professionnel de la santé ;
- ✓ Découvrir la qualité de la communication au sein de l'hôpital d'Amizour;
- ✓ découvrir s'il y a une prise en charge médicale des patients ;

- ✓ identifier les différentes stratégies de prise en charge et de communication avec les patients ;

- ✓ mettre en pratique nos connaissances théoriques acquises afin d'acquérir une expérience professionnelle...
- ✓ Approfondir nos connaissances dans le domaine de la sociologie de la santé.
- ✓ Avoir beaucoup d'informations sur le développement de la communication en sein des services des urgences à l'hôpital d'AMIZOUR ;

3. Les études antérieures :

Etant donné que, notre thème de recherche porte sur le processus de prise en charge et la relation de communication entre le soignant et le soigné, nous avons sélectionné des travaux qui ont été déjà faite sur notre thématique, et qui constituent le cadre théorique de notre recherche.

❖ La première étude :

Stratégie de communication sanitaire dans un territoire : la lutte contre la tuberculose dans le gouvernorat de Sfax Tunisie (Mounir JARRAYA)¹

Cette étude a été abordée par MOUNIR JARRAYA à Sfax en Tunisie, en Janvier 2013. Il est basé sur les différents moyens de la communication en milieu sanitaire dans la lutte contre la tuberculose.

La problématique :

La communication dans le domaine de la santé constitue une stratégie incontournable dans le secteur de la santé. Elle se manifeste à travers des actions, des messages, de transmission d'information, de sensibilisation, de prévention... qu'elles veulent transmettre dans le secteurs de la santé et pour l'ensemble de la société. Entre autre, elle implique la participation des différents acteurs pour que cette stratégie de lutte atteigne ses objectifs. Elle aide d'instaurer la culture de lutte et de prévention contre les maladies comme la tuberculose.

En effet, la problématique de cette étude consiste à démontrer le rôle de la communication, qui est considéré comme un outil efficace pour la sensibilisation de la population tunisienne, dans les fondements et le développement de territoire sanitaire. Et aussi un moyen de lutter contre la maladie de tuberculose. Et pour sauvegarder le bien être et la santé des individus. Sa question Principale est de démontré comment la communication a lutté contre la propagation de la tuberculose au milieu sanitaire Tunisienne ?

¹ JARRAYA Mounir : **stratégie de communication sanitaire dans un territoire : la lutte contre la tuberculose dans le gouvernorat de Sfax en Tunisie**, in MERAH Aissa et MEYER Vincent « *communication publique et territoire au Maghreb* », 5-7, rue de l'Ecole polytechnique, 75005Paris, p : 129-133.

Méthode et Echantillon :

L'auteur a utilisé l'approche qualitative et la technique d'entretien, il a travaillé par deux types d'entretien (entretien directif et semi directif). Dans le but d'avoir les résultats fiables, claire et d'avoir beaucoup d'informations sur son étude, et la base de la communication en milieu sanitaire, et son rôle sur la maladie de la tuberculose.

Echantillon :

Son échantillon est basé sur trois catégories : les professionnels de la santé (médecins, infirmières), usagers de santé et journalistes généralistes spécialisé dans les discours communicationnel.

Résultats :

D'après les informations recueillies lors des entretiens effectués, les résultats de la recherche démontre que suite au développement de la communication, le malade peut protéger les autres personnes, car il n'a pas caché sa maladie, il a dévoilé sa maladie.

Aussi, la communication en milieu sanitaire est très importante. Elle aide à la prise de conscience de danger de l'infection et surtout à la connaissance des mesures de prévention contre la propagation de la tuberculose.

Pour que les autres ne soient pas contaminés, il faut éviter le contact avec les malades et faire tous les moyens possibles de ne pas avoir la maladie.

Donc l'objectif la communication consiste à sensibiliser la population des dangers de la maladie pour éviter la contamination et la transmission la de maladie de tuberculose.

❖ La deuxième étude**Relation soignant-soigné et prise en charge des patients originaire d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH ou le VHB.²**

Cette étude a été élaborée par Dolorès POURETTE et le groupe parcours en Mars 2012, ils ont étudiés la relation entre soignant et soigné qui ont atteint de maladie de VIH ou

²POURETTE Dolorès et le Groupe de Parcours : **relation soignant-soigné et prise en charge des patients originaire d'Afrique Subsaharienne vivant avec le VIH ou le VHB en France**, édition Parcours, Université Paris Descartes, p : 1.

le VHB. La problématique de cette étude se centre sur la question suivante : quel est l'objectifs de la relation entre soignant-soigné ?

En effet, cette étude cherche à démontrée la relation entre les soignants et les malades atteint de VIH ou le VHB. Et aussi, démontré le rôle des soignants dans la prise en charge médicale de ses patients. Aussi, leurs rôles dans la prise en charge psychologique et économiques qui consiste en particulier, à comprendre leurs états psychologiques et de lui donner des traitements pour diminuer les douleurs et les aider dans leurs difficultés socioéconomiques.

Méthode et échantillon :

La méthode utilisée dans cette étude est la méthode qualitative, et la technique d'entretien semi-directif, exploré auprès de 40patients Africains vivant avec le VIH, 33patients Africains vivant avec le VHB et 26 soignants ont été réalisés dans quatre services hospitaliers en Ile- de- France. L'objectif principal de cette étude consiste à recueillir le maximum d'information pour rendre le thème fiable, et comprendre en particulier le processus de soins des personnes atteintes des maladies chroniques aigus, la nature des relations qui existe dans le secteur de soin, c'est-à-dire, entre le secteurs médicale et les malades, ainsi que les différents forme de prise en charge.

Résultats :

D'après l'entretien obtenus de cette enquête, l'étude montre qu'il ya plusieurs modèle de relation soignant et soignée, selon les manières el les comportements de ces deux parties. C'est-à-dire : le soignant comportent avec le patient comme médecin et le patient comportent comme malade dans le but de se faire soigner.

Aussi, les résultats de l'étude ainsi que les témoignages des soignants démontrent que : les patients reçoivent tous les soins nécessaires, les informations sur leurs état de santé, de soutien social, administratif et psychologique. Parfois, l'attente des patients dépasse les limites des médecins. Ils ne bénéficient pas de cette prise en charge globale. Par contre, des services VHB reçoivent uniquement des soins avec un seul médecin.

En outre, la majorités des patients atteints de VIH expriment un manque de connaissance sur leurs maladies, manque de traitements, les modes de transmission et la

prévention sont limités et le nombre de leurs questions restent sans réponse (la guérison, durée de traitement). Ils sont isolés et pas reconnus.

4. Problématique :

La communication est considérée comme un enjeu stratégique du fonctionnement des sociétés contemporaines et un élément indispensable autour des questions de la santé et de la santé publique. Ainsi, « la communication comme rêve ou idéologie d'une société sans victime, s'est développée dans un contexte d'industrialisation de la culture ».³

Elle consiste en un transfert d'informations de toutes formes et par n'importe quel canal disponible. Elle permet aux individus de se libérer et de s'exprimer et de rechercher leur bien-être, de comprendre les questions qui les entourent, et les encourage à adopter des mesures de prévoyances, de protection. Elle représente également un enjeu majeur pour préserver la santé publique et combattre les maladies. Dès lors, on constate que le plus grand défi des sociétés actuelles en termes de santé publique est la maîtrise et l'intégration des processus de communication, en particulier dans le secteur sanitaire, dans la mesure où elle contribue à la sensibilisation, la préservation, la solidarité, la prise en charge... et par conséquent, à une meilleure préservation de la santé individuelle et publique. Elle vise aussi à sensibiliser la société afin de prendre en charge sa santé, et d'adopter des comportements nécessaires à son bien-être physique, mental et social.

Actuellement, la communication s'intègre dans différentes institutions notamment dans le milieu professionnel de la santé. De ce fait, les processus de communication occupent une position importante dans les pratiques des individus, et en particulier dans la relation soignants-soignés. En effet, la communication entre le médecin et le patient constitue le fondement d'une bonne prise en charge.

Les patients cherchent à diagnostiquer et traiter leurs pathologies. Pour cela, ils ont besoin d'être informés sur leur état.

En effet, cette question de communication entre soignant/soigné représente le centre de recherche de plusieurs spécialistes. Ainsi, « Au début des années 70, des experts ont, pour la première fois, analysé des entretiens entre médecins et patients et observé que la

³ AIM Olivier et Stéphane BILLIET, **communication**, édition Dunod, 5 rue Laromiguière, 75005 Paris, 2015, p : 12

communication était pauvre et largement inadéquate. Les médecins interrompaient fréquemment le récit des patients après moins d'une minute, passant ainsi quelquefois à côté d'informations importantes sur leur état. Certains patients ne comprenaient pas les informations communiquées par leur médecin et lorsqu'ils quittaient le cabinet, ne savaient ni ce que leur médecin venait de leur expliquer, ni ce qu'ils devaient faire »⁴

Donc, la communication entre le médecin et le malade est une condition essentielle dans la relation thérapeutique, et devient ainsi un moyen essentiel d'identification, de fragment de discours. Quand le médecin reçoit un patient, il peut voir une première idée générale de ce qui semble le contrarier, et le patient espère recevoir des explications pour sa maladie. Cette relation de communication entre le médecin et le patient sont des composants inévitables dans le processus thérapeutique. Les présupposés intellectuels, les croyances et la culture des deux acteurs déterminent le mode de fonctionnement et peuvent réduire considérablement sa capacité de répondre aux questions du médecin. En effet, « chaque innovation technique doit s'accompagner d'une préparation humaine ; il faut étudier les réactions prévisibles des ouvriers, prévoir les problèmes de réactions interpersonnelle et donner des explications a tous ceux qui sont concernés »⁵

Autrement dit, la rencontre avec le médecin constitue toujours un moment crucial. Le médecin doit être à l'écoute des patients et comprendre leurs souffrances, les informer sur leur état de santé, les causes et les conséquences de leur maladie, chose qui influence sur le plan psychologique des patients et constitue une prise en charge psychologique et médical. « Dans le code de déontologie médicale, le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toutes la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il ya lieu, de concours appropriés »⁶.

Par ailleurs, le contexte de la santé et celui de la prise en charge des patients en Algérie représente l'un des préoccupations importante à prendre en considération, étant donné que, toutes les structures hospitalières du pays ont connus des réaménagement, améliorations considérables au niveau des services des urgences médicales, tel l'intégration de nouveaux équipements, de nouveaux réaménagements des espace, le secteur de santé en Algérie a connu une amélioration de tous les paramètres de santé quantifiables. La santé est non seulement un

⁴La communication dans la médecine au quotidien, p : 05)

www.samw.ch/dms/fr/Publications/Guides.../f_LF_Kommunikation.pdf *consulter le 15/01/2016 à 16h.*

⁵ 100 fiches pour comprendre la sociologie, 4ème édition, Bréal, 2006, p : 162

⁶ Article 33(Article R.4127-33 DU CSP), code de déontologie médical, p : 08

droit universel fondamental, mais aussi une ressource majeure pour le développement individuel, social et économique.⁷

Ceci nous incite à développer une recherche sociologique afin d'identifier et d'analyser l'impact du processus de communication dans la relation entre soignant/ soigné et son influence sur le processus de prise en charge médicale, psychologique et social des patients. Cette préoccupation centrale nous incite à poser deux questions qui vont structurer la réalisation de ce travail :

Quel est le rôle de la communication en milieu professionnel de la santé ?

Quel est l'impact de la communication dans la prise en charge médicale, psychologique et social des patients ?

5. Les hypothèses :

Dans l'objectif de répondre à nos questionnements et à notre problématique de recherche qui consiste à démontrer l'influence ou bien le rôle de la communication dans le processus de soin, nous avons mis des réponses provisoires. En effet, les hypothèses sont des suggestions élaborées par les chercheurs qui adoptent la méthode déductive afin de vérifier la conformité ou la non-conformité de l'approche théorique dont lequel le chercheur s'inscrit, et cela selon les données du terrain qui reflètent le fonctionnement, la culture et les spécificités sociales. Comme, elles sont aussi des déductions provisoires issues de l'observation de la réalité sociale pour le chercheur qui adopte la méthode inductive.

Selon François DEPELTEAU : « une hypothèse est une réponse provisoire à la question de départ qui est issue de la théorie dans une démarche hypothético-déductive (ou de l'observation de la réalité dans une démarche inductive) cette réponse provisoire sera corroborée ou falsifiée lors de la prochaine étape de la démarche scientifique »⁸

✓ La première hypothèse :

- La communication entre soignant et soigné contribue à l'amélioration de la santé des patients.

⁷<http://fr.m.wikipedia.org/wiki/systeme-de-sante-algerien> consulter le: 11/05/2016 à 14h.

⁸DEPELTEAU François, la **démarche d'une recherche en sciences humaines**, édition la presse de l'université Laval, Québec, 2000, p : 162.

En effet, la communication s'avère une composante indispensable dans le processus thérapeutique. Dès lors, on cherche à déterminer son rôle dans les procédures de soins, et le degré de son développement de point de vue des thérapeutes au même (les médecins) et du point de vue des patients.

✓ **La deuxième hypothèse :**

- Le développement du processus de communication entre soignant et soigné engendre une meilleure prise en charge médicale, psychologique et social des patients.

Autrement dit, on cherche à démontré le rôle de la communication dans le processus de prise en charge médicale (en fonction des moyens disponible, en fonction de l'accès vers les soins, de l'aide des patients en difficulté). Son rôle aussi, dans le cadre de prise en charge psychologique (par rapport à l'acceptation de la maladie, le déni, l'isolation, la maîtrise). Ainsi que, celui de la prise en charge des patients sur le plan social (l'aide, l'accès vers les centres spécialisé, la solidarité, la compassion, la préservation, la prévoyance).

6. Définition des concepts clés :

1. La communication :

« Ensemble des techniques (réseaux de transmission, équipement individuels et autonomes) qui permettent de mettre à la disposition d'un public assez vaste toutes sortes de massages, quelles qu'en soient la forme ou la finalité »⁹

Définition opératoire :

C'est des paroles, des gestes, des signes, des symboles... changé entre les individus ou les groupes d'individus dans des situations différentes, choses qui les intègrent et les mettent en relation sociales divers, soit dans le contexte familiales, amicales, professionnel, ou autre.

La communication dans le contexte du travail sert à réaliser une tache et transmettre une information et aussi la manière de transmettre et d'élaborer cette échange (courriel, téléphone, Email, affichage, contact direct...) ou bien dans le cadre non fonctionnel, mais qui sert à élaborer des liens sociaux, qui occupe une position importante dans la mesure où elle contribue à la socialisation et la motivation des salariés.

⁹ BOUDON Raymond, BESNARD Philippe, CHERKAOUI Mohamed, LECUYER Bernard-Pierre, **Dictionnaire de sociologie**, édition Larousse 2005, p : 36.

- 2. Relation :** Selon MANOUKIAN A. et MASSEBOEUF A. : « une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologie particulières et deux histoire ». ¹⁰

Définition opératoire

C'est d'approcher entre deux personnes ; pour faire des connaissance entre eux.

Une relation est dépendante de la façon dont les partenaires en jeu échangent des informations sains, elle donne priorité aux messages et à leur continu.

3. Soignant :

« Celui qui est chargé de soigner un malade » ¹¹

Définition opératoire :

C'est la personne spécialisé dans le domaine médicale suite à une formation acquise, chose qui lui permet de diagnostiquer et de soigner les personnes malades et leur prescrire des traitements nécessaires à leurs maladies.

Il exerce une influence considérable sur la relation thérapeutique, sur le processus de communication et sur le suivi des patients.

4. Soignée :

« Personne qui présente une altération de l'état de santé, confirmé ou non par un diagnostic médical ». ¹²

Définition opératoire

C'est l'individu qui souffre d'une maladie. Cette maladie peut être passagère ou chronique, dont son état nécessite un traitement thérapeutique. Dès lors, il rentre en relation avec le corps médicale qui va l'aider à soulager sa souffrance. Or, le degré d'acceptation de sa propre maladie, de procéder au soin... dépend de la nature de relation entre le soignant et le soigné qui est déterminé par la communication et son influence sur la prise en charge.

¹⁰ MANOUKIAN A. et MASSEBOEUF A **Soigner et Accompagner-La Relation Soignant-Soigné**, Ruel Malmaison, édition LAMARRE 2008, P : 10

¹¹ Petit ROBERT 1, le robert-107, avenue Parmentier, PARIS-XI^e P : 1825.

¹² Petit ROBERT, p : 1826.

5. **Les soins :** Actes accomplis pour rendre la santé à un malade, les soins sont quotidiens : surveiller régulièrement la température, la respiration et administrer les médicaments »¹³

Définition opératoire

C'est de faire soigner un malade chez un médecin soit généraliste ou spécialiste pour guérir de sa maladie.

6. **Service des urgences :** « est un lieu singulier. En cet endroit, les émotions, les interactions et les techniques s'entrecroisent à toute vitesse. A pour but elle contribue à une plus grande satisfaction de la clientèle, améliore l'observance des patients ». ¹⁴

Définition opératoire

C'est des soins qui se font sur place dans un hôpital public ou polyclinique, suite à une maladie qui nécessite une intervention du corps médicale dans les médias, et cela suite à une maladie passagère intense, ou autres cas non ordinaire.

7. La santé :

La santé s'applique à l'état de fonctionnement normal de l'organisme en l'absence de maladie, s'emploie aussi bien à l'égard des individus (santé physique, la santé mental), qu'à l'égard de la société (santé public) qui a protégé par de nombreuses mesures sanitaire.

Selon l'OMS : « état de bien-être physique, mental et social, et comme un processus tant pour l'individu que pour la collectivité ». ¹⁵

Définition opératoire

C'est être en bonne états de santé moralement et physiquement, est de ne pas atteindre une maladie. C'est d'être satisfait.

¹³ Encyclopédie Alfabétique Larousse, 17 rue du Montparnasse et Boulevard Raspail, 114, Paris, VI^e, P : 1747.

¹⁴ RICHARD Claude. LUSSIER Marie Thérèse et GERARD Fabienne, **la communication professionnel en santé**, édition du Renouveau Pédagogique INC, 5757 rue, Cypihot, Sait-Taurant Québec, P : 736

¹⁵ OMS : « stratégie de communication sanitaire dans un territoire : la lutte contre la tuberculose dans le gouvernorat de Sfax en Tunisie », in AISSA Merah et Vincent Meyer « *communication publique et territoriale au Maghreb* » 5-7, rue de l'Ecole polytechnique, 75005Paris, p : 131.

- 8. La prise en charge :** « fait d'assumer une responsabilité. Celle-ci peut concerner une personne, un objet ou une situation ». ¹⁶

Définition opératoire : La prise en charge est l'ensemble des mesures ou de stratégies mises en œuvre par une personne ou une organisation dont l'objectif de répondre à un besoin ou bien satisfaire une personne ou un groupe.

- 9. La prise en charge médicale :** « concept fait référence au comportement thérapeutique ». ¹⁷

Définition opératoire

Dans le contexte médicale, la prise en charge consiste à avoir une responsabilité de répondre aux besoins d'un malade, de le prendre en charge sur le plan médicale (le suivre et le soigné pour diminuer l'aggravation de sa maladie, lui fournir les moyens nécessaires pour alléger sa souffrance...C'est tous les services qu'on offre à un patient lors de son hospitalisation.

- 10. La prise en charge social :** c'est l'accompagnement social du patient et de son entourage. Aide spécifique au patient atteint d'une maladie. ¹⁸

Définition opératoire

Sur le plan social, la prise en charge se base sur l'accompagnement social du patient et de son entourage, la prévention, la sensibilisation, la solidarité, la compassion...

- 11. La prise en charge psychologique :** toute situation de mise en relation par la parole et le langage, s'inscrit dans une relation d'aide et de soutien ¹⁹

Définition opératoire

Aussi, la prise en charge concerne en particulier l'aspect psychologique qui consiste à l'aide des patients de s'exprimer sur sa maladie pour ce soulager, accepter sa maladie...

¹⁶ Wwww. Linternaute.com/dictionnaire/Fr/définition/prise- en –charge/ consulter le 05/05/2016 à 10h45

¹⁷ Wwww. Mémoireonline.com/10/10/3992/m-les-dérterminants-de-la-prise-en-charge-médical-du-paludisme-au-Gabon-cas consulter le 05/05/2016 à 10h55

¹⁸BOISLEVE Jacques B, **la maladie d'Alzheimer**, www.sante-vivante.Fr; consulter le 14/05/2016 a 12h14 p : 12.

¹⁹IRR- nancy.fr/spip.php ? Rubrique394 consulter le 05/05/2016 à 11h10

Chapitre II

**L'influence de la
communication sur les
relations de soin**

Introduction :

La communication ne se produit jamais dans un espace vide, il relève toujours d'une situation de communication qui est le résultat de la rencontre d'une scène (lieu, temps, type d'activité,...) avec des participants entretenant des relations interpersonnelle. La communication relationnelle permet aux interlocuteurs de se faire reconnaître socialement. Elles permettent aux acteurs de partager leurs émotions. ¹

1-Définition de la communication :

La communication est importante et en même temps devenu si visuel que l'impact de la communication sur notre façon de penser ou sur nos actions n'est pas toujours perçu. En effet, la communication est un échange de personne à personne, qui mobilise en temps réel de ce que l'on est, et la façon dont l'autre se vit.

La communication au sens large peut donc être considéré comme une forme particulière de discours caractérisée par les lieux d'interaction sociale ou elle se développe. Elle se constituerait comme tel, à travers des usages particuliers de langages, de système de communication connues et étudier dans d'autres contextes langages verbales, gestuel, langage écrit, diapositive, photographie, représentation, graphique, schémas, diagrammes, films cinématographiques,...

Donc, la communication compose de différents types, modes, et moyens qui aident un être humain de communiquer et de construire des relations dans sa société. Et ne devrait s'appliquer qu'à une démarche interactive, supposant un aller et retour complet entre l'émetteur et le récepteur d'un message.

2-Le rôle de la communication

Elle se jouer aussi avec un ensemble de mécanismes dans l'échange interindividuel, en faisant intervenir le langage oral souvent. Mais aussi tout un ensemble de comportement non verbaux réglés éventuellement par la présence de l'autre, plus en moins consciemment. Elle

¹ GRC (Groupe de recherche sur la communication) : **La communication interpersonnelle**, université Nancy 2, pp: 2-4.

permet d'influencer un changement de point de vue sur une situation ou de regard sur un être, elle introduit un glissement même infirme d'un contexte vers un autre.

Elle peut aussi se rapporter à un ensemble des moyens technique permettant la diffusion d'un message auprès d'une audience plus au moins vaste, et hétérogène ou l'action pour quelqu'un, ou une organisation d'informer, et promouvoir son activité auprès d'autrui.

Alors la communication n'est pas seulement un simple transfert des informations. En présence des autres choses notre sexe, âge, notre appartenance sociale, de nombreuses messages parfois sans parler. C'est aussi des énonces, gestes, postures, instaurer ou tentent d'instaurer une relation dans laquelle chaque partenaire se voit attribuer un rôle, une position, une place dans sa société entre les différentes groupes.

On parle de la communication quand il ya émission et réception des messages, et lorsqu'on interprété les signaux d'une autre personne en leurs accordant une signification, ces échanges de message préviennent nos préoccupations pour la communication interpersonnelle, interculturelle ou internationale.

3-Les composantes de la communication :

Selon la théorie classique, la communication met en jeu une personne physique ou mentale appelée émetteur qui adresse à une autre personne physique ou morale appelée récepteur un message par l'intermédiaire d'un support que l'on nommé média.

- **L'émetteur :** c'est ce lui qui transmet un message a un membre d'individus, en prendre le cas d'un journaliste qui transmis des informations, et le message final est le fruit de toute une construction collective c'est-à-dire toute la population doivent reçu ce message.

La notion d'émetteur a deux éléments :

- L'initiateur :** les personnes qui prend la responsabilité du message même si elle ne l'a pas personnellement élaboré.
 - Le transmetteur :** est la personne qui ne fait que diffuser le message mis en point par d'autres. Comme le cas d'un auteur qui fait plagiaire ce qui écrit par d'autre auteur, et un journaliste qui cites les paroles de quelqu'un.
- **Récepteur :** se pose pour identifier la personne ou un groupe qui reçoit le message. Et ya deux catégories :

- A. **Les destinataires** : c'est-à-dire ceux à qui le message est expressément adressé.
- B. **Les intercepteurs** : ceux qui captent, par hasard ou de façon délibérée, un message qui ne leur est pas primitivement destiné.
- **Le message** : recouvre des réalités très diverses qu'il convient d'analyser avec précision pour éviter des confusions, ici on distingue :
 - ✚ L'intention de l'émetteur : c'est-à-dire le but qu'il veut atteindre en s'adressant à son interlocuteur : diffuser un savoir, modifier un comportement, et passer une opinion.²
 - ✚ Le langage : considéré comme volante de l'émetteur.
 - ✚ Le code de référence : est précisément, ce qui permet de transformer de simple phénomène physique comme par exemple un bruit, ou des comportements humains spontanés comme ex : lever les bras.

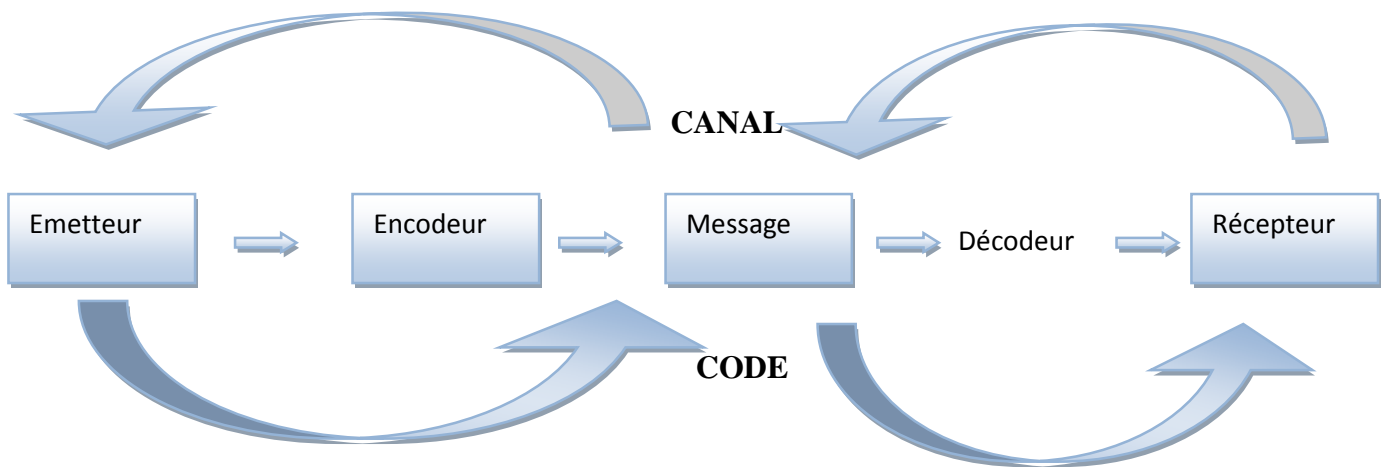
Le code peut être :

- 1- institutionnel : c'est-à-dire érigé en système par une organisation sociale.
 - 2- Conventionnel : fixé par un accord entre deux ou plusieurs personnes et qui peut être modifié à tout moment selon les circonstances.
- ✚ Message réellement émis :
 - ✚ Message réellement perçus : c'est la coïncidence entre ce qui l'émetteur à réellement émis et ce que le récepteur à réellement perçu et compris.
 - **Support** : c'est le moyen par le quel le message est transmis ou retransmis. Il repose sur cinq sens : la vue, la parole, l'ouïe, le toucher l'odorat, alors on a le :
 - ✚ **Support auditifs** : c'est des choses réputé pour donnée une information, une intention dramatique.
 - ✚ **Support visuel** : qu'il faille faire la différence entre l'image fixe comme photos, dessin..., et l'image mobile comme film, vidéo...³

Vers 1949 C. Shannon à élaborer une théorie de l'information contenu le schéma de la communication qui composé des éléments suivants : émetteur, récepteur, canal, code et message.

²COLLET Hervé: **communiquer pourquoi, comment ?**, 85, rue de Bagnolet 75020, Paris, PP : 18-19

³ IBID : PP : 19-21.



Pour C. Shannon, le système de la communication comporte une chaîne d'éléments qui sont la source d'information qui engendre le message comme la parole de téléphone, l'émetteur qui émet et transforme la voix en oscillations électriques, le canal qui est l'outil utilisé pour transporter le message à partir des signaux, et la destination, qui est le récepteur c'est-à-dire la personne à laquelle est destiné le message.⁴

4-Les moyens de la communication :

La transformation des messages se distingue de leur mise en forme, et s'effectue grâce aux moyens de communication qui sont

➤ Les gestes :

C'est le premier moyen de communication humaine qui peut être une sorte de langage, de signes gestuels. Dans ce moyen l'homme développe la fois une activité technique de fabrication et d'usage d'outils spécialisés et une activité sociale ; et avec les cas des sourds et des malentendants, qui utilisent, pour une partie d'entre eux, un langage des signes sa veut dire avec des gestes.

Le geste a un rôle important d'appui et de soutien de la parole orale, et s'inscrit dans une dynamique de la communication.

➤ L'oral :

La communication orale, seule naturelle et tout chargée de tout le sens d'origine. L'oral englobe et absorbe le geste. Elle inscrit directement tous ses participants dans le même espace sonore, visuel, physique qui est l'espace le plus complet pour la communication, et il présente

⁴ SHANNON. C : **les grandes théories de la communication**, in TAKHADATE Khadija « *La communication pour tous* », 159Bis, Boulevard YACOUB El Mansour- Casablanca, P : 70.

l'avantage de pouvoir, et même s'exercer à distance une portée de voix comme la communication par téléphone, et le support de multiples langues.

➤ **L'image :**

L'image est un moyen universel de communication. Elle permet de décrire des situations en les représentant, sous forme de documentaire ou de reportage filmé. Il autorise également la construction de véritable récit.⁵

➤ **l'écrit :**

Communication par écrit est plus tardive sur l'échelle de l'histoire de l'être humain. Elle apparaît dans les derniers instants.

Le système de codification alphabétique qui renforça considérablement la tendance naturelle de l'écriture à être un moyen de communication relativement indépendant de la langue qu'elle sert à retranscrire, et qui constitue la dernière invention au sens strict d'un moyen pour la communication humaine.

- **Du moyen au support :** chacun de ces moyens de communication, le geste, l'oral, l'écriture et l'image va se développer, se réaliser pourrait-on dire, souvent en se combinant, à travers de multiples supports de communication.⁶

5-Les différents genres de la communication :

La communication se transmet par des différents moyens qui sont les gestes, l'image, l'oral, et écrit, la mise en forme renvoie au genre de la communication qu'on doit expliquer dans des notes suivantes :

➤ **La communication informative :**

Sert à décrire le plus objectivement possible un fait, un événement, une opinion, elle s'appuie essentiellement sur des descriptions objectives. Elle nécessite une élaboration sophistiquée, qui mobilise des qualités individuelles comme l'esprit d'organisation et de synthèse. Le sens de l'objectivité et de la concision, la compétence à produire des modèles du réel.

⁵ BRETON Philippe. PLOUX Serge : **l'explosion de la communication**, édition la Découverte, Paris 2012, pp : 20-22.

⁶ IBID: pp: 23, 24.

Ce genre de communication constitué la base du travail journalistique comme le développement des médias, les journaux, radio, la télévision et les sites internet. Technologique comme la communication entre l'homme et la machine (ordinateur, comptabilité...), et la documentation.

➤ **La communication argumentative :**

Dans ce genre de la communication est de convaincre un auditoire de partager l'opinion d'un orateur, alors elle s'agit d'une opinion, qui peut être partagée par d'autres et il s'appuie sur des techniques qui transforment une opinion en argument et qui transportent ainsi vers l'auditoire et faire partager cette opinion. Ce genre de communication traverse de part en part toute notre société. Et aussi mobilise des qualités et des compétences très particulières.⁷

➤ **La communication expressive :**

Elle permet d'extérioriser une sensibilité personnelle, un sentiment. Ce genre de communication renvoie plus généralement à la poésie, à la littérature, au récit, à la dramatique voire à la peinture ou à l'image. La communication expressive est le plus propre à l'individu, à sa subjectivité. Elle est donc historiquement liée à l'émergence de l'individu comme valeur central d'une société. Est une vision toute subjective du réel, même si cette vision est imaginaire (elle mobilise la qualité d'imagination) ; et les spécialités qui sont plus attachées à ce genre de communication sont des artistes, auteurs, écrivains...

La communication expressive atteint son objectif lorsque l'auditoire comprend ce que l'orateur ressent, ce qu'il veut transmettre, et fait la clarté des expressions pour que le récepteur comprenne bien le message.

Les possibilités offerts par la communication expressive implique que celle-ci puisse servir à parler sur les autres, à mettre en scène des dialogues, reconstitué le plus souvent à raconté des situations interpersonnelles sur le mode de la tragédie ou de la comédie, le drame romantique.⁸

6-Les différents types de la communication : pour arriver à développement compétant de la communication on plusieurs types :

⁷ IBID: pp: 42-44.

⁸ IBID: p: 46.

1-6-La communication non verbale : En communication non verbale, les comportements peuvent être inconscients et involontaire mais aussi conscient et volontaires. Seulement, ils sont significatifs spécialement pour persuader l'autre ou l'influencer. Et dans ce type de communication ya des comportements déférentes comme les comportements gestuelle, les expressions faciales (les mimiques, le sourire et le contacte visuel), et les attitudes du corps (position debout ou position assise).

Ces éléments non verbale comme le regard, geste, posture précèdent le discours oral et ils sont parfois difficiles à isoler dans le comportement globale de l'individu. Ils ont donc une compréhension plus immédiate et un effet direct sur la communication, et ces comportements son difficile a modifier.

« Elle semble avoir pour principal fonction d'informer sur les intentions, les affectes de l'émetteur. Son attitude émotionnel, motivationnelle et cognitive est directement repérable par tous les éléments non verbaux qui sous-tendent la communication dans l'interaction émetteur-récepteur ».

La communication non verbale s'intéresse à regard, la toucher et a la proxémique. Elle comprend :

- **Regard :** contribué a la communication car il est significatif. Est expérience faciale très importante, elle permet de transmettre les émotions.
- **Le toucher :** est la forme de communication la plus primitive. Tous les comportements qui se traduisent par le toucher ont leurs significations comme par exemple :
 - La main sur le visage exprime l'affection, le plaisir.
 - La tape sur le dos exprime la compassion.
 - La gifle exprime la violence.

Le toucher es plus souvent inities par les âgées que par les jeunes.

- **Les gestes :** les gestes accompagne la pensée, et facilite aussi la réflexion. Et aussi accompagnent le discours (facilitera compréhension de message). Les gestes pour piloter l'interaction dans les dialogues, les conversations, il participe largement et efficacement à la réussite de l'interaction.

- **La proxémique** : est la manière dont on utilise l'espace. Elle est aussi révélatrice que les mots et les phrases que l'on prononce.⁹

2-6-La communication de groupe :

La communication de groupe permet l'échange avec les autres, ces échanges permettent la résolution des problèmes, le développement des nouvelles idées et le partage des connaissances et des expériences entre les différents groupes individuels.

3-6-La communication organisationnelle :

Ce type de communication se passe généralement en sein de l'entreprise, aide l'employé à se motiver dans son activité professionnelle, dans l'exercice de ses fonctions, car l'employé communique par l'écrit et l'oral travers tout les moyens comme l'informatique, téléphone, fixe, messagerie électronique utilisé par l'employeur en sein de l'entreprise pour construire son image et améliorer ses résultats économique et ses performances financière, et d'éviter les faux problèmes en cas de crise.¹⁰

4-6-La communication interne :

L'ensemble des actions de communication destinées aux salariés d'une entreprise ou d'une organisation. Utilisant des supports tels que le journal d'entreprise, les panneaux d'affichage. Elle se conçoit comme un instrument d'adhésion interne aux valeurs de l'entreprise.¹¹

7-les modes de la communication :

La communication étant qu'un échange d'informations entre des émetteurs et des récepteurs. Et la communication compose de différentes modes qui sont :

- ✓ **La communication auditive** : ce mode de communication nous percevons toutes les informations que nous envoie notre environnement, qu'il s'agit de l'environnement physique ou de l'environnement social, comme le bruit, les cris, la parole qui considère un moyen qui nous permet d'échanger avec les autres personnes, et aussi le langage des signes pour communiquer avec des sourds-muets.

⁹ DEVIRIEUX C. J. AMADO G et GUITTET A, **Quelque Comportement de la Communication**, in Khadija TAKHDAT « *la communication pour tous* », édition, 159 Bis, Boulevard YACOUB El Mansour-Casablanca, PP : 110-116.

¹⁰ IBID : pp : 117-119.

¹¹ DECOUDIN Jean- Marc et IGALENS Jacques, **La Communication Interne**, 3^{ème} édition, Dunod, Paris 2013, P : 01

- ✓ **La communication visuelle** : tous que nous voyons dans notre environnement et les autres êtres et sommes capable de comprendre ce que volontairement ou non, ils communiquent nous attitudes corporelle et expression faciale, les gestes.
- ✓ **La communication audiovisuelle** : ne réside pas seulement dans le cinéma ou la télévision, lies les modes d'expression auditive et visuelle, les expressions faciales et les gestes qui renforcent naturellement le discours.
- ✓ **La communication tactile** : nous accompagnons fréquemment la parole par des attouchements : la mère par son bébé, l'ami avec ses tapes dans le dos, etc.
- ✓ **La communication olfactive** : tout ce qui est attirés par odeur de quelqu'un ou odeur de quelque chose.
- ✓ **La communication gustative** : le baiser sur la bouche et la langue qu'échangent les amants, il ya non seulement échange des preuves d'amour mais échange d'informations hormonales.
- ✓ **La communication écrite** : c'est une communication visuelle répondant au désir des hommes de fixer leurs pensées sur un support matériel.¹²

II-La communication et la relation de soin

1-Définition de la relation de soin :

Est l'élément fondamental qui influence sur l'ensemble des échanges qui auront lieu, dans la relation soignant et soigné. Désigne aussi, l'ensemble des conditions psychologique relationnel, dans le contexte médical.

La relation entre soignant et soigné est basé sur les éléments suivants :

- **L'empathie** : c'est la capacité de ce mettre à la place de l'autre et de ressentir ses sentiments et ses émotions. C'est de comprendre la vie intérieure d'autrui. Le soignant doit comprendre le malade.¹³
- **L'écoute** : l'écoute de soignant impose une implication affective avec le patient ainsi qu'une attention particulière centré uniquement sur le patient. Un

¹² DEVIRIEUX C. J. AMADO G et GUITTET A, OP CIT, pp : 34-36.

¹³ BLOUIN et BERGRON : **les attitudes de communication**, in BIOY Antoine. BOURGEOIS Françoise. NEGRE Isabelle, « *communication soignant-soigné* », 3^{ème} édition Bréal 2013 p : 34.

soignant en position d'écoute induit un relationnel particulier avec celui qu'il écoute.¹⁴

- **Le respect** : signifie qu'on accorde de la valeur au patient en tant qu'individu unique et qu'on lui reconnaît le droit d'agir selon ses croyances et de choisir ses comportements.¹⁵

2-Les types des relations de soins :

Chaque relation est importante dans tous les aspects de la vie humaine, en particulier dans le milieu professionnelle de la santé, qui constitue l'objectif de notre recherche. En effet, on distingue alors, sept types de la relation de soins :

1. **La relation de civilité** : c'est une interaction. Elle se situe en dehors du soin, elle répond à un code culturel et social ritualisé ou chaque interlocuteur, sans en être toujours conscient. Cette relation comprend les obligations sociales pour le soignant : ya la gentillesse, politesse.
2. **La relation de soin** : est une relation suivant les inters actants, leur connaissance mutuelle le contexte dans le quel se situe les soins : domicile, service hospitalier. Cette Relation est plus fréquente en milieu hospitalier. Support d'échange avec le patient ou sa famille, elle est mise en œuvre par le soignant pendant les soins, elle est centrée sur le présent, sur l'acte technique, sur l'activité en cours, sur le devenir immédiat du patient : traitement, confort, douleur, visite médicale... et elle peut être une source d'information importante.¹⁶
3. **La relation d'empathie** : c'est la capacité de se mettre à la place de l'autre et de ressentir ses sentiments et ses émotions, il ne s'agit donc pas de prendre la place de patient, mais de ressentir et de comprendre la vie intérieure d'autrui.¹⁷

¹⁴ BIOY Antoine. BOURGEOIS Françoise. NEGRE Isabelle : **communication soignant-soigné**, 3^{ème} édition Bréal 2013 p : 39.

¹⁵ RICHARD Claude. LUSSIER Marie Thérèse et GERARD Fabienne : OP CIT, p : 242.

¹⁶FORMARIER Monique : **la relation des soins, concepts et finalités**, recherche en soins infirmiers N89-Juin 2007, PP : 36-37

¹⁷ BLOUIN M, BERGERON, OP CIT, p: 34.

4. **relation d'aide psychologique** : s'appuie sur la confiance et l'empathie, est une relation à visée thérapeutique qui a pour but d'aider de façon ponctuelle ou prolongée un patient à gérer une situation qu'il juge dramatique pour lui : Annonce d'un diagnostic difficile, la souffrance, aggravation de la maladie, ces personnes aura un besoin d'aide psychologique par des psychologues ou des médecins.¹⁸
5. **Relation thérapeutique** : elle utilise en psychiatrie auprès de patient qui a une maladie mentale, son but de soigner les malades par des soins thérapeutique.
6. **la relation éducative** : est une relation utilisé par les soignants, pour des raisons de santé, ici le patient changent l'habitude de vie comme le régime alimentaire, éloigné de tout ce qui risquer a sa santé comme l'alcool, drogue, tabac...et le médecin doivent être un soutien et un accompagnement psychologique pour que le patient suive les conseille et de lui offrir une satisfaction.
7. **La relation de soutien social** : elle s'agit d'une relation familiale, l'entourage et le patient. C'est-à-dire ci pas seulement le médecin qui peut aider un malade même la famille et l'entourage peut jouer un rôle d'aider et de soutenir un patient à mobiliser tout ses ressources physique, psychologique, émotionnelles, cognitive, pour qu'il faire face a sa situation et de combattre a suivre ces soins pour guérir de sa maladie.¹⁹

Conclusion :

Dans notre vie quotidienne, on ne peut pas construire une relation avec des autres personnes sans communication parce qu'est une notion principale d'avoir une information et des connaissances dans de différents groupes.

En effet, la relation soignant soignée, est une relation de soin basé sur l'écoute, respect et la confiance dans le but d'avoir la guérison et l'accompagnement psychologique des patients par une démarche thérapeutique.

¹⁸ FORMARIER Monique : OP CIT, p: 38.

¹⁹ IBID : pp : 39-40.

Chapitre III

La prise en charge des patients

Introduction :

La prise en charge est l'accompagnement du malade pendant son parcours thérapeutique influence sur l'acceptation, la non acceptation de sa maladie, sur ses relations avec le corps médical, avec sa famille et l'entourage....

En effet, le processus de prise en charge englobe la solidarité, la compassion et l'aide des patients sur le plan psychologique, sociale et médicale et aussi sociaux- économique.

1-Les différents aspects de la prise en charge :**A-Un volet médico-social :**

La prise en charge médicale se déroule selon le degré d'urgence et l'anticipation de vos besoins. La prise en charge médicale immédiate est assurée pour toutes les urgences vitales. Dans les autres situations, un médecin vous évalue dès que possible en fonction de sa disponibilité et de la charge de travail de service, un soignant réévalue un traitement contre la douleur est, au besoin, débuté. Si vous vous sentez moins bien, il est important que vous le signaliez au soignant.¹

Il comprend :

- Les soins médicaux (tout ce qui concerne les médicaments des patients) ;
- les appareillages, tout qui concernent les matériels, les moyens techniques ;
- les aménagements de l'environnement (habitat, public, de circulation) ;
- la formation de la personne atteinte de maladie chronique via l'éducation thérapeutique ;
- l'accompagnement, la surveillance et le suivi médicaux de la personne atteinte de maladie chronique.²

¹SARASIN Pr François : **vosre prise en charge au service des urgences**, HUG Hôpitaux Universitaire de Genève, 2011, PP : 3-4

²Haut Conseil de la santé publique (HCSP): **la prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de la maladie chronique**, novembre 2009, www.hcsp.fr/ explore.cgi? hcspr 20091112-prisprotchronique.pdf. Consulter le 13/04/2016 à 22h01 P : 18.

B-Un volet socio-économique :

- l'aide au maintien de l'insertion professionnel ;
- l'aide au maintien de l'insertion social ;
- l'aide au maintien de l'autonomie et de la dignité ;
- l'aide financière.³

1. La prise en charge psychologique :

Malgré les soins performantes et les avancées techniques à l'hôpital mais le patient a un besoin toujours d'un soutien psychologique ;

- La prise en charge psychologique, c'est assuré un soutien et un suivi psychothérapeutique des malades et leurs familles par l'échange de communication entre le malade et un psychologue. Quant une personne malade ces réactions peuvent être diverses, alors il est besoin d'un aide et un soutien psychologique qui peut améliorer la perception et le vécu de la maladie, et d'écouter pour exprimer son ressenti pour mieux comprendre ses réactions et de dépasser le choc, et d'accepter de vivre avec sa maladie.

2. la prise en charge sociale :

C'est tout soutien et aide premièrement :

- famille en première temps, ce sont les membres de la famille qui prend en charge le malade.
- La société qui doit proposer des structures d'accueil et des solidarités pour aider un malade.
- Les institutions comme les hôpitaux, cliniques,... interviennent quand il n'y a pas d'aide disponible dans la famille, alors ces institutions prennent le rôle de la famille pour aider et accompagner le malade.⁴

2-Les critères d'une bonne prise en charge médicale :**1-2-L'amélioration de la qualité des soins :**

La prise en charge globale consiste à alléger les douleurs et les souffrances de la personne et constitue ainsi, l'un des indicateurs de la qualité des soins. Aussi, la prévention et

³ IBIDEM: p : 18

⁴ . BOISLEVE B. Jacques, OP CIT, p : 12.

la prise en charge à l'égard de la douleur aiguë et chronique représente un des objectifs à atteindre pour satisfaire cette exigence. Dès lors, l'établissement de santé vise à améliorer la prise en charge de la douleur des personnes qu'il accueille.

2-2-Une stratégie cohérente :

L'élaboration d'un programme d'amélioration de la prise en charge de la maladie nécessite de prendre en considération l'environnement dans lequel se trouve l'établissement : caractéristiques sociales locales, offre de soins existante et politique régionale.

3-2-Une démarche fédératrice et un travail en réseau à développer :

La participation des établissements de santé à un réseau inter-hospitalier est un facteur de dynamisme important. Cette coopération permet notamment la mutualisation des compétences et favorise les échanges d'informations et d'expériences.

4-2-Une approche globale centrée sur les besoins de la personne malade :

La personne malade est considérée comme une personne qui souffre de troubles psychique, ou de souffrance physique ou bien de pathologie sociale, conséquence, d'absence de prise en charge. Entre outre, la prise en charge implique l'intervention le plus souvent de pluri professionnelle et multidisciplinaire, qui sont des différents acteurs : médecins (généralistes et spécialistes) et professionnels paramédicaux qui doivent coopérer en équipe auprès de la personne malade pour mieux répondre à ses besoins.⁵

5-2-Une réflexion coordonnée douleur-soins palliatifs :

La réflexion sur la lutte contre la douleur doit être associée à la politique menée par l'établissement de santé en matière de soins palliatifs. En effet, si ces deux domaines présentent leurs spécificités, il existe entre eux de réelles interfaces. Cette démarche permet en outre, de mieux identifier les différents acteurs et d'éviter la confusion des rôles.

6-2L'implication de tous :

La mise en place d'un programme de lutte contre la douleur doit être l'aboutissement d'une réflexion pluridisciplinaire et pluri professionnelle. Cette démarche ne peut se concevoir sans l'adhésion et le soutien de la direction, de la commission médicale

⁵ MOLINIE Eric : **L'Hôpital public bilan et perspectives conseil économique et social**, 2005, P : 131

d'établissement en collaboration notamment avec la commission du service de soins infirmiers et la « structure qualité » si elle existe.⁶

3- Prise en charge au service des urgences :

1-3-Prise en charge ambulatoire :

Tous les généralistes géraient seuls une partie des situations urgentes. Quelques cas n'étaient pas compatibles avec une gestion à domicile mais quand celle-ci était possible, cela leur semblait préférable.

2-3-prise en charge hospitalière :

Certaines situations prises en charge en secteur hospitalier nécessitaient un transport. Tous les médecins ne savaient pas quel mode de transport était justifié selon l'état de leur patient.⁷

3-3-Intérêt de la régulation téléphonique :

Dans l'ensemble, les médecins avouaient avoir recours au téléphone pour gérer les demandes et les problèmes. Ils considéraient cette pratique comme une forme de régulation.

4-Les objectifs de prise en charge :

- ✓ Améliorer l'accès au soin médicale ;
- ✓ Améliorer les conditions de prise en charge des patients aux situations d'urgence médicale ;
- ✓ Améliorer la coordination entre l'ensemble des intervenants et la fonctionnalité de la chaîne de secours.⁸

Conclusion :

La prise en charge médicale, sociale et psychologique sera toujours un accueil et un soutien, et on ne peut pas ignorer l'une ou l'autre de ses trois dimensions qui peuvent avoir chacune une importance différents aux patients.

⁶IBIDEM : p : 131.

⁷ DUMOUCHEL Julie : **Facteurs influençant la prise en charge des urgences en médecine générale : Analyses des pratiques de généralistes normands**, HAL Id : Dumas- 00770075, 2013, PP : 47-49.

⁸Ministère de la santé : **Trois objectifs et dix mesures pour la réorganisation et le développement des urgences médicales au Maroc**, 2012, 2016, p : 2

Chapitre IV
Méthodologie et technique
de recherche

Introduction :

Dans ce chapitre, on va présenter la partie méthodologique de la recherche, constitué de la présentation de l'organisme ou on a effectué notre investigation empirique, le lieu et la durée d'enquête, la méthode et la technique utilisé dans notre recherche, ainsi que, les caractéristiques de notre population d'enquêté.

1-Présentation de l'organisme d'accueil :

L'établissement Public Hospitalier d'AMIZOUR, baptisé « Hôpital BENMERAD el MEKKI », est créé suite à la nouvelle carte sanitaire mise en application en 2007 (date d'ouverture remonte à 1992).

Implanté à 24 KM au sud de chef-lieu de la wilaya de Bejaia. Sa capacité d'accueil est de 200 lits techniques, la population couverte s'élève à environ 160.000 HABITANTS issue de huit communes de l'ex secteur sanitaire d'AMIZOUR ainsi que la population relevant des communes, des wilayas limitrophes. (Sétif, Bouira...)

🚑 Les capacités de l'établissement

L'hôpital est composé d'un plateau technique et des services d'hospitalisation.

❖ Plateau technique comprend :

- Le pavillon des urgences médico-chirurgicales (20 lits organisés) se compose de deux unités :
 1. Unité d'accueil, tri, et mise en observation
 - Partie réservée aux adultes : 07 lits
 - Partie réservée aux enfants : 03 lits
 2. Réanimation médicale : unité d'hospitalisation : 05 lits
- Le Bloc Opératoire (04 salles opératoires), dont 01 pour les urgences
 - Une salle de réanimation chirurgicale : 05 lits
- Un service d'imagerie médicale avec deux salles de radiologies conventionnelle et d'une salle de scanner.
- Un service de laboratoire d'analyse médicale.
- Un service pharmacie.
- Une banque de sang.
- Un Bureau des entrées.

❖ Service d'hospitalisation :

- Pédiatrie : 22 lits organisés.
- Maternité-Gynécologie : 30 lits organisés.
- Médecine interne : 56 lits organisés.
- Chirurgie Général : 60 lits organisés.
- Oncologie : 36 lits organisés.
- Réanimation médicale : 05 lits organisés.

Outre les services sus cités, l'hôpital dispose d'un service d'épidémiologie, d'un service de médecine du travail.

❖ Ressources humaines :

La demande de soins augmente ainsi que les exigences de la population, mais le personnel n'évolue pas dans les mêmes proportions, ni en compétences, ni en effectif. L'EPH d'AMIZOUR souffre du sous effectifs, en personnel médicale, paramédical, technique (ex : 01 seul technicien biomédical).

- ✓ Insuffisance de certaines spécialités ; Gynécologie, cardiologie, médecine interne...etc.
- ✓ Manque des paramédicaux spécialisés notamment les manipulateurs en imagerie médicale, les laborantins, les assistants médicaux...etc.
- ✓ Manque d'agents de prévention et de sécurité, ouvriers professionnels en maintenance (électricien, plombier, maçon), conducteurs automobile et agents de service.

2-Le lieu de l'enquête:

Notre enquête a été effectuée au sein de l'hôpital public d'AMIZOUR, qu'est une organisation sanitaire au service du large public. Dès lors, on a trouvé qu'elle représente un terrain propices qui regroupe divers catégories sociales et divers tranches d'âges, pour effectuer une enquête sociologique. De ce fait, le choix de ce lieu convient à nos objectifs de recherche, qui consiste à découvrir le déroulement du processus de communication entre les soignants et les soignés, ainsi que la nature de prise en charge ou bien les services de cette institutions et sa contribution dans le processus thérapeutique.

3-la durée de l'enquête :

La durée de l'enquête est de trois mois, du 17/01/2016 au 03/04/2016, à l'hôpital d'AMIZOUR en sein de service des urgences. La durée de la pré-enquête c'est 20 jours de 30/01/2016 au 19/02/2016.

4-La prés-enquête

Pour connaître notre terrain et approfondir dans notre recherche théorique, on a fait une pré-enquête dans le service des urgences à l'hôpital d'AMIZOUR pour justifier et compléter notre problématique et les hypothèses concernant notre travail.

Cette technique nous permet d'observer et de connaître la relation qui existe entre soignant et soigné. Et aussi d'avoir une réalité sur le terrain. Elle nous aide à formuler notre question de recherche, et de découvrir notre échantillon sur le terrain.

5-la population mère : on a fait notre enquête sur l'ensemble des médecins et des patients au sein de service des urgences à l'hôpital d'AMIZOUR qui peuvent nous répondre sur notre question de recherche et notre hypothèses qui a été construite, on peut pas constituer ou préciser un groupe des enquêtés car on a une population très vaste et nombreuse et ya des patients qui rentre et qu' ils sortent dans la même journée.

Les caractéristiques de la population d'enquête :

La population de notre enquête est les médecins et les patients en sein de service des urgences à l'hôpital d'AMIZOUR. Ainsi, notre population mère n'est pas définie car ya des patients qui ne restent pas à l'hôpital.

Selon François DEPELTEAU « *l'échantillon est une partie ou un sous-ensemble d'une population mère* »¹

6-Type d'échantillonnage :

En ce qui concerne l'échantillon de notre enquête, elle est constituée des médecins en exercice dans l'hôpital, en particulier ceux qui interviennent aux urgences et les médecins généralistes. Or, en ce qui concerne les patients de notre enquête, on a procédé au choix d'un échantillonnage non probabiliste, de type au hasard, vu que les éléments de la population ne sont pas déterminés. Autrement dit, vu que notre enquête cible en particulier le service des urgences, chaque jour l'hôpital reçoit de nouveaux patients et d'autres qui sortent. C'est ainsi que, les éléments de notre échantillon ont été constitués au hasard. Selon François DEPELTEAU : « l'échantillonnage sert à cibler un échantillon sur lequel porteront les tests empiriques »²

7-Méthode et techniques utilisées

1-La méthode utilisée :

Dans toute recherche scientifique, on a des méthodes et des techniques à utiliser pour arriver à avoir notre but de recherche.

D'après Benoit Gautier « *la méthodologie de la recherche englobe à fois la structure de l'esprit et de la forme de la recherche et des techniques utilisées pour mettre en pratique cet esprit et cette forme (méthode et méthodes)* »³

Notre thème de recherche nécessite l'utilisation d'une approche quantitative. Selon Sylvain Giroux et Ginette Tremblay « *est la manière d'aborder l'étude des phénomènes qui met l'accent sur la mesure des phénomènes et l'analyse de données chiffrées* »⁴

¹DEPELTEAU François : **La Démarche d'une recherche en Sciences Humaines**, Edition De Boeck Université, Rue des Minimes 39, B-1000 Bruxelles, P : 213.

²IBIDEM : p : 213.

³GAUTIER Benoit, **Recherche sociale, de la problématique à la collecte des données**, 4^{ème} Edition, presse de l'université du Québec, 2004, p : 8.

⁴GIROUX Sylvain. TREMBLAY Ginette : **Méthodologie des Sciences Humaines**, 3^{ème} Edition, 1611, BOUL. CREMAZIE EST, 10^e étage, Montréal(Québec) H2M 2P2, p : 7.

2- Questionnaire :

On a choisir le questionnaire comme technique de recherche parce que notre population est large, immesurable, et qui nous permettra de recueillir beaucoup d'informations, et avoir des réponses fiable sur notre thème de recherche. Il nous a permet de vérifie notre hypothèses Selon Sherlock Holmes « *le questionnaire est une technique de collecte des données qui consiste pour le chercheur à poser de manière identique une même série de question à tous les participants d'une recherche lorsqu'il procède à une enquête ou une expérimentation* »⁵

3- L'observation :

Est une technique très importante dans la recherche scientifique, elle nous a permis d'observer une réalité sur le terrain, et de découvrir la relation entre les médecins et les malades en sein de service des urgences de l'hôpital d'AMIZOUR. Selon Normand BOURGAULT « *L'observation est une technique de collecte des données dans la quelle le chercheur mesure les caractéristiques (fréquence, durée, délais) de certains comportements des participants en s'en faisant le témoin immédiat dans un contexte détermine* »⁶

8-Les avantages et les difficultés :**Les avantages :**

- ✓ On a reçu de bon accueil à l'hôpital d'AMIZOUR.
- ✓ Le chef de service il nous a encouragé de faire notre stage parfait et il nous a aidés beaucoup d'achever notre recherche.
- ✓ L'acceptation de notre demande de prolongation.

Les difficultés :

- ✓ Le refus de certains malades de nous répondre sur notre questionnaire.
- ✓ Les difficultés de récupérer le questionnaire des médecins, on a distribué 17 questionnaires et on a récupérer 14.
- ✓ Les difficultés de parler avec des malades surtout les personnes âgées.
- ✓ La durée de notre stage est insuffisante, on a fait la prolongation pour terminer notre recherche.

⁵IBID, p : 70

⁶ IBID : p: 72

- ✓ Absence d'étude sur soignant-soigné.

Partie pratique et interprétation des résultats

L'analyse et interprétation des données :

Dans ce chapitre, nous allons présenter les résultats de notre recherche recueillis sur le terrain en vue de les analyser et de les interpréter afin de confirmer ou bien réfuter les hypothèses émises au départ.

En conséquence, la structure de ce chapitre s'élabore sous forme d'analyse des tableaux statistiques, vue que ce travail est le fruit d'une recherche quantitative mené par la technique de questionnaire, et se présente comme suit : l'analyse et identification de la population de l'étude, à savoir : le sexe, l'âge, la situation patrimonial, le niveau d'instruction, l'ancienneté, catégorie socioprofessionnelles, et le milieu géographique, des patients et des médecins. Ensuite, l'analyse du processus de communication entre soignant et soigné, en fonction de son degré d'application, d'appréciation, de compréhension et de fonctionnement. Enfin, on procède à l'analyse et l'évaluation de développement de processus de communication entre soignant et soigné et les mesures de prise en charge médical, psychologique et social.

Parfois, on procède à l'analyse des tableaux simple, parfois à l'analyse des tableaux complexe qui implique la corrélation entre deux variables ou plus.

On termine ce chapitre par, la discussion des hypothèses, en vue de les confirmé ou de les réfuter.

I- Identification personnelle des patients**Tableau N°01 : répartition des enquêtés selon le sexe :**

Sexe	Effectif	%
Féminin	35	53,03
Masculin	31	46,97
Total	66	100

Source : enquête, 22 février au 10avril 2016 à 9h30

A partir de ce tableau, on constate que la catégorie la plus dominante est celle du sexe féminin avec un pourcentage de 53,03% de la population enquêtée, par contre 46,97 % représentent le sexe masculin.

Cela démontre d'un côté, que les femmes sont plus exposées à la maladie que les hommes. D'un autre côté, d'après notre enquête de terrain, les femmes étaient plus disponibles et plus compréhensible pour répondre à notre questionnaire que les hommes. A ce propos, « la sociologie du genre est la science qui étudie les rapports sociaux de sexe. Elle envisage le masculin et le féminin comme le résultat d'une construction sociale et non comme une notion propre »¹

Tableau N°02 : répartition des enquêtés selon l'âge:

Age	Effectif	%
[16ans-26ans]	13	19,7
[27ans-37ans]	11	16,67
[38ans-48ans]	8	12,12
[49ans-59ans]	7	10,61
60ans et plus	27	40,90
Total	66	100

Source : enquête, 22 février au 10avril 2016 à 9h30

D'après les résultats motionné dans le tableau ci-dessus, on constate que la catégorie d'âge qui se situe entre plus de 60ans représente le pourcentage le plus élevé, avec 40,90%, suivi de la catégorie d'âge qui se situe entre (16 à 26 ans, avec un pourcentage de 19,70%. Par contre, la catégorie d'âge qui se situe entre (49/59 ans), représente la catégorie d'âge la moins dominante.

Selon les résultats de ce tableau, on déduit que la majorité des patients dépassent 60 ans et plus. Cela s'explique par l'exposition de cette catégorie à la maladie à cause de la vieillesse et la fatigue, l'apparition des maladies chroniques (comme le cancer, hyper-tensions artériel, le diabète, maladies professionnelles, accidents du travail...).

¹ DE BEAUVOIR Simone, **Deuxième Sexe**, édition Gallimard, Paris, 1949, p : 1.

Tableau N°03 : répartition des enquêtés selon la situation matrimoniales :

Situation matrimoniale	Effectif	%
Célibataire	20	30,30
Marie(e)	33	50
Divorcé(e)	02	03,03
Veuf(v)	11	16,67
Total	66	100

Source : enquête, 22 février au 10avril 2016 à 9h30

A travers la lecture de ces résultats, nous remarquons que la majorité des patients sont mariés et représente le pourcentage le plus élevés avec 50%. Ensuite, les célibataire représentent 30,30%, suivi des veuf avec un pourcentage de 16,67%. Enfin, les personnes divorcées représentent un pourcentage très faible de 3,03%.

On remarque que, la plupart des patients sont marie et ils sont les plus répondus sur l'hôpital.

Tableau N°04 : répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	%
Moyen	8	12,12
secondaire	12	18,18
Université	10	15,15
Sans niveau	36	54,55
Total	66	100

Source : enquête, 22 février au 10avril 2016 à 9h30

D'après notre enquête sur le terrain au service des urgences à l'hôpital d'AMIZOUR et les résultats exploité dans le tableau si dessus, on constate que, les patients qui ne procède pas un niveau d'instruction représente le pourcentage le plus élevé avec 39,39%, suivi de ceux qui ayant un niveau secondaire avec un pourcentage de 18,18. Par contre, 15,15% ont un niveau université et primaire.

En effet, les résultats de tableau ci-dessus démontrent que, le niveau d'instruction engendre une influence considérable sur la préservation de la santé. Par ailleurs, le niveau d'instruction à un impact sur la position social de l'individu, qui se traduit en termes

d'emploi, de revenu, de mode de vie, d'accès au soin..., ou chaque élément à une influence sur la santé. Donc, le niveau d'instruction permet à l'individu d'occuper une position plus élevée ainsi que, la compréhension du système de santé. Or, un manque d'instruction peut mener les individus à des professions qui engendrent des conséquences néfastes sur leurs santés. Ainsi, « Toutes les sociétés analysées présentent des variations de l'état de santé de la population en fonction de la classe sociale, du revenu, de l'éducation, de la situation professionnelle et de la qualité de l'environnement social »².

Tableau N° 05 : la corrélation entre le niveau d'instruction et le milieu géographique des malades

Niveau d'instruction	Moyen		Secondaire		universitaire		Sans niveau		Total	
	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%
Milieu géographique										
Urbain	5	41,67	2	25	5	50	15	41,67	27	40,91
Rural	7	58,33	6	75	5	50	21	58,33	39	59,09
Total	12	100	8	100	10	100	36	100	66	100

Source : enquête, 22 février au 10 avril 2016 à 9h30

D'après les données de ce tableau, on consigne que 58,33% des enquêtés sans niveau d'instruction et appartient au milieu rural. 58,33% aussi représente le pourcentage des malades avec un niveau d'instruction moyen et d'origine rural. Par contre, les patients originaires de ville représentent 50% le pourcentage le plus élevé ou le niveau universitaire représente le pourcentage le plus élevé.

D'après ces résultats, on remarque qu'il n'y a pas d'écarts important entre les patients qui appartiennent à des origines ruraux ou urbains en ce qui concerne le niveau d'instruction. Cela explique d'un côté que, l'accès vers les études est destiné pour l'ensemble de la société, vu que notre société n'est pas une société de classe. Aussi, l'accès vers les soins dans les hôpitaux publics est destiné pour l'ensemble de la population.

²classiques.uqac.ca/.../influence.../influence_facteurs_sociaux_sante.doc. Marc Ferland, *L'influence des facteurs sociaux sur la santé et le bien-être*, consulté le 17/04/2016 à 18h35.

On déduit que, des facteurs tels que l'âge, l'origine culturelle et socioprofessionnelle ont-ils une incidence sur les réactions à la communication.

2-Identification personnelle des soignants

Tableau 06: répartition des enquêtés selon le sexe

Sexe	Effectif	%
Féminin	9	64,29
Masculin	5	35,71
Total	14	100

Source : enquête, 22 février au 10 avril 2016 à 9h30

Dans ce tableau, on remarque que le sexe féminin représente la catégorie la plus importante avec 64,29% contre 35,71% qui représente le sexe masculin.

D'après ces résultats, on constate que la majorité des enquêtés sont de sexe féminin. En effet, cette catégorie accorde plus de temps pour communiquer avec les patients. Cela s'explique par l'attachement à ce métier, et l'importance donner pour l'aide des malades afin de se soulager de leurs souffrances.

De ce fait, on déduit que la présence de plus de femme dans notre population de recherche s'explique par la nature d'activité exercé dans l'hôpital, qui a tendance d'attiré plus de femmes vue que le travail n'exige pas beaucoup d'effort physique. Aussi, l'existence de plus de femmes qui exerce le poste d'infirmière, d'aide-soignante, de médecin... En effet, avec la massification de l'enseignement supérieur et l'intégration des femmes sur la marche du travail, le secteur de la santé représente l'un des secteurs les plus attractifs pour le travail des femmes. Aussi, le pourcentage du sexe masculin n'est pas loin. Cela explique que le secteur de la santé est aussi apprécié par les hommes. A ce propos, « L'égalité professionnelle est le fait pour les femmes et les hommes d'avoir les mêmes droits et avantages en matière d'accès à l'emploi, d'accès à la formation professionnelle, de qualification, de classification, de promotion et de conditions de travail. Ainsi l'égalité de rémunération entre les femmes et les hommes est obligatoire pour un même travail ou un travail de valeur égal »³

³www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/.../L1final_01.pdf, théorie du genre, publié par UNESCO. Consulté le 21/04/2016 à 20h15.

Tableau 07 : la corrélation entre l'âge des médecins et leurs situations matrimoniales :

Age	26-36ans		37-48ans		48 et plus		Total	
	E	%	E	%	E	%	E	%
Célibataire	2	33,33	2	33,33	00	00	4	28,57
Marie(e)	4	66,67	4	66,67	2	100	10	71,43
Divorcé(e)	00	00	00	00	00	00	00	00
Veuf(v)	00	00	00	00	00	00	00	00
Total	6	100	6	100	2	100	14	100

Source : enquête, 22 février au 10avril 2016 à 9h30

Les données enregistrés dans le tableau ci-dessus démontrent que, l'âge de 26-36ans ont le même pourcentage avec des enquêtés qui ont a l'âge de 37-48ans qui est 66,67%.

A travers ces résultats on constate que, la majorité des enquêtés de 26-48ans sont mariés avec un pourcentage de 71,43%. Tandis que les célibataires viennent en deuxième position avec un pourcentage de 28,57%.

Ce constat s'explique par, le besoin de cette catégorie de maintenir la stabilité professionnelle, afin de répondre aux besoins de leurs familles.

Tableau N°8 : La corrélation entre niveau d'instruction et l'ancienneté des soignants

Niveau d'instruction	Universitaire		Doctorat		Total	
	E	%	E	%	E	%
L'ancienneté						
2-7ans	2	33,33	1	12,5	3	21,43
8-13ans	1	16,67	2	25	3	21,43
13ans et plus	3	50	5	62,5	8	57,14
Total	6	100	8	100	14	100

Source : enquête, 22 février au 10avril 2016 à 9h30

D'après les résultats inscrites sur ce tableau, on remarque que la majorité des soignant ont un niveau d'instruction important, qui se répartie entre un diplôme universitaire avec 50%

corrélatif avec ceux qui dépassent 13 ans d'expérience et un doctorat qui représente le pourcentage le plus élevé avec 62,5%, dont leurs ancienneté se varie entre 2 à 13 ans d'expérience.

En effet, la corrélation entre le niveau d'instruction et celui de l'ancienneté au sein de l'hôpital d'AMIZOUR explique entre autre, la stabilité dans l'emploi, l'efficacité dans la gestion des services des urgences....

En outre, ce métier demande un niveau d'étude important et une expérience afin de faire face à la demande de la société en termes de soin, en termes de prise en charge médical et psychologique et en termes de satisfaction.

II- Le processus de communication entre soignants et soignés au sein de l'hôpital d'AMIZOUR

En m'appuyant sur une méthodologie et une enquête du terrain, il convenait dans un premier temps de d'évaluer la présence du processus de communication dans les soins quotidiens aux services des urgences d'un hôpital public.

Tableau N°09 : La communication comme un moyen de soulagement :

communication moyen de guérison	Soignants		Soignés		Total	
	E	%	E	%	E	%
Oui	13	92,86	30	45,45	72	90
Non	1	7,14	36	54,55	8	10
Total	14	100	66	100	80	100

Source : enquête, 22 février au 10 avril 2016 à 9h30

Les résultats de tableau ci-dessus indiquent la corrélation entre les différentes pratiques en termes de communication entre les médecins et les malades dans le contexte de soin. Dans ce sens, les résultats nous indiquent que le grand nombre des médecins constate que la communication est considérée comme un moyen de soulagement avec un pourcentage de 92,86%, contre 7,14 qui voient qu'elle n'est pas considérée comme un moyen de soulagement.

En revanche, les malades affirment pour la majorité, 54,55 %, que la communication n'est pas un moyen de soulagement. Par contre, 45,45% appréhendent qu'elle soit indispensable dans le processus thérapeutique.

En effet, la plupart des patients aperçoivent que la guérison et leur prise en charge au sein de l'hôpital, ne dépend pas en priorité du processus de la communication, mais sur une consultation qui se base sur la nature des traitements donnés, le diagnostic et les soins techniques (radio, prise de sang, suivi...). Ils estiment que le rôle de la communication avec les patients se limite à l'explication de leurs pathologies, par exemple : comment ils prennent des médicaments et de leur donner une idée générale sur leurs maladies et les démarches à suivre pour se soigner.

Par contre, les soignants considèrent que la communication comme indispensable dans le processus de soins dans la mesure où elle contribue à mettre le patient serein, a développé une relation de confiance, d'avoir plus d'information sur son état de santé, connaître leurs souffrances et leur prescrire des traitements nécessaires...

Toutefois, la fonction de communication est devenue un élément incontournable dans le contexte de la santé et son application nécessite « de mobiliser les acteurs visés directement et indirectement, l'organisation devra se doter d'un plan de communication continue. Il faut donner l'heure juste, utiliser un vocabulaire adapté à la population concernée et répondre à toutes les questions. La création de groupe de discussions peut aider à court-circuiter les attitudes négatives en dispersant les employés les plus négatifs pour qu'ils côtoient les personnes les plus ouvertes au changement »⁴

Donc, on déduit que la guérison pour les soignants ne se base pas seulement sur les techniques médicales, mais aussi sur la communication, qu'est un moyen qui aide les patients à dépasser l'état de choc, de soulager leurs souffrances, de les aider à la rétablissement...

⁴ PARRENTTI (Delphine), **le nouveau code des marchés publics, une réforme suscitant une résistance au changement**, mémoire en vue de l'obtention d'étude supérieure spécialisée en management du secteur public, université de Lyon, 2004, mbarh. Dauphine.fr/fileadmin/mediathèque/.../mba.../SIRH_et_GRH. (pdf), consulté le 01/05/2016 à 16h20, p : 64.

Tableau N°10 : les moyens utilisés par des médecins pour communiquer avec des patients

Les moyens utilisés pour communiquer avec les patients	Effectif	%
langue étrangère	1	7,14
langage courant	9	64,29
Communication non verbale (ex :les gestes...)	4	28,57
Total	14	100

Source : enquête, 22 février au 10avril 2016 à 9h30

Ce tableau ci-dessus, nous indique que le grand nombre des médecins constate que l'usage de la communication avec le langage courant est plus pratique et plus important avec un pourcentage de 64,29%, suivi de 28,57% des avis qui font recours à l'utilisation de la communication non verbale, comme les gestes, le silence.

En revanche, l'utilisation de la langue étrangère est moins pratique pour le patient. De ce fait, les médecins utilisent leurs langage courantes, chose qui engendre des effets positifs dans le processus de soins et aussi relationnel entre les patients et les médecins. Ainsi, l'utilisation de la langue maternelle permet aux patients :

- **la compréhension de leurs pathologies et les démarches à suivre,**
- **stimulante et expliquer les soins,**
- **rassure le malade,**
- **acquérir le sentiment de confiance.**

Par ailleurs, les médecins se basent sur la communication verbale étant donné qu'elle facilite la transmettre des messages, permet de gagné plus du temps, c'est une méthode plus claire et compréhensive. Aussi, elle contribue à l'amélioration de la relation de soin, d'échange d'idée entre l'état de souffrances des malades, leurs difficultés, gagné leurs confiance, amélioration la qualité de vie des patients. En effet, la relation médecin / patient est un élément important qui influence sur l'efficaces thérapeutiques.

Donc, la communication verbale est la base de l'efficacité du processus de soins. Elle permet d'éviter les difficultés et les complications de compréhensions avec les malades, et aussi est un moyen qui aide les patients à s'exprimer de leurs douleurs et leurs souffrances. Néanmoins, la communication verbale « est une façon structurée et codifiée d'exprimer une idée, un besoin, un désir, etc. C'est une manière directe et spontanée de s'adresser à l'autre. Il ne faut toutefois pas croire que chaque fois qu'on ouvre la bouche, on réalise une communication efficace »⁵

Dès lors, la communication ne se limite pas au processus d'échange de mots, elle implique aussi, les manifestations gestuelles, les émotions et le vécu de chacun. De ce fait, les médecins font recours à la communication non verbale, comme l'utilisation des gestes, les signes, le silence, l'écrit, vu la difficulté de transmission d'information.

Parfois, les médecins font recours à la communication non verbal qui est un langage gestuel composé de plusieurs formes des gestes, symbole, le silence qui repose sur l'écoute de l'autre, les touches et le regard, ce type de communication est important pour la transmission des informations. Entre autre, un médecin peut juger et comprendre l'état et les souffrances d'un malade à travers ses gestes et ses manifestations corporels. « La communication non verbale est inéluctable au cours d'une relation. La connaissance de ces principes de base, bien souvent perçus de façon implicite, aide à l'établissement d'une relation de bonne qualité »⁶

A ce propos, la communication non verbale a aussi un impact considérable dans la relation de soin. « Prenons l'exemple d'une soignante qui dit qu'elle a du temps à accorder pour son patient, mais qui regarde sa trotteuse en permanence. Que risque de penser le patient? En effet, dans une telle situation à mon sens, le patient se fierait plus à la communication non verbale plutôt qu'à la communication verbale, qui se reflète involontairement sur la posture du soigné. La communication non verbale ne peut pas être voilée par le soignant alors il nous convient d'être attentif à celle-ci. Elle peut être une posture positive ou négative: elle est la manière d'être qu'on se donne. »⁷

⁵ BNI KASSALA (Mutiba), la révolution des nouvelles technologies, université de KASSALA, gradué en science de l'information et de la communication, 2008, www.memoireonline.com/.../m-La-revolution-des-nouvelles-technologies, consulté le 02/05/2016 à 14h20.

⁶ BIOY Antoine. BOURGEOIS Françoise et NEGRE Isabelle, **communication soignant-soigné**, 3^{ème} édition, Bréal 2013, P59.

⁷ www.infirmiers.com/pdf/tfe-ivandi-ranasinghe.pdf. p: 19.

Tableau N° 11: les raisons qui empêchent les médecins de communiquer avec les patients

les raisons qui empêchent des médecins de communiquer avec les malades	Effectif	%
L'état de la maladie (agressive, handicapé)	3	21,42
Le manque du temps	6	42,85
Culture et le langage de patient	3	21,42
préserver le secret professionnel	2	14,28
Total	14	100

Source : enquête, 22 février au 10 avril 2016 à 9h30

Nous observons sur le tableau ci-dessus que, les raisons qui empêchent les médecins de communiqué avec les patients s'expliquent comme suit :

- Premièrement, 42,85% représente le pourcentage le plus élevé des médecins qui estiment que, le manque du temps les empêche de communiquer avec les patients,
- Deuxièmement, 21,24% des médecins voient que les obstacles qui peuvent entraver le développement de la communication renvoient à l'état de santé des patients qui parfois, sont agressive, un handicap, maladie chronique, et le même pourcentage qui appréhende que les obstacles qui entravent le développement de la communication est la culture et la langue.

Ces résultats montrent que, la majorité des médecins voient que la communication dépend de la situation du malade. En effet, les patients qui souffrent des troubles psychologiques ou d'un handicap les empêchent de communiquer avec eux. Ainsi, pour éviter l'agressivité des malades qui dispose des risques en milieu des soins, les personnels médicaux de ce service les

envoient au service spécialisé. Mais, d'autre médecin affirment l'absence du temps suffisant pour développer la communiqué avec les malades, est cela est due à la charge de travail (travail du jour et travail de nuit) en sein de service des urgences ainsi qu'a l'augmentation des demandes de soins. Aussi, il y a des médecins qui assurent des heurs supplémentaires, chose qui les poussent à s'éloigner de malades. Ainsi, « Il y a bien des fois où nous sommes en présence de patients ne parlant pas notre langue, cela réduira le temps de prise en charge et la relation établie avec ce dernier serait tout autre »⁸

La majorité aperçoit qu'il est difficile de communiquer par manque de temps. La technique et l'urgence priment sur la communication. Le manque de temps et l'absence de formation reviennent plusieurs fois ainsi que le manque de personnel. Aussi, l'inadéquation des effectifs médicaux par apport aux besoins exprimé.

⁸ www.infirmiers.com/pdf/tfe-ivandi-ranasinghe.pdf.

RANASINGHE ARACHCHIGE Ivandi, la juste distance dans la relation soignant soigné, p : 17.

Tableau N°12 : les raisons qui empêchent les patients de communiquer avec les médecins

les raisons qui empêchent les malades de communiquer avec les médecins	Effectif	%
L'utilisation d'un langage médicale	18	27,27
La négligence	9	13,63
Absence de communication	15	22,73
Manque du temps	13	19,70
Vous ne voulez pas plus de détails sur votre santé	11	16,67
Total	66	100

Source : enquête, 22 février au 10 avril 2016 à 9h30

Les données inscrites sur ce tableau, démontrent les raisons qui empêchent les malades de communiquer avec leurs médecins. En effet, la majorité affirme que l'utilisation d'un langage médicale représente le premier obstacle qui limite la communication entre les malades et les médecins, avec un pourcentage de 27,27%. Ensuite, 22,73% des malades voient que la communication est absente dans le contexte de soin. Ainsi, 13,63% voient que parmi les raisons qui empêchent le développement de la communication, c'est la négligence de son importance dans le contexte de soin.

Ses résultats démontrent que, la plupart des patients évitent de parler avec les médecins à cause de :

- ✓ L'utilisation de langage médicale ;
- ✓ Manque de formation en ce qui concerne le langage médical ;
- ✓ Manque de niveau d'instruction (55,54% sans niveau d'instruction, voir tableau N°04)
- ✓ Problème de communication pour des personnes âgées,

- ✓ Le problème de négligence : les patients ne cherchent pas de savoir plus d'information et de détails sur leur états de santé à cause de la peur de complication, exemple : (sida, cancer, diabète...), afin de s'éloigner des difficultés...

Tableau N° 13 : L'appréciation de la communication entre les soignants et soignés dans le contexte de soin

Appréciation de la communication	soignants		Soignés		Total	
	E	%	E	%	E	%
Relation de partage	2	14,29	4	6,06	6	7,5
Relation professionnelle	2	14,29	11	16,67	13	16,25
Permet l'accès au traitement	2	14,29	14	21,21	16	20
Aide à la guérison	3	21,43	23	34,85	26	32,5
Relation d'information	5	35,71	14	21,21	19	23,75
Total	14	100	66	100	80	100

Source : enquête, 22 février au 10 avril 2016 à 9h30

Les données enregistrées dans ce tableau, démontre la corrélation entre l'appréciation et la compréhension de la communication dans le contexte de soin. En effet, la plupart des médecins affirment que la communication est intégré dans le processus thérapeutique est contribue en l'occurrence au partage d'information qui affiche 35,71% suivi de 21,34% qui expliquent qu'elle contribue à la guérison. En ce qui concerne les malades, ils voient aussi que, la communication leurs permettent de comprendre leurs maladie et aide à la guérison avec 34,85%. Aussi, elle participe au partage d'information sur la maladie et l'accès aux soins avec 21,21%.

En revanche, l'appréciation de la communication est un processus complexe qui dépend de plusieurs démentions éducatif, politique, culturel, social...

A ce propos, l'appréciation et le développement de la communication est différentes entre les médecins et les malades.

D'un côté, les médecins voient que la communication dépend de plusieurs facteurs, en particulier de l'état de santé du patient. Autrement dit, Il y a des cas aux les médecins refuse la communication les données médicales susceptibles de porter influence à l'état physique, psychologique ou émotionnel du patient. Par ailleurs, la divulgation de l'information concernant un état grave peut engendrer le désespoir du patient et contribue aussi à la perte d'espoir de guérison, donc, le médecin est obligé de préserver le secret professionnel, par exemple, le risque de suicide dans le cas d'un diagnostic d'une maladie en phase terminale, risque de dépression psychologique...

Dès lors, le médecin communique avec le patient les renseignements nécessaires concernant le diagnostic, le pronostic et les traitements à suivre.

D'un autre coté, la majorité des patients apprécie qu'il soit important que les médecins prennent le temps d'écouter les patients pour comprendre leurs souffrances et connaître leurs point de vue. Or, ces derniers doivent être à l'écoute et prendre en considération ce qui lui est proposé et cède leurs pouvoir de jugement aux médecins.

Tous ont répondu affirmativement à la question, la communication est décrite comme une stimulation qui permet d'aider le patient et de lui permettre de comprendre et d'avoir des informations sur leur maladies. Elle fait partie intégrante du traitement, participe à la guérison du patient, améliore les perspectives d'évolution. Mais, reste limité.

De ce fait, on déduit que, la communication est une composante indispensable dans les pratiques médicales. Les médecins doivent fournir aux patients tous les renseignements nécessaire sur leurs états de santé, sur les mesures à prendre en considération, sur les traitements à suivre y compris pour chacun, leurs avantages et leurs inconvénients, répondre à leurs questions...

III- Le développement de processus de communication entre soignant et soigné engendre une meilleur prise en charge médical, psychologique et social

L'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre médical, psychologique, relationnel, socio-économique... en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel. En effet, ces facteurs sont considérés comme les éléments qui influencent sur la santé de l'individu.

En effet, la relation entre soignant et soigné se base sur une relation de confiance, de communication, d'échange mutuel concernant les soins apportés et la prise en charge, mais également à propos du quotidien, du ressenti, du vécu du patient. Elle comprend également une écoute, une assurance, une aide morale. Elle nécessite une certaine empathie envers la personne soignée.

Dès lors, on cherche à découvrir l'impact de la communication dans les divers processus de prises en charge du patient.

Tableau N°14: La communication est une composante indispensable dans le processus thérapeutique entre soignants et soigné

la communication est une composante indispensable dans le processus thérapeutique	Soignant		soigné	
	E	%	E	%
Oui	13	92,86	21	31,82
Non	1	7,14	45	68,18
Total	14	100	66	100

Source : enquête, 22 février au 10avril 2016 à 9h30

A travers la lecture de ce tableau, on constate que la communication est considérée comme une composante indispensable dans le processus thérapeutique selon l'avis partagé entre les médecins qui représente entre outre, le pourcentage le plus élevé avec 92,86% contre 7,14% qui appréhendent le contraire. Cette appréciation est prodigué avec 31,82% des patients qui

saisissent que la communication est importante dans les processus de soin. Par contre, 68,18% ne donnent pas d'importance à la communication.

En effet, l'appréciation de la communication par les médecins s'explique par son importance dans les processus de soin, sa contribution à faciliter le contexte relationnel avec les malades, permet d'avoir plus de précision en ce qui concerne leurs pathologies...

D'un côté, les médecins expriment l'importance de la communication pour les raisons suivantes :

- ❖ La communication est un point et une base essentielle dans les domaines des soins au sein de ce service,
- ❖ Elle contribue à l'amélioration de la santé des patients,
- ❖ Elle permet de créer un lien relationnel avec les patients dans le but d'avoir comment ils sentent, comment ils pensent sur sa maladie (les causes et les conséquences),
- ❖ Avoir une relation de confiance. Par exemple, si, au cours d'une hospitalisation, un patient est confronté à une situation désagréable (un mauvais traitement, soin douloureux, un repas servi froid...), le médecin ou l'infirmier parviendra à l'apaiser et prendre en considération ses revendications,
- ❖ Pour avoir les démarches à suivre pour les soigner, et leurs donner les soins et les médicaments nécessaires...

Or, d'autres médecins voient que la communication n'est pas importante, suite aux :

- Manque de temps,
- manque de personnel,
- Manque de formation...

D'un autre côté, en ce qui concerne l'appréciation de la communication par les malades, la majorité considère que la communication n'est pas une composante importante dans les processus de soin. Cela s'explique comme suit :

- Ne se sentent pas à l'aise en ce qui concerne la communication avec le corps médical ;
- Manque de confiance à l'égard certains médecins ;
- Les soignés s'intéressent beaucoup plus aux soins médicaux et non pas au contexte relationnel, c'est-à-dire : c'est les médicaments et les soins donnés dans

les services des urgences qui leurs permettent d'avoir satisfaction et guérison pour quitter l'hôpital ;

- Il y a des patients qui n'aiment pas dévoiler leurs identités et leurs vies personnelles aux médecins.
- la culture du patient, qui manifeste des attitudes éloignées, avec peu d'intérêt pour le dialogue.

Tableau N°15: Le rôle de la communication et son impact sur la prise en charge psychologique des patients

La prise en charge psychologique	Soignant		Soigné		Total	
	E	%	E	%	E	%
soutien et compassion (empathie)	3	21,43	13	19,70	16	20
Créer un climat de confiance	1	7,14	12	18,18	13	16,25
Soulager la souffrance des patients	3	21,43	19	28,78	22	27,5
Diminuer le stress et rassurer le patient	3	21,43	11	16,67	14	17,5
Prévention et amélioration de leurs états de santé	4	28,57	11	16,67	15	18,75
TOTAL	14	100	66	100	80	100

Source : enquête, 22 février au 10 avril 2016 à 9h30

Les résultats inscrites dans le tableau ci-dessus démontre l'impact de la communication sur la prise en charge psychologique des malades. En effet, la majorité des médecins appréhende que la communication permette la prévention et l'amélioration de l'état psychologique du patient avec 28,57%, ensuite 21,43% estiment qu'elle aide à diminuer le

stress et rassurer le malade, le même pourcentage aussi est répartie entre l'empathie et le soulagement des souffrances des patients. Pour les malades, 28,78% représente le pourcentage le plus élevé qui aperçoit la communication comme moyens de soulager les souffrances.

A l'hôpital d'AMIZOUR au sein de service d'urgence, les patients déclarent qu'il ya une prise en charge psychologique. Cela s'explique par la présence d'un psychologue au sein de l'hôpital. En effet, la présence d'un psychologue joue un rôle très important dans le domaine des soins au milieu hospitalier. Il permet entre outre, de compléter les soins thérapeutiques donnés par les médecins, en particulier sur le plan psychologique qui demeure primordial, il permet aussi, d'étudier les comportements du malade, ses réactions afin de l'orienter et de l'aider. « Le code de la santé public inclut l'obligation pour tout soignant de prendre en charge les aspects psychologique de patient qui relève de ces attentions ».⁹

Par ailleurs, la prise en charge psychologique est une relation d'aide, d'influence qui consiste à :

- ✓ Diminuer le stress chez les malades ;
- ✓ Satisfait leur états psychique ;
- ✓ Les aider à se soulager de leurs souffrances ;
- ✓ De les conseiller de suivre les démarches thérapeutiques nécessaires pour la guérison ;
- ✓ Empathie : Capacité de se mettre à la place de l'autre et de ressentir ses émotions, de faire comme si on était à sa place ;
- ✓ Il aide les patients de soulager de dépasser leur état de choc,
- ✓ Il aide les patients qui souffre d'un état psychique et leurs assure un soutien et un suivi thérapeutique pour faire face a la maladie ;
- ✓ Il contribue à l'annonce et l'information des patients sur leurs maladies en particulier, les maladies chroniques comme le cancer, le sida, le diabète... et les conseille à suivi.

Or, les patients expriment leurs mécontentements à l'égard de la prise en charge psychologique. Cette réflexion est souvent motivée par :

- un manque de confiance de la part des malades,

⁹ Code de la Santé Public : **communication en centre de la Philosophie du soin**, in BIOY Antoine, BOURGEOIS Françoise et NEGRE Isabelle « *communication soignant-soigné* », 3^{ème} édition, Bréal 2013, P22.

- le sentiment de ne pas être pris au sérieux,
- le mécontentement par rapport au diagnostic ou au traitement prescrit,
- manque d'informations obtenues...

Dès lors, on déduit que la communication est importante dans les soins thérapeutiques, elle permet d'établir une relation de confiance, le respect entre soignant et soigné et d'avoir une bonne prise en charge. Selon la déclaration de Genève, les médecins et professeurs de santé affirment : « Je considère la santé de mon patient comme mon premier souci ». ¹⁰

Pour ce faire, cela nécessite une sensibilisation auprès des malades afin de le prendre en considération et de l'intégrer dans leurs démarches thérapeutiques.

Tableau N° 16: La communication et son impact sur la prise en charge médicale et économique des patients

Les soins donnés	Soignant		Soigné	
	E	%	E	%
Prise en charge hospitalière	08	57,14	45	68,18
Prise en charge médicamenteuse	04	28,57	10	15,15
Sécurité social et assurance	00	00	11	16,67
Total	14	100	66	100

Source : enquête, 22 février au 10 avril 2016 à 9h30

On se basant sur la lecture de ce tableau, on constate que la communication engendre une prise en charge hospitalières des malades selon les réponses des médecins et des malades. En effet, les soignant considèrent que la communication permet de comprendre la pathologie et son degré de maladie chose qui permet une prise en charge hospitalière avec 57,14%, et 68,18% selon les réponses des soignés.

En ce qui concerne la sécurité et l'assurance sociale, les médecins n'intègre pas cette dimension dans leurs contexte du travail, étend donné que, ce contexte dépend du malade lui-

¹⁰ La déclaration de Genève **médecins et patients**, in John R. Williams, « *Manuel d'éthique médicale* », 3^{ème} Edition Association Médicale Mondiale INC 2015, p : 36

même. Ainsi, 16,67% des malades voient que la sécurité sociale veille sur la prise en charge des malades lors d'une hospitalisation. Cela peut s'expliquer par : la prise en charge des examens, consultations, médicaments et hospitalisation.

En effet, on déduit que la plupart des patients ainsi que les médecins expriment leurs contentements à l'égard des services donnés par l'hôpital d'AMIZOUR. Cela s'explique d'un côté, par l'existence d'une prise en charge hospitalières des malades suite à la prise en charge médicale, psychologique qui les aident à se soulager de leurs souffrances et leurs douleurs. D'un autre côté, par la prise en charge donné par les médecins qui veillent sur la préservation de leurs santé, répondent aux besoins des patients, leurs assurent une meilleur un suivi et un accompagnement... Ainsi, pour les soignants, la prise en charge médicale est pluridisciplinaire et chaque patient a sa particularité spécifique. Avec la communication, les médecins peuvent expliquer aux patients comment ils prennent ses médicaments et lui apporter des solutions sur leurs maladies, ils expriment le besoin d'un suivi médical et de prise en charge médical en fonction du degré de la maladie....

Toutefois, dans chaque relation thérapeutique, il y nécessité pour le médecin de ce préoccuper de la relation de communication avec les patients. Par ailleurs, la qualité de la communication et la manière d'être avec les malades déterminent les liens thérapeutiques. Il est évident que la relation médecin patient sera d'autant meilleur si :

- le médecin communiqué clairement et de manière adaptée à l'état de son patient ;
- s'il est attentif à ce dernier ;
- Les soignants doivent démontrer de respect et de la compassion ;
- créer un climat de confiance...

Ainsi, la prise en charge économique consiste à bénéficier des aides socio-économique assuré par, la CNAS, une assurance maladie et une carte de remboursement « CHIFA »....

Tableau N°17 : la répartition des enquêtés selon la pratique de l'importance communication et son impact sur prise en charge sociales des patients

Les enquêtés Prise en charge social	Soignant		Soigné	
	E	%	E	%
annonce et information (la famille et les médecins)	6	42,86	20	30,30
Consultation et accès aux soins (l'hôpital)	6	42,86	40	60,61
L'écoute et l'explication (médecin/malade)	1	7,14	2	3,03
Prévention (l'entourage)	1	7,14	4	6,06
Total	14	100	66	100

Source : enquête: enquête, 22 février au 10avril 2016 à 9h30

On observe dans ce tableau que la majorité des enquêtés estiment que la communication concourt à l'annonce et l'information sur la maladie comme elle permet d'avoir une consultation et par conséquent, l'accès aux soins. En effet, ces raiponces ont été partagées entre les médecins avec un pourcentage de 42,86% et entre les malades avec un pourcentage de 60,61% pour la consultation et l'accès aux soins et 30,30% pour l'annonce de leurs maladies et l'information réciproque. En ce qui concerne, l'coute et l'explication est représenté de 7,14% par les médecins et 3,03% par les malades.

En revanche, le contexte social demeure indissociable des représentations sociales intériorisé, qui exercent une influence considérable sur la relation médecin/malade, comme la culture intériorisé, la religion, les valeurs partagés....Dès lors, la conversation thérapeutique entre praticiens et patients sera le produit de leurs contextes culturels et sociaux.

De ce fait, on constate que, la communication se limite à l'annonce, à l'information et l'explication à l'égard d'une maladie. D'une part, parce que le patient est souvent une

personne inquiète ou angoissée, démunie ou agressive, recherche des explications et des informations sur sa maladie, et d'autre part, parce que la relation est influencé par :

- La pathologie du patient,
- La charge de travail,
- Le niveau d'entraide au sein des services,
- Manque du temps pour dialoguer avec les patients...

Aussi, le rôle de la famille et de l'entourage est déterminant. En effet, il y a des familles des patient qui interviennent dans le processus de soin, et sollicitent le médecin de ne pas dire au patient en ce qui concerne leurs état de santé. Dès lors, les médecins doivent prendre en considération les aspects personnels et culturels qui entourent la communication, comme l'influence de la langue, la culture, l'entourage, la famille...

Conclusion

On conclue cette partie de recherche que la prise en charge des patients soi dans le coté psychologique, médicale et social se base sur la communication qui permet d'avoir et de connaître les sentiments d'un malade, les médecins exprime les causes et les conséquences de la maladie, et les démarche thérapeutiques la confiance, le respect pour arrivé a rendre un malade a bonne état de santé.

La vérification des hypothèses

La vérification des hypothèses

En terme d'étude et par rapport aux objectifs de la recherche qui porte sur « la communication entre soignant et soigné et son impact sur le processus de prise en charge des patients », notre recherche empirique nous a permis de concrétiser nos constructions théoriques afin de vérifier nos hypothèses de recherche élaborées, afin de les confirmer ou de les infirmer.

La première hypothèse :

En effet, la première hypothèse consiste à démontrer si « la communication entre soignant et soigné contribue à l'amélioration de la santé des patients au sein de l'hôpital d'AMIZOUR de la wilaya de Bejaia ».

De ce fait, et par rapport aux objectifs de la recherche et les données de nos enquêtés, on déduit que la communication est représentée comme une composante intégrée dans le processus thérapeutique. C'est-à-dire dans la relation de soin entre les médecins et les malades, qu'est un moyen qui aide les patients à :

- dépasser l'état de choc,
- de soulager leurs souffrances,
- de les aider au rétablissement,
- la compréhension de leurs pathologies et les démarches à suivre,
- stimulante et expliquer les soins,
- rassure le malade,
- acquérir le sentiment de confiance...

Or, le degré de son application, de son appréciation, de sa compréhension et de l'importance qu'on lui accorde est variable entre les médecins et les malades, et s'explique entre autre par, l'influence des représentations sociales, le niveau d'instruction, le temps disponible, la nature de la maladie, ou bien l'état de santé des patients qui parfois, sont agressifs, un handicap, maladie chronique, la culture et la langue utilisés...

Autrement dit, les médecins expliquent en majorité que, la communication est indispensable dans le contexte de soin, or il existe des entraves qui empêchent à son développement tel :

- Manque du temps, est cela est due à la charge de travail et le manque de personnel,
- Problème du culturel et celui aussi du langage,
- l'absence de formation en la matière,

En revanche, les patients voient que la communication dans leurs recours au processus thérapeutique est limité avec les médecins à cause de :

- ✓ L'utilisation de langage médicale ;
- ✓ Manque de formation en ce qui concerne le langage médical ;
- ✓ Manque de niveau d'instruction (55,54% sans niveau d'instruction, voire tableau N°04)
- ✓ Problème de communication pour des personnes âgées,
- ✓ Le problème de négligence : les patients ne cherchent pas de savoir plus d'information et de détails sur leur états de santé à cause de la peur de complication, exemple : (sida, cancer, diabète...), afin de s'éloigner des difficultés...

Dès lors, on déduit que notre première hypothèse « la communication entre soignant et soigné contribue à l'amélioration de la santé des patients au sein de l'hôpital d'AMIZOUR de la wilaya de Bejaia » est partiellement confirmé dans la mesure où la majorité des médecins et des malades ont démontré leurs importance à son égard, malgré les obstacles qui s'opposent à son développement, par contre, d'autre médecins et patients voient que ce qui importe en particulier, c'est le diagnostic et les médicaments. (voir tableau N° 09).

La deuxième hypothèse :

La deuxième hypothèse vise à apercevoir si : « le développement du processus de communication entre soignant et soigné engendre une meilleure prise en charge médical, psychologique et social des patients ».

D'un côté, les médecins expriment l'importance de la communication dans les domaines des soins car elle contribue à l'amélioration de la santé des patients, donc, à une prise en charge médical. Ce qui intéressent en particulier les soignés c'est les soins médicale et non pas le contexte relationnel.

En l'occurrence, la prise en charge psychologique est aussi important pour les patients dans la mesure où il procure une relation d'aide, consiste à diminuer le stress chez les malades,

soulager de leurs souffrances et permet de les conseiller à suivre les démarches thérapeutiques nécessaires pour la guérison. La prise en charge psychologique implique le respect, la compassion, la confiance... Or, la majorité des patients expriment leurs mécontentements à l'égard de la prise en charge psychologique, suite à ses raisons:

- un manque de confiance de la part des malades,
- le sentiment de ne pas être pris au sérieux,
- le mécontentement et la négligence de l'aspect psychologique des malades,
- manque d'informations obtenues...

Ainsi, la prise en charge économique consiste à bénéficier des aides socio-économique assuré par, la CNAS, l'assurance maladie, une carte de remboursement (exemple : carte CHIFA)... dans la majorité des enquêtés expriment leurs contentement.

En ce qui concerne la prise en charge sociale, il englobe le rôle de la famille, le secteur de la santé et l'entourage. Elle implique la solidarité, l'accompagnement, l'indulgence, la sensibilisation... afin de l'aider à diminuer la dépression, l'éloigner de l'isolement social pour éviter les difficultés et les obstacles qui peuvent les pousser vers le suicide. A ce propos, et en fonction des résultats de la recherche, on déduit que, la communication se limite à l'annonce, à l'information et l'explication à l'égard d'une maladie. La prévention et l'accompagnement est limité, dans la mesure où la communication n'est pas vraiment développé. Dès lors, On déduit que, la communication est très importante dans le domaine des soins et contribue à une prise en charge psychologique, médicale et social des patients.

Par ailleurs, et d'après se qui découle, on déduit que notre deuxième hypothèse « le développement du processus de communication entre soignant et soigné engendre une meilleure prise en charge médical, psychologique et social des patients » est partiellement confirmée, dans la mesure où les données récoltés ont démonté que la prise en charge est relativement assuré et une insuffisance de communication.

Conclusion

Conclusion :

La communication dans le domaine de la santé joue un rôle incontournable. En effet, elle contribue entre autre, à la faciliter et l'efficacité de la relation de soin entre soignant et soigné, à diagnostiquer la maladie, permet une meilleure prise en charge des patients. Elle permet d'avoir des informations sur l'état de santé du patient, sa maladie, son traitement, son avenir...Cependant, son application exigent le respect de l'identité, les valeurs, la culture du patient, la confiance, l'empathie.

Or, l'insuffisance de communication est engendré par l'absence de prise de conscience de l'importance de l'information du malade, manque de temps, l'absence de formation à la communication du personnel, chose qui influence sur la prise en charge médicale, mais aussi institutionnel, familiale, sociale et psychologique.

Néanmoins, le processus de prise en charge est un processus structuré par l'intégration de plusieurs composante sociétal, à savoir institutionnel, culturel, économique, psychologique, dont dépend le degré de son développement et de son application. Dès lors, il est important de prendre en considération l'importance de la communication et de remédier à son dysfonctionnement, en particulier dans les processus thérapeutiques, et cela à travers des formations spécialisées en la matière pour les acteurs de la santé, d'un côté. D'un autre côté, procéder à la sensibilisation et la prévention de la population, dans le rôle des médias est incontournable, afin de contribuer à promouvoir une véritable culture de la communication dans le contexte de soin.

La liste
Bibliographique

La liste bibliographique :

Ouvrage :

1. AIM Olivier et BILLIET Stéphane, Communication, édition DUNOD, 5rue Laromiguère, 75005 Paris 2015.
2. BRETON Philippe. PLOUX Serge, l'explosion de la communication, édition la découverte, Paris 2012.
3. BIOY Antoine. BOURGEOIS Françoise. NEGRE Isabelle, communication soignant-soigné, 3^{ème} édition, Bréal 2013, PP : 34-39.
4. COLLET Hervé, communiquer pourquoi, comment ?, 85rue de Bagnole 75020, Paris.
5. DECOUDIN Jean-Marc et IGALENS Jacques, la communication interne, 3^{ème} édition, dunod, Paris.
6. DE BEAUVOIR Simone, Deuxième Sexe, édition Gallimard, Paris, 1949.
7. DUMOUCHEL Julie : Facteurs influençant la prise en charge des urgences en médecine générale : Analyses des pratiques de généralistes normands, HAL Id : Dumas- 00770075, 2013.
8. FORMARIER Monique, la relation des soins, concepts et finalités, recherche en soin infirmières N89-Juin 2007.
9. HERZLICH Claudine, sociologie de la maladie et de la médecine, édition, Nathan, 1994.
10. MANOUKIAN. A et MASSEBOEUF. A, soigner et accompagner-la relation soignant-soigné, Ruel Malmaison, édition LAMARRE 2008.
11. RICHARD Claude. LUSSIER Marie Thérèse et GERARD Fabienne, la communication professionnelle en santé, édition du Renouveau Pédagogique INC, 5757 rue, CYPHOT, saint – TAURANT Québec.
12. TAKHDATE Khadija, communication pour tous, édition, 159 Bis, Boulevard Yacoub El Mansour-Casablanca.

Les ouvrages de la méthodologie

1-DEPELTEAU Françoise, la démarche d'une recherche en science humains, édition la presse de l'université Laval, Québec, 2000.

2-GAUTIER Benoit, recherche social de la problématique à la collecte des données, 4^{ème} édition, presse de l'université du Québec, 2004

3-GIROUX Sylvain. TREMBLAY Ginette, méthodologie des sciences humaines, 3^{ème} édition, 1611, Boul. Crémazie Est, 10^{ème} étage, Montréal (Québec), h2m, 2P2.

Les revus et les mémoires :

1- AMM : Manuel d'éthique médicale, 3^{ème} édition, 2015.

2- BOISLEVE Jacques .B, la maladie d'Alzheimer, www.sante-vivante.Fr , consulter le 14/05/2016 a 12h14.

3- BNI KASSALA (Mutiba), la révolution des nouvelles technologies, université de KASSALA, gradué en science de l'information et de la communication 2008, www.memoireoline.com/.../m-la-revolution-des-nouvelles-technologies, consulter le 02/05/2016 à 14h20.

4- Classique-uqac. Ca/.../influence.../influence_facteurs_sociaux_santé.doc.Marc Ferland, l'influence des facteurs sociaux sur la santé et le bien être, consulter le 17/04/2016 à 18h35.

5- Code de déontologie médical, édition Novembre 2012.

6- JARRAYA Mounir, stratégie de communication sanitaire dans un territoire : la lutte contre la tuberculose dans le gouvernorat de Sfax en Tunisie.

7- JOHN R. Williams, Manuel d'éthique médical, 3^{ème} édition Association Médicale Mondiale INC, 2015.

8- Haut Conseil de la santé publique (HCSP): la prise en charge et la protection sociale **des** personnes atteintes de la maladie chronique, novembre 2009.

- 9- Le rôle du personnel médical dans l'amélioration de la santé publique.
- 10- PARRENTTI (Delphine), le nouveau code des marchés publics, une réforme suscitant une résistance au changement, mémoire en vue de l'obtention d'étude supérieure spécialisée en management du secteur public, université de Lyon, 2004, mbarh. Dauphin. Fr/fileadmin/médiathèque/.../mba.../SIRH-et-GRH. (pdf), consulter le 01/05/2016 à 16h20.
- 11- POURETTE Dolorès et groupe de parcours, relation soignant-soigné et prise en charge des patients originaire d'Afrique Subsaharienne vivant avec le VIH ou le VHB en France, édition parcours, université Paris Descartes.
- 12- RANASINGHE ARACHCHIGE Ivandi, la juste distance dans la relation soignant soigné.
- 13- 100 fiches pour comprendre la sociologie, 4ème édition, Bréal, 2006.

Dictionnaire :

1. Encyclopédie Alfabétique Larousse, 17 rue du Montparnasse et Boulevard Raspail, 114, Paris, VI^e
2. Petit ROBERT 1, le robert-107, avenue Parmentier, PARIS-XI^e.

Document interne de l'entreprise :

1. Document interne de l'entreprise.

Sites électroniques :

- 1- www.djazairress.comlatribune. Consulter le 11/05/2016 à 13h : 20
- 2- www.Samw.ch/dms/fr/publication/guides.../f-LF-Kommunikation.pdf. consulter le [15/01/2016/](#) à 16h.

- 3- <http://fr.m.Wikipedia.Org/wiki/systeme-de-santé-algerie>. consulter le 11/05/2016 à 14h.
- 4- IRR- nancy.fr/spip.hp ? Rubrique 394. Consulter le 05/05/2016 à 11h10.
- 5- Www.Internaute.Com/dictionnaire/Fr/définition/prise-en-charge/ consulter le 05/05/2016 à 10h17.
- 6- Www.Mémoireoline.com/10/10/3992/m-les-deteminants-de-la-prise-en-charge-médical-du-paludisme-au-gabau-cas. Consulter le 05/05/2016 à 10h55.
- 7- Www.Santé-vivante.Fr consulter le 13/05/2016 à 13h.
- 8- www.Unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/.../L1_final-01-pdf, théorie du genre, publiée par UNESCO, consulter le 21/04/2016 à 20h15.
- 9- www.hcsp.fr>explore.cgi>hcspr_20091112-prisprotchronique. PDF.

Annexe

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

OPTION : SOCIOLOGIE DE LA SANTE

En vue de l'obtention d'un diplôme de master

Option : sociologie de la santé

Questionnaire de recherche sous le thème :

«Le rôle de la communication dans le processus de prise en charge ».

Cas pratique : hôpital

Nous sommes des étudiants en Sciences Sociales, option : Sociologie de la santé de l'Université Abderrahmane Mira de Bejaia.

Dans le cadre de la préparation de notre mémoire de Master 2 en sociologie de la santé, sur le thème « la communication entre soignant et soigné et son impact sur le processus de prise en charge », on vous tient reconnaissantes de bien vouloir nous accorder quelques minutes de votre temps afin de répondre à notre questionnaire. Nous vous assurons que les informations resteront anonymes et confidentielles et serviront à des utilités scientifiques.

Nous vous remercions d'avance pour votre participation de répondre à nos questions.

Préparer par :

IDIR Nabila et

CHERIKH Mezhoura

M^{me} ZEHNATI Fatima

Annexe N° 1

Questionnaire

I. Questionnaire destiné aux patients

1. Caractéristique personnel

2. Sexe
3. Age
4. Situation matrimoniale
5. Niveau d'instruction
6. Milieu géographique

2. communication entre soignant et soigné

1. considérez –vous la communication comme un moyen de guérison ?

Oui

Non

2. Quels sont les raisons qui vous empêchent du communiquer avec les médecins ?

- L'utilisation de langage médicale
- La négligence
- Absence de communication
- Vous ne voulez pas plus de détails sur votre santé

3. Quel est le rôle de la communication entre soignant et soigné dans le contexte de soin ?

- Relation de partage
- Relation professionnel
- Permet l'accès au traitement
- Aide à la guérison
- Relation d'information

Hypothèse II : Le développement de processus de communication entre soignant et soigné engendre une meilleur prise en charge médical, psychologique et social

4. Est-ce que la communication est une composante indispensable dans le processus thérapeutique entre soignant et soigné ?

Oui

Non

5. Quel est le rôle de la communication dans la prise en charge psychologique ?

- Soutien et compassion (empathie)
- Créé un climat de confiance
- Soulager la souffrance des patients
- Diminuer le stress et rassurer le patient
- Prévention et amélioration de leurs états de santé

6. Quel est impact de la communication sur la prise en charge médical et économique ?

- Prise en charge hospitalière
- Prise en charge médicamenteuse
- Sécurité social et assurance

7. Quel est l'importance de la communication et son impact sur la prise en charge social ?

- Annonce et information
- Consultation et accès aux soins
- L'écoute et l'explication
- prévention

II. questionnaire destiné aux médecins

1. Caractéristique personnel

1. Sexe
2. Age
3. Situation matrimonial
4. Niveau d'instruction

5. L'ancienneté
6. Situation socioprofessionnel

2. communication entre soignant et soigné

7. considérez –vous la communication comme un moyen de guérison ?

Oui

Non

8. Quels sont les moyens utilisés pour communiquer avec les patients ?

- Langue étrangère
- Langage courant
- Communication non verbale (ex : les gestes...)

9. Quels sont les raisons qui vous empêchent du communiquer avec les patients?

- L'état de la maladie (agressive, handicap)
- Le manque du temps
- La culture et le langage de patient
- Préserver le secret professionnel

10. Quel est le rôle de la communication entre soignant et soigné dans le contexte de soin ?

- Relation de partage
- Relation professionnel
- Permet l'accès au traitement
- Aide à la guérison
- Relation d'information

Hypothèse II : Le développement de processus de communication entre soignant et soigné engendre une meilleur prise en charge médical, psychologique et social

11. Est-ce que la communication est une composante indispensable dans le processus thérapeutique entre soignant et soigné ?

Oui

Non

12. Quel est le rôle de la communication dans la prise en charge psychologique ?

- Soutien et compassion (empathie)
- Crée un climat de confiance
- Soulager la souffrance des patients
- Diminuer le stress et rassurer le patient

- Prévention et amélioration de leurs états de santé

13. Quel est impact de la communication sur la prise en charge médical et économique ?

- Prise en charge hospitalière
- Prise en charge médicamenteuse
- Sécurité social et assurance

14. Quel est l'importance de la communication et son impact sur la prise en charge social ?

- Annonce et information
- Consultation et accès aux soins
- L'écoute et l'explication
- prévention

15. Quel est le rôle de la communication entre soignant et soigné dans le contexte de soin ?

- Relation de partage
- Relation professionnel
- Permet l'accès au traitement
- Aide à la guérison
- Relation d'information

16. ce que la communication est une composante indispensable dans le processus thérapeutique entre soignant et soigné ?

Oui

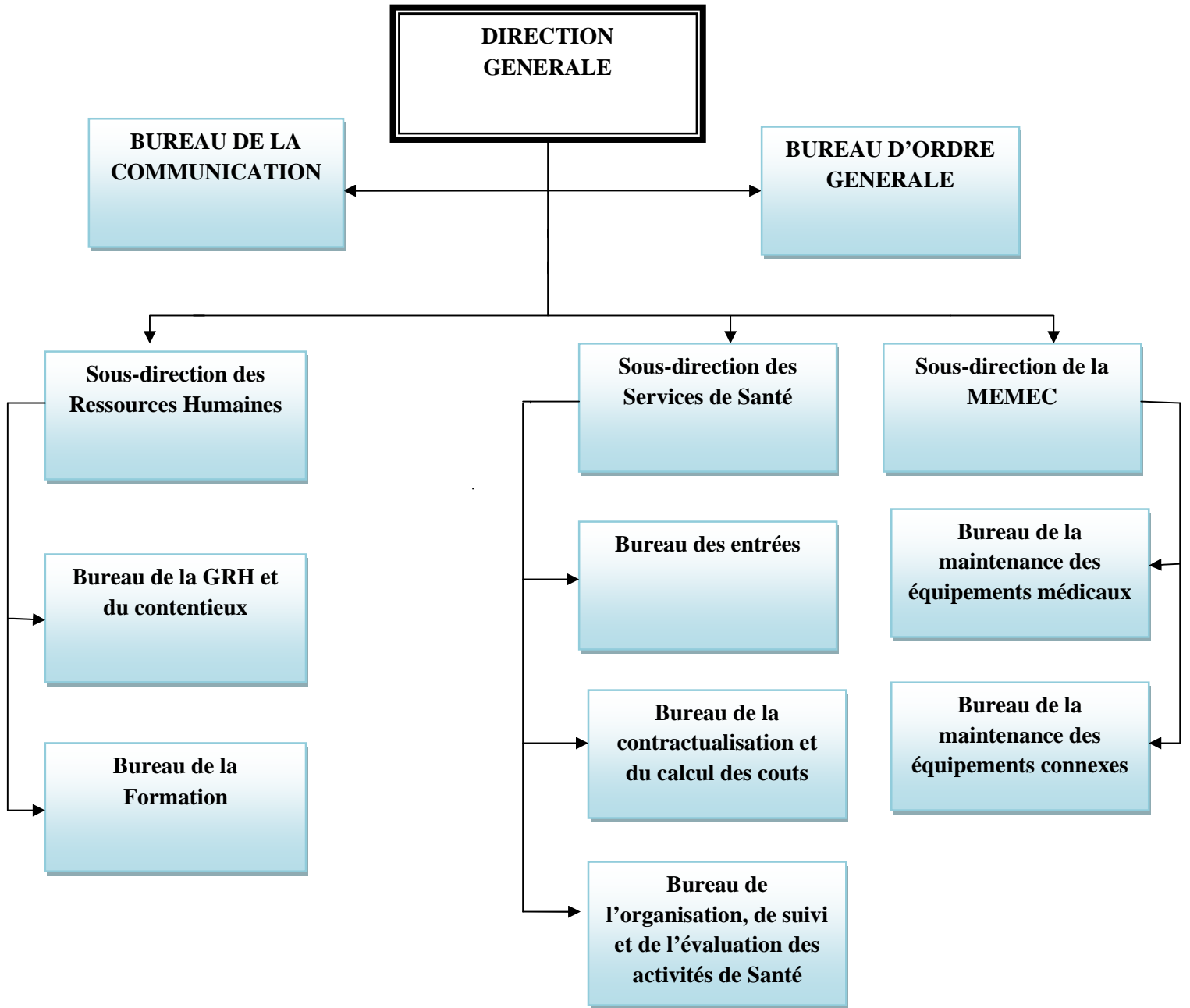
Non

17. Quels sont les moyens utilisés pour communiquer avec les médecins ?

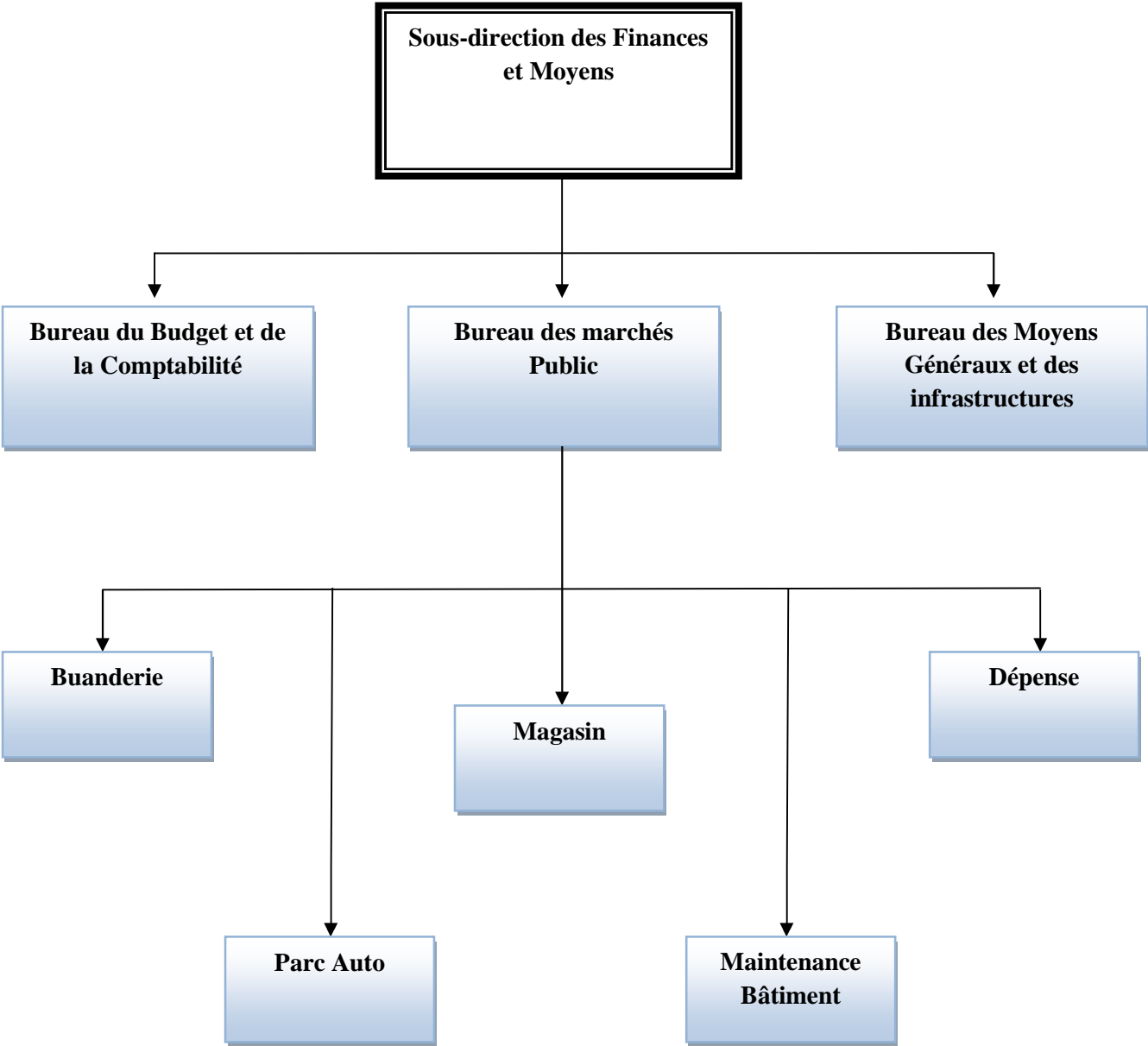
- Langue étrangère
- Langage courant
- Communication non verbal (ex : gestes...)

Annexe N° 02

Organigramme de l'Établissement Public Hospitalier d'AMIZOUR



Organigramme de Sous-direction des Finances et des Moyens



Annexe N° 03

Service des urgences de l'hôpital d'AMIZOUR



Relation soignant et soigné



