

Université Abderrahmane MIRA de BEJAIA
Faculté des sciences humaines et sociales
Département des sciences humaines

Mémoire de fin de cycle
En vue de l'obtention du diplôme master en science de l'information et de
la communication
Option : communication et relations publiques

**Le rôle de la communication interpersonnelle
sur la prise en charge psychologique et
sociale des patients hospitalisés.**

**Etude Pratique : «Service du la chirurgie générale
(femmes/hommes) de CHU de Bejaia»**

Réalisé par :
-AOUCHICHE Naima
-ALLAOUA Samia

Encadré par :
D^r MAKHLOUFI Abdelouahab

Année universitaire
2017/2018

Remerciement

Nous remercions Dieu le tout puissant de nous avoir donnée le courage, la patience afin de réaliser ce travaille de recherche.

Nos sincères et profonds remerciements à :

Nos familles pour leur encouragement, leur aide financière et moral

Nous tenons à remercier notre promoteur Dr MAKLHOUI Abdelouahab de nous avoir encadré, orienté et conseillé.

Nous désirons remercier tous le personnel de service chirurgie général femmes/hommes de CHU de Bejaia pour leur aimable accueil durant la période de stage pratique au sein du service.

Sans oublier Mr MAHDI Atmane notre encadreur au sein de CHU de Bejaia.

Nous somme reconnaissantes envers les 13 patients et les 10 PM qui ont répondu favorablement et sans aucune hésitation à nos questions, sans leurs réponses cette recherche ne sera pas réalisée.

Nous tenons à remercier également toute celles ou ceux qui ont contribué de prés ou de loin dans la réalisation de ce travail.

Dédicaces

Avec mes sentiments de gratitude et de reconnaissance les plus profonds

Je dédie ce modeste travail à :

Mes parents pour leurs immenses biens, leurs encouragements et leurs sacrifices. Aucun hommage ne pourrait être à la hauteur de l'amour dont ils ne cessent de me combler. Que dieu leur procure bonne santé et Longue vie.

A mes frères : Toufik, Fahim, Mohend et Abdelhak

A mes sœurs : Fouzia, Sonia, et notre adorable Assia

A ma binôme Samia

A tous mes ami (es) avec qui j'ai partagé des moments inoubliables : Chahra, Samia, Radia, Celia, Ilham, Nissa, Walid, Binor et Moha .

A tous ce qui me connaissent de près ou de loin et je n'ai pas pu citer.

NAIMA

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

À mes chères et respectueux parents qui m'ont soutenu tout au long de mon

parcours d'étude,

« Que Dieu vous garde et vous bénisse »

À mes frères Abdelah et Ahssen

À mes sœur Saliha et Kaissa

À mes cousins Syphax, Nadir, Yousef, moukrane ainsi leur père Mouhande

Mes oncles et mes tantes et ma grande mère Cherifa,

« Que Dieu l'accueil dans son vaste paradis »

À tous mes amis: Chahrazade , Abdenour, Radia et Célia

Sans oublier ma chère binôme (AOUCHICHE Naima).

Samia

La liste des tableaux

Numéro	Titre des Tableaux	Page
01	Les caractéristiques du premier échantillon d'étude (Personnel Médical).	32
02	les caractéristiques du deuxième échantillon d'étude : les patients hospitalisés	33
03	La répartition des enquêtés Patients selon le sexe	86
04	La répartition des enquêtés Patients selon l'âge	86
05	La répartition des enquêtés Patients selon le niveau d'instruction	87
06	La répartition des enquêtés Patients selon la situation familiale	88
07	La répartition des enquêtés Patients selon la durée d'hospitalisation	88
08	La répartition des enquêtés PM selon le sexe	89
09	La répartition des enquêtés PM selon l'âge	89
10	La répartition des enquêtés PM situation matrimoniale	90
11	La répartition des enquêtés PM selon la corrélation entre niveau d'instruction et expérience professionnelle	90

Liste des abréviations :

Abréviation	Sens
p	Patient
PM	Personnel Médical
CHU	Centre Hospitalo-universitaire
OMS	Organisation Mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
CNAS	Caisse Nationale des Assurances Sociales
CASNOS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale des non-salariés
PCA	Pharmacie Centrale Algérienne
CMC	Couverture Maladie Universelle
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHB	Virus de l'hépatite B
ARSI	Association de recherche en soin infirmiers
ATS	Aid- soignant
ISP	Infirmier de santé publique
MPR	La médecine Physique et de Réadaptation

Sommaire

Introduction

Partie théorique

Chapitre I : Le cadre méthodologique de la recherche

Section 01 : l'analyse conceptuelle

1- Les raisons du choix du thème.....	06
2- Les objectifs de la recherche.....	06
3- La problématique.....	07
4- Les hypothèses.....	10
5- Définition des concepts.....	11
6- Les études antérieures	13
7- L'approche théorique adoptée.....	19

Section 02 : la démarche méthodologique

8- La méthode et la technique de la recherche.....	23
9- L'échantillon.....	26
10- La pré enquête.....	28
11- Le déroulement de l'enquête.....	30
12- Les problèmes rencontrés.....	30

Chapitre II : la communication personnel médical –patients

Section 01 : des généralités sur la communication

1-1- La définition de la communication.....	33
1-2- Les différents types de communication.....	33
1-3- Les moyens de la communication.....	34
1-4- Les modes de la communication.....	35
1-5- La communication interpersonnelle.....	35

1-6- Les types de la communication interpersonnelle.....	36
1-7- Les techniques de la communication interpersonnelle.....	38

Section02 : la communication dans le secteur de la santé

2-1- La communication pour la santé.....	40
2-2- La communication médecin /malade.....	41
2-3- Les techniques de communication entre médecin/ malade.....	41
2-4- Obstacles et erreurs dans la communication médecin-malade.....	43
2-5- Les principes adoptés par la communication en santé publique.....	43
2-6- Les approche de la communication pour la santé.....	44

Chapitre III : la relation et la prise en charge des patients.

Section 01 : la relation soignants/soigné

1-1- La relation entre personnel médical soignants et patients.....	50
1-2- Les types des relations de soins.....	52
1-3- Les caractéristiques de la relation soignant /soigné.....	53

Section 02 : la prise en charge des patients

2-1- Les différents aspects de la prise en charge.....	54
2-2- La prise en charge psychologique.....	55
2-3- La prise en charge sociale.....	57
2-4- Les objectifs de prise en charge.....	58
2-5- Les représentations sociales dans le domaine de la santé.....	58
2-6- Caractéristiques d'une représentation.....	59
2-7- L'accès au service public hospitalier.....	60
2-8- L'accès au dossier médical.....	60
2-9- L'assistance sociale hospitalière.....	61
2-10- La communication et la prise en charge sociale.....	61
2-11- Le cout du système de santé algérien.....	62

Partie pratique

Chapitre IV : présentation de l'organisme et l'analyse et l'interprétation des données

Section 01 : présentation de CHU de Bejaia

1-1- Historique du CHU de Bejaia.....	65
1-2- Missions du CHU de Bejaia.....	66
1-3- Service des soins du CHU de Bejaia.....	75
1-4- Effectif du personnel de CHU de Bejaia.....	76

Section 02 : Analyse et interprétation des données et vérification des hypothèses

2-1- identification des données personnelles des patients.....	77
2-2- Identification personnelle du personnel médical.....	80
2-3- Analyse thématique du contenu des entretiens	83
2-4- La vérification des hypothèses.....	108

Conclusion.

Liste bibliographique.

Annexe

Introduction

Introduction

La multiplication des épidémies, l'augmentation de l'obésité, autant de problèmes de santé qui affectent la population de la planète entière. En effet, les moyens de communication sont parmi les stratégies utilisées par les organismes gouvernementaux, les agences internationales et les ONG, afin d'instaurer une culture de lutte, de prévention contre les maladies et l'intérêt général en matière de santé publique.

L'hôpital publique qui est un établissement de soin traite de nombreux types de maladies, il est composé du personnel hospitalier médical et paramédical (infirmières, aides-soignants), ces derniers font recourir à la communication interpersonnelle lors de leur pratique quotidienne, c'est une forme de communication qui leur permet d'échanger des informations avec le patient de façon directe (face à face), « l'entretien entre le médecin et son patient relève typiquement de la communication en face à face, à l'instar des discussions quotidiennes, des échanges pratiques et d'idées ou des échanges conflictuels entre deux personnes, mais également des échanges sur le lieu de travail, des discussions ou désaccords au sein d'un groupe ou des séquences de questions-réponses »¹, ou avec une communication non verbale via les gestes, les attitudes et les comportements. Les deux interlocuteurs utilisent la forme de communication la plus adéquate à leur type de relation (soignant -soigné) et leur contexte de soin.

La communication est fondamentale dans la relation soignant-soigné car elle permet d'instaurer la confiance, l'échange mutuel sur les soins et la prise en charge des patients. Selon Nciri Meryem « une communication médecin-malade est le fondement du soin, elle augmente la satisfaction des patients et des médecins et influence l'obtention d'un meilleur résultat thérapeutique »²

L'hôpital génère une ambiance peu rassurante auquel vient s'ajouter le motif de l'hospitalisation, c'est pourquoi, parler avec le patient peut développer sa qualité de vie, diminuer le stress et contribuer dans le suivi des traitements et sa prise en charge globale. Le soin nécessite un échange communicationnel puisqu'il est véhiculé par des comportements, des paroles, des gestes...ect. De plus, le soin est « un ensemble de gestes, et de paroles, répondant à des valeurs et visant le soutien, l'aide, l'accompagnement de personnes

¹ Guide pratique, la communication dans la médecine au quotidien, éditée par l'académie suisse des sciences médicales, ©ASSM, 2013, P.08.

² NCIRI Meryem, la communication dans la relation médecin-malade, espérance médicale, décembre 2009, Tam16.N° 164, P.582.

fragilisées dans leur corps et leur esprit »¹ c'est-à-dire, échanger des décisions médicales avec le patient sur son état de santé apporte une contribution pour réduire son anxiété et améliorer son état moral, ce qui influence positivement sur son état de santé. « Les publications internationales s'accordent pour déclarer qu'une meilleure communication entre le médecin et le malade développe leur satisfaction respective, la qualité de vie des malades, et le suivi de traitement et les résultats cliniques. Ainsi, l'écoute du malade aux décisions médicale qui le concernent baisse son anxiété et améliore son état moral qui influence sur son état de sa santé »².

Dans cet ordre des idées, nous avons mené cette recherche qui porte sur « le rôle de la communication dans la prise en charge psychologique et sociale des patients ».

Notre recherche s'est effectuée dans L'Hôpital KHELIL Amrane de Bejaia au sein de service chirurgie générale femmes /hommes, notre recherche s'organise comme suite :

Chapitre 01 : le cadre méthodologique de la recherche ; il comporte la problématique de recherche, les hypothèses, les raisons de choix de thème, les objectifs de la recherche et la définition des concepts clés ainsi que les études antérieures.

Chapitre 02 : le deuxième chapitre englobe deux sections ;

Dans la première section nous évoquerons des généralités sur la première variable de notre étude qui est la communication ; ses formes, ses moyens et ses modes, ainsi que la communication interpersonnelle vue qu'elle est la plus utilisée dans notre terrain de recherche en principe nous essayerons de décrire ses types, moyens, modèles et techniques de communication interpersonnelle.

Dans la deuxième section nous allons aborder la communication dans le secteur de la santé ; La communication pour la santé, la communication médecin/malade, les techniques de la communication médecin/malade et les obstacles et les erreurs commises dans la communication médecin/malade, les principes adoptés par la communication en santé publique et les approches de la communication pour la santé.

¹SAILLANT Francine, la part des femmes dans les soins de santé, revue internationale d'action communautaire, 1992, vol, 28, N°6895, P.106.

² FOURMIER Cécile et KERZANETK Sandra, Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature, Santé Publique, 2007/5 Vol. 19, p. 413-425. DOI 10.3917/spub.075.0413

Chapitre03 : comprend aussi deux sections ;

Dans la première section, nous évoquerons la relation soignants-soigné, nous allons définir cette relation, décrire la notion de liens de confiance et la relation d'aide, nous allons aborder les types des relations de soin et les caractéristiques de la relation soignants-soignés.

Dans la deuxième section, nous allons aborder la prise en charge des patients, nous évoquons les différents aspects de la prise en charge, les objectifs de cette dernière, la prise en charge social et psychologique, les représentations sociales dans le domaine de la santé, la communication, la prise en charge sociale et le cout de système de santé en Algérie.

Chapitre 04 : celui-ci est consacré à la partie pratique ; qui inclut la présentation de l'organisme d'accueil, l'analyse et l'interprétation des résultats.

Notre travail s'achève avec une conclusion, puis la liste bibliographique et les annexes.

Partie Théorique

Cadre Méthodologique

Section 01 :l'analyse conceptuelle

1. Les raisons du choix du thème

Chaque sujet d'une recherche scientifique a un motif bien précis et selon BEAUD Michel : « il n'y a pas de thème de recherche bon ou mauvais, dans l'absolu, vous jugerez qu'ils sont bons ou mauvais par rapport à plusieurs critères »¹. L'un de ces critères est l'une des raisons qui nous ont poussées à choisir ce sujet de recherche.

Parmi les raisons qui nous ont motivées à choisir ce thème : le rôle de la communication dans la prise en charge psychologique et sociale des patients Sont les suivantes :

1.1. Objectifs

- Manque d'étude approfondie sur la communication dans le secteur de la santé plus précisément au sein de notre Faculté.
- Analyser le niveau de la communication au sein de l'hôpital KHALIL Amrane de Bejaia.
- découvrir s'il y a présence ou absence de la communication avec les patients.

2.2. Subjectifs

- L'importance qu'exerce la communication interpersonnelle dans le monde contemporain, surtout dans le milieu de la santé.
- 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...

2. Les objectifs de la recherche

Selon GRAWITZ Madeline : « le point de départ d'une science réside dans la volonté de l'homme à se servir de sa raison pour comprendre »²

Dans notre présent travail nous avons fixé certains objectifs tels que :

¹ BEA UD Michel, l'art de la thèse, éd la découverte, paris, 2006, P.26.

² GRAWITZ Madeleine, méthode des sciences sociales, 11^{ème} éd Dalloz, paris, 1990, P.17.

- Montrer l'importance de la communication dans le milieu professionnel de la santé.
- Découvrir le rôle de la communication dans la prise en charge des patients.
- Découvrir la nature de la relation entre soignant/ soigné.
- Mettre le point sur les outils et types de communication utilisés dans le secteur de la santé.

3. Problématique

La communication constitue un élément primordial dans les rapports humains et cela s'applique dans tous les domaines de la société tels que l'économie, l'éducation, la politique, et la santé. Nous constatons de plus en plus l'importance de la communication dans le domaine de la santé via la sensibilisation et la prévention...etc. La communication représente un enjeu majeur pour préserver la santé publique et lutter contre les maladies.

Ces dernières décennies, le processus de la communication occupe une place importante dans le secteur de la santé publique vue qu'elle permet aux individus de prendre en charge leur santé et d'adapter un comportement approprié pour leur bien être physique, mental et social.

Dans le domaine de la santé, les personnels médicaux et les patients sont appelés à communiquer et construire des relations dans le but d'améliorer leur prise en charge psychologique, médicale et sociale. En effet, une bonne prise en charge résulte d'une bonne communication entre le médecin et le patient. Selon Berternd Nadége : « communiquer pour mieux soigner »¹

L'acte de soigner est considéré comme la création d'un lien entre deux individus. Selon SALOME Jaque le fait de soigner et d'être en relation comme deux éléments indissociables : « pour lui les soins appartiennent au champ de la relation d'aider ou d'accompagnement, et se situent à l'interface du médical, du paramédical et d'un thérapeutique, être dans la relation est une démarche que tout professionnel peut introduire dans sa pratique. »²

L'hospitalisation du patient est une période difficile pour lui-même et son entourage

¹ BERTRAND Nadége, communiquer pour mieux soigner, institut de formation en soins infirmiers du Blanc-Indre, promotion, 1992-1995.

² SALOME Jaque, minuscules aperçus de la difficulté de soigner, Albin Michel, Paris ,2004.

,elle peut être de courte ou longue durée en urgence ou décidée à l'avance afin de se soigner ,de subir une intervention chirurgicaleetc. Lors de l'hospitalisation ,le malade est généralement inquiet sur son état de santé, il a besoin d'une ambiance sympathique, l'attitude et le comportement du personnel hospitalier joue un grand rôle d'influence sur le malade pour qu'il donne l'impression d'être entendu, considéré et respecté mais surtout avoir la sensation d'être entre des bonnes mains qui veillent à son rétablissement. Commenant par l'accueil qui marque un impact important dans la sérénité du patient. Ce dernier est considéré comme un aspect des relations humaines en milieu hospitalier car un bon et aimable accueil favorise non seulement le bon déroulement des soins et réduit la souffrance du patient mais aussi il permet d'établir une relation familiale entre le patient, la famille et le personnel médical hospitalier qui le prend en charge.

Dans le domaine des soins, c'est l'entretien entre médecin et patients qui constituent le fondement d'une bonne prise en charge. En effet, les patients tentent de diagnostiquer et traiter leur maladie ,c'est ce qui crée chez eux la nécessité et le besoin d'être au courant du déroulement de leur prise en charge ,c'est pour cela le médecin présente une certaine obligation d'écouter ses patients, les informer sur leur état de santé, ainsi que les causes et les conséquences de leur maladie ,chose qui influence sur le plans psychologique des patients ,qui se définit comme une prise en charge psychologique et médicale. Selon le code de déontologie médical : « le médecin doit à la personne qu'il examine ,qu'il soigne ou qu'il consulte une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension »¹.

La relation entre médecin et malade s'est considérablement métamorphosée, c'est avec l'évolution du model relationnel que la consultation médicale est centrée sur le patient plutôt que sur sa maladie uniquement. En effet, avant l'approche paternaliste était la plus dominante, cette dernière offre au médecin le pouvoir de décider pour le bien être de son patient car il sait ce qui est le mieux adapter pour son intérêt, en conséquent, il décide de lui transmettre des informations et les traitements les plus adéquats. D'après Gerald Dworkin, le paternalisme consiste dans : « une intervention sur la liberté d'action d'une personne, se justifiant par des raisons exclusivement relatives au bien-être, au bien, au bonheur, aux

¹ Code de déontologie médicale R.4127-1 et S.CSP- article R.4127-35 du CSP.

besoins, aux intérêts ou aux valeurs de cette personne contrainte »¹. Dans ce cas la relation médecin /malade reste singulière et la communication est unilatérale. Cette asymétrie a aujourd'hui diminuée, les médecins donnent de plus en plus l'importance et l'attention majeure au patient afin de le comprendre et mettre en place la stratégie de soin et les mesures sociales les plus adaptées et les moins coûteuses. En effet le patient est de plus en plus écouté, respecté et sa volonté tend à prédominer sur son bien être. Dans ce cas, le patient devient client et le médecin un prestataire de service. Toute fois la relation médecin/malade reste irrégulière car le but fondamental est la guérison, effectivement le patient consulte le médecin en vue de guérir.

La relation soignant /soigner peut se décliner selon plusieurs niveaux : dans certains cas le médecin est dans une situation d'échange informel qui est essentiel dans la vie sociale mais dans un autre cas ,le personnel médical doit connaître l'histoire et les besoins de santé actuels des patients .Cette relation médecin/patient a pour objet initial le corps du malade mais la parole pour premier moyen thérapeutique qui est un enseignement informatif à travers lequel le médecin informe ou enseigne les patients sur leur état de santé. Ensuite, le médecin peut s'engager dans une relation de compréhension et d'aide où il est censé de donner des conseils et des solutions pour rassurer le patient. Enfin, la relation d'aide thérapeutique est un moyen important pour provenir dans la relation interpersonnelle.

L'Algérie a effectué beaucoup de réformes, depuis l'indépendance dans son système de santé et spécialement les réformes hospitalières afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients qui reste un problème majeur en Algérie.

L'Algérie a consacré dans sa Constitution le droit des citoyens à la protection de leur santé dans son article 54: « Tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé. L'Etat assure la prévention et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques. » Le contexte de la santé et celui de la prise en charge des patients en Algérie est assuré par deux types de soins : public et privé. « Dans le secteur public, on recense 185 hôpitaux, 32 établissements hospitaliers et 13 CHU. Du côté du secteur privé, on compte 91 cliniques fonctionnelles pouvant accueillir un total de 2 000 patients. D'autres sont en construction et il existe également des projets en cours d'étude. »²

Chacun peut avoir des soins gratuits dans un hôpital géré par l'état car le système de

¹ Gerald Dworkin, *Paternalism, the Monist*, 1972, P. 65.

² <http://www.expat.com/fr/guide/afrique/algerie/11809-la-sante-en-algerie.html> consulte, le 13/01/2018 a 13h10.

santé public est financé par une contribution forfaitaire de l'Etat, de la Caisse Nationale d'Assurances Sociales des Travailleurs Salariés (CNAS) et une contribution des ménages, ou aller dans une clinique privée mais cette dernière est payante. Beaucoup de cliniques privées ont été créées ces dernières années dans presque tous les domaines de santé.

Dans le cadre de notre recherche nous nous intéressons à la prise en charge des patients, du côté social et psychologique, Notre questionnement à travers cette recherche est de montrer le rôle de la communication dans la prise en charge psychologique et sociale des patients.

La question fondamentale sur laquelle nous avons essayé de répondre toute au long de notre recherche est la suivante :

-Quel est le rôle de la communication dans la prise en charge psychologique et sociale des patients hospitalisés, au sein de service de la chirurgie générale (femmes /homme) de CHU de Bejaia ?

De cette question découle une autre question secondaire qui est :

-Quel est l'impact du manque de communication sur la prise en charge psychologique et sociale des patients, ainsi que sur la relation soignant /soigné ?

4. Les hypothèses

L'hypothèse peut être conçue comme une réponse provisoire à une question de départ et qui sera confirmée ou infirmée par le travail de terrain. Selon QUIVY Raymond, l'hypothèse est : « une proposition qui anticipe une relation entre deux termes, qui selon les cas peuvent être des concepts ou des phénomènes, une hypothèse est donc une réponse provisoire, une présomption qui demande à être vérifiée »¹

Les hypothèses auxquelles nous avons tenté de répondre durant notre recherche empirique, auprès des personnels et des patients de L'Hôpital KHALIL AMRANE de Bejaia au sein du service de la chirurgie générale sont :

-La communication permet de construire une bonne relation entre soignant/soigné et contribue à l'amélioration de la prise en charge psychologique et sociale des patients.

¹ QUIVY Raymond, Manuel de recherche en science sociale, éd Dunod, paris, 1988, P. 129.

-le manque de communication entre soignant/soigné engendre des conflits entre ces derniers.

5. Définition des concepts : La définition des concepts est une étape essentielle pour concrétiser et étudier les principaux éléments qui entrent dans la composition de nos hypothèses comme l'affirme GRAWITZ Madeleine « un concept est une abstraction, une pensée, un moyen de connaissance »¹. Donc, le concept est l'un des éléments essentiels et indispensables pour toute recherche scientifique. Autant qu'outil, il fournit non seulement un point de départ mais également un moyen de désigner ce qui n'est pas directement observable.

A cet égard, il est utile de présenter quelques concepts liés à notre thème et qui sont les suivants :

6.1. La communication : Action d'établir une relation avec quelqu'un, ou de mettre quelque chose en commun avec autre personne ou un groupe de personne²

Définition opérationnelle : C'est l'action d'être en rapport avec autrui dans le but d'établir une relation d'échange, de partage par le biais d'un canal adéquats à la situation.

6.2. Soignant : Qui soigne, personnel soignant d'un hôpital.³

Définition opérationnelle : C'est une personne qui prend en charge les soins médicaux de ses patients grâce aux formations suivies ou attestations obtenues dans ce domaine. Elle est connue par son influence sur ses patients concernant leur suivi et leur traitement. Cela lui permet de les orienter et les aider à recevoir les informations importantes sur leur bien être.

6.3. Soigné : personne qui reçoit les soins⁴

Définition opérationnelle : C'est un individu qui souffre d'une maladie. Ce dernier peut être chronique ou passagère, qui nécessite un traitement médical et thérapeutique.

6.4. Prise en charge : « Prise en charge : ensemble des actions de soins et des mesures prises pour un patient, dès l'instant où il s'adresse ou est adressé à un médecin de MPR ou

¹ GRAWITS Madeleine, Méthodes des sciences sociales, Op Cit, p32.

² -Bernard Lamizet et Ahmed Silem Ellipses, dictionnaire encyclopédique de sciences de l'information et de la communication, éd marketing SA.1997, P.120.

³ Dictionnaire, HACHETTE, de la langue française, éd, la direction de CAROLA STRANG, P.529.

⁴ http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soigné_soignée/73229consulté le 21/05/2018 a 14h09.

une structure de MPR, Jusqu'à l'instant où l'action de rééducation est déclarée terminée (fin de prise en Charge) ». ¹

Définition opérationnelle : C'est le fait de prendre des mesures ou une stratégie afin de répondre aux besoins d'une personne ou un groupe. Dans le milieu médical c'est de prendre en charge le malade sur le plan médical en le soignant et en répondant à ses besoins afin de diminuer la gravité de sa maladie.

6.5. Prise en charge sociale : Dès l'annonce du diagnostic, le patient et sa famille doivent être orientés par l'équipe soignante vers un service social (à l'hôpital, à la CPAM, à la mairie du domicile). En effet, la rapidité de l'évolution de la maladie a des conséquences immédiates sur la vie du patient et de son entourage. ²

Définition opérationnelle : C'est l'accompagnement social du patient et de son entourage via la prévention, la solidarité et la sensibilisation ... etc.

6.6. Prise en charge psychologique : La prise en charge psychologique doit s'effectuer tout au long de sa maladie par le corps médical et l'équipe soignante, l'objectif est de prévenir et de réduire autant que possible la souffrance psychologique du patient permettant ainsi d'améliorer sa qualité de vie, ses relations familiales ou amicales et son adhésion au traitement. ³

Définition opérationnelle : C'est une prise en charge thérapeutique qui consiste à aider le patient en lui consacrant du temps et d'espace cohérent pour qu'il s'exprime sur sa maladie et ses contraintes en tant que malade, l'écouter et le convaincre d'accepter sa maladie ainsi que de le soulager.

¹ Critères de prise en charge en médecine physique et de réadaptation, Groupe MPR rhone alpes et fedmer,

Document 2008

² - http://www.creutzfeldt-jakob.aphp.fr/p_pec_soc/p_pec_soc_11.htm#pecsocio1 , groupe hospitalier,PITIE-SALPETRIERE ,consulte le 18/02/2018 a 13 :23.

³ -<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448716300804#!>, Miniar ben ammar shari ,samir hammami , prise en charge psychologique des patients cancéreux ,faculte des science economique et gestion de SFAXn rue aeroport-km-4,Sfax,tunise,2016,consulte le 18/02/2018 a 12 :02.

6. Les études antérieures

7.1. La première étude ; Relation soignant / soigné et prise en charge des patients originaire d'Afrique subsaharienne vivant avec VIH ou le VHB.¹

Cette étude a été élaboré par Dolores Poulette et le groupe parcours en mars 2012, ils ont étudiés la relation soignant- soigné ,des patients atteignent de maladie de VIH ou le VIB, la problématique de cette étude est focalisée sur la question suivante :Quel est l'objectif de la relation entre soignant soigné ? Cette étude cherche à démontrer la relation entre le médecin et le patient atteint de VIH ou le VHB ,la relation de soin qui est un processus à l'intérieur laquelle le médecin et le patient sont engagés ensemble dans une Co –évolution, celle-ci se réalise et se développe grâce à la construction d'un alliance de travail qui se base d'une part ,sur l'échange d'information et la négociation et d'autre part ,sur l'empathie, démontrer le rôle du soignant dans la prise en charge médicale de ses patients.et leurs rôles dans la prise en charge psychologique qui sert à comprendre leur état psychologique , de leur donner des traitements et les aider à sur dépasser cette situation de maladie.

Méthode et échantillon : la méthode utilisée dans cette étude est la méthode qualitative est la technique d'entretien semi directive qui est faite auprès 40 patient africains vivant avec VIH, 33 patients africains vivant avec le VHB et 26 soignants ont été réalisés dans quatre services hospitaliers en Ile de France. De ce fait, l'objectif principal consiste à recueillir le maximum d'information fiable de cette étude et de comprendre la nature de relation entre soignant soigné, ainsi les différentes formes de prise en charge.

Les résultats obtenus grâce à l'analyse des données durant cette recherche montre qu'il ya plusieurs modèles de relation entre soigné et soignant selon les manières et les comportements entre ces deux parties par conséquent le soignant se comporte avec le patient comme médecin et le patient se comporte comme malade afin de se faire soigner. Les résultats de l'étude ainsi que les témoignages des patients démontrent que :les patients reçoivent toutes les informations et tous les soins nécessaires sur leur situation de santé c'est-à-dire le soutien social , psychologique etc..., Globalement, c'est tous ce dont a besoin les patients durant cette situation de maladie.

¹ POUETTE Dolores 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, éd Parcours, Université paris Descartes.

Ainsi, la majorité des patients atteint de VIH déclarent qu'ils sont mal informés sur leur maladie et manque de traitement.

. Nous avons utilisé cette étude comme étude antérieure dans notre travail de recherche. Cette dernière nous a guidé d'avantage et nous a permis de cerner des informations importantes sur la relation soignants /soigné, nous avons déduit à travers cette recherche qu'il existe différents modèles de relation soignants/soigné afin de les traiter dans notre travail notamment, de démontrer le rôle des soignants dans la prise en charge médicale des patients, Aussi leur rôle dans la prise en charge psychologique c'est de comprendre leur état psychologique.

7.2. La deuxième étude :La contribution de la communication dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics ¹

Une étude de magistère en sciences économique option : économie de la santé et développement durable a été présentée par : Ferroudj Kahina, le thème est « la contribution de la communication dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou, ce travail sous la direction du : Dr. Ali –Ziane Mouhand Ouamar à l'université de A .Mira de Bejaia 2012.

La problématique de cette étude est centrée sur la question suivante :

-Quels seront les apports de la communication hospitalière aux prestations des services hospitaliers ?

Dans ce sens, un certain nombre de questions secondaires ont été posées :

-Quelle est la place de la communication hospitalière dans le fonctionnement d'un établissement public de santé ? Et quel est son rôle ?

-Quels sont les objectifs et les techniques de la communication hospitalière ?

¹ M Ferroudj Kahina, la contribution de la communication dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou, étude de magistère en sciences économique option : économie de la santé et développement durable, sous la direction du : Dr. Ali – Ziane Mouhand Ouamar, université de A .Mira de Bejaia 2012.

Quelles sont les interactions qui peuvent exister entre la communication hospitalière et la qualité des services hospitaliers ?

Les hypothèses qui sont proposées par rapport à cette recherche :

-La communication hospitalière contribue à une meilleure diffusion de l'information sur les prestations des services hospitaliers.

-La communication hospitalière peut être un élément important en matière de qualité de l'image de l'établissement public hospitalier.

-La communication hospitalière vise à mettre en valeur la qualité perçue des prestations des services hospitaliers et la satisfaction des patients.

En fonction des données disponibles, cette chercheuse a mené bien son travail, structuré en trois chapitres présentés comme suit :

Le premier chapitre traite du cadre conceptuel et théorique de la communication qui est basé sur l'évolution des fondements théoriques de la communication et ses différents types. Puis, la communication hospitalière évoquant la communication interne et externe .ensuite les différents forme de la communication externe et son rôle dans la gestion d'un établissement de santé. Enfin, des perspectives sur la mise en place de la communication hospitalière en Algérie et un aperçu sur la réglementation encadrant la communication hospitalière pour assurer sa mise en place dans les structures de santé.

Le seconde chapitre porte sur les notions de qualité de prestation de service hospitalier dans lequel elle a montré dans un premier temps les notions du service ou sa réalisation nécessite la présence du client pour que ce dernier existe ,notion de qualité de service pour montrer en deuxième temps l'importance de la communication dans l'évolution de la qualité de service pour les clients ainsi que la place de la communication dans la politique qualité d'une entreprise de service . A la fin de ce chapitre, elle a exposé la qualité du service hospitalier pour montrer l'importance de la politique de communication dans la qualité des services hospitaliers car la réalisation d'un service hospitalier de qualité ne s'effectue que par l'écoute du patient.

Dans le troisième chapitre qui relie l'état des lieux de la communication hospitalière de l'établissement public hospitalier d'Akbou et les résultats de l'enquête, elle a consacré

une partie pour présenter l'étude empirique réalisée auprès des patients de l'établissement hospitalier d'Akbou et une seconde partie pour aborder la politique de la communication hospitalière dans cet établissement et analyser les réponses fournies par les enquêtés pour montrer la réalité de la communication hospitalière de l'établissement avec ses usagés, l'importance de la communication dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers et l'image de l'établissement.

Dans cette recherche, la chercheuse a réalisé une enquête lancée le 12 février 2012 et a pris fin le 29 mars 2012 au niveau de l'établissement public d'Akbou. L'échantillon d'enquête a porté sur 300 personnes hospitalisées dans tous les services d'hospitalisation de L'EPH d'Akbou (médecin interne homme et femme, chirurgie général homme et femme, gynéco - obstétrique, service pédiatrie) d'une manière aléatoire les enquêtés ont été interrogés par interview ou remplis par les patients dans différents services d'hospitalisation de L'EPH.

L'enquête a pour objectif de tenter d'évaluer :

- la place de la communication hospitalière dans un établissement public hospitalier.
- les techniques et les supports de communication hospitalière utilisés vis-à-vis des usagés.
- En fin, la contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des services de l'établissement.

Il s'agit d'une enquête d'évaluation de la communication hospitalière entre un établissement public de santé et ses patients.

Dans cette recherche, la chercheuse a choisi d'utiliser la méthode d'entretien direct avec le sujet, de façon à éviter toute ambiguïté dans les réponses des enquêtés et minimiser la perte de questionnaires. L'enquête a été globalement bien acceptée et s'est bien déroulée puisque seulement 15 questionnaires ont été éliminés et 255 questionnaires ont été complètement et correctement remplis représentant un taux de 85% des réponses.

Les résultats obtenus d'après cette recherche, les enquêtés qui sont très satisfaits ou peu satisfaits de la communication hospitalière de cet établissement vis-à-vis de ses patients conseillent leurs proches pour solliciter le même établissement or que, la plupart des enquêtés jugés non satisfaits déconseillent cet EPH à leurs proches du moment où ils

trouvent que la communication hospitalière n'est pas satisfaisante. Après l'analyse des réponses fournies par les enquêtés qui a permis de conclure que 98% des enquêtés ont répondu par oui pour la contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers et 71% des enquêtés sont peu satisfaits de la communication hospitalière de cet EPH vis-à-vis de ses patients.

Donc, La communication est considérée comme une composante d'un système global d'organisation des flux d'informations et des échanges d'une entreprise, elle est la production d'information sur le milieu interne et externe de celle-ci.

Nous avons exploité cette recherche comme étude antérieure qui a un rapport avec notre thème de recherche et ce qui est commun c'est la première variable qui est le rôle de la communication dans le domaine de la santé et leur première variable qui est la contribution de la communication dans les prestations des services hospitaliers. Cette première variable, nous a permis de cerner des informations en relation avec notre premier chapitre qui est un aperçu général sur la communication. Dans cette étude de magistère, malgré le manque de documentation qui est une difficulté comme ils l'ont mentionné, cette recherche est riche d'information.

7.3. La troisième étude : L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier¹

Cet article qui est réalisé par plusieurs auteurs, Veronique Haberey Knussi, Jean-Luc Heeb, et Emilie Morgan De Poul intitulé : « l'enjeu communicationnel dans le système hospitalier », distribution électronique cairn.info pour l'association de recherche en soins infirmiers (ARSI) n°15-décembre 2013.

Les nouveaux modes de gestion mis en place depuis quelques années dans les institutions hospitalières ont modifié en profondeur l'organisation de ces dernières. Nombreux sont les écrits qui décrivent certaines conséquences sur le domaine de la communication plus spécifiquement par cette étude ils tentent de chercher à comprendre quel est l'impact concret des nouveaux modes de gestion sur la communication au niveau des cadres. Mais également, des équipes soignantes et c'est en terme de satisfaction et/ou de stress.

¹ -Veronique Haberey-Knussi et al. L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier, recherche en soins infirmiers 2013/4(N° 115), P.8-18.

A travers cette partie, ils ont abordé quelques points qui sont comme suit : l'univers hospitalier aujourd'hui, de la mission à la communication dans L'Hôpital, les chances, exigences des interdisciplinarités, la dynamique d'équipe facteur motivationnel fondamental et la relation soignant- soigné au cœur de la prise en soins. Ensuite, ils ont fait une conclusion théorique. Dans la seconde partie au niveau institutionnel, les points traités sont : la communication avec les pairs, augmentation de l'information et diminution des échanges, la communication un moyen de pression et termine cette partie par une conclusion générale.

Durant cette étude de deux ans a été menée auprès de 900 cadres dans des hôpitaux de Suisse romande, ils ont utilisé une méthodologie mixte. Une première phase de questionnaires qui a permis de mettre en évidence les éléments problématiques, tandis que la seconde phase organisée sous forme d'entretiens de groupe, dans chacun des hôpitaux a eu comme objectif une meilleure compréhension des liens entre management et communication. Mais ils se sont basés sur cette dernière phase qualitative particulièrement significative en termes de résultats.

Les résultats obtenus d'après l'article, c'est que l'intérêt pour des domaines comme la communication ou l'information n'est pas récent. Depuis de nombreuses années, différentes études dénoncent les manques mais aussi les améliorations à apporter dans ces domaines, tout particulièrement dans le secteur hospitalier conçu comme un système éminemment complexe. Cependant, dans une profession où la communication joue un rôle fondamental, il convient de ne pas minimiser son importance et la réduire à un substrat technicisé si l'importance pareille est accordée à la communication informelle par les répondants, tout au niveau institutionnel qu'aux autres niveaux, c'est bien là la preuve d'un manque ressenti dans la communication à un niveau plus formel, en même temps ce qui souligne son caractère indispensable est le dernier résultat obtenu qui est de ne pas confondre information et communication, mais la communication dépend aussi beaucoup des personnes elles-mêmes et du temps qu'elles accordent. Une sensibilisation à l'importance de cette activité semble donc un moyen privilégié pour la promouvoir et la faire valoir auprès des directions, d'institution en pouvant mettre en évidence la plus-value qu'elle apporte tant au niveau de la satisfaction des employés que de la relation au patient ou de la qualité des soins.

A ce stade, nous pouvons dire que l'importance accordée à la communication par les acteurs des soins, en même temps qu'une dévalorisation croissante du temps dévolu aux

échanges , tout entre les paires qu'avec le patient , il en découle une frustration qui n'est pas sans conséquence tout au niveau de la prise en charge des patients que des institutions elles mêmes .il s'agit au moyen de ces résultats de prendre conscience tous les niveaux impliqués dans la dynamique communicationnelle et des atouts majeurs qu'une bonne dynamique peut favoriser .Au contraire , des problèmes graves qui peuvent découler d'une gestion qui n'accorde pas l'importance voulue à cette dimension de la communication , présente dans l'ensemble de l'institution hospitalière .

Nous avons exploité cet article comme étude antérieur puisque ce dernier traite des points primordial dans notre travail de recherche tel que, de la mission à la communication dans l'hôpital et la relation soignant soigné au cœur de la prise en soins. Cet article tente de répondre à la problématique suivante : quel est l'impact concret des nouveaux modes de gestion sur la communication au niveau des cadres, mais également des équipes soignants ? , En revanche, dans notre travail de recherche nous nous interrogeons sur le rôle de la communication dans la prise en charge psychologique et social des patients ? Ainsi, dans cet article il y a utilisation d'une méthodologie mixte (questionnaire et entretien), ils se sont basés sur la phase qualitative alors que dans notre travail de recherche nous avons utilisé que l'entretien qui est une méthode qualitative.

7. L'approche théorique adoptée

La théorie de la communication humaine¹

Cette théorie a été développée par Watzlawick en collaboration avec Janet Beavin Bavelas et Don D au Mental Research institute de palto.

Dans cette théorie, la communication n'est pas expliquée comme un processus interne qui provient du sujet mais comme le résultat d'un échange d'information qui trouve son origine dans une relation de communication entre ces derniers.

De ce point de vue, dans notre recherche, l'importance ne sera pas accordée au mode de communication ou si ce dernier est au courant ou pas, mais elle sera focalisée sur certains

¹ WATZLAWICK Paul, HELMICKH Janet, Une logique de la communication, Proposition pour une axiomatique de la communication, éd du Seuil, Paris ,1967 .

points tels que, comment les médecins et les patients communiquent entre eux, et de quelle manière cette communication influence sur la prise en charge psychologique et sociale des patients. Il existe de nombreux modèles de communication, nous allons traiter la pragmatique de Watzlawick qui se base sur 05 axiomes sont comme suite :

4.1. Il est impossible de ne pas communiquer

Pour Paul Watzlawick se réfèrent au fait que tout comportement est une forme de communication en soi, à la fois implicite et explicite ,même garder le silence implique une information ou un message .Il est donc impossible de ne pas communiquer ,la non communication n'existe pas.

Dans le cas de notre recherche nous prenons l'exemple de la consultation médecin-patient, tout comportement de l'un et de l'autre, toute attitude, fera sens dans la relation et aura une influence importante dans les effets positifs et négatifs de celle-ci. De la manière dont le médecin parle, serre la main, le froncement de ses sourcils, le stylo avec la marque du laboratoire ... Ainsi , Il y a une multitude de signes informatifs que le médecin distillera au fil de la consultation. Et inversement, le médecin redéfinira le déroulement de la consultation en fonction d'autant de signes émis volontairement ou involontairement par son patient.

4.2. La communication dispose d'un niveau de contenu et d'un niveau de relation (méta communication)

Dans cet axe, l'aspect du contenu correspond à ce que nous transmettons verbalement et l'aspect relationnel renvoie à la façon dont nous communiquons ce message. En d'autre terme, le ton de la voix, l'expression faciale et le contexte....etc
Par exemple lors de la consultation médicale, il ne faut pas oublier cet aspect de l'échange au risque de ne pas être entendu, ni compris. (Patients), et de même de ne pas entendre les attentes du patient, voire de les rejeter ou de les déformer.

4.3. La nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires

La communication est un système circulaire d'échanges. Le comportement de l'un des acteurs induit le comportement de l'autre, qui lui-même ré-induit le comportement du premier.

Mais nous avons tendance à considérer notre attitude seulement en réaction au

comportement de l'autre en minimisant l'impact de notre propre attitude. Ce qui est source de nombreux conflits relationnels.

Exemple : En consultation le médecin peut se trouver mal à l'aise avec un patient, ne pas savoir s'y prendre avec lui et le considérer comme "difficile". A chaque nouvelle consultation le malaise s'amplifiera et le médecin s'entretenant avec son associé découvrira avec stupeur que lui n'a aucun problème relationnel avec ce patient. En fait, chacun des partenaires a développé un système de défense à priori vis à vis de l'autre. Leurs attitudes réciproques sont devenues inamicales et défiantes, le médecin en attribuant la cause à son patient alors que c'était leur système d'échanges et de rétroaction qui posaient problème. Pour en sortir le médecin devrait utiliser du méta communication c'est à dire reprendre le jeu au niveau relationnel.

4.4. La communication humaine utilise simultanément deux modes de communication : digital et analogique¹

La communication digitale : cela fait référence à ce qui est dit à travers les mots.

La communication analogique ; inclut la communication non verbale, c'est-à-dire la façon dont nous exprimons et le vecteur de la relation.

Ces deux modes coexistent et se complètent dans chaque message, le domaine analogique prime sur le digitale.

Par exemple : le médecin est en retard et cela l'embête vis à vis de son message, son message analogiques l'exprimera même s'il sourit à son patients et même s'il poursuit sa consultation comme si de rien était, il faut alors avoir recours au méta communication, c'est-à-dire utiliser le langage digitale pour préciser et traduire son langage analogique : « je m'excuse d'être en retard ».

Cette phrase permet de recarder le message analogique et d'éviter des interprétations hasardeuses de la part du patient.

Autre exemple : si le patient semble nerveux et bouge sur sa chaise, au médecin de faire préciser par des questions ouverts ce qui ne va pas plutôt que d'essayer d'interpréter en réaction à ce qu'il est en train d'expliquer.

4.5 La communication symétrique et complémentaire :

Une relation symétrique est une relation d'égalité. En effets, lorsque on entretient une relations symétrique avec une autre personne, nous envolons sur le même plan donc nous avons les mêmes conditions d'égalité, mais pas une complémentarité entre les deux.une relation complémentaire exprime la différence aves deux positions, des conditions d'inégalité mais acceptant la différence entre et permettant la complémentarité de l'interaction, la consultation médicale est une relation complémentaire le plus souvent, chaque partenaire conforme à ces deux positions mais avec des variantes.

En consultation la relation peut être de type parent-enfant.fonction apostolique du médecin.

« Je sais ce qui est bon pour vous ».

Elle peut être aussi de type parent-adolescent, le médecin se voir remettre en cause sans autorité, la relation est plus équilibré, le patient cherche à s'autonomiser. Ce type de relation est plus difficile et exige plus de souplesse.

Dans l'idéale la relation devrait tendre vers une relation de type symétrique ou le savoir est partagé et la décision.

En réalité, suivant les médecins, les patients et les événements de vie, la relation oscille entre les deux premiers type voir entre les trois pour certains relation.

Exemple : patients et médecin, pratiquent l'échange, discutent le diagnostic, chacun apportant son propre savoir (une relation symétrique),puis le patient arrive a une angoisse importante en rapport avec une douleur pulmonaire. L'angoisse l'empêche de réfléchir avec distance.il a besoin de réconfort. Pour un temps ou une partie de la consultation nous repassons dans un type parent-enfants et c'est important pour le médecin de la comprendre et d'accepter cette ration complémentaire et de jouer son rôle.

Le choix de cette approche n'est pas fortuit, ce qui est commun par apport à notre thème c'est la communication humaine qui est le résultat d'un échange d'information qui trouve son origine dans une relation de communication .Les Cinq axiomes abordés par Watzlawik sont des points qui s'appliquent dans la relation entre le personnel médical et le patient. Tout d'abord, dans la relation entre le PM/P « on ne peut pas ne pas communiquer » Tout comportement est considéré comme une communication, l'être humain manifeste

toujours des comportements par conséquent il communique en permanence. Le refus de communiquer est encore une manière de faire signe, toute communication présente deux aspects, le contenu (sens littéral) et la relation (signification), tel que la seconde englobe le premier est par suite une méta-communication. D'après ces Cinq axiomes, nous avons découvert énormément de chose à traiter dans notre recherche tel que la relation entre personnel médical et patient qui se base sur la communication qui est un élément clé en pratique clinique et fait partie des quatre composantes essentielles de la compétence clinique (connaissance, examen clinique technique de communication , résolution de problème). Cette composante est souvent négligée dans la formation et nombreux sont les soignants qui partagent le sentiment qu'une bonne communication ne peut ni s'enseigner ni s'apprendre hormis avec l'expérience et le temps. Donc, notre objectif de choisir cette approche puisque la communication aide à produire des consultations plus efficaces, adéquates, pertinentes et satisfaisantes. Tout pour le patient que le soignant et améliore les déterminants de santé pour les patients et même dans l'interaction avec un patient il est essentiel d'être attentif au mode de communication du patient et de soi même et de ses influences sur la relation.

Section02: la démarche méthodologique

8. La méthode et techniques utilisées

Dans toute recherche scientifique, le chercheur doit adopter des méthodes et techniques qui dépendent de l'objectif visé. Selon QUIVY « chaque recherche est une expérience unique, qui emprunte des chemins propres dont le choix est lié à des nombreux critères comme la méthode, et la technique »¹

8.1. La méthode adoptée

Le chercheur en sciences humaines et sociales dispose d'un ensemble de méthode mais il est amené à utiliser une méthode bien déterminée correspondant à son travail de recherche.

Selon Jean-Louis « la méthode désigne une démarche logique, indépendante du contenu particulier de la recherche, et qualifiée des processus et des formes de perception et de raisonnement destinées à rendre intelligible la réalité à appréhender »²

¹ QUIVY Raymond, Méthodes des sciences sociales, Op.cit. P. 121.

² LOUBERT Jean-Louis, Del Bayle, Initiation aux méthodes des sciences sociales, édition d l'Harmattan, Paris, 2000, P.27.

Ainsi, dans notre recherche sur le rôle de la communication dans la prise en charge psychologique et sociale des patients, nous avons opté pour la méthode qualitative. Cette méthode nous a permis d'obtenir des réponses plus ouvertes, collecté des informations et des éléments de réflexion très riches étant donné qu'elle instaure un véritable échange entre l'enquêteur et l'enquêté face à face mais aussi d'accéder au maximum d'informations qui semble adéquate à l'objectif visé notamment, l'existence d'une communication entre le patient, le personnel médical et le rôle de cette dernière dans l'amélioration de la prise en charge psychologique et sociale des patients.

Cette méthode nous a donné l'occasion de réaliser le guide d'entretien avec des personnes qui sont malades et les personnages de service. Sophie Alama, Dominique Dejurx et Isabelle Garbau-Moussaoui «les méthodes qualitatives mettent sur les effets de situation les interactions sociales sous contrainte, la place de l'imaginaire ou le jeu des acteurs avec les normes sociales»¹

8.2. Les techniques utilisées

Selon GRAWITZ M, les techniques des procédés opératoires rigoureux bien définis, transmissible, susceptible d'être appliquées à nouveau dans les mêmes conditions adaptées au genre de problème ou de phénomènes en cause »²

Afin de collecter le maximum d'information sur notre thème de recherche, nous avons utilisé plusieurs techniques qui sont comme suite :

a) L'observation

ANGER Maurice définit l'observation comme : « technique direct d'investigation scientifique qui permet d'observer un groupe de façons non directive pour faire habituellement un prélèvement qualitatif en vue de comprendre des attitudes et des comportements »³

Cette technique, nous a permis tout au long de notre enquête au sein du service de chirurgie générale (femmes/hommes) de CHU de Bejaia d'observer le processus, les techniques et méthodes de communication entre le PM et les patients ainsi que le rôle de ces derniers dans la prise en charge psychologique et sociale des patients hospitalisés au sein de ce service.

¹ ALAMA Sophie, et al, les méthodes qualitatives, que sais-je? Paris, 2009, P.13.

² GRAWITZ Madeleine, Méthodes des sciences sociales, Op.cit., P.148.

³ ANGER Maurice, initiation pratique a la méthodologie des sciences humaines, éd casbah, Alger, 1997, P.130.

b) Le Guide d'entretien

D'après Russel A.Jonen:«Si le recours à des entretiens s'impose, l'élaboration d'un guide d'entretien s'avérera nécessaire. Ce guide rappellera quels points l'interviewé devra être abordé, soit spontanément, soit en y étant incité par l'intervieweur. Il arrive que ce guide se réduise à une simple série de questions »¹.

Selon Alain Blanchet et al, le guide d'entretien est considéré comme: «un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewé »².

Nous avons réalisé deux guides d'entretien parce ce que notre recherche se porte sur une population variée. Premièrement, nous avons constitué un ensemble de questions destinées aux professionnels de santé. La première partie, nous l'avons consacré aux données personnelles tel que sexe, l'âge, expérience professionnelle et catégorie socioprofessionnelle. La deuxième partie, nous l'avons partagé en trois axes :

Le premier axe intitulé la communication entre le personnel médical et le patient où nous avons posé quatre(04) questions semi directives sur l'existence d'une communication efficace entre les deux variables d'étude .Le second axe intitulé le rôle de la communication dans la prise en charge des patients ,nous avons posé trois questions dont l'objectif est de déterminer le rôle d'une communication efficace entre le personnel médical et le patient pour une meilleure prise en charge de ce dernier.

Le dernier axe intitulé une mauvaise communication et le manque de cette dernière est à l'origine des conflits entre le personnel médical et le patient, il est composé de trois questions également dont le but est de montrer l'importance de la communication dans les relations entre le personnel médical et le patient et que le manque ou la négligence de cette dernière peut crée des conflits entre ces deux interlocuteurs.

Le deuxième guide d'entretien est destiné aux patients hospitalisés au service de la chirurgie générale (femmes /hommes), nous avons posé une série de questions semi ouvertes. Dans la première partie, nous avons consacré nos questions aux données personnelles telles que: le sexe, l'âge, situation familiale et la durée d'hospitalisation, nous avons partagé la deuxième partie en trois axe, le premier consacré à découvrir le rôle de la communication dans les relations entre le personnel médical et le patient, voir si les patients communiquent-t-ils

¹ JONEN Russel, Méthodes de recherche en sciences humaines, de Boeck université et Larciens.a, Paris et Bruxelles, 2000, P.139.

² BLANCHET Alain et al, (sous la direction de François de Singly), l'enquête et ses méthodes d'entretien, éd Nathan, Paris, 1992, P.61.

facilement avec l'équipe médicale ou ils trouvent des difficultés, ou des empêchements communicationnels.

Les deux autres axes destinés à vérifier nos hypothèses de recherche sur le rôle de la communication dans l'amélioration de la prise en charge psychologique et sociale des patients et à savoir si le manque de la communication peut être la cause des relations conflictuelles entre le personnel médical et le patient.

c) L'analyse de contenu thématique comme procédé d'analyse des entretiens

« l'analyse de contenu est un ensemble d'instruments méthodologiques de plus en plus raffinés et en constate une amélioration s'appliquant à des « discours » extrêmes diversifié et fondés sur la déduction ainsi que l'inférence, il s'agit d'un effort d'interprétation qui se balance entre deux pôles, d'une part, la rigueur de l'objectivité, et d'autre part la fécondité et la subjectivité »¹.

D'une autre manière « l'analyse de contenu est une technique de recherche pour la description objective, et quantitative du contenu manifeste de la communication »²

De ce fait, nous avons opté pour l'analyse thématique où nous avons relevé les thèmes les plus pertinents autrement dit, ceux qui ont un lien avec l'objectif de la recherche. En suite, nous avons regroupé les thèmes et les sous thèmes les plus intéressants dans un corpus.

9. L'échantillonnage

Le choix de l'échantillon est lié à l'objectif d'étude et aux variables de nos hypothèses Selon GRAWITZ Madeleine : « il désigne un ensemble dont les éléments sont choisis parce qu'ils possèdent tous une même propriété et qu'ils sont de même nature »³

9.1. Echantillon « L'échantillon se définit comme étant une petite quantité d'un produit destinée à en faire connaître les qualités ou à les apprécier ou encore une portion représentative d'un ensemble, un spécimen. »⁴

Notre population d'étude est composée d'un personnel médical et des patients hospitalisés, elle est de types probabiliste aléatoire simple pour les deux populations

¹ WANLIN Philippe, l'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens, une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels, université de Luxembourg, association pour recherche qualitative, 2007, P.07.

² GUILIONE Rodolphe, et MATHALA Benjamin, les enquêtes sociologiques (théoriques et pratiques), éd Arnaud colin, 6ème édition, paris, 1988, P.115.

³ GRAWITZ Madeleine, Méthodes des sciences sociales, Op Cit, p 148.

⁴ ATOUF Omar, Méthodologie des sciences sociales et approches qualitatives, éd presses de l'université de Québec Montréal, 1999, P.72.

d'études (personnel médical et patients interviewés au service chirurgie générale femmes/hommes de CHU de Bejaia) Notre population d'étude est constituée de 10 individus. Parmi eux, le personnel médical soignantes (médecins, infirmiers) que nous avons diversifié selon (sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle, ancienneté professionnel, situation matrimoniale). Ainsi que, 13 enquêtés de la liste des patients sont répartis selon (sexe, âge, niveau d'instruction, durée de séjours) service de la chirurgie générale (femmes/hommes) de CHU Khelil Amrane de Bejaia dans le but de toucher tous les éléments principaux et d'avoir plus d'informations permettant d'apporter des éléments de réponse à notre question de recherche voir notre problématique.

Tableaux N° 01 : les caractéristiques du premier échantillon d'étude

Interviewés	Sexe	âge	Situation familiale	Niveaux d'instruction	Catégorie socioprofessionnelle	Expérience professionnelle
01	M	38	Marié	Universitaire	Médecin spécialiste en chirurgie générale	12ans
02	F	38	Mariée	ATS	aide –soignante	7ans
03	M	33	Célibataire	Universitaire (Poste graduation)	Médecin général	6ans
04	M	26	Célibataire	ATS	Aide- soignant	3ans
05	F	33	Célibataire	ATS	aide-soignante	6ans
06	M	41	Marié	Universitaire	Médecin spécialiste en chirurgie générale	10ans
07	M	36	Célibataire	ISP	Infirmier	13ans
08	M	38	Marié	Universitaire	Médecin spécialiste en chirurgie générale	11ans
09	F	34	Célibataire	Universitaire	Médecin général	7ans
10	M	35	Célibataire	Universitaire	Médecin spécialiste en chirurgie générale	8ans

Source : enquête personnelle au CHU de Bejaia (21 février au 21 avril 2018)

Tableaux N°02 : les caractéristiques du deuxième échantillon d'étude : les patients hospitalisés

Intervi wés	sexe	Âge	Situation familiale	La durée de l'hospitalisation
01	F	74 ans	Marié	25jour
02	F	33 ans	Mariée	10 jours
03	M	33ans	Marié	8 jours
04	F	56 ans	Mariée	10 jours
05	M	38 ans	Marié	36 jours
06	M	49 ans	Marié	15 jours
07	F	18 ans	célibataire	20 jours
08	F	38 ans	Mariée	8 jours
09	M	62 ans	Marié	5 jours
10	F	43 ans	Mariée	52 jours
11	M	64ans	Marié	20 jours
12	F	64 ans	Mariée	45 jours
13	M	38ans	Marié	45 jours

Source : enquête personnelle au CHU de Bejaia (21 février au 21 avril 2018)

10.La pré-enquête

Selon GRAWITZ Madeleine la pré-enquête est : « une enquête portant sur le nombre d'enquêtés ou document pour essayer les hypothèses et le questionnaire avant d'entreprendre l'enquête elle –même »¹

C'est la première étape (phase d'exploratoire) pour bien entamer notre recherche sur le terrain, qui va se dérouler au sein de CHU de Bejaia au niveau du service de la chirurgie générale femme /homme, nous avons découverts, le lieu afin de déterminer notre problématique et construire les hypothèses, ainsi que d'adapter la méthode et les techniques de recherche qui conviennent à notre enquête de terrain. Cette pré-enquête nous a permet d'avantage de tester notre guide d'entretien et de bien cibler notre échantillon (20jours).

¹ GRAWITZ Madeleine, Op Cit, p 550.

L'objectif de notre pré enquête c'était d'avoir en premier lieu, un contact direct avec la population enquêtées qui est le personnel médical (médecin, infirmiers) .En deuxième lieu, c'est d'entrer en relation avec notre population d'étude, d'essayer de gagner leur confiance, et de savoir plus sur le rôle de la communication dans la prise en charge psychologique et sociale des patients.

Durant notre pré-enquête dans le service de chirurgie générale (femme/homme), nous avons observé que l'équipe médicale fait chaque matin une visite médicale entre 8h00/8h30 en voyant régulièrement tous les patients du service. Nous avons constaté aussi qu'il ya une communication entre ces derniers. En effet , l'équipe médicale échange des informations avec le patient sur son état de santé en utilisant les deux types de communication interpersonnelle ,y compris la communication verbale ou les médecins posent des questions pour les patients et en leur laissant le temps de répondre librement .La communication verbale entre l'équipe médicale et les patients se fait en plusieurs langues (français ,kabyle ,arabe) selon différents critères tel que le niveau d'instruction ,la culture , compréhension du patient....etc .En effet, les médecins s'adaptent au langage utilisés par les patients . Cependant, concernant la communication non verbale (les gestes...etc). Nous avons remarqué que les médecins commencent leur visite avec un premier contacte (séré la main), ils utilisent aussi le hochement de tête qui est un signe d'écoute.

A la fin de la visite médicale de chaque patient, le médecin donne des consignes sur les soins (traitements) adéquats pour chaque patient. Dès lors les infirmiers, deux pour le coté hommes et deux pour le coté femmes commencent à appliquer les traitements patient par patient. Durant l'application des soins, nous avons constaté que les infirmiers parlent avec les patients, tout en les mettant a laise, ils leur parlent de divers sujet, ils leur expliquent les soins et répondent à leur questions. Selon les propos d'une patiente hospitalisée au service depuis un certain temps venue du sud algérien pour faire deux interventions chirurgicales , elle est bien prise en charge surtout du coté des infirmières , « vu que les patient qui sont à coté de moi ne me comprennent pas quand je leur parle ,je me sent seule ,c'est pour quoi les infirmières ,ainsi que les travailleurs d'hygiène viennent souvent passer quelques minutes pour me parler » elle rajoute que l'équipe médicale est devenue parmi ses amis .En effet ,l'un des médecins ,nous a dit « on essaye d' être toujours prés d'elle et de lui faire sentir qu' elle est chez elle et qu'elle n'est pas déférente des autres patients ».

Par ailleurs, nous avons remarqué que L'Hôpital ne prend pas en charge les analyses médicales, ainsi que les scanners, c'est pour quoi ils envoient les patients hospitalisés vers

des laboratoires privés afin d'effectuer leur scanner et les analyses avant d'entamer chaque intervention chirurgicale et pour le transport des patients c'est eux mêmes qui s'en chargent ou à l'aide de leur famille.

Pour le traitement des dossiers, nous avons posé la question suivante au docteur BENKHERCHI, « Sur quels critères vous programmez les personnes ? », il nous a informé que les dossiers sont traités ;

-selon le classement des dossiers (date de dépôts du dossier).

-selon le type de pathologie.

-selon la gravité de la pathologie.

11. Le déroulement de l'enquête

11.1. Le lieu de l'enquête

Notre enquête s'est déroulée dans le service de la chirurgie générale femmes/hommes de CHU KHELIL Amrane de Bejaia.

11.2. La dure de l'enquête

Notre enquête s'est déroulée au sein du service de la chirurgie générale (femmes /hommes) de l'hôpital KHELIL Amrane de Bejaia du 20/02/2018 et s'est achevée en 21/04/2018, chaque dimanche et mercredi de 8h30 à 15h00 où nous avons fait une observation et effectué des entretiens avec l'équipe médicale soignante et les patients hospitalisés dans le service.

12. Les obstacles rencontrés

Durant la réalisation de chaque enquête de terrain, les chercheurs rencontrent des obstacles et des difficultés nuisent au bon déroulement de l'enquête.

Selon QUIVY :« chaque recherche est un processus de découverte qui se déroule dans un contexte particulier au cours duquel le chercheur est confronté à des contraintes »¹

En effet, durant notre présent travail de recherche nous avons confronté à des conflits tels que :

-le refus de notre demande de stage par le médecin chef de service des urgences médico-chirurgicales sous prétexte filière étrangère à L'Hôpital.

¹ QUIVY Raymond, Op. Cit, P. 27.

- le problème d'adaptation au service dans les premiers moments de l'enquête car il s'agit d'un espace de souffrance et de maladie.
- le manque d'espace au service a empêché le bon déroulement des entretiens avec les enquêtés.
- les patients ont du mal à comprendre la langue utilisée (français) c'est pourquoi, nous étions dans l'obligation de traduire les questions en langue courante (la langue mère).

Chapitre II

La communication personnel médical/patient.

Section 01 : les généralités sur la communication

Préambule

La communication permet à l'être humain d'exprimer ses émotions, ses besoins, ses craintes et ses sentiments, par des moyens de communication (verbale et non verbale) .A travers ce chapitre nous allons aborder la communication de manière générale, ses différents types, ses moyens ...etc, puis nous allons détailler le type de communication le plus utilisé dans le secteur hospitalier qui est la communication interpersonnelle, là nous allons aborder ses types, ses fonctions et ses techniques.

1- La définition de la communication

« La communication, c'est l'action de communiquer, de transmettre, d'informer »¹

Communiquer est un besoin fondamentale pour tout individus et qui doit être particulièrement renforcé entre l'équipe soignante et les patients.

2- Les différents types de communication

Il existe deux types de communication, d'abord la communication verbale qui comprend la parole et l'écriture ensuite la communication non verbale qui comprend les gestes, les mimiques (joie, peine, souffrance, douleur, irritabilité, énervement), les attitudes, les expressions du visage, le touché.

La communication non verbale est très importante, elle renvoie à l'interlocuteur des dispositions d'écoute que l'on possède par exemple si un patient nous explique ses difficultés à supporter la solitude et que pendant son discours ont a un regard évasif , puis on lui répond en lui parlant des informations à la télévision , il comprend par notre attitude que sa démarche n'a pas été entendue .

Le touché induit la main, qui est source de communication, elle représente le symbole de la relation que l'on retrouve dans le geste de salutation ou pour inviter une personne à se déplacer.

¹ BRUNO, Jaque, La communication, 1^{ère} édition ; éd de Boeck, Bruxelles, 2009, P.07.

3- Les moyens de la communication

La transmission des messages s'effectue grâce aux moyens de communication qui sont :

3.1. Les gestes

C'est le premier moyen de communication humain, il peut être une sorte de langage, de signes gestuels. A travers ce moyen l'homme développe à la fois une activité technique de fabrication et d'usage d'outils spécialisés et une activité sociale. Cependant le cas des sourds et des malentendants utilisent un langage des signes c'est-à-dire les 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.

3.2. L'oral

la communication orale consiste à émettre un message à l'aide d'un langage choisi tout en utilisant le visuel, physique et émotions afin que l'interlocuteur accepte, comprend et adhère aux messages émis.

3.3. 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. Elle autorise également la construction de véritable récit.¹

3.4. L'écrit

La 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 quelle sert à retranscrire, et qui constitue la dernière invention au sens strict d'un moyen pour la communication humaine.

¹ BRETON Philippe, PLOUX Serge, l'explosion de la communication, éd la Découverte, Paris, 2012, P.23.

4- Les modes de la communication

La communication étant qu'un échange d'informations entre des émetteurs et des récepteurs se compose de différents modes qui sont :

4.1. La communication auditive :

A travers ce mode de communication nous recevons toutes les informations qu'envoie notre environnement, qu'il s'agit soit de l'environnement physique ou de l'environnement social, comme le bruit, cris, la parole qui est considérée comme un moyen qui nous permet d'échanger avec les autres, et aussi le langage des signes pour communiquer avec des sourds-muets.¹

4.2. La communication visuelle :

Elle concerne tous ce qui est lié à l'image, des attitudes corporelles, expressions, gestes, tous ce que nous apercevons dans notre environnement et que les autres comprennent, à travers cette communication, l'émetteur transmet un message dans le but d'attirer l'attention de son interlocuteur.

4.3. La communication audiovisuelle

Ce type de communication ne réside pas seulement en cinéma ou télévision, mais il lie les modes d'expression auditive et visuelle, les expressions faciales et les gestes qui renforcent naturellement le discours.

5- La communication interpersonnelle

« La communication c'est le rapport d'interaction qui s'établit lorsque les partenaires sont en présence, c'est à travers elle que la relation se constitue, se développe et évolue ; elle représente donc la dimension dynamique du lien. Il n'y a pas de relation sans communication, même si elle peut s'en passer pour un temps déterminé. En ce qui concerne essentiellement la communication interpersonnelle, elle présente les différentes notions et mécanismes qui permettent de comprendre sa structure et sa dynamique »²

¹ DEVIRIEUX C. J. AMADO G et GUITTET A, Quelque Comportement de la Communication ; in Khadija TAKHDAT : la communication pour tous, éd 159 Bis Boulevard YA COUB El Mansour-Casablanca, P. 34-36.

² EDMOND Marc, PICARD Dominique, Relation et communication interpersonnelle, éd Dunod, Paris P.109.

Chapitre II la communication personnel médical-patients

« Est une relation direct face à face entre expéditeur et le récepteur d'un message, qui sont dans une relation d'interdépendance. Elle est caractérisée par un fort composant de rétroaction. La communication interpersonnelle applique non seulement les mots utilisés mais aussi les déférents éléments de communication non verbale. »¹

La communication interpersonnelle est l'échange d'information (face à face) entre deux interlocuteurs, elle comprend la communication verbale via les mots et la communication non verbale via les gestes, mimiques, comportement.

6- Les types de la communication interpersonnelle

Il existe deux types, la communication verbale et la communication non verbale, elle s'inscrit dans une distinction plus large introduite par l'école de Palo Alto.

6.1. La communication verbale :

Est celle qui fait appel à l'usage de la parole et de l'écrit pour entrer en contact avec les autres ; nous utilisons des mots et des phrases susceptibles d'être compris par notre interlocuteur.

6.2. La communication non verbale

Est une approche qui traite l'expression corporelle en ce qu'elle a de signifiant dans les relations. C'est-à-dire tout ce qu'on peut exprimer à travers des gestes, des postures, des mimiques, des inflexions de la voix, ...etc.

Le langage non verbal est l'un des composants de la communication. Il se traduit par les gestes, l'attitude, le regard et les comportements. Il permet parfois de dénouer des situations lorsque les mots sont inefficaces.

Exemple Le toucher dans le soin :

Le toucher est une composante essentielle du soin. Moyen de communication non verbal, il est utilisé par les soignants comme vecteur de détente, de mieux-être et de prévention de la

¹ -www.pertinent.com/articles/communication/index.asp-Article about interpersonal communication, article lu 17/02/2018 a 13h03.

Chapitre II la communication personnel médical-patients

douleur chez le patient. Il est mis en œuvre en s'assurant de l'accord de la personne soignée et du respect de son intimité¹

En communication non verbale, les comportements peuvent être inconscients et involontaires mais aussi conscients et volontaires. Seulement, ils sont significatifs spécialement pour persuader l'autre ou l'influencer. Et dans ce type de communication il existe des comportements déférents comme les comportements gestuels, 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 global de l'individu. Ils ont donc une compréhension plus immédiate et un effet direct sur la communication, et ces comportements sont difficiles à modifier.

6.2.1. Les composants de la communication non verbale

La communication non verbale comprend, le regard, le toucher, les gestes..etc.

- a) **Le regard** ; contribue à la communication car il est significatif. On peut le désigné comme étant une expérience faciale très importante qui permet de transmettre les émotions.
- b) **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.
- c) **Les gestes** ; les gestes accompagnent la pensée, et facilitent aussi la réflexion. Et aussi accompagnent le discours (facilitera compréhension de message). Les gestes pour piloter l'interaction dans les dialogues, les conversations, ils participent largement et efficacement à la réussite de l'interaction.

¹ <http://www.em-consulte.com/article/223042/article/definition-et-concepts-lies-au-toucher-dans-les-%20so%20consulte> le 04/03/2018 à 19h21.

6.2.2. Fonction de communication non verbale

Dans la mesure où de nombreux signaux corporels sont utilisés pour donner des informations ou transmettre des états émotionnels (exemple sourire pour exprimer sa sympathie...).

a) Fonction relationnelle et régulatrice :

Qui permet la structuration des échanges (exemple poser sa main sur l'épaule pour marquer sa compassion, regarder son partenaire pour manifester son attention, lever le doigt pour prendre la parole...).

b) Fonction symbolique :

Est assurée par des signaux qui ne prennent sens que lors un rituel (exemple se lever à l'arrivée d'un invité...).

7- Les techniques de la communication interpersonnelle

7.1. L'écoute active : « C'est une façon d'écouter où le récepteur montre son attention par le biais des techniques verbales et non verbales appropriées »¹

7.2. Les questions de clarification : On les pose pour obtenir des renseignements complémentaires et pour aider à explorer tous les aspects d'un problème.

7.3. La reformulation : On l'utilise pour s'assurer que nous pensons et interprétons de la même manière que l'autre personne. Elle sert à montrer que l'on écoute et qu'on comprend ce qu'on nous dit. Elle permet d'encourager la personne à analyser d'autres aspects de leurs problèmes et d'en discuter.

7.4. La paraphrase : Elle consiste à renvoyer à l'autre l'image de son propre discours d'une façon exacte sans rien y Ajouter. Elle invite souvent l'autre personne à parler encore du sujet évoqué.

7.5. La réponse aux sentiments ou le résumé des sentiments : Cette technique consiste à récapituler, à condenser et à éclaircir ce que l'autre dit dans le domaine émotionnel.

¹ Appropop. Notes de formation en techniques de communication, Antananarivo : Appropop, 1997, P.25.

Chapitre II la communication personnel médical-patients

7.6. Démontrer de l'intérêt : Cela consiste à encourager la personne à continuer de parler, à lui montrer que vous êtes intéressés par ce qu'elle raconte.

7.7. Le résumé, la récapitulation : Il est utilisé pour résumer la discussion et servir de base pour une discussion ultérieure.

7.8. La réflexion : On l'utilise pour montrer qu'on comprend ce que l'autre personne ressent au sujet de ce qu'il dit. On l'utilise pour aider ce dernier à évaluer et à modérer ses propres sentiments. Il faut mettre en mots les émotions de l'autre personne.

7.9. L'empathie : C'est la capacité à imaginer une situation du point de vue de son interlocuteur, à ressentir ce que l'autre éprouve et à comprendre ses attitudes. Une des façons de montrer de l'empathie est notamment la réflexion, c'est-à-dire la mise en mots des émotions du patient par le médecin.

7.10. Le feed back : C'est un processus qui permet à l'autre personne de recevoir à temps de l'information, qu'elle soit positive ou négative, Cela permettra de l'aider à continuer ou à modifier un comportement, c'est une forme d'interaction entre émetteur et récepteur.

7.11. la motivation : Cela consiste à féliciter la personne au lieu de la réprimander. Il faut les encourager à revenir, à continuer à avoir tel ou tel comportement. Il faut évidemment attendre le bon moment et ne pas le faire à tout bout de champ.

Exemple ; encourager le patients à accepter leur maladie, ou à faire du sport ou suivre un régime alimentaire dans l'intérêt de son état de santé.

7.12. La communication non violente : Oser s'affirmer dans la vie tout en gardant des relations positives avec son environnement. La communication non violente est définie comme étant la " capacité à développer de nouveaux comportements plus adaptés à une nouvelle situation " ou encore " être assertif, c'est être en mesure d'exprimer sa propre personnalité sans susciter l'hostilité de son environnement, c'est savoir dire non sans se sentir coupable c'est avoir confiance en soi et savoir.

Synthèse

La communication est essentielle dans toutes activités humaines, quelque soit les informations, attitudes, comportements, gestes, émotions...etc. Elles se transmettent soit par

Chapitre II la communication personnel médical-patients

le biais du verbale tel que le langage, ou le non verbale tel que les gestes, mimiques. Dans le secteur de la santé le type de communication le plus utilisé, c'est la communication interpersonnelle car elle permet un contact direct entre le personnel médical et les patients.

Section02 : la communication dans le secteur de la santé

Préambule

Dans le milieu hospitalier, le personnel médical fait recours à la communication afin de partager des connaissances avec ses patients sur leur état de santé, leur pathologie, les informer et influencer sur leur décisions dans le but d'améliorer leur état de santé. Dans ce chapitre nous allons entreprendre la communication dans le secteur de la santé et nous mettons le point sur la communication entre le médecin et le malade ; les techniques utilisées par les médecins en matière de communication avec leur patient, les obstacles et contraintes qui rencontre celui-ci lors de sa communication avec ces patients . Nous achèverons ce chapitre par quelques principes adoptés par la communication en santé publique ainsi que quelques approches de la communication pour la santé.

1- La communication pour la santé

La communication pour la santé se définit comme l'étude et l'utilisation de stratégie de communication interpersonnelle, organisationnelle et médiatique qui visent à être en interaction , informer mais aussi influencer les décisions individuelles et collectives qui participent à l'amélioration de la santé d'un malade . Cette communication pour la santé se pratique selon différents contextes : la relation entre patient et prestataire de services ; recherche d'information sur la santé par un individu ou un groupe d'individu ; diffusion de l'information relative à l'accessibilité aux soins de santé¹ etc. On peut dire que la communication permet ainsi de maintenir l'opinion publique réceptive aux sujets de prévention et exerce une fonction de souverain au de-là du travail effectué à la base. Finalement, une communication permanente et majeure pour garder la responsabilité en matière d'information pour les thèmes pertinents. Ainsi, depuis les années 80, nombre de pays se sont inscrits dans un processus actif d'utilisation des communications dans le domaine de la santé publique.

¹ Lise Renaud, Carmen Rico de Sotelo, Communication et santé : des paradigmes concurrents, Santé Publique ,2007/1 (Vol. 19), P.32.

2- La communication médecin /malade

« C'est un processus finalisé et structuré par lequel le personnel de santé partage les connaissances avec un malade pour arriver à une compréhension mutuelle afin de lui faire adopter des comportements positifs à l'égard des questions de santé »¹

Il s'agit d'un processus finalisé et structuré par lequel le personnel de santé partage des connaissances avec un client (malade) pour arriver à une compréhension mutuelle et lui faire adopter des comportements positifs à l'égard des questions de santé. Un processus finalisé signifie que l'échange entre le prestataire et la consultante a un but précis. Il n'est pas une simple discussion ou un flot de bonnes idées. Un fil Conducteur (le fil rouge) parcourt tout l'échange pour l'aider à atteindre ce but précis. Un processus structuré signifie que le prestataire construit une structure d'échange, il détermine les thèmes jugés prioritaires et il organise le passage d'un thème à l'autre²

Dans la présente recherche nous prétendons de vérifier l'influence de deux styles de communication, utilisés par les médecins, sur la prise en charge des malades hospitalisés à savoir : le style directe ; où le médecin s'adresse aux malades d'une façon verticale, hiérarchisée et unilatérale ; d'une manière rigide, tendue et sévère sous forme d'ordres, de consignes, d'interdictions et / ou des exigences de faire ou de ne pas faire telle ou telle chose. Et le style coopératif, est une façon souple, flexible basée sur l'interaction horizontale et bilatérale entre le médecin et le malade sous forme d'échanges d'informations, d'explications et d'illustrations de cas et de situations.

3- Les techniques de communication entre médecin/ malade

Certains médecins ont une aptitude innée pour communiquer efficacement cependant, bien communiquer sur le plan professionnel est un art qui s'apprend et se développe par la maîtrise de différentes techniques éprouvées et par la prise de conscience de l'impact des différents comportements. Tout médecin gagne à faire un travail de développement personnel,

¹ De Coster, B, Analyse des besoins en formation de formateurs à la communication interpersonnelle, Liège : Mémoire présenté en vue de l'obtention du titre de Licenciée en sciences de la santé publique, Faculté de Médecine, Université de Liège, 1998.P.75.

² De Coster, B, Analyse des besoins en formation de formateurs à la communication interpersonnelle, Op.cit., P.66.

Chapitre II la communication personnel médical-patients

à apprendre ses propres valeurs, ses peurs, ses souffrances, ses émotions, ses motivations bien sur reconnaître ses limites car si en prenant d'abord soin de lui qu'il peut écouter ses malades¹

Les médecins font recours aux quelque technique de communication interpersonnel pour communiquer avec leur patients

A partir de la, on résume les techniques de la communication médecin malade qui suit:

3.1. L'écoute active : C'est une façon d'écouter où le récepteur montre son attention par le biais des techniques verbales et non verbales appropriées.

3.2. L'empathie : L'empathie est probablement l'une des attitudes qui a le plus d'effets sur le résultat de la communication .elle joue un rôle primordial dans l'établissement de la relation de confiance entre médecin et malade. Quand on parle d'empathie, une image revient constamment : celle de la compréhension de l'autre. L'empathie consiste à comprendre et accepter le point de vue de l'autre. Dans le cadre de relation médecin malade, elle facilite le partage de l'information puisque le malade sent qu'on ne le juge pas et qu'on l'écoute réellement.

3.3. La réponse aux sentiments ou le résumé des sentiments : Cette technique consiste à récapituler, à condenser et à éclaircir ce que l'autre dit dans le domaine émotionnel.

Exemple ; Le patient : « hier matin, deux prises de sang ; hier soir, une radio ; ce matin, une nouvelle radio, et quoi encore? » ; l'infirmier : « vous êtes excédé par les examens qu'exige votre hospitalisation ».

3.4. Démontrer de l'intérêt : Cela consiste à encourager la personne à continuer de parler, à lui montrer que vous êtes intéressé par ce qu'elle raconte.

Dans le contexte d' hospitalisation le médecin montre l'intérêt a son patients en lui serrant la main, en se présentant, en parlant le même langage que lui, en ne l'interrompant pas, en souriant, en le regardant, en montrant qu'on l'écoute par un hochement de tête.

3.5..Le résumé, la récapitulation : Il est utilisé pour résumer la discussion et servir de base pour une discussion ultérieure.

¹ NCIRI Meryem, la communication dans la relation médecin-malade, focus, Paris, 2009, tome 16.N°16.

Chapitre II la communication personnel médical-patients

Exemple ; le médecin dit a son patients ; Si on résume ce que vous avez dit... », « Voici les idées principales que vous avez exprimées »

4- **Obstacles et erreurs dans la communication médecin-malade**

La communication entre médecin et malade est très souvent entravée, incomplète ou déformée. Il en résulte les malentendus et équivoques qui ont une incidence négative sur le diagnostic et le traitement, ainsi que sur l'état psychologique du malade et sur ses relations avec le médecin. En outre, même l'observation des prescriptions médicales par le malade sont conditionnée, tout au moins partiellement, par la compétence de communication du médecin.

4.1. Les causes d'erreurs :

- l'atmosphère émotionnelle de la communication, des fois les médecins ressentent des sentiments positifs ou négatifs en vers leurs malades ou le contraire.
- la différence des connaissances parce que les médecins ont un niveau d'instruction plus élevé contrairement aux malades.
- l'ambiguïté de langage (le jargon médicale du médecin)¹

5- **Les principes adoptés par la communication en santé publique**

La santé publique a pour objectif de mettre en place une action d'ensemble afin d'améliorer la santé des populations, la prévention, l'éducation pour la santé et la promotion visant à anticiper la maladie et permettre chacun d'assurer le contrôle de sa santé et de l'améliorer ,or cette communication pour la santé s'appuie sur quelques règles de base au principe " éthique "qui se considère en quelque sorte parmi de bonnes pratiques spécifiques à la communication en santé :

-respecter le choix de chacun

-ne pas s'inquiéter, pour éviter le rejet du message

¹ Constantino Landolo, guide pratique de la communication avec le patient : techniques, art et erreurs de la communication, traduit de l'italien par Martine Vitali, éd Masson, Paris.2006 .

Chapitre II la communication personnel médical-patients

-ne pas stigmatiser (notamment les comportements individuels à risque), ne pas marginaliser, ne pas culpabiliser.

-ne pas imposer une norme sociale, par exemple en opposant des " bons " et des " mauvais " comportements.

-ne pas informer sur les risques sans proposer des solutions (moyens de prévention) ;

-inciter à la réflexion, à la remise en question, pour amener les destinataires du message à construire une réflexion qui leur est propre et respecter leur autonomie, leurs croyances et leur responsabilité.

-tenir compte des inégalités d'accès à l'information, des inégalités sociales de santé, des codes culturels

-soutenir et accompagner le changement, c'est à dire donner autant que faire si peut, les moyens d'agir, de mettre les conseils en pratique, par exemple en renvoyant vers un dispositif d'aide à distance (tabac info-service, drogue -info-service, sida-info service...) ou vers un professionnel de santé.

-accompagner les campagnes grand public d'un volet pour les professionnels de santé.

-rapprocher la communication nationale de la réalité locale en donnant aux acteurs du terrain les moyens de se réapproprier les messages.

6- Les approches de la communication pour la santé

Les trois grandes approches qui ont participées à influencer les communications dans le domaine de la santé : l'approche de la modernisation (communication linéaire pour le changement de comportement, IEC), l'approche de la dépendance (empowerment et conscientisation) et la dernière approche celle de nouveau développement (communication participative ou Co-développement) :

6.1. l'approche de la modernisation Un modèle linéaire de changement d'attitude et de comportement, tous les pays signataires qui ont participé à développer des campagnes de communication et d'éducation pour la santé qui visant les changements d'attitudes et de comportement. Information -éducation -communication (IEC) c'est une manière de

Chapitre II la communication personnel médical-patients

développer au niveau international des campagnes d'éducation insérées au niveau national et local.

De manière générale, cette volonté d'influer sur les comportements des acteurs sociaux en vue de faire accepter une innovation sociale ou technologique qui correspond au niveau national à ce qu'on nomme le paradigme de la modernisation¹. Qui a été développé entre la fin de la deuxième guerre mondiale et les années 70, cette approche de modernisation se focalise sur le modèle diffusionniste et sert à évaluer les spécificités culturelles.

Les échecs répétés lors de l'implantation d'un certain nombre de programme de santé, les organisations internationales coopérant dans le domaine ont identifié un certain nombre de facteurs endogènes explicatifs à des résultats mitigés constatés lors des phases d'évaluation. Les agences internationales spécialisées dans le domaine de la santé identifient comme une cause interne des échecs par les facteurs suivants² :

"-Une absence de réglementation politique des pays en faveur de l'utilisation des communications pour la promotion de la santé ;

-Une mauvaise coordination entre le secteur de la santé et celui des communications, d'ou la nécessité d'établir des mécanismes fonctionnels entre le secteur de la santé et celui des médias.

-Le dénigrement des moyens traditionnels de communication.

-La place réservée à l'information pour la santé qui reste infime par rapport aux publicités des grandes multinationales.

-Une stratégie ponctuelle des actions d'information et non une vision intégrée à long terme.

-La nécessité d'une formation appropriée des personnels des secteurs de la santé et de la communication.

¹ SERVAES Jan, PATCHANEE Malikho, communication et développement durable, document de travail des 9 tables rondes sur la communication pour le développement, organisation des nations unies (ONU), Rome (Italie), 6au 9 septembre 2004.

² OMS rapport de conférence –Atelier Medias et santé à Saly-Sénégal, Afrique, 1987. http://www.who.AFR_IEH_6, consulté le 19/02/2018 à 11h 21.

6.2. L'approche de la dépendance

Ces constatations remettent en question le fait de s'attaquer uniquement aux comportements individuels des gens puisque les problèmes persistent toujours et sont attribuables à des facteurs extérieurs, notamment aux inégalités et injustices structurelles. Elles ont amené graduellement d'autres approches telles que l'empowerment, la conscientisation des groupes et l'éducation populaire qui deviennent des concepts clés sur lesquels reposent certains projets de communication en santé publique. Cette orientation qui est plus politique s'inscrit en réaction aux inégalités macro-structurelles dénoncées dans le cadre de paradigme de la dépendance

Nous voyons l'existence des paradigmes de communication où les professionnels qui est spécialisé dans le domaine de la santé ont dialogué les populations qui sont mal organisées, afin que ces dernières acquièrent du pouvoir sur leur vie en développant des capacités individuelles et communautaires pour se prendre en considération. À travers l'approche préconisée et de type d'empowerment le professionnel de la santé, crée avec la femme enceinte une relation de confiance, et l'accompagne dans le milieu mal organisé afin quelle reprenne le contrôle sur sa vie. L'objectif de se programme est de faire en sorte que la femme bénéficie d'une approche individualisée et des services multidisciplinaires.

6.3. L'approche du nouveau développement

Le paradigme du nouveau développement se préoccupe de la réception des programmes par les populations locales et la prise en considération des enjeux dans des perspectives plus larges. il appelle à une participation active des populations et met les individus au centre du dispositif communicationnel, de manière à rendre le changement permanent. Cela implique de dépasser la conception de la santé omniprésente dans les modèles diffusionnistes et dans celui du changement de comportement(IEC).pour parvenir à comprendre la santé en tant qu'ensemble de processus et de relations qui se tissent entre les personnes , comme participation , entente , négociation de connaissances et de pratiques. Par conséquent, on passe d'une position individuelle à une approche relationnelle.

Cette perspective dynamique renouvelée est issue d'une réflexion et d'une recherche sur le processus de communication en santé, où nous avons observé que les produits communicationnels étaient devenus le noyau des stratégies au détriment des publics destinataires, c'est à dire une stratégie centrée exclusivement sur le produit à réaliser. De ce

Chapitre II la communication personnel médical-patients

fait la logistique et les ressources communicationnelles passaient au premier plan pour réaliser en arrière-fond les processus qui supportent les changements individuels et collectifs. Est le cas de programme de communication participative des jeunes d'une commune défavorisée de Cali qui ,pour combattre la violence, promulguait les principes de citoyenneté avec le concours des jeunes d'un quartier paupérisé.les résultats les plus visibles du projet ont été les répercussions positives sur la santé et le bien être des jeunes participants, ainsi que l'acquisition de compétences utiles pour la vie, par contre , on déplore la participation sociale difficile des membres du groupe dans les conseils locaux de la commune.¹

Le projet de consortium des universités d'Amérique latine, tout comme le ministère de la santé des services sociaux du Québec s'inscrivent dans cette perspective depuis quelques années. Le consortium² à ainsi défini une feuille de route en communication pour la santé qui privilège les points suivants

- la décentralisation privilégiant les espaces locaux (quartier, ville, place publique, etc.)
 - l'utilisation de nouvelles stratégies communicatives : débat publique, animation culturelle, plaidoyer, etc.
- La communication comme un processus et non comme un ensemble de matériels de promotion.
- la construction d'indicateurs de communication basée sur les aspects culturels et de promotion de la santé.

Nous avons identifié des grandes approches qui ont influencé les communications dans le domaine de la santé ,l'approche de la modernisation (communication linéaire pour le changement de comportement ,IEC),l'approche de la dépendance (empowerment et conscientisation)et enfin , la place du modèle axé sur les changements comportementaux du nouveau développement (communication participative ou Co- développement), bien que ces approches coexistent , et que les organisations aient constaté les limites de l'approche basée

¹ Gutierrez N, étude exploratoire et évaluation des répercussions du projet El Parche sur le développement optimal des jeunes participants, Cali, Colombie. Mémoire de maîtrise, université de Montréal, 2003.

² Projet de consortium des universités ,l'initiative de communication. Proyecto de fortalecimiento de las capacida des nationales en communication en salud, 2005. [URL : www.Communication.com/la/teorias-de-cambo/consortio-université/LsaLd-2689.html].

Chapitre II la communication personnel médical-patients

sur le changement de comportement, et cette dernière constitue toujours le paradigme dominant en matière de santé publique.

Synthèse

Les médecins utilisent deux styles de communication pour la prise en charge des patients hospitalisés, à savoir le style direct tel que les ordres, consignes..etc, et le style coopératif où le médecin échange des informations, des explications avec les patients afin de bien communiquer avec leur patients, les médecins utilisent plusieurs techniques tel que l'écoute active, l'empathie, démontrer de l'intérêt ...etc, mais leur communication n'est guère facile car ils sont confrontés à des obstacles et erreurs tel que la différence des connaissances et l'ambiguïté de la langue.

Chapitre III

La relation et la prise en charge des patients

Chapitre III la relation et la prise en charge des patients

Section 01 : la relation soignants/soigné

Préambule

Lors de l'hospitalisation, les médecins et les patients construisent des relations dans le but d'avoir une bonne prise en charge des patients, dans ce chapitre tout d'abord, nous allons traiter les bases de la relation entre le personnel médical et les patients, les caractéristiques de cette relation, les différents aspects de la prise en charge et les objectifs de cette dernière, la prise en charge psychologique et sociale, nous avons noté que c'était important d'aborder le concept de représentation sociale dans le domaine de la santé, car le patient crée avec son entourage dans l'Hôpital y compris le personnel médical et les autres patients des groupes sociaux qui ont tous une vision différente de l'autre, une culture différente, un statut social hétérogène...etc. Enfin nous allons parler de la communication et la prise en charge sociale ainsi que le système de santé en Algérie.

1- La relation entre personnel médical soignants et patients

1.1. Définition de la relation soignant/soigné « C'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est à dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires »¹

Dans le contexte de l'hospitalisation, la relation entre soignant et soigné est considérée comme une relation imposée, en effet c'est dans le cadre de la relation soignant-soigné que s'inscrit le soin « qu'on le veuille ou non c'est bel et bien dans le cadre de la relation soignant -soigné et dans l'intimité du face à face, que s'inscrit le soin »²

La relation entre soignant-soigné est basée sur l'échange et la transmission d'informations, où le soignant observe, soutient, écoute et vérifie la compréhension du patient.

La relation entre soignant / soigné est basée sur les éléments suivants :

-L'empathie ; c'est la capacité de se mettre à la place de l'autre et de ressentir ses sentiments et ses émotions. C'est de comprendre la vie intérieure d'autrui.

¹ MANOUKIAN Alexandre, MASSEBEUF Anne, La relation soignant-soigné, éd Lamarre, Reuil-Malmaison, 2001, P.9.

² KELLER Pascal-Henri., PIERRET Janine., Qu'est-ce que soigner ? Le soin, du professionnel à la personne, éd Syros, 2000, P.8.

Chapitre III la relation et la prise en charge des patients

Le soignant doit comprendre le malade.¹

-L'écoute ; l'écoute de soignant impose une implication affective avec le patient ainsi qu'une attention particulière centré uniquement sur le patient. Un soignant en position d'écoute induit un relationnel particulier avec celui qu'il écoute².

-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.³

1.2. Les liens de confiance

« La rencontre entre une personne soignante et une personne soignée poursuit un objectif bien précis, celui de réussir cette rencontre, c'est-à-dire tisser des liens de confiance »⁴

Dans un contexte relationnel, c'est d'établir un lien de confiance où le soignant facilite et permet au soigné d'exprimer ses émotions.

La relation de confiance se construit dès l'accueil du patient, en effet si le patient perçoit un accueil aimable, attentionné, et si l'équipe soignante le rassure et lui donne des explications claires et précises sur son état de santé, cela peut contribuer à être à l'aise et avoir confiance en personnel médical.

1.3. La relation d'aide : avant toute chose, nous pouvons constater que ce concept est composé des mots « relation » et « aide », nous allons donc voir les définitions de chacun de ces mots de manière distincte puis par la suite les rassembler autour d'une idée commune. Tout d'abord, le terme « relation » signifie selon Le Petit Robert « tout ce qui dans l'activité d'un être humain implique une interdépendance, une interaction dès lors qu'une modification de l'un entraîne une modification de l'autre »⁵ Nous pouvons noter à travers cette définition que la relation est décrite comme un lien, un rapport entre un binôme ou plusieurs personnes. L'aide, quant à elle, est définie comme l'action d'intervenir en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens »⁶ De ce fait nous pouvons voir que l'aide est décrite comme une action en collaboration entre

¹ BLOUIN et BERGRON, les attitudes de communication, in BIOY Antoine, BOURGEOIS Françoise, NEGRE Isabelle, communication soignant-soigné, 3^{ème} édition Bréal, 2013, P. 34.

² BIOY Antoine, BOURGEOIS Françoise et NEGRE Isabelle, communication soignant-soigné, 3^{ème} édition Bréal, 2013, P. 39.

³ RICHARD Claude, LUSSIER Marie Thérèse et GERARD Fabienne, la communication professionnelle en santé, éd renouveau pédagogique Inc, 2005, P. 242.

⁴ HESBEEN Walter, La qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante, éd Masson, Paris, 1998-2002, P.30.

⁵ Dictionnaire le petite Robert, 1996, p.95.

⁶ Ibid., P.47.

Chapitre III la relation et la prise en charge des patients

deux individus où l'un apporte assistance à l'autre. En jumelant ces mots et les définitions qui les accompagnent nous pouvons apercevoir l'esquisse du concept de relation d'aide. Carl Rogers, psychothérapeute américain du courant de la psychologie humaine, définit la relation d'aide comme « des relations dans lesquelles l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une meilleure capacité d'affronter la vie. »¹ Selon lui, chacun a un potentiel individuel suffisant pour trouver sa propre réponse à ses difficultés. C'est la personne, elle-même, qui chemine dans sa réflexion. La relation d'aide est une relation permissive, structurée de manière précise, qui permet au patient d'acquérir une compréhension de lui-même à un degré qui le rend capable de progresser à la lumière de sa nouvelle orientation.

Parmi les outils de la relation d'aide, on compte « l'attitude, le regard, l'écoute, la synchronisation posturale et verbale, les questions fermées et ouvertes, la reformulation, la formulation d'hypothèses, l'observation, le toucher, les silences " chacun de ces outils permet au patient d'exprimer directement ou indirectement sa douleur en bénéficiant de l'empathie du soignant »²

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 :

2.1. 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 : parmi eux la gentillesse, politesse.

2.2. La relation de soin ; est une relation suivant les inters -actants, leurs connaissances mutuelles, 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

¹ ROGES Carl, Développement de la personne, éd Dunod, paris, 1966, P.29.

² HERNANDEZ Agnés, la relation d'aide, document no publie disponible a L'IFS du ch Saint Marie, privas, 2010.

Chapitre III la relation et la prise en charge des patients

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 importante¹.

2.3. 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 »²

2.4. la 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 auront un besoin d'aide psychologique par des psychologues ou des médecins. »³

2.5. La Relation thérapeutique ; elle est utilisée en psychiatrie auprès de patient qui a une maladie mentale, son but est de soigner les malades par des soins thérapeutique.

2.6. la relation éducative ; est une relation utilisée par les soignants, pour des raisons de santé, ici le patient change l'habitude de vie comme le régime alimentaire, éloigné de tout ce qui est risqué à sa santé comme l'alcool, drogue, tabac...et les médecins doivent être un soutien et un accompagnement psychologique pour que le patient suit les conseils avec satisfaction.

2.7. La relation de soutien social ; il s'agit d'une relation familiale, l'entourage et le patient. C'est-à-dire ici 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 physiques, psychologiques, émotionnelles, cognitives, pour qu'il fait face a sa situation et suivre ses soins pour guérir.

3- Les caractéristiques de la relation soignant /soigné

3.1. Relation d'inégalité

3.1.1. Le malade est en situation d'infériorité :Les patients, ont souvent le sentiment d'infériorité dans le contexte de soin et cela est dû à plusieurs facteurs :

-Le fait qu'il souffre d'une maladie, et qu'il éprouve un sentiment de diminution, d'incapacité, d'infériorité voir de culpabilité.

¹ FORMARIER Monique, la relation des soins, concepts et finalités, recherche en soins infirmiers N89-Juin 2007, P. 36-37.

² BLOUIN Jean, BERGERON Gérard, de l'autre coté de l'action, éd nouvelle optique, Montréal, 1982 P. 34.

³ FORMARIER Monique, OP Cit, P. 38.

Chapitre III la relation et la prise en charge des patients

-Le fait de la souffrance morale et psychologique qui lui fait perdre une partie de son énergie.

3.1.2. Le soignant est perçu dans une position de supériorité et d'autorité

Ce position de quelqu'un qui d'étient le savoir et le pouvoir de soulager les souffrances ¹du malade

Les patients aperçoivent dans le soignant un acteur protecteur et rassurant, " le malade cherche souvent en ses soignant, une figure protectrice, rassurante, susceptible de donner sens et satisfaction à sa quête de retrouver la santé " ²

3.2. La relation d'attente mutuelle

Le malade attend d'abord, d'être compris et reconnu comme sujet souffrant, ce qui signifiera la validation de sa souffrance en maladie reconnue, puis le soulagement de sa souffrance voire la guérison de sa maladie, avec un statut socialement reconnu.

Le soignant, de son côté, attend la reconnaissance et la gratitude, mais surtout la vérification de son pouvoir réparateur et la justesse de ses vues.

3.3. La relation centrée sur le corps et véhiculée par la parole

Souvent la maladie traduit un mal aise psychologique, c'est pourquoi certains patients ont le désir de parler et de passer le temps avec les soignants d'ou la nécessité de chercher le sens latent de la demande, et donc de la déchiffrer car le malade sait bien que les soignants comprennent et acceptent volontiers, c'est le langage du corps.

Section 02 : la prise en charge

1- Les différents aspects de la prise en charge

1.1. 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.

¹ JEAMMET Philippe et al, Psychologie médicale, éd Masson, paris, 1993, P. 356.

² BALINT Michel, Le médecin, son malade et la maladie, éd Payot, paris collection bibl. scientifique, 1966 P.43.

Chapitre III la relation et la prise en charge des patients

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 et 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

1.2.Un volet socio-économique

- l'aide au maintien de l'insertion professionnelle.
- l'aide au maintien de l'insertion sociale.
- l'aide au maintien de l'autonomie et de la dignité.
- l'aide financière.³

2- La prise en charge psychologique

C'est le temps d'écouter et d'échanger à travers les paroles et les gestes du personnel soignant, des médecins et même des proches. Un accompagnement psychologique adapté permet de faire face à la maladie et aux difficultés individuelles et familiales qu'elle entraîne. Cet accompagnement psychologique aide la personne malade à s'exprimer sur sa maladie et son état de santé.

¹ SARASINP François, vosre prise en charge au service des urgences, HUG Hôpitaux Universitaires de Genève, 2011, P. 3-4.

² Haut Conseil de la santé publique (HCSP), la prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de la maladie chronique, 12 novembre 2009, www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_prisprotchronique.pdf, consulté le 03/03/2018 à 17h31, P.18.

³ Ibid., P.19.

Chapitre III la relation et la prise en charge des patients

Exemple : En cancérologie, près de la moitié des patients ont du mal à s'adapter à leur état de santé, présentant des réactions dépressives pendant la maladie, à la suite des traitements, ou parfois même à la fin des traitements. Reconnaître la dépression et l'anxiété est indispensable. Il faut être attentif aux signes d'une fatigue excessive qui peut être une des manifestations de la dépression¹

2.1.La relation patient-proches-soignant

Les patients attendent de l'équipe soignante de la disponibilité, de l'écoute, de l'humanité et de la bienveillance, cependant la qualité de la prise en charge repose sur la qualité de la relation que le patient entretient avec l'équipe de soins.

L'intégration des proches dans le parcours de soin est primordial, car ils sont considérés comme une aide pour le patient qui exerce des influences sur ce dernier, c'est pourquoi il convient de leur porter une attention particulière (soutien psychologique, aide à domicile).

La relation soignants-malade-proches est une dynamique sociale nécessaire pour le patient. Les familles ont une fonction importante encore peu reconnue lors de l'hospitalisation d'un de leurs proches. Les familles connaissent l'histoire du patient (antécédents, volonté). Elles ont un rôle protecteur (défenseur), facilitateur (traduction, explication, interprétation) et de soutien non négligeable auprès de la personne hospitalisée, malade ou dépendante (encouragement, compréhension, soutien psychologique et aide morale)². Le proche devient un interlocuteur privilégié de l'équipe médicale. Le proche de la personne hospitalisée prend ainsi toute sa dimension et notamment lors des soins, qui peuvent être un moment angoissant pour le patient. Il est un élément central pour la personne soignée et son soutien essentiel.

L'implication du proche va faciliter la prise en charge auprès du patient en réduisant notamment le temps passé pour obtenir le consentement éclairé du patient ou pour participer à son éducation thérapeutique. Le proche va quant à lui se sentir considéré et cela peut l'aider à accepter la maladie, le handicap du proche hospitalisé.

Les soignants doivent durant toute l'hospitalisation de la personne maintenir une communication avec les proches désignés comme tels par le patient. Cela permet d'établir une relation de

¹Centre de lutte contre le cancer HENRI Becquerel, Normandie-Rouen, chaque jour, agir ensemble pour vaincre, rue Damiens CS 115161, <http://www.becquerel.fr/le-patient/prise-en-charge/consulte> le 19/02/2018 à 14 :41.

² McAdam JL, Arai S, Puntillo KA. Unrecognized contributions of families in the intensive care unit. Intensive Care Med, 2008, P.101.

Chapitre III la relation et la prise en charge des patients

confiance. Le fait de parler donne au malade la sensation d'être écouté et considéré par les soignants. C'est une manière pour les soignants d'expliquer où en est la prise en charge de la personne hospitalisée

2.2. Parcours de soin

2.2.1. Annonce du diagnostic

La communication d'un diagnostic implique de tenir compte de la souffrance psychologique qu'elle peut entraîner pour le patient et son entourage, en effet les conditions dans lesquelles cette annonce est réalisée vont accentuer ou atténuer le choc du patient.

Le temps consacré aux patients et leur proches permet d'échanger des informations variées, claires et compréhensibles, c'est à partir de ce premier rendez-vous que va se fonder la qualité des relations entretenues par le patient et son entourage avec l'équipe de soins.

2.2.2.-Etape des traitements ;

Chaque patients vit sa maladie de manière différente, en effet les traitements chirurgicaux et médicaux sont souvent mal vécus par les patients à cause des effets secondaires qu'ils peuvent véhiculer, mais aussi de la souffrance morale associée, l'impact sur la qualité de vie varie en fonction du stade de la maladie et de la situation personnelle et financière de chacun.

2.2.3.-phase de surveillance ;

La maladie et ses traitements peuvent être responsable des répercussions physiques et psychologiques, en effet certains patients vivent parfois de façon brutale l'arrêt des traitements, c'est pourquoi dans chaque cas il est nécessaire de mettre en place un accompagnement spécifique pendant la période de l'après traitement, cette accompagnement permet d'aider les patient à reprendre et retrouver leur vie sociale et professionnelle.

3- La prise en charge sociale

C'est tous ce qui est soutien et aide :

- famille en premier 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.

Chapitre III la relation et la prise en charge des patients

- les institutions comme les hôpitaux, cliniques... interviennent quant 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.¹

4- Les objectifs de prise en charge

- Améliorer l'accès aux soins médicaux.
- 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.²

5- Les représentations sociales dans le domaine de la santé :

Les représentations sociales ont découlé du concept sociologique de représentations collectives évoquées par Durkheim. Ce sociologue français demeure le précurseur des recherches concernant les représentations sociales. Pour lui, la société constitue un ensemble, une entité et non une simple somme d'individus. Partant de ce postulat, Durkheim développe l'idée que les éléments sociaux à savoir, la conscience collective et la représentation collective sont supérieurs aux éléments individuels. Selon lui, la société implique une idée de contrainte sur l'individu. Il fait la distinction entre représentation sociale individuelle et collective car chaque individu possède sa conscience personnelle. De plus, précisons que la représentation sociale ne peut pas se réaliser sans que l'objet soit socialement partagé par les individus d'une même société.

Plusieurs théoriciens ont proposé une définition de la représentation sociale : Selon Jodelet, « Les représentations sociales sont des systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres qui, orientent et organisent les conduites et les communications sociales. Les représentations sociales sont des phénomènes cognitifs engageant l'appartenance sociale des individus par l'intériorisation de pratiques et d'expériences, de modèles de conduites et de pensée »³

Enfin pour Moscovici, « les représentations sont des formes de savoir naïf, destinées à organiser les conduites et orienter les communications »⁴ Il reprend les savoirs de Durkheim et démontre comment différents groupes sociaux modulent et agencent leurs représentations d'un objet mal

¹ BOISLEVE.B Jacque , Op.cit., P.12.

² Ministère de la santé, Trois objectifs et dix mesures pour la réorganisation et le développement des urgences médicales au Maroc, 2012, 2016, P.02.

³ [Http://www.cadredesarite.com/spip/spip.php, article314](http://www.cadredesarite.com/spip/spip.php, article314), consulté le 13/03/2018 à 12h01

⁴ MOSCOVICI, la théorie des représentations sociale, 1961/1973, P.22.

Chapitre III la relation et la prise en charge des patients

connu. Ils développent des valeurs qui leur sont propres et qui marquent leur différenciation entre eux. Pour Moscovici, la représentation comporterait trois dimensions attitude, l'information et le champ de représentation.

« Dans le domaine de la santé, les représentations sociales ont été appréhendées sur des objets et dans des contextes très différents, représentation de la maladie, de la personne malade et des conduites préventives »¹

5.1. Fonctions d'une représentation

Selon Abric, les représentations ont une utilité sociale et différentes fonctions à savoir ;

5.1.1.- La fonction de code commun ; les représentations dotent les acteurs sociaux, d'un savoir qui est commun, autrement dit partagé, ce qui facilite la communication. Cette fonction de communication va permettre de comprendre et d'expliquer la réalité.

5.1.2.- La fonction d'orientation des conduites ; elles guident les comportements et les pratiques.

5.1.3.- La fonction de justification ; elles permettent à posteriori, de justifier les prises de position et les attitudes.

5.1.4- La fonction identitaire ; elles permettent de définir l'identité d'un groupe professionnel ou social².

6- Caractéristiques d'une représentation

Trois caractéristiques interdépendantes ressortent des recherches psychosociales sur les représentations :

6.1.La communication ; puisque les représentations sociales offrent aux personnes " un code pour leurs échanges et un code pour nommer et classer de manière univoque les parties de leur monde et de leur histoire individuelle ou collective " -

6.2. La reconstruction du réel ; " les représentations nous guident dans la façon de nommer et de définir ensemble les différents aspects de notre réalité de tous les jours ; dans la façon de les

¹ MOSCOVICI, la théorie des représentations sociale, Op Cit, P.23.

² [Http://www.cadredesarite.com/spip/spip.php?article314](http://www.cadredesarite.com/spip/spip.php?article314), consulte le 13/03/2018 à 12h24.

Chapitre III la relation et la prise en charge des patients

interpréter, de statuer sur eux et le cas échéant de prendre une position à leurs égards et de la défendre¹

6.3. La maîtrise de l'environnement par le sujet ;

L'ensemble de ces représentations ou de ces connaissances pratiques permet à l'être humain de se situer dans son environnement et de le maîtriser.

7- L'accès au service public hospitalier

Vous avez accès au service public hospitalier quelque soit votre situation financière, votre nationalité, votre âge, votre état de santé ..., y compris si vous ne bénéficiez pas de la sécurité sociale.

« L'hôpital continue d'accueillir chacun, quelle que soit sa fortune, pour lui dispenser les soins nécessaires. A cet égard, il demeure un espace social privilégié, illustrant bien le fondement solidaire de notre sécurité sociale »²

Un hôpital public ne peut vous refuser des soins pour des motifs tenant à votre situation administrative ou personnelle.

8- L'accès au dossier médical

Le droit du patient à l'information médicale est devenu un pilier du contrat médical et de la relation de confiance entre le médecin et son patient.

Le devoir d'information et le consentement du patient ne sont pas des nouveautés (depuis les années 1960).

La loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades a consacré l'obligation d'information des professionnels de santé : « Toute personne a le droit d'être informé sur son état de santé ».

La loi du 4 mars 2002 va donc au-delà du simple assentiment du patient : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé, et compte tenu des informations et des préconisations qu'il fournit, les décisions concernant sa santé »

¹ MOSCOVICI, la théorie des représentations sociale, Op.cit.P.29.

² Jean-François Mattéi, L'hôpital entre le médical et le social, Études 2007/7 (Tome 407), p. 29-39. <https://www.cairn.info/revue-etudes-2007-7-page-29.htm> consulté le 07/03/2018 à 19h21.P.33

Chapitre III la relation et la prise en charge des patients

9- L'assistance sociale hospitalière

OMS a défini l'assistance sociale comme une professionnelle chargée de concrétiser l'action sociale en apportant aide, éducation et orientation aux personnes, ou groupes de personne en difficulté.

L'ONU « la recherche des causes qui compromettent l'équilibre physique, psychologique, économique ou moral d'un individu, d'une famille ou d'un groupe et mener toute action susceptible d'y remédier »

Les missions principales de l'assistante sociale hospitalière sont :

- L'accès aux droits : aide à l'obtention d'un titre de séjour.
- L'accès aux soins : acquisition d'une couverture maladie.
- L'aide à la vie quotidienne.
- L'organisation des sorties.

10- La communication et la prise en charge sociale

La communication est primordiale au sein de l'équipe pour assurer la meilleure prise en charge possible du patient.

Exemple : plus les fiches IDE, notamment la prise en charge sociale du patient (CMU, 100%..) seront remplies, plus cela permettra au service social de repérer les patients sans prise en charge ou sans complémentaire afin d'intervenir au plus vite possible.

- Le secret professionnel partagé est indispensable.
- Les sorties des patients hospitalisés, dans la mesure du possible, devraient être communiquées au service social rapidement afin d'anticiper et de mettre en place aides à domicile ou autres.... Intervenir en urgence n'est ni bon pour le patient ni pour le personnel médical et paramédical.

11- Le cout du système de santé algérien

Le financement du système de santé algérien est assuré principalement par l'Etat, les organismes de sécurité sociale (CNAS et CASNOS) et les usagers ou ménages. Avant 1974, le

Chapitre III la relation et la prise en charge des patients

financement de la santé provient pour 60% de l'Etat pour la prise en charge les plus démunis de la population, 30% par la caisse de sécurité sociale pour leurs affiliés et 10% par les usagers eux-mêmes. Après 1974, les financeurs du système de santé sont devenues l'Etat elle-même, les collectivités locales de 1970 à 1979, la sécurité sociale, la Pharmacie Centrale Algérienne (PCA) de 1980 à 1981 et les usagers qui contribuent depuis 1975, d'une manière symbolique au financement des frais de consultation et de séjour en milieu hospitalier. D'autres organismes nationaux participent au financement de la santé, notamment les départements ministériels participant aux activités de préventions générales, les mutuelles sociales fournissant à leurs adhérents des prestations de santé et les entreprises nationales par la création de leurs centres médicaux sociaux au profit de leur personnel. Concernant le secteur privé de santé, les soins sont payants, les assurés sociaux ayant droits de bénéficier du remboursement de la sécurité sociale sur la base d'une tarification de 1987. Sur la base des informations suscitées, la dépense nationale de santé regroupe les dépenses de fonctionnement et d'investissement destinées au secteur de la santé et qui sont à la charge de l'Etat, des organismes de sécurité sociale, des usagers, des entreprises privées et des mutuelles sociales. Avec une dépense nationale de santé de 6.6% du Produit Intérieur Brut au titre de l'année 2014, l'Algérie se situe au-dessous des taux des pays européens et nettement au-dessus des ressources allouées à la santé dans les pays sous développés. Le montant de la dépense nationale de santé de l'Algérie va en s'accroissant dans les années à venir, compte tenu de la transition sanitaire, du poids des nouvelles technologies de soins et des besoins sanitaires nouveaux de la population. En plus des agents de financement actuel, il est urgent de faire contribuer d'autres financeurs potentiels comme les collectivités territoriales, les entreprises relevant du secteur de la santé (SAIDAL), les entreprises polluantes et les assurances économiques¹.

Synthèse

La communication est fondamentale dans la prise en charge des patients, car elle permet de comprendre les autres et de ce faire comprendre par autrui, cette communication permet de créer des relations entre le personnel médical et le patient qui est basées sur l'empathie ou le médecin se met à la place du malade, l'écoute et le respecte pour le bien être de celui-ci.

¹ BOULAHRIK Mohand, Financement du système de santé Algérien, Revue des Sciences Économiques de Gestion et de Commerce, N° 33 – 2016, P.3.

Partie Pratique

Chapitre IV

Présentation de l'organisme et vérification des hypothèses

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

Section 01 : présentation de CHU de Bejaia

Préambule

Dans ce présent chapitre, il s'agit de présenter en premier lieu l'organisme d'accueil « centre hospitalo-universitaire de Bejaia » qui traite l'historique, objectifs, missions de différentes structures, les services et l'effectif du CHU de Bejaia. En deuxième lieu, il s'agit de présenter l'analyse et l'interprétation de nos résultats collectés pour vérifier les deux hypothèses de recherche formulées de notre travail. Cependant, il nous semble utile de connaître l'identification des enquêtés PM tels que le sexe, l'âge, catégorie socioprofessionnelle et l'expérience professionnelle...etc. Ainsi, l'identification de nos enquêtés patients tels que sexe, âge, niveau d'instruction, la durée d'hospitalisation pour procéder à l'analyse et à la vérification de la première hypothèse en premier lieu qui est « *La communication permet de construire une bonne relation entre soignant/soigné et contribue à l'amélioration de la prise en charge psychologique et sociale des patients* », puis en second lieu la deuxième hypothèse qui est « *le manque de communication entre soignant et soigné engendre les conflits entre ces derniers.* » .

1. Présentation de l'organisme d'accueil

1.1. Historique du CHU de Bejaia

Le secteur sanitaire¹ de Bejaïa comprend plusieurs structures de santé, parmi celles-ci l'hôpital Khellil Amrane.

Le secteur sanitaire de Bejaïa couvre une superficie de 460,65 Km². Il assure une couverture sanitaire aux 240.258 habitants des sept (07) communes différentes : Bejaia, Oued-Ghir, Tichy, Tala hamza, Boukhelifa, Aokas et Tizi-Nberber.

Le secteur sanitaire est géré par la direction de l'hôpital Khellil Amrane, situé au chef-lieu de la commune de Bejaïa. Il est doté d'un budget de fonctionnement et d'une autonomie de gestion.

¹Décret n° 97-466 du 2 décembre 1997, relatif à la constitution du secteur sanitaire

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

Jusqu'en 1991, date de l'inauguration et de l'entrée en fonction de l'EPH Khellil Amrane, le secteur sanitaire de Bejaïa n'était doté que de deux hôpitaux : Aokas et Frantz Fanon, hérités de la période coloniale.

En 2011, l'hôpital Khellil Amrane est devenu le siège du Centre Hospitalo-universitaire (CHU) de Bejaïa. La création de ce dernier est faite suite à l'inauguration de la faculté de médecine¹.

Le centre hospitalo-universitaire est un établissement public à caractère administratif, équipé de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est créé par décret exécutif, sur proposition conjointe du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

Il est placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Le CHU est chargé, en relation avec l'établissement d'enseignement et/ou de formation supérieure en sciences médicales concerné, des missions : de diagnostic, d'exploration, de soins, de prévention, de formation, d'études et de recherche.

L'organisation du CHU de Bejaia se compose de trois unités ;

- L'unité Khelil amrane ; située au village Smina.
- L'unité Frantz Fanon ; sise à l'ancienne ville, Bordj Moussa.
- L'unité Targa ouzamour (clinique maternité) ; située au village Tala Merkha.

1.2. Missions du CHU

Dans le cadre des missions prévues ci-dessus, le centre hospitalo-universitaire est chargé notamment des tâches suivantes :

¹Décret exécutif n° 09-319 du 6 octobre 2009 complétant la liste des centres hospitalo-universitaires.

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

a) En matière de santé :

- D'assurer les activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médico-chirurgicales, de prévention ainsi que de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé de la population.
- D'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé.
- De participer à l'élaboration des normes d'équipement sanitaire scientifique et pédagogique des structures de la santé.
- De contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux.

Outre les tâches prévues aux alinéas ci-dessus, le C.H.U. assure pour la population résidant à proximité et non couvertes par les secteurs sanitaires environnants, les missions dévolues au secteur sanitaire.¹

b) En matière de formation :

- D'assurer, en liaison avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation supérieur en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents.
- De participer à la formation, au recyclage et au perfectionnement des personnels de santé.

c) En matière de recherche :

- D'effectuer, dans le cadre de la réglementation en vigueur, tous travaux d'étude et de recherche dans le domaine des sciences de santé.
- D'organiser des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en sciences de santé.

¹ Décret exécutif n° 97-466 du 2 décembre 1997, relatif à la constitution du secteur sanitaire.

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

1.3. Objectifs du CHU.

- Maintenir un haut niveau d'investissement.
- Soutenir la mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire, il s'agit ici d'accompagner les recompositions internes, les regroupements de plateaux techniques, les partenariats entre les établissements publics et privés.
- Soutenir les opérations répondant aux critères d'efficience.
- développer les systèmes d'information hospitaliers.
- Assurer les mises aux normes de sécurité à caractère exceptionnel.

1.4. Missions des différentes structures du CHU de Bejaia.

Le CHU de Bejaia comprend une direction générale, un secrétariat général et quatre directions. Chaque direction comprend un ensemble de sous directions et de bureaux.

La direction générale est chargée d'assurer la gestion de l'hôpital. Elle représente l'hôpital dans tous les actes de la vie civile ; elle est le représentant exclusif de l'hôpital auprès des instances civiles, judiciaires et administratives.

Le secrétariat général est chargé de gérer les diverses sous directions et les différents bureaux. C'est lui qui récolte et transmet les informations à la direction générale. Aujourd'hui, au niveau de CHU de Bejaia, c'est le secrétariat général qui est chargé des missions de la direction générale, et ce de manière momentanée suite à l'absence d'un directeur.

Le CHU se compose d'un certain nombre de directions et sous directions :

a) **La direction des ressources humaines :**

La direction des ressources humaines comporte deux sous directions : la sous-direction des personnels et la sous-direction de la formation et de la documentation.

➤ **La sous-direction des personnels :**

La sous-direction des personnels se compose de trois bureaux :

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

- Le bureau de la gestion des carrières des personnels administratifs, techniques et de service.
- Le bureau de la gestion des personnels médicaux, paramédicaux et psychologues.
- Le bureau des effectifs, de la régulation et de la solde.

La sous-direction des personnels a pour mission de déterminer les besoins en personnel et d'opérer les recrutements nécessaires aux différents services. Ses finalités sont autant économiques que sociales, puisqu'elle concerne principalement l'homme dans l'organisation. Plus concrètement elle a pour mission de :

- Définir les besoins qualitatifs et quantitatifs en vue d'élaborer des plans annuels et pluriannuels de recrutement des personnels.
- Maîtriser les effectifs et les coûts.
- Mettre en place des programmes de développement des carrières, afin d'assurer la gestion des carrières des personnels conformément à la réglementation en vigueur.
- Assurer une répartition judicieuse des personnels entre les services et veiller à leur utilisation judicieuse.
- Harmoniser l'évaluation automatique et statuaire des carrières (avancement et promotions) avec la situation prévisible ou réelle de l'organisme (postes vacants, emplois nouveaux, nouvelles qualifications).
- Intégrer la politique du personnel à la politique générale de l'hôpital et à celle des pouvoirs publics.

➤ **La sous-direction de la formation et de la documentation :**

Elle a ouvert ses portes en 1999, suite à l'application du nouvel organigramme initié par le ministère de la santé.

En termes de ressources humaines, la sous-direction de la formation et de la documentation comprend : un sous-directeur, un chef de bureau, un chef de bureau de documentation, un chargé des moyens matériels, un chargé de secrétariat, un chargé du suivi scolaire des enfants hospitalisés, trois bibliothécaires et quatre agents de service.

La sous-direction de la formation et de la documentation endosse plusieurs activités de formations et de formations continues : médicales, paramédicales, administratives, techniques,

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

perfectionnement, recyclage, formation de courte durée à l'étranger, encadrement et suivi des stagiaires de différents instituts, suivi et formations des enfants hospitalisés, organisation des manifestations scientifiques.

Remarquons qu'il est prévu la mise en place prochaine d'une bibliothèque et d'une médiathèque médicale.

b) La direction des finances et du contrôle :

Elle a été créée par l'arrêté interministériel du 26 avril 1998 fixant l'organisation administrative des CHU. La direction des finances et du contrôle comprend :

➤ La sous-direction des finances :

Elle comporte les bureaux suivants :

- **Le bureau du budget et de la comptabilité** : il est chargé de :
 - Etablir les prévisions budgétaires ;
 - Repartir, par chapitre et partie, les crédits budgétaires (qui sont alloués par titre par le ministère de la tutelle).
 - Faire adopter par le conseil d'administration le projet réparti et le faire approuver par le ministère de la tutelle.
 - Assurer le suivi de l'exécution du budget à travers la comparabilité des engagements et des paiements.
 - Confectionner les situations budgétaires périodiques (mensuelles et trimestrielles), faisant ressortir les crédits, les engagements, les budgets, les mandatements et les paiements par article du budget.
 - Tenir un fichier fournisseur, renouvelable tous les ans.
 - Suivre les paiements en marche.
 - Produire le compte administratif après la clôture de chaque année budgétaire, dont une copie est transmise à la cour des comptes, au plus tard le 30 juin de l'année suivante.
- **Le bureau des recettes et des caisses** : il a pour mission de prendre en charge, par le biais de la régie et des différentes sous régis, l'ensemble des recettes réalisées par l'établissement. Celles-ci provenant de :

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

- L'Etat.
- La CNAS dans leurs participations au budget des établissements de santé.
- Des ressources propres de l'établissement constituées par :
- La contribution des patients aux consultations et aux frais de restauration et d'hôtellerie (ticket modérateur).
- Les remboursements par les caisses d'assurances des séances de dialyse prodiguée aux malades.
- Les prestations assurées dans le cadre de la médecine du travail.
- Les prestations assurées au profit des établissements privés liées au CHU par une convention, tels que les contrats de fourniture des produits sanguins et l'incinération des déchets hospitaliers.

Remarquons qu'il assure aussi le paiement en espèce de certaines dépenses revêtant un caractère exceptionnel, voir urgent. Enfin, elle se charge de consigner l'ensemble de ces recettes.

➤ **La sous-direction de l'analyse et de l'évaluation des coûts :**

Créée en vertu de l'arrêté interministériel du 26 avril 1998 portant sur l'organisation des centres hospitalo-universitaire, elle est rattachée à la direction des finances et du contrôle.

Son existence au niveau du C.H.U de Tizi-Ouzou remonte au mois de décembre 2001, et ce en application du circulaire n° 15/MSP/MIN du 03 octobre 2001 relative à la mise en place du « calcul des coûts par la méthode des sections homogènes dans les établissements de santé. ».

La mise en place de cette fonction intervient dans le cadre des réformes engagées dans le secteur de la santé par les pouvoirs publics. Sur le plan organisationnel, la sous-direction de l'analyse de l'évaluation des coûts est composée de deux (02) bureaux, à savoir :

- **Le bureau de la maîtrise des coûts :** il est chargé essentiellement de :
 - Calculer le coût global des activités pratiquées par les services hospitaliers ;
 - Déterminer le coût par unité d'œuvre (journée d'hospitalisation, consultation, séance de dialyse, examen, ...) et par service selon le découpage de l'établissement en centres des responsabilités.

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

- Recueillir les données relatives à l'activité des différents services (hospitalisation, examens biologiques et radiologiques, séances de dialyse, consultation, etc.)
- Elaborer les rapports trimestriels et annuels relatifs au calcul des coûts, détaillés par services et par rubrique de dépense selon le guide méthodologique élaboré par une commission.
- Effectuer des études et des analyses des données et des résultats relatifs aux différents services afin de donner d'éventuelles explications ou éclaircissement, notamment en ce qui concerne l'évolution des dépenses d'un service donné d'une période à une autre.

- **Le bureau de facturation** : il est chargé notamment de :

- Recueillir les données relatives aux actes et prestations prodiguées aux malades hospitalisés sur la base de la fiche navette ;
- Contrôler la tenue correcte et régulière de la fiche navette dans les services d'hospitalisations afin de permettre une meilleure évaluation de l'activité et éventuellement de la qualité des soins ou de la prise en charge des malades.
- Etablir le décompte des frais d'hospitalisations individualisés à la sortie du malade hospitalisé.
- Déterminer éventuellement la part qui revient à chaque partie concernée, à savoir le malade lui-même, la caisse d'assurance, les mutuelles, l'Etat...etc.

c) **La direction des moyens matériels** :

C'est l'une des directions les plus importantes, vu l'importance de son champ d'intervention. C'est elle qui s'occupe de recueillir tous les besoins du CHU en matière d'équipements matériels et fournitures.

Elle est chargée de l'approvisionnement et de la gestion des différents magasins et les moyens concernant l'alimentation, la maintenance et l'hygiène. Elle assure aussi le suivi des travaux et projets de construction, d'entretien et de rénovation des structures, ainsi que la maintenance des équipements.

En matière de soins, elle s'occupe de l'acquisition des équipements, de l'instrumentation médicale, des produits pharmaceutiques et des réactifs et autres consommables.

Elle est chargée aussi de préparer les documents et les dossiers relatifs aux conventions et marchés. Cette direction comprend :

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

➤ **La sous-direction des services économiques :**

Elle comporte les bureaux suivants.

- Bureau des approvisionnements.
- Bureau de la gestion des magasins, des inventaires et des reformes.
- Bureau de la restauration et de l'hôtellerie.

➤ **La sous-direction des produits pharmaceutiques, de l'instrumentation et du consommable :**

Elle comporte les bureaux suivants :

- Bureau des produits pharmaceutiques.
- Bureau de l'instrumentation.

➤ **La sous-direction d'infrastructures, des équipements et de la maintenance :**

Elle comporte les bureaux suivants :

- Bureau des infrastructures.
- Bureau des équipements.
- Bureau de la maintenance.

d) La direction des activités médicales et paramédicales :

Cette direction est composée de trois (03) sous directions :

➤ **La sous-direction de la gestion administrative du malade :**

Elle est composée de deux (02) bureaux :

- **Bureau des entrées (admissions) :** il s'occupe de :

- L'accueil et de l'admissions des malades.
- La tenue et l'exploitation des divers registres (état civil, comptabilité des journées d'hospitalisation, mouvement des malades...).

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

- La comptabilité financière (décompte des frais d'hospitalisation, de consultations externes, de prélèvements, d'analyses, des examens d'imagerie médicale...).
- Le Suivi du contentieux ;
- L'Evaluation et exploitation de la fiche navette.

- **Le bureau de l'accueil, de l'orientation et des activités socio thérapeutiques** : il a pour mission de :

- Accueillir les malades et les parents de malades.
- Fournir des renseignements concernant les malades (service d'hospitalisation...).
- Prise en charge des cas sociaux et des malades hospitalisés nécessitant une prise en charge à l'étranger par les assistantes sociales.

➤ **La sous-direction des activités médicales** :

Elle est composée de trois (03) bureaux :

- **Bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités médicales** : il a pour mission de :

- Accompagnement des équipements médicaux des services dans l'amélioration de l'organisation des activités.
- Recensement mensuel du relevé de toutes les activités médicochirurgicales des services, ainsi que celles d'exploration (biologie, imagerie médicale).
- Faire une exploitation trimestrielle et annuelle des activités qui sont adressés à la direction de la santé de la wilaya et au MSPRH.

- **Bureau de la programmation et du suivi des étudiants** : il a pour mission de :

- Prendre en charge les étudiants en médecine, en collaboration avec les départements respectifs de la faculté de médecine de l'université de Bejaïa.
- Répartition des internes.
- Programmation des gardes des internes, qui se déroule au niveau des deux unités composantes le CHU et dans les différents services, y compris les pavillons des urgences de médecine, de chirurgie et de pédiatrie.

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

- **Le bureau des gardes et des urgences :**

Il s'occupe du suivi des gardes, telles qu'elles sont organisées par les chefs des différents services. Un comité des gardes et des urgences se réunit régulièrement, conformément à la réglementation en vigueur, pour régler les différents problèmes qui peuvent se poser et pour améliorer la prise en charge des urgences médicochirurgicales.

➤ **La sous-direction des activités paramédicales :**

Elle se compose de 3 bureaux :

- **Bureau de la programmation et du suivi des étudiants :**

Il a pour tâche de programmer et de répartir les étudiants de l'école de formation paramédicale. Ils sont répartis au cours de leur formation dans le service médico-chirurgical et dans les différents laboratoires, pour des stages pratiques, ainsi que pour un stage de fin de cursus en vue de la préparation du mémoire de fin d'étude. Ces étudiants sont encadrés accessoirement par des paramédicaux (tuteurs) dans l'exercice quotidien de leurs tâches sous la supervision des PEPM (professeurs de l'enseignement paramédical).

- **Bureau des soins infirmiers :** il est chargé de :

- Etablir des statistiques sur les soins infirmiers dans les services.
- Suivre les gardes.

- **Bureau de l'évaluation et de l'organisation de l'activité paramédicale :** il se charge de :

- L'accompagnement des surveillants médicaux dans l'organisation de leurs équipes soignantes.
- L'évaluation de l'organisation, avec pour objectif une amélioration constante (performance collective) visant la démarche qualité.

III.1.5. Services des soins du CHU de Bejaia :

L'unité Khelil amrane : anesthésie, réanimation, cardiologie, chirurgie générale, épidémiologie et médecine préventive, gastro-entérologie, laboratoire central, maladies

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

infectieuses, médecine interne, neurochirurgie, orthopédie rhumatologie et urgences médicales.

L'unité Frantz Fanon : anatomie pathologique, maxillo-faciale, médecine de travail, médecine légale, oto-rhino-laryngologie, néphrologie hémodialyse et psychiatrie.

L'unité Targa Ouzamour (clinique maternité) : pédiatrie et gynécologie- obstétrique.

1.6. Effectif du personnel de CHU

En ce qui concerne, l'effectif de personnel du CHU jusqu'au mars 2012, il est de 1102 personnes réparties comme suite (selon les données internes au CHU) :

- Personnel médical (médecins) : un total de 180 médecin dont ; (67) médecins généraliste, (86) médecins spécialistes, (03) pharmaciens, (02) professeurs, (20) maitres assistants et (01) maître de conférence classe A.
- Personnel paramédical : représenté par 449 paramédicaux (infirmiers diplômés d'état, aides-soignants, infirmiers principaux, infirmiers brevetés).
- Psychologue : 04 psychologues.
- Personnel administratifs : 84 administrateurs.
- Techniques et de services : 159 personnes.
- Les contractuels : 227 personnes.

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

Section 02 : l'analyse et l'interprétation des résultats et la vérification des hypothèses

I. Interprétation et analyse des résultats

Nous allons entamer notre analyse par la présentation des différentes caractéristiques relatives à notre population d'étude à savoir : sexe, âge, niveaux d'instruction, situation familiale et la durée d'hospitalisation sous forme de tableaux pour marquer la tendance des enquêtés.

I.1. Identification des données personnelles des patients

Tableau N°1 : la répartition des enquêtes par leurs sexes

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Masculin	7	53.84%
Féminin	6	46.15%
Total	13	100%

Source : enquête, 21février au 21 avril 2018

D'après ce tableau N°1 sur la répartition des enquêtés patients au service de la chirurgie générale femme/homme selon le sexe. Nous avons remarqué que le sexe homme est le plus dominant avec un pourcentage de 53.84%, tandis que le pourcentage des femmes est à 46.15% dans la totalité.

Tableau N°2 : la répartition des enquêtés par leurs âge

Tranche	Fréquence	Pourcentage
[18-28]	1	7.69%
[29-39]	4	30.76%
[39-49]	2	15.38%
[49-69]	6	46.15%
Total	13	100%

Source : enquête, 21février au 21 avril 2018

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

D'après les résultats mentionnés dans le tableau ci-dessus, nous constatons que la catégorie d'âge qui se situe entre plus de 49 ans et 60 ans, représente le pourcentage le plus élevé, avec 46.15%, suivi de la catégorie d'âge qui se situe entre 29 à 39 ans, avec un pourcentage de 30,76%, enfin, la catégorie d'âge entre 39ans a 49 ans avec un taux de 15.38%, Par contre, la catégorie d'âge qui se situe entre 18/28ans, représente la catégorie d'âge la moins dominante.

Selon les résultats de ce tableau, nous avons déduit que la majorité des patients dépassent 49 ans et plus. Cela s'explique par l'exposition de cette catégorie aux maladies à cause de la vieillesse et la fatigue, l'apparition des maladies chroniques (comme le cancer, hyper-tension artériel, le diabète, maladies professionnelles, accidents du travail...).

Tableau N°03 : La répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage
Instruit	02	15.38%
Moyen	08	61.53%
Illettré	03	23.07%
Total	13	100%

Source : enquête, 21février au 21 avril 2018

D'après ce tableau nous avons constaté que la plupart des enquêtes sont de niveau moyen avec un taux de 61.53% suivi par 23.07% d'illettré, et le niveau le plus faible est celui du niveau universitaire avec un taux de 15.38 % seulement.

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

Tableau N°04 : La répartition des enquêtés selon leurs situations familiales

Situation	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	01	7.96%
Marié(e)	12	92.30%
Divorcé(e)	00	00.00%
Total	13	100%

Source : enquête, 21février au 21 avril 2018

Les données de tableau ci-dessus démontrent un pourcentage de 92.30% des interrogés qui sont marié(e), en seconde lieu, nous trouvons les célibataires qui représentent un taux de 7.96%, cependant aucune personne parmi les interrogés n'est divorcé.

Tableau N°05 : La répartition des enquêtés selon la durée de séjours

Durée de séjours	Fréquence	Pourcentages
[5j-20j]	09	69.23%
[20j -35j]	00	00.00%
[35j-50j]	03	23.07%
[50j-65]	01	7.69%
Total	13	100%

Source : enquête, 21février au 21 avril 2018

Ce tableau de la répartition des enquêtés selon la durée de séjours des patients affirme que la majorité de ces patients sont hospitalisés de 5 à 20 jours avec un pourcentage de 69.23%. Ainsi les patients qui sont hospitalisé de 35 à 50 jours représente un pourcentage de 23.07%. Enfin les patients qui ont la durée de séjours de 50 a 65 jours avec un taux de 7.69%.

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

I.2. Identification personnelle du personnel médical

Tableau N°01 : répartition du personnel médical selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Masculin	6	60%
Féminin	4	40%
Total	10	100%

Source : enquête ,21février au 21avril 2018

A partir de ce tableau, nous remarquons que le sexe masculin représente la catégorie la plus dominante avec 60%, par contre seulement 40% qui représente le sexe féminin.

D'après ces résultats, nous constatons que la majorité des enquêtés sont de sexe masculin.

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

Age	Fréquence	Pourcentage
[16ans-26ans]	2	25%
[27ans-37ans]	3	37%
[38ans-48ans]	5	50%
Total	10	100%

Source : enquête, 21février au 21avril 2018

D'après les résultats mentionnés dans le tableau ci-dessus, nous constatons que la catégorie d'âge qui se situe entre (38 à 48 ans) représente le pourcentage le plus élevé avec 50%, suivi de la catégorie d'âge qui se situe entre (27-37ans) avec un pourcentage de 37.5% par contre , la catégorie d'âge qui se situe entre (16-26ans), représente la catégorie d'âge la moins dominante.

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

Tableau N° 3 : répartition des enquêtés selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	4	40%
Marié(e)	6	60%
Divorcé(e)	0	0%
Total	10	100%

Source : enquête, 21 février au 21 avril 2018

A travers la lecture de ces résultats, nous remarquons que la majorité des personnels médicaux sont mariés et représentent le pourcentage le plus élevé avec 60 %. Ensuite, les célibataires représentent 40%.

Nous notons que, la plupart des personnels médicaux sont mariés.

Tableau N° 04 : la corrélation entre niveau d'instruction et l'ancienneté des personnels médicaux

Niveau d'instruction	Médecins		Infirmier(e)		Total	Pourcentage
	E	%	E	%		
Ancienté	E	%	E	%	E	%
[2-7ans]	2	33.33%	2	50%	4	40%
[8-13ans]	4	66.66%	2	50%	6	60%
Total	6	100%	4	100%	10	100%

Source : enquête ,21 février au 21 avril 2018

D'après les résultats inscrits sur ce tableau ,nous constatons que la majorité des personnels médicaux ont un niveau d'instruction important, qui se repartit en catégorie socioprofessionnelle .Les médecins qui représentent le pourcentage le plus élevé avec 66.66 % corrélatif avec ceux qui ont entre 8-13 ans d'expérience ,et les infirmier(es) qui représentent la catégorie d'âge la moins dominante avec un pourcentage de 50% dont leurs anciennetés se balance entre 8 à 13 ans d'expérience .

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

En effet, la corrélation entre le niveau d'instruction et celui de l'ancienneté au sein de l'hôpital Khalil Amran explique entre autre, la stabilité dans l'emploi, l'efficacité dans la gestion de service chirurgie générale (femme /homme).

En outre, ce métier demande un niveau d'étude important et une expérience afin de faire face et de répondre au besoin de la société en terme de soin, de prise en charge médicale et psychologique et en terme de satisfaction. Le médecin doit être un bon « communicateur » pour accompagner les patients et les familles dans leur responsabilité à adopter des comportements qui leur seront bénéfiques pour la santé .

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

II. Analyse thématique du contenu des entretiens

II.1. Le déroulement de la communication entre le PM/P

Comme dans toute institution, la communication à L'hôpital est basée sur un processus, qui est crée par deux interlocuteur (personnel médical/patients).

D'après l'analyse des différents entretiens effectués avec les patients hospitalisés au service de chirurgie générale (femmes/ hommes) de CHU de Bejaia, sur le processus de la communication entre le PM et les patients, nous avons obtenu, deux réponses ;

D'une part ceux qui trouvent que la communication entre eux en tant que malade et les PM se passe de manière simple avec un nombre de 9/13 qui représente la majorité de nos enquêtés patients, la communication se passe d'une manière simple déclare une patiente « *la communication avec les medecins et les infirmiers se passe d'une manière simple, on échange des paroles.., normal.. !* » elle ajoute « *...ils sont sympathiques et toujours souriant avec moi...c'est pourquoi je parle avec eux facilement..* » [Interviewer N° 01, question N°01, annexe 02] [Voir grille d'analyse PM annexe N°04], Un autre patient s'appuis sur l'avis précédent « *personnellement, je voie que la communication entre moi et l'équipe médicale se passe bien et simple, car je me sens alaise quand je parle avec eux.. !Surtouts avec les infirmiers, on parle sur tous, pas seulement sur la maladie et soins mais aussi sur la vie quotidienne, la politique, le sport...ect* » [Interviewer N° 05, question N°01, annexe 02] [Voir grille d'analyse PM annexe N°04]

En se référant à leur témoignages, les patients confirment que la communication entre eux autant que malades hospitalisés dans le service et le PM se passe de manière simple et satisfaisante, ces derniers affirment qu'il ya échanges, partage et rétroaction entre eux.

Ce pendant, 4/13 de nos enquêtés patients trouvent que la communication entre eux et le PM est compliquée voir limitée, comme nous le confirme l'une des patiente interrogée « *...quand les medecins me parlent, je me contente de répondre à leur questions..* » [Interviewer N° 07, question N°01, annexe 02] [Voir grille d'analyse PM, annexe N°04]

Un autre patient dit : « *je suis malade, ils sont des soignants, ils sont là pour me soigner, non pas pour parler avec eux.. ! Même si sur mon état de santé, je préfère de ne pas en parler, je veux seulement guérir et c'est le medecin qui sait, qu'est ce qui est bon pour moi, alors je*

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

*trouve inutile de chercher à comprendre, je veux du résultat seulement sur mon état de santé... » [Interviewer N° 02, question N°01, annexe 02] [Voir grille d'analyse PM, annexe N°04], Une autres patiente trouve que la communication avec le PM est compliquée en raison de l'absence de feed -bak régulièrement, elle dit « *ya des moments, ou ils me répondent pas à toutes mes questions sur mon état de santé, ils me disent on verra après... !! C'est pourquoi des fois même si je veux des informations ou explication, je ne parle pas, je garde le silence...* » [Interviewer N° 08, question N°01, annexe 02] [Voir grille d'analyse PM, annexe N°04]*

Les médecins communiquent directement avec les patients lors de l'annonce d'une maladie, en entretien de façon directe et empathique.

De ce fait, nous avons déduit que la communication est une composante indispensable dans les pratiques médicales. Les médecins doivent fournir aux patients tous les renseignements jugés nécessaires sur l'état de santé de leur patients, sur les mesures à prendre en considération, les traitements à suivre y compris pour chacun, leurs avantages et leurs inconvénients, répondre à leurs questions. C'est pourquoi le déroulement de la communication dans le processus de la prise en charge et d'hospitalisation des patients doit être simple et complémentaire entre les PM et les patients, ou il doit y avoir une interaction et une compréhension entre les deux interlocuteurs (PM/P).

II.2. Les moyens de communication entre le PM/P

La communication entre le personnel médical et les patients s'effectue via la communication verbale (paroles) et non verbale (gestes, mimiques, douleurs, sourire...) et la communication écrite.

L'analyse des entretiens effectués avec l'ensemble de nos enquêtés patients et personnels médicaux sur les moyens de communication utilisés par ces derniers pour communiquer entre eux, nous avons déduit qu'ils font recours à la communication verbale, la communication écrite et la communication non verbale ,comme l'affirme 6/10 des personnels médicaux interrogés lors de notre enquête au sein du service « *je parle avec mes patients via la communication verbale ,en langue courante »* [Interviewer N° 07, question N°02, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03],autre médecin dit qu'il fait recours à la langue

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

kabyle car elle est la plus utilisée par les patients qui viennent à ce service « *je communique avec mes patients en langue kabyle, car la plupart sont des kabyles* » [Interviewer N° 06, question N°02, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03], cependant 1/10 de nos enquêtés PM affirme qu'il fait recours à la langue étrangère parfois pour citer les termes médicaux « *...parfois je fais recoure à la langue française pour citer quelques termes médicaux, qui on une relation avec la pathologie du patient..* » [Interviewer N° 03, question N°02, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03]

Un autre médecin fait recours a la communication écrite via les dessins, pour schématiser l'intervention chirurgicale pour le patient et parfois pour ses proches lors de la visite médicale voir la consultation il dit : « *en plus de la communication verbale, je fais recours des fois au dessin pour expliquer l'état de l'intervention chirurgicale pour le patient ou ses proches, lors de la consultation...* » [Interviewer N° 01, question N°02, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03], parfois les PM font recours à la communication non verbale pour communiquer avec les patients comme l'affirme cette infirmière « *...nous avons eux déjà des patients sourd-muet, donc j'étais obliger de leur parler avec les gestes...* » Elle rajoute « *...j'utilise les gestes pour expliquer l'application des soins pour les patients...* » [Interviewer N° 02, question N°02, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03],

En ce qui concerne nos enquêtés patients, ces derniers font appel à la communication verbale et non verbale, en effet 10/13 des patients disent qu'ils font recours à la communication verbale via la langue pour communiquer avec le PM, cette patiente dit : « *je parle avec eux directement, face à face avec la langue kabyle...* » [Interviewer N° 04, question N°03, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patients ,annexe N°04],une autre patiente dit « *j'utilise la communication verbale, avec la langue kabyle, parfois la langue arabe pour quelques médecins, par exemple, le docteur MAHMOUDI et le professeur BERKAN, car ils ne parlent pas la langue kabyle, c'est pour quoi j'utilise la langue arabe pour parler avec eux* » Interviewer N° 03, question N°03, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patients ,annexe N°04],ce pendant 2/13 des patients interrogés affirment qu'ils font appel à la communication non verbale via les gestes comme le souligne ce patient « *..J'utilise les gestes pour leur montrer les places de mes douleurs...* » Interviewer N° 06, question N°03, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patients, annexe N°04]], une autre patiente ajoute « *...j'utilise les gestes les*

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

jours de ma sortie du bloque opératoire, vu que je n'avais pas la force de parler ... »
Interviewer N° 04, question N°03, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patients, annexe N°04]

A partir de la, nous pouvons déduire que le type de communication le plus utilisé par les patients hospitalisés au sein de service de la chirurgie générale de CHU de Bejaia, est la communication verbale via le langage verbal (langue courante). En revanche, l'utilisation de la langue étrangère est moins pratiquée pour le patient. De ce fait, le PM s'adapte au langage courant utilisé par le patient, chose qui engendre des effets positifs dans le processus de soins et aussi relationnel entre les patients et le PM. Ainsi, l'utilisation de la langue maternelle permet aux patients de comprendre leur pathologie et d'acquérir le sentiment de confiance, et de ne pas avoir de frein pour communiquer avec les PM.

Par ailleurs, le PM se base sur la communication verbale étant donné qu'elle facilite la transmission des messages, permet de gagner plus du temps, c'est une méthode plus claire et compréhensive.

La communication permet de ce fait, d'éviter les difficultés et les complications entraînées par la mauvaise compréhension des malades, elle est un moyens qui aide les patients à exprimer leur douleurs, souffrances, inquiétudes et besoin, 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 »¹

Des lors, la communication ne se limite pas au processus d'échange des mots, elle implique aussi, les manifestations gestuelles, les émotions...etc, parfois les PM trouvent des difficultés pour transmettre le message verbalement au patients, c'est pourquoi ils font recours à la communication non verbale via les gestes, symboles, mimiques, le silence qui est basé sur l'écoute de l'autres, le toucher 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

¹ 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-révolution-des-nouvelles-technologies, consulté le 12/05/2018 à 18h51.

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

principes de base, bien souvent perçus de façon implicite, aide à l'établissement d'une relation de bonne qualité »¹

II.3. Les raisons qui empêchent la communication entre le PM/P

Dans le secteur de la santé, les patients trouvent des difficultés dans la communication avec le personnel médical.

A travers cette analyse que nous avons élaboré avec nos enquêtés patients à propos des empêchements en matières de communication avec le PM, nous sommes arrivé à tracer quelques réponses importantes, la majorité des interrogés déclare que c'est le sentiment d'infériorité qui les empêchent de communiquer avec le PM, comme l'explique cette patiente « ...quand je les vois rentrer à la chambre avec leur blouse blanche, je trouve des difficultés à leur parler ... » elle rabaisse sa tête et elle rajoute « ils ont fait des études supérieures pas comme moi.. !! » Interviewer N° 05, question N°04, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patients, annexe N°04], en effet le port de blouse peut avoir un impact sur les patients « le port de blouse traduit un savoir ignoré par le soigné, dès lors, cela pourrait faire naître chez lui un sentiment d'infériorité et par conséquent un sentiment de supériorité de la part de soignant »²

Un autre patient ajoute « ...ils sont médecins et infirmiers, ils sont intellectuels, je suis qu'un simple citoyen, qui n'as pas leur niveau d'instruction ... » [Interviewer N° 12, question N°04, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patients, annexe N°04], dès lors, nous pouvons déduire que le niveau d'instruction empêche certains patients de communiquer avec les PM.

Une autre patiente dit que avec les médecins et les infirmières elle n'a pas d'empêchement mais avec le professeur BERKAN, elle est timide car elle le voit supérieur, selon ses propos « ... je communique facilement avec tous les médecins et infirmières, mais le professeur BERKAN, je ne peux pas.. !! Je suis timide, c'est un cadre !!...» [Interviewer N° 11, question N°04, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patients, annexe N°04], Cependant, l'état de santé des patients peut elle aussi être un frein à la communication entre le PM et les patients, en effet 5/13 de nos enquêtés patients affirment que c'est leur état de santé qui les

¹ BIOY Antoine. BOURGEOIS Françoise et NEGRE Isabelle, communication soignant-soigné, 3^{ème} édition, Bréal 2013, P59.

² MANOUKIAN Alexandre, MASSEBEUF Anne, la relation soignant-soigné, éd Lamarre, Reuil Malmaison, 2001.

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

empêchent de communiquer avec le PM, selon les propos de ce patient, la douleur l'empêche de communiquer avec le PM il dit «...mes douleurs m'empêche de parler avec les autres.. !! » [Interviewer N° 04, question N°04, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patients ,annexe N°04],parfois la peur peut être un obstacle qui ne permet pas au patient de s'exprimer comme nous le déclare ce patient « pour être honnête avec vous, la chose qui m'empêche de communiquer avec le PM c'est la peur de l'intervention chirurgicale , et je veux pas que le PM remarque sa ,et si je parle avec eux ils vont surement le constater et sa va me rendre mal alaise..» [Interviewer N° 10, question N°04, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patients, annexe N°04], une autre patiente quand à elle s'appuis sur l'avis du précédant et dit « ... depuis mon entré dans cet hôpital, j'ai toujours dans ma tête la peur du bloc opératoire et je suis inquiète sur mon état de santé et comment l'intervention va se dérouler ?, c'est pourquoi je ne pouvais pas parler avec personne, j'attends seulement le jour où je vais sortir de là .. !» [Interviewer N° 07, question N°04, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patients, annexe N°04], l'utilisation du jargons médical est considéré comme un point qui peut aussi être un frein à la communication entre les PM et les patients comme nous le déclare cette patiente «...Je ne comprends pas le langage médical que les médecins utilisent, donc j'évite de leur poser des questions sur mon état de santé...» !» [Interviewer N° 13, question N°04, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patients, annexe N°04],

Nous avons constaté d'après les réponses de nos enquêtés patients ,que 7/13 des patients hospitalisés au sein du service de chirurgie générale femme /homme de CHU de Bejaia trouvent des difficultés dans leur communication avec le PM, car ils ressentent le sentiment d'infériorité par rapport à eux, que ce soit par le niveau d'instruction ou intellectuel...ect, suivi par 5/13 des patients qui confirment que la seule raison qui les empêche de communiquer avec le PM c'est leur état de santé, en effet cette catégorie de malades ne supportent pas la douleur et ne peuvent pas s'exprimer, et d'autre qui s'inquiète et ai des craintes vis -à -vis de l'intervention chirurgicale. Enfin un seul interviewé de nos enquêtés patients affirme que c'est le jargon médical utilisé par le PM l'empêche de communiquer avec eux.

Cependant cette impression d'infériorité peut avoir plusieurs origines d'une part, le fait que le patient souffre d'une maladie et qu'il éprouve de ce fait un sentiment de démunissions, d'incapacité, et infériorité, d'autres part le fait de se comparait par rapport au niveau

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

d'instruction ou les patient considèrent que les PM possèdent un niveau d'instruction plus élevé par rapport à eux et donc cela constituent un frein dans leur communication.

II.4. La nature de la relation entre PM/P

Une relation est une rencontre entre deux personnes, de ce fait rencontre de deux caractères, deux psychologies particulières, dans l'hôpital c'est la rencontre d'un soigné (malade) qui demande d'être pris en charge et un soignant (médecins, infirmières..etc) qui offre des soins à ce derniers.

D'après les témoignages de la majorité de nos enquêtés patients, nous avons compris qu'ils possèdent de bonnes relations avec le PM de service de chirurgie générale de CHU de Bejaia, en effet 12/13 d'entre eux confirment que les PM du service ne mettent pas de barrière entre eux et que ces derniers communiquent avec eux par la simplicité et l'empathie comme le confirme cette patiente «...ils ne mettent pas de barrière entre nous.. » [Interviewer N° 02, question N°02, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patients, annexe N°04], Un autre patient rajoute « je crois que tous les malades dans ce service ont de bonnes relations avec l'équipe médicale, car ils nous traitent tous de la même façon et on parle et on échange des propos comme si ils sont nos amis.. !!Surtout avec les infirmiers. » [Interviewer N° 09, question N°02, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patients, annexe N°04], le PM de ce service nous confie qu'il a d'excellentes relations avec les patients de ce service en effet 09/10 de nos enquêtés PM affirment qu'ils ont de bonnes relations avec les patients, comme nous le déclare ce médecin « dans ce service, je dirais que mes relations avec mes patients sont excellentes.. » [Interviewer N° 01, question N°06, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03], une infirmière dit « je trouve mes relations excellentes avec les patients, car je trouve pas de difficultés dans ma communication et mon travail avec eux, en plus de sa c'est tous les patients qui admirent mon travail et mes efforts, j'essais toujours de familiariser les nouveaux patients en ce service dès leur entrées.. ! » [Interviewer N° 05, question N°06, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03], cependant 1/13 de nos enquêtés patients dit qu'elle n'a pas de bonnes relations avec une infirmière de ce service, selon les propos de cette patiente, l'infirmière est négligente et sévère avec les patients, elle dit « ...j'ai de mauvaises relations avec l'infirmière qui travail la nuit, elle ne fait pas son travail, et elle parle avec un ton élevé... » [Interviewer N° 11, question N°03, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patients annexe N°04]

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

La création d'un lien de qualité avec les patients exige de la part des soignants, engagement, disponibilité, objectivité, et de grandes capacités d'adaptation relationnelle, en effet la relation compte autant que les soins et les diagnostics.

L'établissement d'une relation entre soignant /soigné se fait par l'intervention de plusieurs facteurs, on cite ;

- « le facteur psychologique : principalement les valeurs personnelles, les représentations, les préjugés, les émotions, les désirs, les enjeux particuliers de cette communication.
- les facteurs sociaux : l'appartenance à une catégorie professionnelle, à une classe d'âge, une culture ainsi que les rôles et les fonctions de chacun.
- les facteurs physiques : les perceptions propres à chacun, l'aspect physique. »¹

Malgré les bonnes relations partagées entre le PM et les patients de ce service, elle reste de nature soignant/soigné qui est basée sur un respect complémentaire et une bonne coopération et écoute de la part du PM, comme le déclare cette patiente « *je communique facilement avec le personnel médical, mais je me vois toujours malade et eux des soignants .. !!* » [Interviewer N° 07, question N°02, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04] un autre patient s'appuie sur l'avis de cette patiente et nous dit « *je suis malade, je suis là pour me soigner, j'ai une relation limitée dans le cadre de ma maladie et les soins avec les médecins et les infirmiers* » [Interviewer N° 08, question N°02, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04], un autre patient rajoute « *ils sont des médecins et infirmiers, je suis venu ici pour subir une intervention chirurgicale, mais ya toujours un respect partagé entre nous, je les écoute quand ils me demandent de faire quelque chose dans le but de guérir* » [Interviewer N° 05, question N°02, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04]

Ce pendant 4/13 de nos enquêtés patients affirment qu'ils ont dépassé le cadre de la relation soignant/soigné et qu'ils ont créé des relations interpersonnelles avec les PM de ce service, comme nous le déclare cette patiente « *les PM de ce service sont sympathique, je les considère que mes propres enfants, eux aussi ils me parle avec respect* » [Interviewer N° 09, question N°02, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04], ce patient quant à lui voit le service comme sa deuxième maison il dit « *j'ai créé des relations amicales dans ce*

¹ MANOUKIAN Alexandre, la relation soignant-soigné, 4^{ème} édition, Lamarre, 2014.

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

service, je considère les PM et les malades comme ma deuxième famille, pour moi c'est une bonne relation qui est basée bien sûre sur le respect » [Interviewer N° 13, question N°02, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04]

Après son admission dans un hôpital et après avoir passer quelques jours dans le service ou il est hospitalisé ,le patient crée des relations avec les autres patients ainsi que le PM selon MANOKIAN« La véritable relation se construit à travers des échanges personnalisés.»¹, il peut avoir des relations limitées dans le cadre de soins ,qui est de nature soignant/soigné, ou dépasser ce stade et créer des relations amicales basées sur le respect mutuel et l'écoute ,les patients et le PM peuvent avoir de bonnes et mauvais relations ,cependant elles dépendent de la nature de cette relation ainsi que de la coopération des deux parties pour atteindre le même but qui est la guérison du malade et la satisfaction des deux (PM/ P).

II.5.Les difficultés dans la relation PM/P

L'analyse des entretiens effectués avec l'ensemble de nos enquêtés PM sur les difficultés dans la relation avec les patients, nous avons obtenu deux réponses ,6/10 de nos enquêtés PM déclarent que les difficultés qu'ils rencontrent avec les patients c'est le manque de confiance comme l'affirme ce médecin « ...des fois ya des patients qui voient que je leur cache des informations sur leur état de santé... » [Interviewer N° 03, question N°03, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03] cet infirmier rajoute « ...des fois les patients qui ne me font pas confiance dans l'application de soin... » [Interviewer N° 04, question N°03, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03], un autre médecin s'appuis sur l'avis du premier médecin interviewé il dit « parfois ya des malades qui ont des doutes, qui disent que je leur cache des informations... » Et rajoute aussi « parfois on se trouve avec des malades qui refuse carrément soit l'intervention soit les soins, oui surtout les patients adolescents » .Interviewer N° 06, question N°03, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03]

Le manque de communication peut aussi être l'une des difficultés de la relation soignant/soigné, en effet 4/10 de nos enquêtés soignants trouvent des difficultés dans l'annonce d'une maladie grave, ou l'étale ou d'un dommage associé aux soins comme le déclare ce médecin « ..Je trouve des difficultés dans l'annoncer de la maladie grave pour le

¹ MANOUKIAN Alexandre, Op Cit, P105

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

patient... » [Interviewer N° 01, question N°03, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03], Un autre médecin rajoute « *...la difficulté avec les proches lors de l'annonce du diagnostic, parfois ya ceux qui n'acceptent pas la maladie du patient... »* [Interviewer N° 07, question N°06, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03]

Nous déduisons à partir de ces réponses que malgré les compétences des soignants et l'évolution des soins, ces derniers trouvent des difficultés avec les patients et parfois avec les proches de ces derniers. Cependant l'angoisse, la peur, la brutalité de l'hospitalisation peuvent entraîner un refus de soins, de l'aide ou encore du réconfort que les soignants peuvent offrir aux patients.

D'après les réponses obtenues des entretiens effectués avec nos enquêtés patients dans ce service, nous avons déduit que le manque de communication peut être une difficulté dans la relation soignant /soigné, en effet la majorité de nos enquêtés affirment qu'ils ne reçoivent pas d'information régulièrement sur leur état de santé comme dit cette patiente « *...les médecins me donne pas de nouvelles, ils les communiquent à mes enfants.. »* [Interviewer N° 12, question N°07, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04]

Un autre patient ajoute « *ils me disent rien sur mon état, ils me font presque chaque trois jour une prise de sang pour des analyses vue que j'ai l'anémie mais ils me disent rien, sauf quand je demande qu'est ce qu'ils ont trouvé dans les analyses, après ils m'expliquent directement, quelle que soit la nouvelle bonne ou mauvaise le médecin me la communique directement »* [Interviewer N° 02, question N°07, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04]

Une infirmière déclare qu'elle a des difficultés dans sa communication avec quelques patients, elle dit « *je trouve des difficultés dans la communication avec les personnes âgés, des fois ils me comprennent pas, des fois ils m'écoutent pas quand je leur explique les soins... ! »* [Interviewer N° 10, question N°03, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03]

Les PM justifie cette insuffisance de communication par le manque de temps et la surcharge du travail, comme le dit cette infirmière « *parfois je suis sur dépasser avec tous les soins à appliquer, c'est pourquoi, des fois je rentre dans les chambres j'applique les soins et je sorte sans même parler aux patients. »* [Interviewer N° 05, question N°03, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03]

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

Ce médecin rajoute « *la communication est une difficulté que tous médecin peut rencontré dans sa pratique médicale, oui des fois on trouve des difficultés dans l'annonce du diagnostic, des fois nous avons pas le temps pour communiquer avec les patients, on est dépassé par la surcharge du travail aux urgences ,c'est pourquoi nous avons pas le temps de communiquer, et cela peut nuire à la relation avec les patients hospitalisés dans ce service ,car ils nous rapprochent ce manque de communication..* » [Interviewer N° 08, question N°06, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03]

Dans leur pratique quotidienne de la médecine, les PM peuvent avoir des difficultés dans leur relations avec les patients, elles peuvent être dus au manque de communication à cause de la surcharge du travail, et le nombre réduit voir manque du personnel, comme elles peuvent être causé par le manque de confiance des patients engendré par la peur de l'intervention chirurgicale, l'angoisse ou encore la brutalité de l'hospitalisation.

II.6.La pertinence des nouvelles (informations) sur l'état de santé des patients

La rencontre avec le médecin constitue toujours un moment crucial, les patients ont besoins d'être informer sur leur état de santé ,c'est pourquoi les informations, doivent être toujours à la disposition des patients, d'après les réponses recueillies auprès de nos enquêtés patients, 3/13 d'entres eux ont confirmé que les personnels médicaux leur donnent souvent des nouvelles sur leur état de santé ,comme nous le déclare cette patiente« *le médecin me donne des nouvelles après chaque visite médicale qui se fait le matin* » [Interviewer N° 05, question N°07, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04] .En se référant à un autre patient, l'amélioration de leur état de santé est la preuve de la bonne qualité de la prise en charge et voila ce que ce patient a signalé « *oui la qualité est bonne et tous les médecins m'informent sur tout ce qui se passe avec mon état de santé par conséquent je suis bien et dieu merci je vais beaucoup mieux depuis que je suis là* » [Interviewer N° 03, question N°07, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04] un autre patient confirme l'idée précédente « *...oui ils me donnent des nouvelles régulièrement, dès le début de ma rentrée à ce service mon médecin m'explique et me donne des traitements et un régime à suivre et à chaque fois que je me sens pas bien je l'informe et il suit toujours l'évolution de ma situation* » [Interviewer N° 12, question N°07, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04] ,un autre patient a déclaré que « *.. Chaque visite médicale du matin, les médecins me donnent des nouvelles sur mon état de santé, et lorsqu'il s'agit de mauvaises*

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

nouvelles je les trouve hésitants, mais je leur demande de me dire tous et en détails et qu'ils soient honnêtes avec moi et de ne pas avoir peur car je suis médecin de moi même ... » [Interviewer N° 04, question N°07, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04]

D'après les réponses obtenues auprès des patients, nous avons constaté que la minorité des patients hospitalisés affirment qu'ils obtiennent des informations de façon régulière chaque matin durant la visite médicale des PM où ces derniers leur communiquent toute évolution et régression de leur état de santé.

Cependant, la majorité de nos enquêtés patients déclarent qu'ils ne reçoivent pas d'information régulièrement sur leur état de santé et que les PM leur communiquent rarement des informations, comme nous le confirme un patient « *les médecins ne me donnent pas des nouvelles, ils les communiquent à mes enfants..* » [Interviewer N° 13, question N°07, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04]

Un autre patient ajoute « *non ! Ils me donnent pas des nouvelles du tout ...je ne sais pas pourquoi !* » [Interviewer N° 0,6 question N°07, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04]

Ainsi, une autre patiente a déclaré que : « *selon mon état de santé les médecins me donnent pas des explications exactes car maintenant je suis avec le traitement et ils peuvent rien me dire* » [Interviewer N° 03, question N°07, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04]

Une autre patiente ajoute « *ils me disent rien sur mon état de santé , ils me font presque chaque 3 jours une prise de sang pour des analyses vue que j'ai l'anémie , mais ils me disent rien , sauf quand je leur demandent les résultats des analyses que j'ai déjà fait , après ils m'explique directement , quelque soit bonnes ou mauvaises nouvelles , le médecin me les communique directement* » [Interviewer N° 10, question N°07, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04]

Ce patient quant à lui dit : « *mon médecin ne me donne pas des nouvelles sur mon état de santé c'est juste lors de l'intervention qui se fait chaque matin je lui pose des questions et il me répond et me la communique de manière simple (face à face)* » [Interviewer N° 06, question N°07, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04]

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

D'après ces enquêtés, nous déduisons que les patients hospitalisés ont confirmés qu'ils ne reçoivent pas d'information de façon régulière sur leur état de santé.

Et d'après les personnels médicaux lors de leur intervention avec les patients et leur comportement en transmettant les informations sur leur état de santé, un médecin a dit « *dans certains cas lors d'une annonce d'une maladie à certains patients, d'une part il n'accepte pas leur maladie, d'autre part, ils vont perdre confiance en soi. Après, ils disent vous cachez quelques choses sur mon état ? Les cancéreux par exemple et moi dans cette situation je vais essayer de leur expliquer et de leur éclairer les choses* ». [Interviewer N° 03, question N°05, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03]

Et un autre infirmier qui a signalé que « *après avoir discuté et expliqué les soins durant les séjours et répondu aux questions posées par les patients, ce que lui permet de se mettre aise et confiant et qui va contribuer à leur guérison* » [Interviewer N° 07, question N°07, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03]

Ce que nous avons constaté lors de notre enquête au sein du service chirurgie générale femme / homme, les patients lors de leur hospitalisation ont besoin d'être informés par les médecins sur toute évolution de leur état de santé et d'être à leurs écoute, ce qui les aide d'avantage à l'amélioration de leur état de santé, et même les personnels médicaux essayent de répondre aux besoins des patients malgré la surcharge du travail. .

II.7.les facteurs qui contribuent à l'amélioration de la prise en charge des patients

La qualité de la prise en charge est le premier souci des patients, par ce que ce facteur détermine l'amélioration de leur état de santé.

L'analyse des entretiens effectués avec l'ensemble de nos enquêtés personnel et patients sur les facteurs qui contribuent à l'amélioration de l'état de santé des patients, nous avons déduit que selon le personnel médical les facteurs qui contribuent à l'amélioration de la prise en charge des patients qui font recours à la communication avec les patients, la disponibilité des moyens techniques et matériels, et de gagner la confiance mutuel des patients, la coopération avec le patient. Comme l'affirment 6/10 du personnel médical interrogé lors de notre enquête dans le service, ces derniers utilisent la communication avec les patients « *effacer les barrières relationnelles lors de la communication avec les patients, échange des*

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

paroles et des gestes et consacrer le temps pour parler et d'être à l'écoute des patients » [Interviewer N° 01, question N°08, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04]

A partir de la, nous pouvons déduire qu'on peut pas construire une relation avec les autres son faire recours a la communication ,en effet la relation entre personnel médical et patient est une relation de soin basée sur l'écoute , respect et la confiance dans le but d'avoir la guérison , donc la communication est un facteur majeur dans l'amélioration de la prise en charge des patients. « la communication compris comme une « mise en commun » un échange et un partage de paroles et de relation suppose la construction d'un sens commun, elle se joue également au niveau des acteurs de différentes disciplines, par exemple entre médecin infirmiers, entre personnel du domaine hôtelier et du secteur administratif au encore au niveau interpersonnel au sein des équipes, ainsi que dans la dyade de la relation au patient ».¹ Nous déduisons que l'importance de la communication apparait dans la nécessité de continuité et de permanence des soins à L'Hôpital .Elle est un enjeu essentiel à la fois pour les soignants et pour les patients.

2/10 des PM interviewés confirment que la communication permet de gagner la confiance du patient, comme le déclare ce médecin « *être à l'écoute du patient échange et partage d'information afin de gagner leur confiance* » [Interviewer N° 10, question N°7, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03]

Cependant 1/10de nos enquêtés PM, affirment que la disponibilité des moyens techniques et humains sont parmi les facteurs qui participent à l'amélioration de la prise en charge des patients , la disponibilité des ressources humaines et des moyens matériels est indispensable pour assurer une bonne qualité de prise en charge des patients à L'Hôpital, la disponibilité des médecins qualifiés(professeurs, médecins spécialistes) et aussi la disponibilité des moyens matériels(radio, scanner), selon un personnel médical « *pour moi les facteurs qui contribuent à l'amélioration de la prise en charge des patients c'est d'avoir du matériel médical et humain parce que dans L'Hôpital CHU on a un manque vraiment des moyens techniques et du personnel médical.* » [Interviewer N° 04, question N°07, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03] ,un autre médecin déclare que c'est la coopération des patients qui contribue à l'amélioration de leur état de santé « *la communication permet d'échanger des*

¹ - Véronique Haberey-Knucci et al. Op Cit, P.10.

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

informations avec le patient sur son état de santé, et il devient coopérant avec moi » [Interviewer N° 06, question N°07, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03] , la prise en charge d'un patient nécessite une connaissance , une expérience , une organisation et une complémentarité entre personnel médical et le patient .

D'après nos enquêtés, nous pouvons dire que le personnel médical considère la communication avec les patients comme indispensable dans le processus de soins ,dans la mesure où elle contribue à la sérénité de patient , afin de développer une relation de confiance , d'avoir plus d'information sur son état de santé , connaître leur souffrance et leur prescrire des traitements nécessaires et donc la relation personnel médical et patient est un facteur essentiel dans le traitement des patients.

II.8.L'impact de la communication sur la relation entre le PM/P

L'Accueil est le premier contact entre le personnel médical et le patient au sein du service, dans la mesure où les premiers instants d'une rencontre sont déterminants pour la suite de l'hospitalisation, il se doit donc d'être de qualité.

La communication entre le personnel médical et les patients est le fondement de chaque bon déroulement d'une thérapie, car elle adhère au médecin de comprendre la source et la nature de la maladie et à déterminer la procédure à suivre durant le traitement de son patient. D'après les réponses des enquêtés que nous avons collecté, la majorité du personnel médical 6/13 disent que la communication a un impact positif sur la relation entre le PM/P, vue qu'elle contribue à surmonter l'esprit de patient et diminuer son stress ,comme le déclare ce médecin « *je parle avec les patients pour les soulager et diminuer leur stress , et ainsi la communication permet de mettre le patient à l'aise et de le soulager »* et il rajoute aussi que « *la communication avec les patients les aide à surmonter la peur de l'intervention »* [Interviewer N° 01, question N°9, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03].

A ce stade nous constatons que 3/13 de PM confirment que la communication permet de renforcer la confiance entre le PM /P , cette notion de confiance renvoie au sentiment de sécurité qui est la base de toute relation , elle n' est cependant pas acquise mais se gagne au cours d'échange comme le confirme ce médecin « *quand je parle avec le patient régulièrement , il me fait confiance de plus en plus »*et il ajoute au même temps « *le malade se sent rassuré »* [Interviewer N° 08, question N°09, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

annexe N°03] , de ce fait nous pouvons noter que la confiance est la base de toute relation « la rencontre entre une personne soignant et une personne soigné poursuit un objectif bien précis , celui de réussir cette rencontre , c'est à dire tissé des liens de confiance »¹. Donc la communication est un enjeu essentiel pour les patients, elle est la condition d'une mise en confiance nécessaire au traitement à son bien être, à la compréhension de ce qui l'affecte, c'est à dire au bon déroulement de son séjour a L'Hôpital.

Et d'après un autre personnel médical qui déclare que l'impact de la communication sur leur relation avec les patients, lors des traitement , l'échange et le partage d'information entre eux sollicite le patient à être coopérant « *la communication permet la coopération du malade dans le processus de soins quand le patient coopère il contribue à l'amélioration rapide de son état de santé* » [Interviewer N° 10, question N°09, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03] d'après cette citation qui affirme cette idée précédente « le malade a l'obligation de rechercher une aide compétente et de coopérer avec ceux qui ont la charge de le soigner »²

Cependant ,la majorité des patients montrent que la communication leur permet de renforcer la relation avec le PM et leur donne l'opportunité d'avoir une bonne prise en charge, comme le confirme ce patient « *la chose qui a permet de renforcer ma relation avec le PM c'est la communication , et l'échange d'information qui nous a permet de se mettre aise et de diminuer notre stresse lors de notre hospitalisation* » [Interviewer N° 07, question N°08, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04]

Donc, d'après ces enquêtés nous pouvons déduire que pour le patient, la communication peut apporter un plus pour diminuer son anxiété, sa douleur physique et psychique, cependant l'extériorisation de ses pensées lui permet aussi d'améliorer son état grâce à la compréhension par le soignant et la prise en considération de ses besoins concernant sa maladie et son hospitalisation.

Enfin, d'après un médecin qui nous a expliqué de quelle manière il s'adresse et entre en relation avec le patient pour le persuader d'accepter sa maladie « *j'explique le*

¹ - HESBEEN Walter, Op.Cit., P.30.

²- ADAM Philippe et HERZLICH, sociologie de la maladie et de la médecine , éd Nathan, armond colin ,paris 1994 p.77

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

déroulement de l'hospitalisation à un patient , lentement en faisant des pauses tout en continuant à l'observer : il me regarde durant l'explication , il est très attentif » [Interviewer N° 09, question N°09, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03] ces explications permettent au patient d'anticiper, de ne pas être surpris et de diminuer son anxiété , ainsi être en relation consiste ,à écouter l'autre , à partager et à comprendre les informations transmises.

Nous avons déduit que la relation du personnel médical avec le patient est un garant incontournable de la qualité des soins, et du bon déroulement de l'hospitalisation, on peut sans doute voir que l'accueil des patients prend un autre angle, il devient plus qu'un échange d'information mais un véritable outil de soins à part entière.

II.9.L'impact de la communication sur l'état de santé de patient et sa prise en charge

La communication avec le personnel médical et le patient peut avoir un impact positif ou négatif sur la prise en charge des patients hospitalisés.

C'est avec la communication que les médecins peuvent expliquer aux patients, l'utilité des médicaments administrés et leur apportent des solutions sur leurs maladies, ils leurs expriment le besoin d'un suivi et d'une prise en charge médicale en fonction de degré de la maladie. D'après notre enquête qui s'est faite lors de notre période de stage les personnel médicaux nous ont confirmé que *« dès le début de la rentrée des patients à l'hôpital on essaye de parler d'expliquer pour les patient leurs état de santé et ce qui les permettra d'accepter son état de santé qui va lui permettre de se mettre aise »* [Interviewer N° 08/05/10/04, question N°10, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03] ,Et d'après les entretiens effectués auprès des patients nous avons obtenu quelques réponses sur l'impact de la communication sur l'état de santé des patients et sa prise en charge.

D'après notre analyse nous avons constaté que c'est la communication qui permet de renforcer la prise en charge psychologique des patients, 6/13 des patients ont déclaré que la communication avec le personnel médical les rendent aise du moment où la discussion avec eux les encourage à ne pas avoir peur de l'intervention chirurgicale. Comme le confirme cette patiente *« j'avais peur au début, j'étais angoissée, mais les médecins m'ont rassuré , il m'ont comparais à d'autre état plus grave que la mienne et sa ma soulager »* [Interviewer N° 12, question N°07, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04]

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

Et ainsi 3/13 des patients disent que lors de leur hospitalisation et avec le temps ils ont construit des relations avec les personnel médical et même avec les malades , à partir des réponses de ces patients, nous avons constaté que c'est la communication qui a permet de construire des liens sociaux comme le confirme ces patients « *la communication me permet de créer des liens sociaux avec les autres patients* » [Interviewer N° 06/02/11/, question N°10, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04] et même deux patiente déclarent que « *l'échange de parole avec l'équipe médicale nous aides à être dans le même groupe social et considérer l' hôpital comme notre deuxième maison* » [Interviewer N° 06/03, question N°10, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04] et d'après un autre patient « *une bonne parole rapport une bonne parole , et sa me permet de se mettre aise , et je suis bien entouré par mes proches , et pour moi cette communication avec le personnel médical me rapporte un bien fait pour moi* » [Interviewer N° 02, question N°10, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04]

Autres patients trouvent que l'impact de la communication contribue à leur guérison« *la communication avec le personnel médical m'aide à guérir rapidement car elle me permet de me préparer pour l'intervention et de lutter contre ma maladie* » [Interviewer N° 08/13, question N°11, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04] pour Talcott Parsons « la structure social organise fortement leur comportement et , d'un coté comme de l'autre , existent en effet des attentes clairement définies : les patients ont besoin de laide des medecins réciproquement , les medecins se comporte de manière altruiste et disposent de connaissances spécialisées permettant d'atteindre le but commun du malade et du medecin : la guérison »¹

. Ainsi deux autres patientes confirment que « *la communication avec le personnel médical augmente mes chances de guérir plus vite..* » [Interviewer N° 07/04, question N°11, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04]

Nous avons déduit que la plupart des patients ainsi que les medecins expriment leurs contentement à l'égard des services donnés par l'hôpital KHALIL Amran , cela s'explique d'une part par l'existence d'une prise en charge hospitalières des malades , suite à la prise en charge médicale et psychologique qui les aides à se mettre aise afin de soulager leur souffrance et leurs douleur , d'autre part ,par les medecins qui veillent sur la préservation de

¹ - ADAM Philippe et HERZLICH Cloudine, Op. Cit, P.77.

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

leur santé , répondant aux besoins des patients et leur assurent un suivi et un meilleur accompagnement pour leur bien être.

II.10. le rôle de la communication dans la prise en charge psychologique des patients :

La communication joue un rôle primordial dans la prise en charge psychologique des patients hospitalisés.

D'après l'analyse des différents entretiens effectués avec les patients hospitalisés au service de la chirurgie générale (femme /homme) de CHU de Bejaia sur le rôle de la communication dans la prise en charge psychologique des patients, nous avons obtenu de ux réponses :

D'abord, ceux qui trouvent que le fait que les personnel médical communique avec eux permet de diminuer leurs stresse et d'être rassurant, avec un taux de 7/13 qui représente que la majorité de nos enquêtés patients confirment que la communication contribue à l'amélioration de leur état psychologique *« dés que je parle avec eux je me sens rassurer »* elle ajoute que *« je sens plus rassurer pour l'intervention.. »* [Interviewer N° 05, question N°11, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04].

Les réponses obtenues auprès des patients ont démontré que la communication a un impact sur la prise en charge psychologique des malades, la majorité des patients hospitalisés appréhendent que la communication permet de diminuer leurs stresse.

Ensuite, 6/13 de nos enquêtés patients trouvent que la communication leur permet de soulager leurs souffrance et de créer un climat de confiance avec le personnel médical comme le confirme les patients qui sont interrogés *« ...quand j'échange des parole avec eux quotidiennement, j'ai confiance avec eux... »* [Interviewer N° 03/11, question N°11, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04]

Un autre patient déclare *«..ils m'aident à guérir plus vite, en voyant le médecin nous parler le matin avant même de se maitre au travail, chaque matin quand il arrive vue qu'il passe devant nos chambre pour aller à son bureau, il passe un par un et il nous demande si on va mieux, sa c'est déjà énorme pour moi, car je vois que il n'était pas obliger mais il le fait comme même, donc sa m'aide psychologiquement à guérir plus vite ... »*[Interviewer N° 12, question N°07, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04] , De ce fait nous

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

pouvons dire que les patients estiment que la communication avec le personnel médical les aide à créer un climat de confiance et soulager leur souffrance.

Enfin La rencontre avec le médecin constitue toujours un moment crucial , d'après les résultats obtenues lors de notre enquête auprès des patients, nous constatons que les personnels médicaux doivent être à l'écoute des patients, et comprendre leurs souffrances , les informer sur leurs état de santé , les causes et les conséquences de leurs souffrances et leurs maladies , chose qui influence sur le plan psychologique des patients et constitue une prise en charge psychologique et médicale .La communication joue un rôle indispensable car elle diminue la souffrance des patients , elle crée une relation familiale «dans le code déontologique médical, le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin , en y consacrant le temps nécessaire , en s'aidant dans toutes les mesures que possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et , sil ya lieu , de concours appropriés »¹

II.11.Le rôle de la communication dans la prise en charge sociale des patients

Lors de son hospitalisation, le patient est dans une situation de déviance par rapport aux normes de la société, son état l'empêche de répondre aux attentes du monde sociales telles qu'aller au travail, voyagé,... etc. Ce dernier se retrouve dans un groupe social différent composé d'autres malades et personnel médical dont il est appelé à créer des liens sociaux, afin d'arriver à ce but il doit faire recours à la communication.

Tout au long de notre stage, les réponses obtenues par les patients sur le rôle de la communication dans la prise en charge sociale des patients , 5/13 des patients disent que c'est la communication qui leur permet d'effectuer leur consultation et l'accès aux soins ,ce patient signale que :« *Jai fait des consultations avec mon chirurgien avant d'entrer à ce service et c'est la communication qui ma permet d'avoir des bonnes relations avec le personnel médical , de se soigner et de faire des consultations même par mon intervention ...ce qui a été dit par mon médecin ..* » [Interviewer N° 02, question N°09, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04] une autre patiente rajoute :« *la communication me permet de demander ,de faire quelques analyses que mon médecin ma demandé ici à l'hôpital car je n'ai pas des moyens pour les faire en dehors de l'hôpital ...* » [Interviewer N° 12, question N°09, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04]. Et d'autre patients d'entre eux

¹-Article 33(article R.4127-33DU CSP), code de déontologie, Op Cit,P.08.

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

8/13 ont confirmé que la communication avec le personnel médical leur permet d'être écouté et d'avoir une explication sur les traitements à suivre durant leurs hospitalisation « *les médecins m'explique les causes et les conséquences de ma maladie car il me donne l'occasion de poser des questions sur mon état de santé* » [Interviewer N° 07, question N°09, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04]) il ajoute aussi que : « *les infirmiers m'expliquent les soins , les noms des médicaments et quel est leurs intérêt et les effets qui vont apporter par rapport à ma santé , ainsi que c'est la communication qui me permet d'écouter les consignes et les traitements à suivre et je le pose des questions quand je comprend pas* » [Interviewer N° 07, question N°09, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04]

Selon une autre patiente qui est venue de Jijel : « *la communication avec les infirmiers me permet de traduire ce que les médecins me disent quand je le comprend pas ...* » [Interviewer N° 03, question N°09, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04]

Nous avons remarqué que la majorité des enquêtés patients estiment que la communication concourt à l'annonce et le partage d'information sur la maladie d'un patient, ainsi que l'écoute des personnels médical. Comme elle permet d'avoir une consultation et l'accès aux soins. En effet, la majorité de nos enquêtés patients nous ont confirmé que la communication leur permet d'obtenir des informations (causes conséquences, contraintes,... etc.) sur leur pathologie, auprès des personnels médicaux, mais aussi d'être écouté afin d'obtenir une meilleure orientation de la part du personnel médical. Cependant certains de nos enquêtés estiment que la communication leur permet d'accéder aux soins et à la consultation médicale.

Nous avons déduit que la communication est importante dans les soins thérapeutiques, du moment où elle permet d'établir une relation de confiance, le respect entre personnel médical et patient c'est d'avoir une bonne prise en charge. Selon la déclaration de Genève, les médecins et professeur de santé affirment « je considère la santé de mon patient mon premier souci »¹

¹ - la déclaration de Genève médecins et patient, in John R williams, Manuel d'éthique médical, 3^{ème} édition association médicale mondiale INC2015, P.36.

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

II.12.La disponibilité des PM au service des patients

Parmi les exigences de la pratique médicale, La disponibilité du personnel médical pour répondre aux besoins des patients hospitalisés.

D'après les réponses obtenues de nos enquêtés patients dans le service, sur la question de la disponibilité du PM, nous avons eues deux réponses importantes, nous citons :

Les patients qui déclarent que le PM sont disponibles dans les normes des besoins, tel que lors des visites médicales de chaque matin et lors des soins pour les infirmiers comme le déclare cette patiente « *...les infirmiers sont toujours disponible quand je leur fait appelle...* » [Interviewer N° 02, question N°13, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04]

Un patient ajoute « *...les médecins font souvent une visite médicale chaque matin...* » [Interviewer N° 07, question N°13, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04] ajoute ce patient« *...les infirmières font les soins chaque matin, et chaque soir...* » [Interviewer N° 12, question N°13, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04]

Tandis que les autres affirment que les PM de ce service ne sont pas disponibles pour satisfaire leur besoins notamment en matière de communication ,où ces derniers ne trouvent pas les médecins disponibles lorsqu'ils veulent des informations sur leur état de santé, comme nous le déclare cette patiente «*...les médecins ne sont pas souvent disponibles, je voulais voir mon médecin pour lui poser des questions sur mon état de santé deux jour après l'opération , les infirmières disent qu'il n'est pas disponible et qu' il a une surcharge il ne peut pas venir...* » [Interviewer N° 04, question N°13, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04]

Une autre patiente rajoute « *...les infirmières ne vient pas directement quand je leur fait appelle, des fois elles prennent beaucoup de temps pour venir et sa m'énerve !!...* » [Interviewer N° 11, question N°13, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04]

Un autre patient dit : « *malgré que les médecins font chaque matin une visite médicale avec l'ensemble des stagiaires médecins ainsi que les infirmières, mais c'est une visite de courte durée, ils nous demandent si on va mieux c'est tous.. !!,donc on voie pas souvent les médecins pour nous donner des explications sur notre état de santé, de ma part je reproche aux médecins de ne pas nous consacrer plus de temps pour parler avec nous, car nous avons*

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

tous des questions en tête qu'on veut savoir les réponses sur notre maladie et sur l'intervention chirurgicale » [Interviewer N° 06, question N°13, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04]

II.13. Les facteurs qui engendrent les conflits entre les PM /P

Les conflits entre le PM et les patients sont de plusieurs natures, et peuvent avoir différentes causes.

Lors de l'analyse des entretiens effectués avec l'ensemble de nos enquêtés PM et patients, nous avons déduit que malgré les bonnes relations partagées entre ces derniers, ils ne sont pas toujours à l'abri des mésententes et parfois des conflits qui sont générés par plusieurs facteurs, des fois causés par le patient qui refuse l'établissement d'une relation thérapeutique avec un soignant par un manque de confiance en ce dernier ou par refus de la maladie ou encore le refus des traitements médicaux, comme nous le confirme ce médecin interviewé « *ya des patients qui n'acceptent pas leurs maladies, et par conséquent ils refusent les traitements et l'établissement d'une relation thérapeutique avec nous les médecins, et justement ça peut générer un conflit* » [Interviewer N° 03, question N°12, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03], en effet, les PM ne peuvent pas satisfaire toutes les attentes des patients, c'est pourquoi ces derniers peuvent rencontrer des comportements difficiles et des conflits avec le patient ou encore la famille de ce dernier, comme nous le déclare cette infirmière « *personnellement, la majorité des situations où j'ai eues des conflits c'est toujours avec soit le garde malade ou avec les proches des patients lors des visites, ils jugent toujours que les infirmières ne font pas leur travail.. !!J'ai eues des harcèlements verbaux plusieurs fois de la part des proches de quelques patients* », [Interviewer N° 07, question N°12, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03], dès lors, un comportement difficile ou dépassé de la part du patient ou de sa famille peut créer des réactions négatives chez le soignant.

Cependant, le stress, un diagnostic erroné, le retard peuvent aussi être à l'origine des conflits entre PM et patients, comme nous le déclare cet infirmier « *les facteurs qui engendrent les conflits sont, le stress du patient, manque de confiance en médecins, le refus des soins...etc* » [Interviewer N° 02, question N°12, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03]

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

Une autre infirmière rajoute « *pour mon travail a moi, les facteurs qui engendre les conflits c'est quand je me trouve avec un patient qui refuse les soins, sa me rend souvent furieuse .. !!* » [Interviewer N° 05, question N°12, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03] ,3/10 de nos enquêtes PM affirment que parfois c'est le retard accumulé par ces dernier qui nous empêchent de répondre au besoin du patient qui génère des conflits, comme nous le confirme ce médecin « *...le patient ne comprend pas notre situation entant que médecins, et que nous sommes parfois dépassés, chaque patient veut qu'on s'occupe de lui en premier, ils n'aiment pas attendre...* » [Interviewer N° 08, question N°12, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03] Une autre infirmière rajoute « *des fois quand les patients m'appelle pour les soins ou autres... !!je mets un peut de temps pour aller les voir, et sa les rend furieux...* » [Interviewer N° 04, question N°12, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03]

Le manque de communication qui est généré par la non disponibilité des PM comme nous l'avons démontré dans le thème « la disponibilité du PM » peut être la grande cause des conflits entre PM et patients, comme nous le confirment 10/13 de nos enquêtés patients qui confirment que le manque de communication avec le PM est la cause majeure des conflits entre ces derniers comme le déclare ce patient « *...ya pas d'accueil, j'étais mal accueillie dès le début...* » [Interviewer N° 03, question N°13, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04] , Une autre patiente rajoute « *le personnel médical nous accorde pas beaucoup de temps pour communiquer avec eux, et parfois ils nous répondent même pas sur nos questions et sa nous énerve. !! ...* » [Interviewer N° 05, question N°13, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04] ,Un autre patient accuse les hôpitaux algériens d'avoir un énorme manque en matière de communication « *...pour moi le grand problèmes c'est le manque de communication dans les hôpitaux algériens...*» [Interviewer N° 13, question N°13, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04]

Les principales causes de ces conflits entre soignant et soigné surviennent suite au manque de communication, ou l'insuffisance de cette dernière est due à une prise de conscience insuffisante de l'importance de l'information du malade, un manque de temps ou encore une formation quasi inexistante du personnel soignant à la communication.

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

II.14. Les moyens de gestion des conflits entre PM/P

L'émergence des conflits dans le secteur de la santé sont générés par plusieurs causes, comme dans tous les autres secteurs ces conflits peuvent nuire à la réputation ainsi qu'au fonctionnement de cette institution, c'est pourquoi les PM et les patients sont appelés à essayer de ce remédier et gérer ces conflits via des moyens appropriés à la situation conflictuelle.

D'après les réponses obtenues de nos enquêtés patients dans le service, nous avons constaté que les patients du service de la chirurgie générale (femmes/hommes) du CHU de Bejaia, font recours à la communication afin de ce remédier aux mécontentements voir les conflits avec les PM, en effet 11/13 des patients confirment que le moyen le plus utilisé pour remédier aux conflits est la communication interpersonnelle (face à face), comme le confirme ce patient « *....c'était ma faute j'ai perturbé la chambre j'ai tout jeté par terre car j'avais vraiment mal...l'infirmier est venu il a essayé de me calmer, il me parlé et me comparais à d'autre malade plus grave que la moi....mais vu que j'ai pas arrêté il a crié sur moi .., après avoir surpasser la douleur j'ai appelé l'infirmier et on a discuté un peu je lui demander des excuses et il m'a pardonné et il m'a serré la main ...* » [Interviewer N° 02, question N°14/15, annexe 02] [Voir grille d'analyse Patient annexe N°04]

Pour désamorcer et résoudre des conflits, il faut une écoute active et une communication efficace, comme nous le déclare ce médecin « *...j'essaie toujours d'être calme et souriant face à une situation de conflits avec le patient, car après tout je le comprends, il n'est plus lui-même à cause de sa maladie..* » [Interviewer N° 10, question N°13, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03] un autre médecin rajoute « *...je reste calme, et j'essaie de leur faire comprendre la situation, dans le cas où je n'ai pas abouti à quelque chose en parlant, je garde le silence total...* » [Interviewer N° 09, question N°13, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03], un infirmier parmi nous interviewé nous dit : « *...je parle avec le patients avec qui j'ai eue des conflits et j'essaie de régler les choses avec le calme, je doit écouter le patient, et lui expliquer la situation afin d'en arriver à un terrain d'entente ..* » [Interviewer N° 04, question N°13, annexe 01] [Voir grille d'analyse PM annexe N°03] En effet, le fait d'écouter peut être la solution au conflit, selon Dr Michael Kaufmann du programme de santé des médecins de l'association médicale de l'Ontario (OMA) « le fait d'écouter est un choix et un acte délibéré. Le silence est un outil, hocher la tête et faire des gestes de ce genre au bon

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

moment, c'est montrer qu'on écoute activement, clarifier les questions afin de comprendre le point de vue d'autrui et un signe qu'on écoute attentivement »¹

Lorsque les conflits surviennent, les PM doivent comprendre le comportements du patient dans le contexte de sa situation médicale, il faut que les deux parties en conflits prennent le temps pour bien comprendre la situation sans en faire une affaire personnelle.les conflits surviennent lorsque les attentes du patient ne sont pas satisfaites c'est pourquoi lors de la résolution de ces derniers peut être une occasion de mieux comprendre le patient et ses besoins, en effet écouter le patient permet de cibler ses besoins.

III. La vérification des hypothèses

En terme d'étude et par rapport aux objectifs de la recherche fixés qui portent sur notre recherche empirique, nous a permet de concrétiser nos hypothèses de recherche émises au début afin de les confirmer ou de les infirmer.

La première hypothèse « La communication permet de construire une bonne relation entre soignant/soigné et contribue à l'amélioration de la prise en charge psychologique et sociale des patients ».

La première hypothèse consiste à démontrer si la communication permet de construire de bonnes relations entre PM et patient et si cette dernière contribue à l'amélioration de la prise en charge psychologique et sociale des patients hospitalisés.

D'après les entretiens effectués au service de la chirurgie générale (femmes/hommes) du CHU de Bejaia, nous avons déduit que les patients et le PM communiquent d'une façon directe et simple via la communication interpersonnelle par le biais de la langue maîtrisée par le patient, nous avons remarqué qu'il ya échange et rétroaction de communication entre les patients et le PM , ce qui a était confirmer par nos enquêtés patients [interviewés N°01-05-03-07-11-13 des patients].En effet ,la communication est représentée comme une composante intègre dans le processus thérapeutique ,c'est à dire qu'elle est primordiale dans la relation de soin entre le PM et les patients.

¹ KAUFMANN Michael, the five fundamentals of civility for physicians ,Ontario Medical Review ,2004,vol.81,no3,p.13

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

Cependant, le degré d'application et l'importance accordée à la communication est variée entre les PM et les patients. Cela s'explique par le manque de confiance [interviewé N° 07 médecin chirurgien], manque de temps (disponibilité du PM), l'état de santé des patients (douleurs) [interviewé N°03 infirmière], parfois les patients deviennent agressifs, mais aussi la culture et la langue utilisée. (voir le 3^{ème} thème de l'analyse thématique ; les raisons qui empêchent les patients de communiquer avec le PM)

La communication est indispensable dans le contexte des soins, néanmoins il existe plusieurs empêchements qui entravent son développement tel que le manque de temps qui est expliqué par la surcharge du travail et le manque de personnel médical au sein du CHU [interviewé N° 03 Médecin généraliste], le sentiment d'infériorité dont les patients sont exposés qui est généré par le manque de niveau d'instruction des patients où la majorité de nos enquêtés sont des illettrés. Ainsi, l'état de santé des patients peut être aussi un frein au déroulement de la communication. Ces idées qui ont été confirmées par nos enquêtés patients [interviewés N° 05/12/11/4/10/07/13]

Une communication efficace, claire et une écoute active de la part de PM contribue à la construction d'une bonne relation entre le PM et les patients. En effet 12/13 de nos enquêtés patients ont confirmé qu'ils ont de bonne relation avec le PM de ce service, cette relation est limitée dans le cadre de soin, c'est une relation de type soignant-soigné, basée sur une bonne écoute et une bonne communication interpersonnelle, [interviewés N°01/02/03/05/06/07/08..etc], mais aussi sur un respect complémentaire et une bonne coopération entre ces derniers.

D'après les réponses obtenues sur la question « Qu'est-ce qui vous a permis de renforcer vos relations avec le PM ? », nous avons confirmé d'après les propos des patients que c'est la communication directe qui leur a permis d'avoir et de renforcer leur relation avec le PM.

La communication joue un rôle primordial dans la prise en charge psychologique et sociale des patients hospitalisés. En effet ces derniers qui vivent une rupture avec leur vie sociale, (travail, famille...etc) sont confrontés à des peurs, doutes, inquiétudes...etc, la communication permet de diminuer leur stress, soulager leur souffrances et créer un climat de confiance et d'être plus rassuré à titre d'exemple [interviewés N°/3/8/6/2/13/10, patients]

En ce qui concerne le rôle de la communication dans la prise en charge sociale, la majorité de nos enquêtés patients estiment que la communication concourt à l'annonce, l'information sur

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

la maladie. Ainsi que l'écoute des PM, leur permet d'avoir une consultation et l'accès aux soins. En effet 8/13 de nos enquêtés patients nous confirment que la communication leur permet d'obtenir des informations (cause, conséquence, contrainte..etc) sur leur pathologie auprès des PM et leur donne la sensation d'être écouté afin d'obtenir une meilleure orientation, l'accès aux soins et la consultation médicale tel que [interviewer N° 07/3/5/7/8/12/10/13]

Dès lors, nous avons déduit que notre première hypothèse « La communication permet de construire une bonne relation entre soignant/soigné et contribue à l'amélioration de la prise en charge psychologique et sociale des patients » est partiellement confirmée dans la mesure où la majorité de nos enquêtés ont démontré l'importance accordée à la communication dans la relation soignants/soigné et qu'elle est le moyen le plus favorable pour avoir une bonne relation car elle permet la rétroaction. Ainsi qu'une coopération des patients et PM dans le but de la guérison. le résultat de cette enquête a démontré que la communication contribue à l'amélioration de la prise en charge psychologique et sociale des patients hospitalisés car elle permet de créer des liens sociales avec les patients ainsi que le PM, d'avoir des informations sur la pathologie, l'accès aux soins et améliorer l'état psychologique des patients.

La deuxième hypothèse « le manque de communication engendre les conflits entre PM et patients »

Suite à l'analyse des données collectées, nous pouvons dire que la deuxième hypothèse à savoir « le manque de communication engendre les conflits entre PM et patients » est confirmée, nous appuyons également sur la déclaration des littératures scientifique cité dans le guide pratique de la communication dans la médecine au quotidienne, édité par ASSM en 2013 « D'après la littérature scientifique, de nombreux problèmes dans le domaine médical sont dus à une communication inadéquate. Nous citons par exemple, le risque accru de poser un diagnostic erroné, la difficulté d'établir une relation de confiance, la multiplication des examens inutiles et la non-observance des prescriptions thérapeutiques, Aux Etats-Unis, de nombreuses plaintes contre les médecins concernent – entre autres – le manque d'écoute du médecin et le sentiment du patient de ne pas être traité avec respect. En

Chapitre IV Présentation de l'organisme, l'analyse et l'interprétation des données

outre, les problèmes les plus souvent rapportés par les patients hospitalisés relèvent du domaine de la communication et de l'information »¹

Les conflits dans le secteur de la santé et entre le personnel médical et les patients peuvent avoir plusieurs causes telles que le manque de confiance [interviewé N° 7 -09-10 médecins chirurgiens], les inégalités sociales, la négligence, manque de communication ou l'insuffisance de cette dernière.[interviewes N°05/08/12 patients.]

La majorité de nos enquêtés affirment que la cause principale des mécontentements voir des conflits qui surviennent au sein du service entre PM et patients sont dues au manque de communication. En effet, 10/13 de nos enquêtés patients hospitalisés estiment qu'il ya manque de communication dans le service, voir absence d'écoute qui prive les PM d'informations essentiels sur les symptômes, l'état d'esprit du patients, ses inquiétudes et craintes...etc.

Les PM estiment que le manque de confiance des patients est une cause des conflits entre ces derniers [interviewés N° 01-03-07-10 des PM], le manque de confiance qui est généré suite à l'absence de communication ou à une communication inefficace. Ce qui empêche les patients d'obtenir divers informations sur leur état de santé et pathologie notamment les causes et les conséquences ainsi que les mesures de prévention de cette dernière [interviewes N°04-06-09-12-13patients], les PM justifient cela par le manque de temps et du personnel médical au sein de CHU.

¹ Guide pratique, Op Cit, P.05.

Conclusion

Conclusion

La communication joue un rôle important dans le processus thérapeutique car elle est indispensable dans les soins, dans le diagnostic de la maladie. Cette dernière vise une meilleure prise en charge, elle offre la possibilité aux patients d'avoir des informations sur leur état de santé et sur leur pathologie tel que les traitements nécessaires...etc.

Cette communication devient efficace davantage lorsqu'il y a une bonne relation entre le personnel médical et les patients. En revanche, le manque d'information, diagnostic erroné, la négligence...etc. Tous ces obstacles provoquent des conflits entre le personnel médical et les patients par conséquent il y a échec de communication entre ces derniers.

Tout au long de notre travail, nous avons essayé d'étudier le rôle de la communication dans la prise en charge psychologique et sociale des patients hospitalisés au sein de CHU de Bejaia. Nous avons essayé de comprendre le rôle de cette communication afin de construire de bonne relation entre personnel médical et les patients. Cette dernière mène à une meilleure prise en charge, ainsi de découvrir l'impact de cette communication sur l'amélioration de la prise en charge psychologique et sociale des patients. Nous avons cherché les conséquences que le manque de communication peut provoquer sur la relation entre le soignant et soigné.

A travers les témoignage de nos enquêtés au sein de service chirurgie générale(femme /homme) de CHU de Bejaia, nous avons constaté que les patients et le PM communiquent via la communication interpersonnelle verbale et non verbale, les PM s'adaptent au langage utilisé par le patient afin de lui offrir une écoute active et des informations et des consignes qu'il peut comprendre. Ces stratégies utilisées par les PM permet de gagner la confiance des patients, renforcer leur prise en charge et créer de bonne relation.

Cependant, avoir de bonne relation dans le contexte de soins n'est pas si simple que cela, il doit y avoir une communication efficace et une rétroaction entre les deux interlocuteurs, il doit y avoir respect, coopération, et écoute. En effet, une communication efficace, claire et une écoute active de la part de PM contribue à la construction d'une bonne relation entre le PM et les patients, nous avons déduit à travers notre étude que la relation entre nos enquêtés est une relation de nature soignant/soigné basée sur un respect complémentaire, une coopération et une écoute active.

Nous avons détecté que la communication a un impact positive et utile sur l'état psychologique et sociale des patients ou cette dernière leur permet d'avoir des clarifications sur leur état de santé, de diminuer leur stress et soulager leur souffrance, ainsi elle permet de créer de bonnes relations entre les patients et le PM. Ce qui facilite les consultations aux patients régulièrement, des orientations de la part des PM et l'accès au soin.

Les conflits entre personnel médical et patient sont inévitables, mais lorsque ces derniers surviennent, il faut savoir les gérer et les étouffer avant qu'ils ne deviennent des obstacles qui peuvent nuire à l'institution publique et à la pratique médicale. Lors de notre recherche, nous avons remarqué que la première cause des mécontentements entre les patients et les PM est due au manque de communication à cause de la non disponibilité, la surcharge de travail dont sont confrontés ces derniers. De plus, le sentiment d'infériorité et l'état de santé empêchent les patients de communiquer avec le PM par conséquent cela engendre des mécontentements voire des conflits. Nous avons constaté aussi que les patients et le PM de ce service font recours à la communication interpersonnelle afin de remédier ces conflits.

En fin de cette conclusion, nous pouvons dire que la communication est primordiale entre le personnel soignant et le patient car cette dernière est une entité dans le soin et dans la relation thérapeutique. A cet égard, on ne peut pas soigner ou se soigner sans faire appel à une communication efficace.

Donc, il est très utile de remédier le dysfonctionnement de la communication dans le secteur de la santé en offrant des formations spécialisées dans la communication aux personnels médicaux, procéder à la sensibilisation et la prévention par le biais des médias afin d'instaurer une culture de communication dans le secteur de la santé publique.

A travers cette étude, nous pouvons ouvrir d'autres champs d'investigation permettant l'évolution de la communication dans le secteur de la santé publique

- L'impact d'une communication efficace sur les résultats thérapeutiques.

- Le rôle de la communication dans la sensibilisation et la prévention de santé publique.

Liste Bibliographique

La liste bibliographique

Ouvrage de méthodologie

- 1- ANGERS Mauris, Initiation pratique a la méthodologie des sciences humaines, éd casbah, Alger, 1997.
- 2- ALAMA Sophie, les méthodes des sciences sociales, éd que sai-je ?, Paris, 2009.
- 3- ATOUF Omar, méthodologie des sciences sociales et approches qualitative, éd presse de l'université de Québec Montréal ,1999.
- 4- BEAUD Michel, l'art de la thèse, éd la découverte, Paris, 2006.
- 5- GRAWITZ Madeleine, Méthodologies des sciences sociales, éd Dalloz, Paris, 1990.
- 6- BLANCHET Alain et al, (sous la direction de François de Singly), l'enquête et ses méthode d'entretien, éd Nathan, Paris, 1992.
- 7- JONEN Russel, méthodes des recherches en sciences humaines, éd de Boeck université et Larciens.a, paris, 2000.
- 8- LOUBERT Jean-Louis, Del Bayle, Initiation aux méthodes des sciences sociales, éd L'Harmattan, Paris, 2000.
- 9- QUIVY Raymond, Manuel de recherche en science social, éd Dunod, Paris, 1988.
- 10- WARLIN Philippe, l'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretien d'analyse qualitative d'entretien, une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels, université de Luxembourg, association pour recherche qualitative, 2007.

Ouvrages thématiques

- 1- BALINT, Michel, Le médecin, son malade et la maladie, Paris, éd Payot, collection bibl. scientifique, 1966.
- 1- BRUNO, Jaque, La communication, 1ere édition ; éd de Boeck, Bruxelles, 2009
- 2- BRETON Philippe, PLOUX Serge, l'explosion de la communication, éd la Découverte, Paris, 2012
- 3- Bérengère de Negri. Notes de cours : Communication interpersonnelle. Liège : CERES, CICS, 1999.
- 4- BIOY Antoine, BOURGEOIS Françoise et NEGRE Isabelle, communication soignant-soigné, 3^{eme} édition Bréal, 2013
- 5- BLOUIN et BERGRON, les attitudes de communication, in BIOY Antoine, BOURGEOIS Françoise, NEGRE Isabelle, communication soignant-soigné, 3eme édition Bréal, 2013.
- 6- Constantino Landolo, guide pratique de la communication avec le patient : techniques, art et erreurs de la communication, traduit de l'italien par Martine Vitali, éd Masson, Paris.2006.
- 7- DEVIRIEUX C. J. AMADO G et GUITTET A, Quelque Comportement de la Communication ; in Khadija TAKHDAT : la communication pour tous, éd 159 Bis Boulevard YACOUB El Mansour-Casablanca.
- 8- EDMOND Marc, PICARD Dominique, Relation et communication interpersonnelle, éd Dunod, Paris

- 9- HESBEEN Walter, La qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante, éd Masson, Paris, 1998-2002.
- 10- HERNANDEZ Agnés, la relation d'aide, document no publié disponible a L'IFS du ch Saint Marie, privas, 2010.
- 11- JEAMMET Philippe et al, Psychologie médicale. Paris : Editions Masson, 1993.
- 12- KELLER P.H., PIERRET J., Qu'est-ce que soigner ? Le soin, du professionnel à la personne,
- 13- MANOUKIAN Alexandre, MASSEBEUF Anne, La relation soignant-soigné, éd Lamarre, Reuil-Malmaison, 2001.
- 14- MANOUKIAN Alexandre, la relation soignant-soigné, 4^{ème} édition, lamarre, 2014.
- 15- ROGES Carl, Développement de la personne, paris, Dunod, 1966
- 16- SALOME Jaque, minuscules aperçus de la difficulté de soigner, AlbinMichel, Pari ;,2004.
- 17- SARASINP, François, vosre prise en charge au service des urgences, HUG Hôpitaux Universitaire de Genève, 2011.

Dictionnaires

- 1- Bernard Lamizet et Ahmed Silem Ellipses, dictionnaire encyclopédique de sciences de l'information et de la communication, éd marketing SA.1997.
- 2- Dictionnaire, HACHETTE, de la langue française, éd, la direction de CAROLA STRANG
- 3- Dictionnaire le petite Robert, 1996.

Thèses ,Memoires et articles

- 1- Appropop. Notes de formation en techniques de communication, Antananarivo : Appropop, 1997.
- 2- BOULAHRIK Mohand, Financement du système de santé Algérien, Revue des Sciences Économiques de Gestion et de Commerce, N° 33 – 2016
- 3- Code de déontologie médicale R.4127-1 et S.CSP- article R.4127-35 du CSP
- 4- Critères de prise en charge en médecine physique et de réadaptation, Groupe MPR rhone alpes et fedmer, Document 2008.
- 5- De Coster, B, Analyse des besoins en formation de formateurs à la communication interpersonnelle, Liège : Mémoire présenté en vue de l'obtention du titre de Licenciée en sciences de la santé publique, Faculté de Médecine, Université de Liège, 1998.
- 6- Ferroudj Kahina, la contribution de la communication dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitalière publics : cas de l'EPH d'Akbou, étude de magistère en sciences économique option : économie de la santé et développement durable, sous la direction du : Dr. Ali –Ziane Mouhand Ouamar, université de A .Mira de Bejaia 2012
- 7- FORMARIER Monique, la relation des soins, concepts et finalités, recherche en soins infirmiers N89-Juin ,2007.
- 8- Gutierrez N, étude exploratoire et évaluation des répercussions du projet El Parche sur le développement optimal des jeunes participants, Cali, Colombie,Mémoire de maitrise, université de Montréal, 2003.
- 9- KAUFMANN Michael, the five fundamentals of civility for physicians ,Ontario Medical Review ,2004,vol.81,no3.

- 10- Lise Renaud, Carmen Rico de Sotelo, Communication et santé : des paradigmes concurrents, *Santé Publique* 2007/1 (Vol. 19), P.32.
- 11- Meryem Nciri, la communication dans la relation médecin-malade, focus, Paris, 2009, tome 16.N°16
- 12- Ministère de la santé, Trois objectifs et dix mesures pour la réorganisation et le développement des urgences médicales au Maroc, 2012, 2016.
- 13- POURETTE 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, éd Parcours, Université paris Descartes.
- 14- SERVAES Jan, PATCHANEE Malikho, communication et développement durable, document de travail des 9 tables rondes sur la communication pour le développement, organisation des nations unies (ONU), Rome (Italie), 6 au 9 septembre 2004.
- 15- Véronique Haberey-Knussi et al. L’enjeu communicationnel dans le système hospitalier, recherche en soins infirmiers 2013/4(N° 115).

Web graphie

- 1- <http://www.expat.com/fr/guide/afrique/algerie/11809-la-sante-en-algerie.html> consulte, le 13/01/2018 a 13h10.
- 2- http://www.creutzfeldt-jakob.aphp.fr/p_pec_soc/p_pec_soc_11.htm#pecsociol_groupe hospitalier,PITIE-SALPETRIERE ,consulte le 18/02/2018 a 13 :23.
- 3- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448716300804#!>, Miniar ben ammar shari ,samir hammami , prise en charge psychologique des patients cancéreux ,faculte des science economique et gestion de SFAXn rue aeroport-km-4,S fax,tunise,2016,consulte le 18/02/2018 a 12 :02.
- 4- www.pertinent.com/articles/communication/index.asp-Article about interpersonal communication, article lu 17/02/2018 a 13h03.
- 5- <http://www.em-consulte.com/article/223042/article/definition-et-concepts-lies-au-toucher-dans-les-%20so> consulte le 04/03/2018 à 19h21.
- 6- OMS rapport de conférence –Atelier Medias et santé à Saly-Sénégal,Afrique,1987.http://www.who.AFR_IEH_6, consulté le 19/02/2018 à 11h 21.
- 7- Projet de consortium des universités, l’iniiativa de communication, Proyecto de fortalecimiento de las capacida des nacionales en communication en salud, 2005. [URL : www.Communication.com/la/teorias-de-cambo-consortio-universite/LsaLd-2689.html]
- 8- Centre de lutte contre le cancer HENRI Becquerel, Normandie-Rouen, chaque jour, agir ensemble pour vaincre, rue Damiens CS 115161, <http://www.becquerel.fr/le-patient/prise-en-charge/> consulte le 19/02/2018a14 :41.
- 9- Haut Conseil de la santé publique (HCSP), la prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de la maladie chronique, 12 novembre 2009, www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_prisprotchronique.pdf, consulté le 03/03/2018 à 17h31
- 10- [Http://www.cadredesarite.com/spip/spip.php](http://www.cadredesarite.com/spip/spip.php) , article314, consulte le 13/03/2018 à 12h01

- 11- [Http://www.cadredesarite.com/spip/spip.php ?](http://www.cadredesarite.com/spip/spip.php?article314), article314, consulte le 13/03/2018 à 12h24
- 12- Jean-François Mattéi, L'hôpital entre le médical et le social, Études 2007/7 (Tome 407), p. 29-39, <https://www.cairn.info/revue-etudes-2007-7-page-29.htm> consulte le 07/03/2018 à 19h21.P.33
- 13- 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 12/05/2018 à 18h51.

Documents de l'organisme

- 1- Décret exécutif n° 97-466 du 2 décembre 1997, relatif à la constitution du secteur sanitaire.
- 2- Décret exécutif n° 09-319 du 6 octobre 2009 complétant la liste des centres hospitalo-universitaires.

Annexes

Annexes

Annexe 01 : Guide d'entretien destiné au personnel médical

I. Données personnelles :

- 1- Sexe : Féminin Masculin
- 2- Age :
- 3- Situation familiale: Célibataire Marié(e) divorcé(e)
- 4- Niveaux d'instruction :
- 5- Diplôme obtenu :
- 6- Spécialité :
- 7- Catégorie socioprofessionnelle : Médecin Infirmier(e) Psychologue
- 8- Expérience professionnelle :

II. La communication entre PM /P :

- 1- En quelle langue communiquez-vous avec vos patients ? pourquoi ?
- 2- Qu'elles sont les moyens de communication que vous utilisez pour communiquer avec vos patients ?
- 3- Avez-vous déjà senti être en difficultés dans la relation soignant /soigné ? si oui, quels genres de difficultés ? comment les avez-vous surmontés ?
- 4- Si vos patients ne comprennent pas vos instructions, que faites vous pour leur transmettre le message convenablement ?

III. Le rôle de la communication dans l'amélioration de la santé et la prise en charge des patients :

- 5- Avez-vous constaté une amélioration dans l'état de santé du patient après avoir discuter avec lui?
- 6- Quel est l'impact de la communication sur la relation entre soignant /soigné ?
- 7- Selon vous, quels sont les facteurs qui contribuent à l'amélioration de la prise en charge des patients ? comment ?
- 8- Quels sont les stratégies que vous utilisées pour maitre en confiance vos patients ?

Annexes

- 9- Quand vous êtes confronté à une mauvaise réaction (réaction violente...) suite à l'annonce d'une maladie, comment vous réagissez pour calmer le patient ?
- 10- Comment évaluez-vous, vos relations avec vos patients ?

IV. Une mauvaise communication et le manque de cette dernière est à l'origine des conflits entre soignant /soigné :

- 11- Lors de votre exercice, avez-vous fait face à des conflits ? quel genre de conflits ? si oui, de quelle nature ? quelles sont les causes ?
- 12- Quels sont les facteurs qui engendrent les conflits entre vous et vos patients ?
- 13- Par quels moyens (outils) vous avez pu gérer ces conflits ?

Annexe02 : Le guide d'entretien destiné aux patients

I. Données personnelles :

Annexes

1- Sexe : Féminin Masculin

2- Age :

3- Situation Familiale : Célibataire Marié(e) Divorcé

4- La durée de votre hospitalisation :

II. La communication entre PM et Patient :

- 1- Est ce que la communication entre vous en tant que patient et personnel médical se déroule d'une manière simple ? Si oui : comment ? Si non : pourquoi ?
- 2- Quelles est la nature de la relation que vous entretenez avec le personnel médical ?
- 3- Quelles sont les moyens que vous utilisés pour communiquer avec les médecins ?
- 4- Quelles sont les raisons qui vous empêchent de communiquer avec le personnel médical ?
- 5- Les médecins prennent- ils vos explications sur votre état de santé en considération ?
- 6- Comment le personnel médical communique- ils avec vous ? Autrement dit, par quels moyens ?

III. Le rôle de la communication dans l'amélioration de l'état psychologique et la prise en charge des patients :

- 7- Les médecins vous donnent- ils des nouvelles régulièrement sur votre état de santé ? comment ils vous les communiquent ?
- 8- Qu'est ce qui vous a permet de renforcer vos relations avec le personnel médical ? Comment trouvez-vous vos relations avec le personnel médical ? Bonnes ou mauvaises ? Si bonnes : comment ?
Si mauvaises pourquoi ? Pourriez-vous situer le problème ?

Annexes

- 9- Avoir de bonnes relations avec le personnel médical permet-elle de renforcer votre prise en charge psychologique et sociale ? Comment ?
- 10- Qu'est-ce que la communication avec le personnel médical peut vous apporter par rapport à votre état de santé ?

IV. Une mauvaise communication et le manque de cette dernière est à l'origine des conflits entre PM /Patient :

- 11- Quel est le comportement que votre médecin adopte-il lorsque vous ne comprenez pas l'information qu'il vous transmet ?
- 12- Le personnel médical est-il toujours à votre disposition lorsque vous sollicitez une aide ?
- 13- Avez-vous déjà eu une mésentente avec le personnel médical ? sur quel sujet ?
Comment avez-vous remédié à cela ?
- 14- Quelles réactions adoptez-vous si le personnel médical vous néglige ?

Annexe 03 : La grille d'analyse des entretiens effectués avec les enquêtés patients

Thèmes	Variables	Effectifs	Indicateurs
Le déroulement de la communication entre le PM /P	Simple, directe	09	Echange de paroles de manière simple/pas de barrière entre PM-patients.
	Complicqué, limité	04	Répondre uniquement aux questions/communication unilatérale
La nature de la relation entre PM/P	Limité dans le cadre du soin	09	Médecins/malades, infirmières/malades.
	Amicales, familiales	04	Créer des liens amicales avec le PM/se sentir comme chez soi .
Les moyens de communication entre PM/P	La communication verbale, uniquement	10	Langue courante, jargons médical (communication verbale)
	La communication verbale, parfois mélangé avec le non verbal	02	Gestes, séré avec les mains, hochement de tête
Les raisons qui empêchent les patients de communiquer avec le PM	Le sentiment d'infériorité par rapport au PM	07	Porte de blouse, niveaux d' instruction des PM élevé La majorité des patients sont illetrés.
	Le jargon médical	01	Les noms des symptômes/les parties du corps
	L'état de santé	05	Douleurs/angoisse /peur /inquiétude
La pertinence des nouvelles (informations) sur l'état de santé	Souvent	03	le moment de la visite médicale avant l'intervention/après l'intervention
	Rarement	10	Lorsque le patient demande des informations
La relation avec le PM	Bonnes	12	La simplicité des PM/la rétroaction entre PM et patients /effacement de barrière de langue et niveaux d' instruction pour les patients
	Mauvaises	01	Dispute avec infirmière
Le rôle de la communication dans la prise en charge psychologique	Diminuer le stresse et être rassurant	07	Ne pas avoir peur de l'intervention chirurgical/
	Soulager la souffrance et créer une relation familiale	06	Ne pas avoir des doutes et être plus rassurant

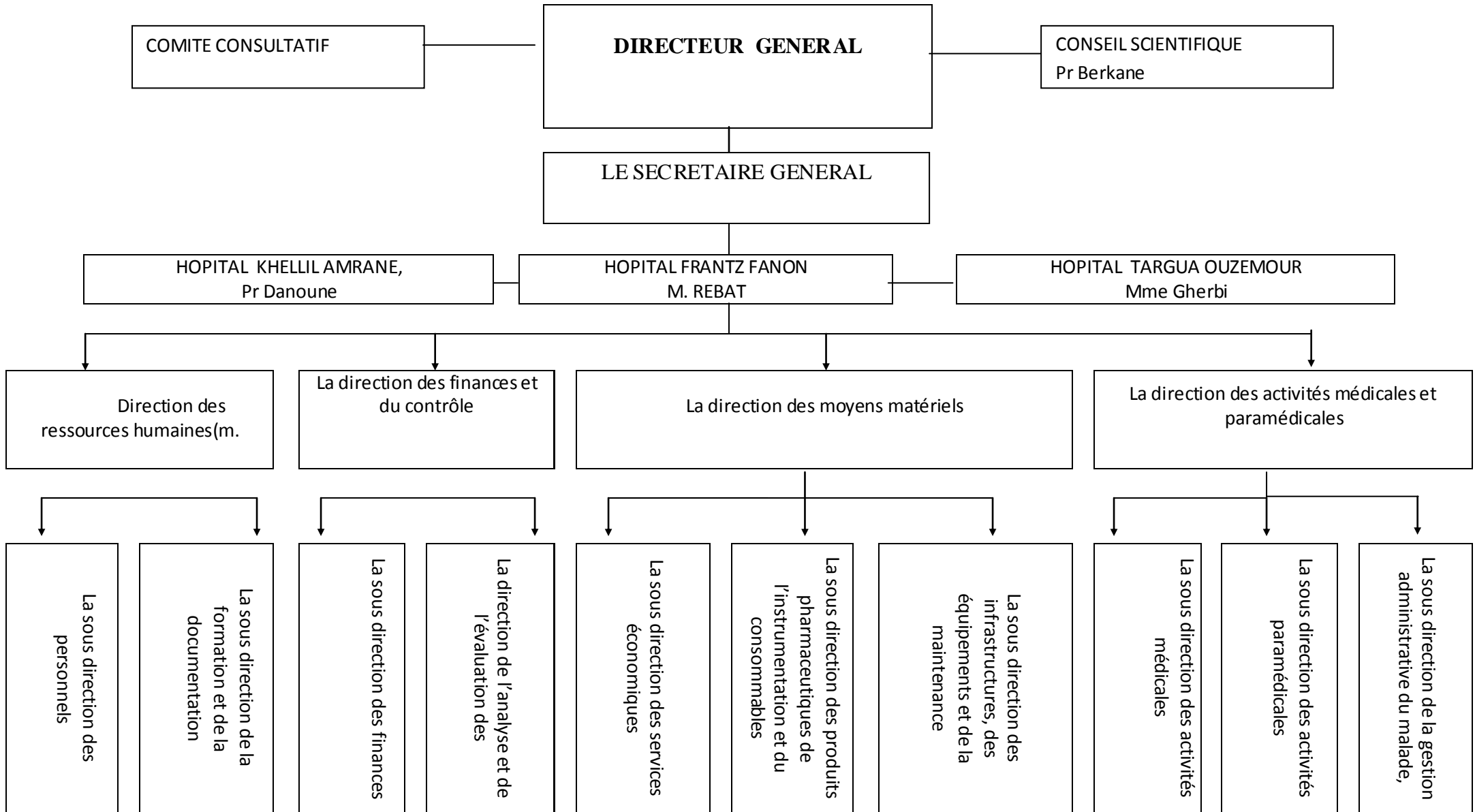
Le rôle de la communication dans la prise en charge social	Consultation et accès aux soins	05	Consultation médical avant et après l'intervention à L'Hôpital /bénéficier des soins chaque jours
	L'écoute et explication	08	Avoir des informations sur la pathologie
L'impact de la communication sur l'état de santé et la prise en charge psychologique et social	Renforcé la prise en charge psychologique	06	Etre a laise/ne pas avoir de l'intervention chirurgical/être rassuré/
	Construire des liens sociaux	03	Partager des informations, vécu, culture...
	Aide à la guérison	04	Créer le sentiment du combat de maladie / affronter les représentations social sur le statut de malade
La disponibilité du PM	Disponible	08	Lors des soins, lorsque les patients suscite l'aide
	Pas souvent	04	Le retard que les infirmières font la veille surtout
Les raisons des conflits avec le PM	Manque de communication	10	Manque d'information sur l'état de santé/manque de confiance /manque de temps
	Les inégalités sociales	03	Ne pas traiter les patients de la même manière /
Les moyens utilisés pour remédier des conflits avec le PM	Communication direct (face a face)	11	Parler sur le sujet de conflit face à face/ s'excuser/être raisonnable et éviter toute situation d'énervement
	Procédures administratives (faire appelle au chef de service)	02	Suscité laide de chef de service ou un autre intervenant afin de se remédier de conflits/écrire un rapport à l'administration

Annexe 04 : La grille d'analyse des entretiens effectués avec les enquêtés PM

Thèmes	Variables	Effectifs	Indicateurs
Moyens de communication utilisés pour communiquer avec les patients	Langue courante	06	Langue kabyle/ une langue comprise par le patient /langue parlée par le patient.
	Langue étrangère	01	Citer les noms de la maladie/les symptômes/les traitements/les parties du corps.
	La communication non verbale (les gestes...)	02	Geste pour appliquer les soins/ sérer la main pour saluer le patient/ parler avec les patients sourd-muet.
	La communication écrite	01	La transcription des traitements (ordonnance) /le dessin de la partie concernée par l'intervention pour mieux expliquer au patient.
Les difficultés dans la relation soignant/soigné	L'annonce de la maladie	04	L'annonce d'une maladie grave ou chronique /l'annonce du diagnostic.
	Manque de confiance	06	Les doutes des patients/ le refus de l'intervention (le refus de la colostomie par certains patients)/ les patients disant qu'ils cachent des informations sur leur état de santé.
L'impact de la communication sur la relation soignant/soigné	Surmonte l'esprit de patient et diminue son stress	06	Maître le patient aisé/soulager et diminuer le stress du patient.
	Renforce la confiance	03	Le malade se sent rassuré /la communication régulière crée la confiance.
	Le patient devient coopérant	01	Coopération dans le soin/application de soin/cherche des informations sur sa propre pathologie via les tics.
Les facteurs qui contribuent à l'amélioration de la prise en charge des patients	Moyens techniques et humaines	01	Manque de matériels/manque de personnel /6 chirurgien pour un service de 26 lits.
	La communication avec le patient	06	Parler avec les patients/écouter les patients/consacrer le temps et parler avec le patient.
	Avoir une confiance mutuelle avec le patient	02	Etre à l'écoute du patient pour gagner sa confiance.
	La coopération des patients	01	L'échange d'information avec le patient, le motivé à être plus coopérant.

Les stratégies utilisées pour gagner la confiance des patients	L'écoute des patients	03	Ecoute le patient/répondre aux questions et besoin de patient.
	La simplicité et l'objectivité	01	Etre simple /traiter les patients de la même manière.
	Communique avec le même niveau	01	Effacer les barrières professionnelles et communiquer simplement avec le patient.
	Déstresser le malade	02	Soulager l'inquiétude/diminuer le stress/rassurer le patient.
	Explique les détails sur la maladie	03	Expliquer plus de détails/expliquer les causes et conséquences de la maladie/expliquer le déroulement de l'intervention.
Réaction en cas de violence ou de traumatisme psychique de la part du patient suite à l'annonce de la maladie	Education et explication sur la pathologie	04	Expliquer les traitements de la maladie/expliquer l'application des soins/donner des conseils comment vivre cette période de maladie/expliquer comment se remédier de cette maladie.
	Ecouter et reconforter le patient	03	Calmer le patient/lui remonter le moral/le convaincre de la guérison.
	Garder le Song froid	01	Rester calme et essayez de calmer le patient.
	Comparaison avec d'autres patients	01	Lui donner des exemples sur d'autres maladies plus graves/lui donner des exemples des patients dont l'intervention a réussi.
	Faire appel au psychologue de service		Susciter l'intervention de la psychologue de service.
Les facteurs qui engendrent les conflits entre PM/P	Le stress	01	Les doutes/l'inquiétude/la peur de l'intervention/la mauvaise réaction suite au stress.
	Le refus d'accepter la maladie ou les soins	05	Le refus des soins/le refus d'admettre qu'il est malade/le refus de l'intervention.
	Absence de confiance	02	Le doute des patients dans les compétences des médecins.
	Le retard	02	Le retard que les infirmiers font lors de l'appel des patients/la surcharge du travail qui implique le retard lors des consultations des patients .
Les moyens de gestion des conflits entre PM/P	Explication et gérer la situation avec la communication directe	07	Parler avec le patient /expliquer autrement/convaincre/s'excuser.
	Agir avec conscience et attitude	03	Rester calme/lui faire comprendre la situation/être calme et souriant .

Organigramme du CHU de Bejaia



Les unités hospitalières du CHU de Bejaia

Hôpital khellilamrane,

Hôpital frantz fanon

Hôpital targua ouzemour