

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention d'un diplôme de Master en Sociologie
Option : **Sociologie du Travail et des Ressources Humaines**

Thème

**L'impact de la relation entre le personnel médical
et le personnel paramédical sur la prise en
charge des patients**

Cas d'étude : service des urgences au CHU de Bejaia

Réalisée par :

M^{elle} : AYAD Amel

M^{elle} : AZIB Siham

Encadré par :

M^r : DJADDA Mahmoud

Année universitaire 2014 /2015

DEDICACE

A,

La mémoire de mon grand père

Mes parents qui étaient ma source de volonté et de courage, pour leurs sacrifices et leurs soutiens, aucun mot ne saurait exprimés et mon profond amour, que dieu gardes pour nous.

*Mes sœurs **DJAOUIDA** et **HINA***

*Mes frères **FERHAT** et **GHILAS***

Mes tentes, mes oncles et chaque membre de ma grande famille.

*Mon ami **NACIR** qui ma beaucoup aider et encourager aves ses bon conseils.*

*Mes amies surtout **NADIRA**, **MERIEME**, **NACIRA** et mes fidèles camarades de la promo **S T** et **RH** .*

*Ma chère binôme « **AYAD AMAL** » et a toute sa famille.*

AZIB SIHAM

Dédicace

Je dédie ce travail,

A mon père :

En signe de reconnaissance de l'immense bien que vous avez fait pour moi concernant mon éducation qui aboutit aujourd'hui à la réalisation de cette étude. Recevez à travers ce travail, toute ma gratitude et mes profonds sentiments. Que Dieu le tout puissant soit à vos côtés et vous accorde une meilleure santé.

A la plus belle créature que Dieu a créée sur terre...

A cette source de tendresse, de patience et de générosité....

A ma mère !

*A mon cher et unique frère que j'aime beaucoup **YOUCEF**.*

*A mes sœurs : **ASSIA** et **SONIA** et leurs maries **SAID** et **REDA**.*

*A mes neveux : **AYOUB** et **ISLAM**.*

*A mes nièces : **IBTIHAL** et **LINA**.*

*A toute ma famille, grand-mère, tentes, ancres, cousins et cousines. A tous mes amis surtout **DJAMILA**, **KAFIA** et **NADIRA** et a tous mes camarades de la promo 2009.*

*A mon ami **BILEL**.*

*A ma chère binôme « **SIHAM AZIB** » et a toute sa famille.*

AYAD AMEL

Remerciements

Nous remercions Dieu le Tout Puissant de nous avoir accordé la force, la patience, la volonté et surtout du courage à accomplir ce travail.

Nous tenons à remercier notre encadreur Mr « DJADDA Mahmoud » pour sa disponibilité, sa patience et ses encouragements.

Nos sincères remerciements s'adressent également à tous les enseignants de la faculté des Sciences Humaines et Sociales.

Nous exprimons toute gratitude à l'ensemble du personnel de l'établissement hospitalier Khellil Amrane de Bejaia d'avoir nous accepté parmi eux pour effectuer notre stage pratique, une pensée pleine d'estime pour le service des urgences.

On tient à remercier les membres de jury, du plaisir et l'honneur qu'ils font en acceptant d'être présents le jour de la soutenance pour juger ce modeste travail.

Enfin, on remercie infiniment tous nos proches pour leur soutien durant tous les moments de l'enquête et celles et ceux qui ont participé, de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

Un grand « merci ».

La liste des abréviations :

ANAES: Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire.

CNAS : Caisse National des Assurances Sociales.

CTS : Centre de Transfusion Sanguine.

MSPRH : Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

OMS : Organisation Mondiale Santé.

PEPM : Professeur Enseignement Paramédical.

TIC : Technologie d'Information et de Communication.

UDS : Unité de Dépistage et de Suivi.

UMC: Urgences Médico-Chirurgicales.

Sommaire

Introduction générale

La partie théorique

Chapitre I : Cadre méthodologique

1. Le choix et intérêt de sujet de recherche.....	5
2. Les objectifs de la recherche.....	6
3. La pré enquête.....	7
4. La problématique.....	9
5. Les hypothèses de la recherche	11
6. La définition des concepts.....	12
7. La méthodologie appliquée.....	15
7.1 La méthode adoptée.....	15
7.2 Les techniques utilisées.....	16
8. La population d'étude.....	18
9. Les difficultés rencontrées.....	19

Chapitre I : Service et environnement hospitalier

Section 1 : Le personnel médical et paramédical et ces principales tâches

1. Le personnel médical.....	22
2. Les tâches principales.....	22
3. Le personnel paramédical.....	23
4. Les tâche principales.....	23

Section 2 : Les conditions de la prise en charge hospitaliers

1. La prise en charge médicale des patients.....	24
2. La qualité de soins.....	24

3. Hygiène hospitaliers.....	27
4. La relation soignant –soigné.....	28
5. La relation case work.....	29

Chapitre II : généralités sur les relations interpersonnelles et la communication

Section 1 : Les relations interpersonnelles

1. Définitions des relations interpersonnelles.....	32
2. Les moyens de développement des relations interpersonnelles.....	32
3. Les caractéristiques des relations interpersonnelles.....	33
4. Les avantages des relations interpersonnelles.....	34

Section 2 : la communication au milieu de travail

1. La définition de la communication.....	35
2. Les différents types de communication.....	35
3. Les difficultés de la communication.....	35
4. Les distorsions de la communication.....	36
5. la communication médicale.....	37
6. Les apports de la communication.....	37
7. L'importance des émotions pour l'humanité des soins.....	38

La partie pratique

Chapitre IV : présentation de l'organisme d'accueil, identification et analyse des données

Section 1 : présentation de l'organisme d'accueil

1. Le secteur sanitaire.....	41
2. Historique du CHU de Bejaia.....	42
3. Les missions de CHU de Bejaia.....	43
4. Mission des différentes directions du CHU de Bejaia.....	44

Section 2 : Analyse et interprétation des résultats

1. Identification des données personnelles de l'équipe soignante.....	54
2. Analyse des résultats.....	58
3. Identification des données personnelles des patients.....	65
4. Analyse des résultats.....	67

Conclusion générale

La liste bibliographique

Annexes

Introduction

Introduction générale

La santé est non seulement un droit universel fondamental, mais aussi une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel. Ainsi, la santé considérée comme l'état de fonctionnement normal de l'organisme en l'absence des maladies, c'est ce qu'on pourrait qualifier de bien-être physique, moral et social de l'être humain.

Pour réaliser cet état de santé, l'activité principale d'un établissement hospitalier consiste à prodiguer des soins de qualité. Cette activité consiste à une prise en charge médicale d'une personne malade par une équipe médicale et paramédicale à travers la relation au travail. Cette union entre les deux corps médicaux est une notion juridique largement utilisée dans tous les pays du monde entier pour désigner la relation entre une personne et une autre dans leur milieu du travail. Ces relations représentent un reflet de la santé psychologique et de l'image de soi-même et le respect de soi, la connaissance de tâches de chacun aura donc un impact sur les relations avec les autres.

Les relations de travail jouent un rôle de premier plan dans l'univers hospitalier parce qu'elles sont liées directement à la vie des patients et à la confiance qu'ils peuvent donner ces derniers à leur équipe soignante. Ainsi, l'amélioration des conditions de travail dans les urgences tel que les moyens matériels, physiques et l'ambiance au sein de l'équipe soignante aident la satisfaction des patients. Toutes ces conditions favorisent l'accès aux soins d'urgence et assure à tous les usagers le bien-être physique et mental par un personnel qualifié et motivé, des infrastructures et des équipements appropriés, des médicaments disponibles, une coordination et un management orienté vers une bonne prise en charge.

A cet effet, pour mettre en lumière notre thème de recherche, nous avons établi un cadre méthodologique que nous avons divisé en deux parties à savoir une partie théorique et une partie pratique. La première partie est composée de deux chapitres et la deuxième par deux chapitres qui sont comme suit :

- ✓ 1^{er} chapitre : il nous explique le cadre méthodologique ou on a clarifié notre problématique et les hypothèses et la manière dont on a mené notre recherche sur le terrain.
- ✓ 2^{ème} chapitre : dans ce chapitre, nous expliquons le service et l'environnement hospitalier.

Il contient deux sections, on présente dans la première section, le personnel médical et paramédical et leurs tâches principales. Dans la deuxième section, on montre la prise en charge des patients et la qualité de soin et l'hygiène hospitalière et la relation soignant-soigné.

✓ 3^{ème} chapitre : il porte des généralités sur des relations interpersonnelles et la communication qui contient deux sections. Dans la première section, on présente la définition, les moyens, les caractéristiques ainsi les avantages de la relation interpersonnelle. Dans la deuxième section, on présente la définition, les types de la communication ainsi la communication médicale.

✓ 4^{ème} chapitre : il représente la partie pratique qui est nommé l'organisme d'accueil, interprétation et analyse des données. il contient deux sections, dont la première on présente le secteur sanitaire, historique de CHU et ses missions et dans la deuxième, on interprète et on analyse les données.

Nous achevons notre recherche par la conclusion et la vérification des hypothèses.

Partie théorique

Chapitre I

Cadre méthodologique

1. Le Choix et intérêt de sujetde recherche :

Vouloir entreprendre une recherche en science humaine c'est vouloir approfondir un sujet choisi en fonction de son intérêt. Le choix du sujet et l'évaluation de faisabilité d'une recherche qui représente le premier moment de la formulation du problème de recherche¹.

Le choix et l'intérêt de cette recherche n'a pas été le fruit de hasard, nous avons été motivées à choisir le thème « l'impact de la relation entre le personnel médical et paramédical sur la prise en charge des patients » au sien de centre hospitalo-universitaire de Bejaia pour plusieurs raisons, une de ces raisons tient au fait que les bonnes relations interpersonnelles dans les ressources humaines constitue un atout important pour la promotion de l'homme. Aujourd'hui il est donc de plus en plus admis que la bonne santé occupe une place importante dans la réalisation de progrès humain. Les personnels de santé évoquent plusieurs points notamment la relation entre le personnel médical et paramédical et son influence sur la prise en charge des patients, évaluer la satisfaction ou l'insatisfaction des patients hospitaliers sur leur prise en charge.

Le choix du présent thème assimilable avec notre option d'étude et il nous aidera à élargir notre connaissance sur la gestion de ressource humaine et les problèmes qui en déroulent.

¹ANGERS Maurice, **Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines**. Ed. Casbah, Alger, 1997, p78.

2. Les objectifs de la recherche :

Dans chaque étude scientifique, le chercheur vise des objectifs à atteindre. À travers notre recherche sur l'impact de la relation entre le personnel médical et paramédical sur la prise en charge des patients.

Notre objectif général consiste à démontrer la réalité des relations de travail au service des urgences de l'hôpital Khellil Amrane, et d'analyser l'impact de cette relation sur la prise en charge des patients, autrement dit l'influence de cette relation sur leurs travail et encore le taux de satisfaction des patients sur la prise en charge disponible au service des urgences ou CHU Khellil Amrane de Bejaia. Ainsi l'ambition de savoir et la curiosité de découvrir la réalité de monde du travail à l'hôpital.

3. La pré enquête :

La pré enquête c'est une étape très importante dans élaboration de toute recherche scientifique c'est la premier confrontation du terrain.

D'après Madeleine Grawitz la pré enquête « constitue a essayé sur un échantillon réduit les instruments (entretien, questionnaire, analyse de contenu) prévus pour effectuer l'enquête, si l'on a des autres sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de t'elle technique, on peut explorer de façon limite le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs »¹.

Elle est considérée comme une étape préparatoire de l'enquête, elle a pour objectif la connaissance du terrain d'étude à travers la collecte des informations et des données sur le sujet d'étude et sur une population déterminée.

La pré enquête nous a permis de collecter des informations d'une manière générale sur le thème de recherche, et notre pré enquête s'est déroulée au CHU de Bejaia khelil Amrane dans le service des urgences médico- chirurgicales durant la période de 22 /03/2015 an 22/05/2015, pendant cette période on a essayé de ce mettre en contact avec la population étudier.

L'objectif de notre pré enquête au premier lieu c'est d'avoir un contact direct avec la population enquêtée qui est le personnel médical et paramédical et les patients, et au deuxième lieu c'est de gagner la confiance de cette population d'étude, et de s'avoir plus sur l'impact de la relation entre le personnel médical et paramédical sur la prise en charge des patients, et aussi pour rassembler plus d'information sur notre sujet de recherche.

Dans le service des UMC plus précisément dans le tri durant notre première visite on a observé un organisme de la part de l'équipe soignante, puis on a passé à un antre espace qui est nommée l'observation et c'est là qu'on a trouvé une sale de soin , une sale de plâtre , et une salle de déchoquage et une chambre pour les produits médicaux et d'autres chambres pour les patients hospitaliers .

D'après cette visite on a remarqué qu'il y a une bonne hygiène et une bonne sécurité, ainsi un bon accueil de la part d'une psychologue qui nous a orientés dans le service.

¹GRAWITZ Madeleine, **méthode des sciences sociales**, édition, Dalloz, paris, 2001, p550.

Pour notre première observation on a constaté qu'il y a une surcharge des chambres qui exige à l'équipe soignante à faire leur soin dans les couloirs, à cause de manque de lits et des moyens matérielles et aussi le manque d'espace.

Il y a un médecin chef qui contrôle les chambres des patients et aussi la tâche exercée par l'équipe soignante à chaque fois.

Dans le service des UMC le personnel médical il y a deux médecins dans le tri et deux autres dans l'observation, et le personnel paramédical se compose de quatre groupes il y a deux groupes qui travaillent dans la journée, ils travaillent 2/2 c'est-à-dire ils travaillent deux jours ils restent deux jours mais les deux autres groupes qui travaillent 1/2 la nuit c'est-à-dire ils travaillent une nuit ils restent deux jours, et chaque équipe contient 6 membres, des infirmiers et des infirmières.

On a remarqué qu'il y a un bon contact entre les membres de chaque équipe il y a une certaine coopération entre ces membres, et le plus important c'est que il y a un membre suffisant de l'équipe soignante (médecin, infirmiers) et aussi il y a beaucoup des stagiaires mais lorsque un malade a besoin de soin il y a personne qui prend en charge.

4. La problématique :

Les relations interpersonnelles occupent une place primordiale dans la vie au travail et sur les avantages que cela procure sur l'organisation. Elles amènent les travailleurs à prendre des actions concrètes individuellement et collectivement pour améliorer la qualité des relations interpersonnelles dans le milieu de travail. La communication interpersonnelle a pour but de renforcer les équipes de travail et de privilégier la prise de décision efficace pour l'intérêt de l'organisation. Ces relations ont été traitées par des spécialistes de la gestion des ressources humaines et reste à nos jours des sujets importante. « L'apport essentiel de l'école des relations humaines est avoir démontré l'effet du groupe et de ses relations interpersonnelles, affectives, émotionnelles, sur le comportement des ouvriers »¹.

Selon Mihaidinu G, Moatty F « Dans l'univers médical, la séparation formelle nette entre le corps médical et le personnel paramédical indique aussi le sens particulier pris habituellement par les collectives de travail »².

Les établissements de santé doivent donner tant d'importance aux relations du travail par rapport a d'autre secteur par ce que l'intérêt de patient exige au moins quel y ai une relation complémentaire entre le personnel médical et paramédical. Le malade devient un point central dans cet univers.

Tous les établissements de santé sont considéré comme des institutions de soins dans lesquels les personnes malades sont le cœur de toute les actions des médecins, et des infirmiers, ils donnent chaque jour un sens à leur vie, donc il faut qu'il y ait un travail de qualité par ce qu'il s'agit des femmes et des hommes qui luttent chaque jour contre la maladie.

Le travail du personnel médical et paramédical est particulièrement pressant et contraignant, la surcharge de travail de personnel de santé reste une actualité. La situation est d'autant plus préoccupante, la formation de personnel et totalement sous-estimée, l'exigence fondamentale en termes d'organisation de travail est amplifiée par des preuves de tout genre en termes d'urgence.

¹PLANE Jean-Michel ,**management des organisations** ,théories , concept, cas , 1^{er} édition ,dunod, Paris , 2003 ,p67.

² MIHAIDINU Gheorghe, MOATTY Frédéric, **les conditions de travail en équipe**, N°43, Paris, 2005, p16.

La satisfaction des patients est un maillon fondamental dans la démarche d'un établissement hospitalier, et cette satisfaction doit être mise en point dans la stratégie de chaque Hôpital par ce que l'intérêt de patient et toujours le même d'avoir des soins de qualité. la présence continue de personnel médical et paramédical est essentiel pour la mise en état de bonne santé des patients en leur offrant les soins de qualité . Dans cette optique, le point de vue du patient constitue déjà, une préoccupation majeure des établissements hospitaliers.

Le caractère multidimensionnel de la satisfaction des patients à l'égard des soins, souvent souligné, concerne à la fois la compétence technique acquises durant le processus de formation de personnel médical et paramédical, et les aspects interpersonnels entre ces derniers et d'un autre les patients. « La démarche des soins infirmiers est sans doute l'un des principaux piliers de la qualité des soins et que sans elle l'infirmier ne peut pas espérer arriver à la maximisation de la qualité des soins et apporter ainsi la satisfaction aux différents besoins des patients»¹.

Notre questionnement à travers cette recherche est de montrer l'impact de la relation entre le personnel médical et paramédical sur la prise en charge des patients, on a effectué une enquête sur le terrain au service des urgences ou CHU de Bejaia Khalil Amrane.

Dans cette optique de développer notre étude nous avons évalué utiles de poser la question suivante : Quel est l'impact de la relation entre le personnel médical et le personnel paramédical sur la prise en charge des patients ?

Au-delà de cette question principale, nous traitons les questions secondaires suivantes :

- Est-ce que les bonnes relations socioprofessionnelles entre le personnel médical et paramédical contribuent à une bonne prise en charge des patients au CHU Khelil Amrane de Bejaia ?
- Est-ce que la satisfaction des patients concernant la prise en charge peut refléter la nature et le type de cette relation ?

¹ PATRICIA. A. Petre, Anne G. Perry, **Soins infirmiers, théorie et pratique**, Edition, Ottawa, Canada, 1990, p86.

5. Les hypothèses de la recherche :

Chaque recherche scientifique doit être organisée sur des hypothèses, car un travail ne peut pas être considéré comme une variable recherche s'il se structure autour d'une ou plusieurs hypothèses.

Selon le manuel de recherche en science sociale Raymand Quivy définit l'hypothèse est : « une hypothèse est une proposition qui anticipe une relation entre deux termes qui, selon le cas peuvent être des concepts ou des phénomènes. Une hypothèse est donc une proposition provisoire, une présomption, qui demande à être vérifiée. »¹.

Dans ce contexte, nous avons formulé les hypothèses suivantes.

- Les bonnes relations socioprofessionnelles entre le personnel médical et le paramédical contribuent à une bonne prise en charge des patients au CHU de Bejaia Khalil Amrane.
- La satisfaction des patients concernant la prise en charge dépend plus de la relation entre le personnel médical et le paramédical.

¹ QUIVY Raymand et COMPENHOUDT Luc Van, **Manuel de recherche en science sociale**, 2^{ème} édition dunod, paris 1995, p135.

6. La définition des concepts :

Selon Raymond Quivy et Luc Van Campenhoudt estiment que « La conceptualisation est plus qu'une simple définition ou convention terminologique. Elle constitue une construction abstraite qui vise à rendre compte du réel. A cet effet, elle ne retient pas tous les aspects de la réalité concernée mais seulement ce qui en exprime l'essentiel du point de vue de chercheur. »¹

La définition conceptuelle permet de mieux cerner le sens des concepts utilisés dans un travail de recherche « un concept n'est pas seulement un aide pour percevoir mais aussi une façon de concevoir »²

Et pour cela, nous allons définir les principaux concepts qui seront utilisés dans notre travail afin de faciliter la compréhension et le sens de notre recherche, ils se résument comme suit :

Le personnel médical :

Plusieurs définitions relatent qu'il n'existe pas une définition palpable entre agent, employé, salarié et personnel.

« Le personnel médical est une personne employée dans une entreprise, un service public ou privé ayant étudié et pratiquant la médecine, cette dernière est une science qui a pourtant la conservation et le rétablissement de la santé, un médecin peut pratiquer la médecine générale ou spéciale, à côté d'un médecin il Ya des infirmiers (ères) pour la promotion de la santé la prévention des maladies et soins aux malades»³.

Dans notre cas d'étude les médecins seront appelés « personnel médical ».

¹ QUIVY Raymond et Luc Van CAMPENHOUDT, opcit, p.120.

² GRAWITZ Madeline, **Lexique des sciences sociales**, 7eme édition Dalloz, 2000, p15.

³ BERNARD et GENIVIEVE, **dictionnaire médical pour les régions tropicales**, BERPS Kango- Mayumbe, 1989, pp 388, 460.

Le personnel paramédical

Qui a certains rapports avec le médecin, en parlant surtout de professions, en France les professions paramédicales, sont au nombre de quatorze. Onze d'entre elle, inscrites au code de la santé publique, et sont donc règlementés : ce sont les professions d'auxiliaires médicaux¹.

« Se dit des professionnelles et des personnelles ne faisant pas partie des professions médicales, mais qui ont trait, sur le plan technique ou administratif aux activités relatives à la santé »².

Dans notre cas d'étude les infirmiers seront appelés « personnel paramédical ».

L'équipe soignante :

A l'intérieur de l'hôpital l'équipe soignante est constituée d'un ensemble de personnel médical (les médecins) et le personnel paramédical (les infirmiers) leurs travaux consistent de prendre en charge les soins pour les patients dans les hôpitaux et les cliniques.

Patient :

Personne qui subit ou va subir un examen médical, un traitement, ou une opération³.

Patient ou bien malade c'est une personne qui souffre d'une maladie qui a besoin d'un aide de la part de l'équipe soignante pour améliorer son état de santé.

La prise en charge des patients :

L'expression prise en charge s'emploi beaucoup plus dans le domaine de la médecine et désigne le fait d'exposer des soins a un patient.

La relation :

C'est la relation qui existe entre une chose et une autre, entre personne, deux phénomènes des relations d'affaires et de son voisinage.

Selon HARTUP définit la relation « comme une accumulation d'interaction entre individus qui durent et qui impliquent des effets, des attentes et des représentations spécifique. »⁴

¹ A .Manuila, L .Manuila, Plewalla, M .Nicoulin, T.Papo, **dictionnaire médical manuila**, 10Edition, Masson , France, septembre2004,p 365.

² ANOYME, **petit Larousse illustré**, Masson, paris, 1984, p 123.

³ A .Manuila, L .Manuila, Plewalla, M .Nicoulin, T.Papo, opcit, p 370.

⁴ Étude de Hartup, 1988, p18.

Relation interpersonnelle :

La relation interpersonnelle est connue comme l'intensité du sentiment et la qualité d'information donnée au sujet de soi un niveau d'engagement élevé vis-à-vis de l'autre et de la relation, d'une certitude que la relation durera longtemps est un degré élevé et complexe d'interdépendance entre les deux personnes¹.

Communication interpersonnelle :

La communication interpersonnelle elle est basé sur l'échange d'un émetteur et d'un récepteur, l'être humain, est la base de la vie en société, c'est la en général que la compréhension et la meilleure mais le membre de récepteur est limité à une seule personne, la rétroaction est quasi systématique, il y a notamment le téléphone, conversation orale².

La satisfaction des patients :

La satisfaction des patients est un élément important dans tous les établissements de santé qui consiste une bonne prise en charge et une bonne qualité de soin précisément au services des urgences la ou les soins ce fait rapidement .

¹ BLOLH Henriette et autre, **grand dictionnaire de la psychologie**, édition Larousse, paris, 1999, p792.

² ABDEKRIM, Bouhfaes, **la communication de l'entreprise**, comment dire aux uns et autres, 2007, p17.

7. La méthodologie appliquée :

Dans chaque recherche scientifique, le chercheur doit suivre un ensemble d'étapes et des procédures afin d'atteindre les objectifs visés, selon Alex Mucchielli : «La méthodologie est la réflexion préalable sur la méthode qui convient de mettre au point pour conduire une recherche »¹.

Les méthodes et les techniques sont utilisées pour recueillir les données sur le terrain, ce dont tout chercheur a besoin afin de bien saisir l'objet de recherche.

7.1 La méthode adoptée :

Chaque recherche exige une démarche méthodologique qui s'appuie sur des principes stables permettant d'aboutir à un résultat scientifique et objectif ainsi le chercheur en science humaine et sociale dispose d'un ensemble des méthodes, il doit utiliser une méthode bien déterminée.

D'après Bernard Morel la méthode « comme la manière d'opérer pour atteindre un but, une idée, un objet, elle a besoin de principe pour sa conduite et son expérience de la même façon que les principes du savoir »²

Ainsi dans notre recherche sur l'impact de la relation entre le personnel médical et paramédical sur la prise en charge des patients, nous avons opté pour la méthode qualitative. Cette méthode nous a permis d'obtenir des réponses plus ouvertes, et retirer des informations et des éléments de réflexion très riches, elle instaure un véritable échange entre l'enquêteur et l'enquêté face à face et enfin elle nous a permis d'accéder au maximum d'informations, et qui semble adéquate à l'objectif visé notamment les caractéristiques et spécificité de la relation entre le personnel médical et paramédical.

¹ MUCCHIELLI Alex, **Dictionnaire des méthodes qualitatives en science humains**, 3^{ème} édition Armand colin, paris, 2012, p 143.

² Edo Kodjo Morille Agbobli, **méthodologie de la recherche et initiation à la préparation des mémoires et des thèses**, Edition le Harmattan, paris, 2014, p24.

7.2 Les techniques utilisées :

Si les méthodes sont utilisées pour l'élaboration Complete et détaillée du travail de recherche, les techniques sont-elles, utiles pour la collecte des données.

Grawitz.M, définit également les techniques comme étant « des procédés opératoires rigoureux bien définis transmissibles, susceptibles d'être appliquées à nouveau dans les mêmes conditions adaptées au genre de problème ou de phénomènes en cause »¹

Pour avoir le maximum d'information sur notre thème de recherche, on a utilisé les techniques suivantes :

a. L'observation :

L'observation commence quand les faits sont constatés spontanément d'après Anne Marie Lavande « l'observation est avant tout une méthode de recueil des données pertinentes et significatives et entant que t'elle, elle exige de la rigueur dans la pratique quelle que soit l'étape de la recherche ou elle s'effectue, elle est cependant plus ou moins planifie et systématique selon objectif requis»².

Ainsi on peut les définir comme «Technique direct d'investigation scientifique qui permet d'observer un groupe de façon 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 d'observer la réalité desrelations entre le personnel médical et paramédical ainsi que la nature de la relation entre le corps médical et les patients pendant plusieurs journées de stage et de savoir la qualité de la prise en charge des patients au service des urgences de CHU.

¹ GRAWITZ Madeleine, **méthode des sciences sociales**, Edition, Dalloz, paris, 2001, p419.

² ANNE Marie Lavande, **guide méthodologique de la recherche en psychologie**, édition boech université, Bruxelles, 2008, p186.

³ ANGER Maurice, **initiation pratique a la méthodologie des sciences humaines**, édition casbah, Alger, 1997, p130.

b. L'entretien :

L'enquête par entretien constitue aujourd'hui une technique largement pratiquée. Certains affirment même que la sociologie est devenue « la science de l'entretien »¹.

L'entretien est une technique à récolter des données sur le terrain d'après Madeline Grawitz l'entretien « un processus d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des informations en relation avec le but fixé »².

Pour la collecte des informations, nous avons procédé à l'utilisation d'un guide d'entretien, avec des questions ouvertes qui offrent la possibilité aux personnes enquêtées de s'exprimer librement sur le sujet abordé, ce qui nous donne l'opportunité de recueillir le maximum d'informations afin d'enrichir notre étude. Dans ce cas notre étude composée de deux guides d'entretiens qui contiennent une série de questions, le premier guide d'entretien contient quatre axes et le deuxième guide d'entretien contient cinq axes.

- Le guide d'entretien N°1 : le personnel médical et le personnel paramédical.

Le premier axe : consacré aux identifications des données personnelles.

Le deuxième axe : la nature de relation entre le personnel médical et paramédical.

Le troisième axe : la communication.

Le quatrième axe : la gestion conflictuelle.

- Le guide d'entretien N°2 : les patients.

Le premier axe : identification des données personnelles.

Le deuxième axe : la prise en charge médicale des patients.

Le troisième axe : la satisfaction des patients.

Le quatrième axe : la relation entre le corps médical et les patients.

Le cinquième axe : les inégalités sociales.

En effet, ces entretiens se sont déroulés au CHU de Bejaia Khelil Amrane dans le service des urgences précisément dans les bureaux, les salles d'examen. Le moyen choisi pour enregistrer les réponses c'est de les noter sans faire un enregistrement.

¹ BLANCHET Alain, GOTMAN Anne, **l'enquête et ses méthodes entretiens**, 2eme Edition, paris, 2014, p5.

² GRAWITZ Madeline, *opcit*, p742.

c. L'analyse de contenu thématique :

« 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 fondé 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

Donc on a opté pour l'analyse thématique, ou on a relevé les thèmes les plus pertinents qui ont un lien avec l'objectif de la recherche, en suite on a regroupe les thèmes et les sous thèmes les plus important dans un corpus.

8. La population d'étude :

Selon AKTOUF Omar, « la population d'étude désigne l'ensemble d'indifférencié des éléments parmi lesquels seront choisis ceux après de qui effectueront les observations »³.

Notre population d'étude est constituée de 12 personnels de l'équipe soignantes (06 de personnel médical et 06 de personnel paramédical), on a diversifié selon (sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle, ancienneté professionnel, situation matrimoniale) ainsi que 06 enquêtés de la liste des patients sont répartie selon (sexe, âge, niveau d'instruction, durée de séjours) au service des urgences médico-chirurgicales de CHU de KhelilAmrane de Bejaia, dont la raison de touché tous les éléments principaux pour avoir plus d'information qui nous permet à répondre ou problème posé.

¹WARLIN.P, **l'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens, une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation delogiciels**, université de Luxembourg, association pour recherche qualitative,2007, p07.

²GUILIONE .Rodolphe, et MATHALA. Benjamin, **les enquêtes sociologiques (théoriques et pratiques)**, Arnaud colin, 6ème édition, paris, 1988, p115.

³ATOUF Omar, **Méthodologie des sciences sociales et approches qualitatives**, presses de l'université de Québec Montréal, 1999, P72.

9. Les difficultés rencontrées :

Durant notre recherche sur le terrain, on a rencontré pas mal de difficultés. Les dernières que nous avons trouvées :

- ❖ Le manque des études antérieures concernant notre sujet d'étude et la non disponibilité d'ouvrages.
- ❖ L'absence d'encadrement à l'hôpital.
- ❖ L'une des difficultés rencontrées, le problème d'adaptation au service des urgences dans les premiers moments de l'enquête, car il s'agit d'un espace de souffrance et de maladie.
- ❖ Les difficultés d'effectuer notre pré-enquête au pré de personnel médical et le personnel paramédical sous prétexte de charge de travail ce qui a entraîné une perte de temps considérable.

Chapitre II

Service et environnement hospitalier

Section 1: le personnel médical et paramédical et leurs principales tâches

Selon l'OMS, la santé est un état de bien être total physique, social et mental de la personne.

L'hôpital est un établissement public de soins qui accueille et soigne les malades, par une équipe médical et paramédical, l'un des secteurs d'activité les plus en contact avec le public extérieur. Il est constitué de plusieurs services et unités comme le service d'urgence et d'autres services.

Le service d'urgence « est l'image, la vitrine de l'hôpital »¹, il a pour mission de répondre 24h/24h aux demandes de santé, des personnes qui se présentent à l'hôpital sans y-avoir rendez-vous. L'objectif ultime de l'équipe de soins de l'unité d'urgence est de fournir aux usagers dont l'état le requiert les services d'accueil, de triage, d'évaluation, de stabilisation, d'investigations et de traitement, dans le but de répondre à une condition médicale urgente et/ou d'arriver à une décision éclairée sur l'orientation du patient.

1. Le personnel médical ²:

Il regroupe tous les praticiens médicaux généralistes et spécialistes à savoir :

- Les médecins généralistes et médecins spécialistes.
- Les chirurgiens généralistes et chirurgiens spécialistes.

2. Les tâches principales :

Les praticiens médicaux généraliste sont charges d'assurer les activités suivante :

- Diagnostique et soins, prévention générale et épidémiologique, gestion sanitaire, analyses biologique.
- Les praticiens spécialistes assurent suivant leurs spécialités et leurs domaines de compétence les taches suivantes : diagnostic, traitement, contrôle et recherche en matière de soins, de prévention de réadaptation et d'exploration fonctionnelle, de recherche en laboratoire.

¹ COMPAGNON Claire et SANNIE Thomas, **L'hôpital, un monde sans pitié**, L'éditeur, paris, 2012, p.165.

²Document interne de centre hospitalier-université.

- Ils participent aussi à la formation des personnels de santé.

3. Le personnel paramédical :

Est composé de :

- Des aides-soignants.
- Des infirmiers brevetés.
- Des Infirmiers de santé publique.
- infirmier principale
- Cadre paramédical.

4. Les tâches principales :

- Les aides-soignants sont chargés, sous la conduite du responsable hiérarchique, l'exécution de soins infirmier simple l'hygiène hospitalier, l'entretien et le rangement du matériels utilisé dans le service.
- Les infirmiers (ers) de santé publique sont chargés d'assurer les prescriptions médicales et les soins polyvalents, ils sont chargés en particulier de reconnaître les méthodes de diagnostic.
- L'infirmier principal est responsable et animateur de l'équipe paramédical, il évalue la qualité des soins infirmier et propose des améliorations en collaboration avec les médecins et l'équipe soignante, il veille à l'utilisation du planning de soins (garde et consignes).
- Le cadre paramédical exerce une action d'autorité paramédicale sur le terrain ; contrôle dans mise en œuvre des tâches quotidiennes des personnels de soins, suivi administratifs des mouvements des malades et gestions des effectifs du service et ses équipements.
- Le manque de personnel paramédical, les aides-soignantes, les infirmiers santé publics, et des infirmiers principaux assurent en réalité les mêmes tâches.

Section 2 : les conditions de la prise en charge hospitalière

1. La prise en charge médicale des patients :

W.Hesbeen remarque que dans la médecine actuelle, une médecine performante qu'il qualifie de « techno scientifique », le soignant travaille sur un « corps objet » très axé sur la maladie, ne laissant que très peu de place à la prise en charge de la personne en tant qu'être humain. Les soins ne sont réalisés qu'à un corps malade ; contrairement aux médecines qualifiées de douces qui lient le corps à l'esprit¹.

La prise en charge des patients dans le service des urgences commence par une évaluation de la douleur des malades travers d'un traitement de qualité.

Pour amélioration globale de la qualité des soins en situation des urgences il est évident de mettre en place la réalité de la prise en charge, cela va permettre aux personnel médical et le personnel paramédical de développée des connaissances pratique des soins.

2. La qualité de soins :

2.1. Définition :

Il est important d'évoquer le concept de qualité de soins car il dépend du travail de personnel médical et le personnel paramédical, la qualité d'un service peut se définit par ses objectifs et de ses résultats ainsi chaque établissement vise à l'amélioration la qualité de ses actions.

Selon L'OMS la qualité des soins c'est « délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostics et thérapeutique qui lui assurera le meilleur résultat en terme de sante, conformément à l'état actuel de la médecine, au meilleur cout pour le même résultat, au moindre risque iatrogènes et pour sa plus grande satisfaction en terme procédures, de résultats et de contact humaine à l'intérieur de système de soins. » La qualité c'est de s'assurer que chaque patient est soigné avec la mobilisation maximale des moyens possibles, matériels, humains, institutionnel...la qualité demande à être améliorer à évoluer².

¹ Walter Hesbeen, **la qualité du soin infirmier**. Penser et agir dans une perspective soignante. Edition Masson 2002, p24.

² CRUHANTL, **la qualité de soins**, édition PUF, éd paris, 2000, p 12.

2.2. but de la qualité de soins :

Selon LANAES (Agence National d'Accréditation et d'évaluation en santé), la qualité permet d'amélioration de la sante :

- elle permet l'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins.
- appréciation de la qualité de la capacité des établissements de santé à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient.
- formulation de recommandation explicites aux établissements.
- implication des professionnelles dans cette démarche.
- Reconnaissance externe de la qualité dans établissement de santé.
- Amélioration continue de la confiance du public

2.3. Les dimensions de la qualité de soins ¹:

Les principales dimensions élaborées dans la qualité de soins peuvent être regroupée en cinq éléments :

- **Efficacité :**

Efficacité est souvent la première dimension prise en compte pour mesurer la qualité, elle correspond à la capacité de réaliser des résultats (les soins) souhaitable, à condition qu'ils soient bien dispensés à ceux qui en ont besoin et pas aux autres. L'efficacité est aptitude à atteindre ou réaliser toute amélioration possible en termes de résultat sanitaire.

- **Sécurité :**

La sécurité des soins est basée sur le principe de ne pas nuire aux malades, la sécurité est la capacité d'empêcher ou d'éviter les résultats indésirables ou les dommages qui proviennent des processus de soins aux même.

- **Réactivité :**

La réactivité ou la sensibilité du système renvoie à des notions telle que le respect des patients, la dignité, la confidentialité, la participation aux choix, le soutien social et le choix

¹ CRUHANTL, opcit, p23.

de fournisseurs de soins. Elle se rapporte à la façon dont le système prend en charge les patients pour répondre à leurs attentes légitimes non liées à la santé.

Un autre terme est souvent employé « patients -centerdness » il s'agit de mettre le patient au centre des soins en intégrant différents éléments comme l'écoute, l'empathie , la confidentialité , mais aussi l'information dont le patient dispose sur l'expérience du patient concernant les aspects spécifiques des soins, ceci au-delà de sa satisfaction individuelle .

- **Accès aux soins :**

Accès aux soins est l'accessibilité, la facilité avec laquelle on a accès aux bons services de santé au bon moment. Accès peut être vu sous l'angle géographique, financier, ou socio-psychologique et existe que les services de santé soient disponibles.

L'équité est une dimension étroitement liée à l'accès et à la capacité d'un système de santé à traiter de manière juste toutes les personnes concernées indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leur race et de leur ressource financière. Dans ce contexte, il s'agit de la distribution des soins entre différents groupes de population quelles que soient leur situation géographique, économique et sociale.

- **Efficiences :**

En fin d'efficacité se réfère à l'utilisation optimale des ressources disponibles pour obtenir les bénéfices ou les meilleurs résultats.

Elle renvoie à la capacité d'un système à fonctionner pour obtenir des résultats possibles et souhaitables, la plupart des problèmes de qualité des soins impliquent une sous ou une utilisation des ressources.

3. Hygiène hospitalière :

3.1. Le corps médical :

3.1.1. Hygiène des mains :

- Les ongles doivent être coupés courts, brossés et nettoyés soigneusement.
- Les mains seront lavées fréquemment, tout spécialement avant et après chaque soin, en quittant le service des malades, avant de se mettre à la table.

En cas de maladies contagieuses, les mains seront désinfectées.

- La moindre blessure doit être désinfectée pour prévenir les infections.

Dans le but :

- D'éviter la propagation de microbes d'un malade à l'autre.
- De se protéger eux même contre les infections locales (furuncles, panaris et générales typhoïde)¹.

3.1.2. Tenue vestimentaire :

La tenue comprend une coiffe, un masque, une blouse ou un pyjama et de Chaussures, ces vêtements hospitalières sont changés régulièrement ou chaque fois qu'ils se salissent (tache ...) .pour les services à hauts risques, des vêtements jetables (coiffe, masque, blouse, bottes) sont préférables².

3.2. Le malade :

L'hygiène du malade comporte celle de son lit (matelas, oreillers, draps, couverture de lit) dans lequel il passe la totalité ou la majeure partie de son temps, et la propreté de la peau, du cuir chevelu, de la bouche surtout chez les fiévreux, les mourants ...³.

¹BAILLIERE Jean –BAPTISTEET fils, **L'infirmière hospitalière** : guide théorique et pratique de l'Ecole Florence Nightingale de Bordeaux, 8^{ème} édition, paris, 1952, p30.

²KAITI Mostefa, **Guide des soins infirmières**, Edition Office des Publications Universitaire, Alger, 1986, p87.

³BAILLIERE Jean –BAPTISTEET fils, opcit, pp31-33.

3.2.1. Hygiène alimentaire :

A pour but de régler l'alimentation pour subvenir à l'entretien ,a l'activité et à la croissance de l'organisme .elle doit tenir compte des besoins énergétiques et plastiques de l'organisme et des vitamines .certains malades sont privés de l'une ou l'autre des catégories d'aliments alors on distingue divers régimes ¹.

3.2.2. Hygiène de l'environnement :

L'emplacement de l'hôpital doit se situer loin des centre urbains (bruit, pollution ...) la construction dispersée répond mieux aux impératifs de santé : calme, isolement facile, espace vert ...² Les hôpitaux doivent être construits et aménagés en fonction des besoins des malades et aussi prendre en considération la facilité de travail du personnel.

En gros, le but de l'hygiène hospitalière est de minimiser les risque infectieux ou la transmission de ces germes peut être direct par les mains, le linge, les aliments, le matériel ou indirecte se faisant par l'air. L'hygiène cherche à prévenir les maladies et donner au corps le maximum de développement normal³.

4. La relation soignant- soigné :

Une relation au sens large se définit comme « une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particuliers et deux histoires »⁴.

Lors de la rencontre d'un patient et d'un soignant, chacun des deux protagonistes se retrouve ancré dans un rôle. L'un est dans la position de l'offreur et l'autre dans la position de demandeur. L'un regarde l'autre. Le soignant, du fait de sa bonne santé, est en position de domination contrairement au patient dont l'état de santé se dégrade⁵. Ainsi, chacun ne laisse transparaître que ce pour quoi il est venu. Quant à A. Touraine, sociologue, il reconnaît que la compétence du soignant lui donne un pouvoir. Le patient a une certaine subjectivité qui le place dans un état d'infériorité. Le patient accorde toute sa confiance dans les compétences et le savoir du soignant afin de pouvoir continuer à maintenir son état de santé. Cette confiance absolue met alors le soignant dans une position de toute puissance. Par ailleurs, certains

¹ BAILLIERE Jean –BAPTISTEET fils, opcit, p53-56.

² KAITI Mostefa, opcit, p90.

³BAILLIERE Jean-BAPTISTEET fils, opcit, p 27.

⁴ MANOUKIAN Alexander, MASSEBOEUF Anne, **la relation soignant –soigné**, France, lamane, 2008, p9.

⁵ WALTER. Hesbeen, **La qualité du soin infirmier**, penser et agir dans une perspective soignante, penser et agir dans une perspective soignante, Edition Masson, 2002, p45.

auteurs imaginent une relation « individu soignant/individu-malade¹ » reposant sur le concept que la pratique ne va pas que dans le sens « malade-patient/soignant accompagnant », afin que puisse s'établir une relation entre particuliers sans enjeux de pouvoir.

Ainsi, la relation soignants-soigné est une relation humaine qui ne diffère que par le statut des deux protagonistes qui sont en interaction, un soignant et un soigné cela sous-entend que ces deux personnes aient reconnu leurs rôles au sein de la relation, le soignant apprendre son rôle lors d'une « formation initiale qui permet de faciliter la relation et l'action avec les patients » et sait qu'il est reconnu grâce à un diplôme garent de compétence et de savoir².

5. La relation de case-work :

L'essentiel du case-work repose dans l'attitude de celui qui prétend apporter à l'autre une aide psychologique. C'est la réunion de deux personnes visant des satisfactions ou des buts communs. Une relation de case-work est une rencontre professionnelle entre deux personnes dans le but d'aider l'une d'entre elles à réaliser une meilleure adaptation. L'échange affectif se place dans ses limites³.

La relation de case-work insiste sur des traits qui concernent le personnel paramédical (infirmiers) :

- Relation interpersonnelle : le malade est une personne et non un objet de soin.
- Relation d'aide : le malade hospitalisé est un client attend de son entourage aide et compréhension.
- Relation qui vise à améliorer l'adaptation : le malade est aux prises avec un triple effort d'adaptation : adaptation au milieu hospitalier, adaptation à son état d'être malade, adaptation à sa guérison
- Relation où s'engagent profondément et affectivement les parties en présence : le malade avec son anxiété, le personnel paramédical avec son désir de comprendre et d'aider.

Les besoins du malade du moment où il s'engage dans cette relation :

¹ C. Berbar, S. Erbaz, V. Meininger, **Les bénéfices du doute dans la mort à vivre**, revue Autrement, Février 1994, p97.

² MANOUKIAN Alexander, MASSEBOEUF Anne, opcit, pp18 ,19.

³BERNARD Paul, **Manuel de l'infirmier en psychiatrie**, 2^{ème} édition, Edition Masson et Cie, paris, 1974, p244.

- Besoin d'être traité comme une personne.
- Possibilité d'exprimer ses sentiments, négatifs et positifs : se plaindre, être agressif, éprouver des sentiments hostiles ; mais aussi manifester sa sympathie, son impression de bien-être
- Etre certain que l'on est respecté, qu'elle que soit la nature des soins que l'on reçoit, quel que soit l'état et dépendance corporelle dans lequel on est provisoirement plongé « les malades doivent être acceptés tels qu'ils sont ... Sinon ils seront rejetés plus au moins par les autres »¹.
- Attente d'une compréhension
- Etre persuadé d'une relative autonomie dans des choix et des décisions dont la nature ne contrevient pas à l'intérêt général du service, non plus qu'aux exigences des prescriptions médicales.
- Besoin de confiance : « le malade donne sa confiancemais demande autre chose en échange ... par une demande de temps consacré à s'occuper de lui »².

¹ BERNARD Paul, opcit, p238.

² Ibid, p248.

Chapitre III

Généralités sur les relations interpersonnelles et la Communication

Section 1: les relations interpersonnelles

1. La définition des relations interpersonnelles :

Les relations interpersonnelles, on peut les définir comme relation entre groupe d'individus appartenant à une organisation nommée, des relations qui sont nécessaires car c'est le fondement de toute coexistence collective.

2. Les moyens de développement des relations interpersonnelles¹ :

L'organisation utilise des moyens pour rendre et à apprendre le milieu de travail plus propice ou développement et à l'amélioration des relations interpersonnelles, parmi ces moyens en trouve :

- Organiser régulièrement des réunions avec l'ensemble du personnel ou le connu, la participation et la consultation sont privilégiées.
- Susciter le dialogue et la participation de tous afin d'établir des valeurs communes aux quelles chacun pourra se référer.
- S'assurer aussi que tous ont la possibilité de s'exprimer afin que ces valeurs soient bien partagées par l'ensemble.
- Organiser des activités sociales qui stimulent l'intérêt des gens et qui favorisent le connu et les bonnes relations.
- Mettre en place des programmes de reconnaissance responsabilisant l'ensemble de personnel et où les gestes posés seront ceux de l'intensité, la sincérité et l'équité.
- Donner la possibilité aux gens de développer leurs habiletés de communication en offrant de la formation qui leur permettra de mieux dire les choses, de mieux écouter et de réagir de façon constructive aux commentaires et opinions des autres.

¹ http://WWW.apssap.qc.ca/WP.Content/uploads/relation_interpersonnelle, PDF le 10-04-2015a 13h00.

Chapitre III Généralités sur les relations interpersonnelles et la communication

- Etablir des canaux de communication privilégiant la circulation efficace de l'information, tant au niveau verbal (entre les paliers hiérarchique) qu'au niveau horizontal entre les collègues de travail.

3. Les caractéristiques des relations interpersonnelles¹ :

- Les relations interpersonnelles sont à la base de toute communication .elles caractérisent la façon d'être de la personne dans le groupe et le rend unique au son genre.
- Les aptitudes interpersonnelles déterminant la facilité d'un individu à pouvoir s'intégrer dans un nouveau groupe et à prendre sa place au sien de celui –ici.
- Chaque personne , de par sa personnalité , a une approche qui lui est propre et qui est nécessaire dans la constitution d'une équipe .en effet , plusieurs personnes différentes formeront un tous particulier et augmenteront la force de l'équipe , ainsi il y aura des gens plus fonceur , plus rêveurs (ont la tête pleine de discret alors que d'autre seront plus rationnels et plus discret . toutefois , si les individus avaient tous la même personnalité l'équipe ne pourrait évoluer à son maximum puisqu'elle serait limitée par cette personnalité .
- Les relations interpersonnelles contribuent à la cohésion du groupe lequel a son tour, crée le sentiment d'appartenance .ainsi si nous ne voulons pas écouter les autres ou que les autre ne nous écoutent pas nous ne réussirons pas à nous identifier à l'équipe.
- Si les gens s'expriment et s'ils écoutent attentivement les autres ils établiront des relations interpersonnelles qui répondront davantage à leurs besoins.
- Le degré d'importance varie d'un individu a autre il se peut qu'une personne désire constamment être en relation avec d'autre, a l'inverse, certaines personnes ne jugent pas essentiel le fait d'interagir avec d'autre.
- A l'intérieur de la thématique relation interpersonnelles nous nous devons d'introduire de notion du concept de soi .en effet les théories de la personnalité affirment que le concept de soi est un élément central de la personnalité d'un

¹ [http://WWW.uquebec.ca/edusant. Relation interpersonnelle .htm](http://WWW.uquebec.ca/edusant.Relation%20interpersonnelle.htm), le 10-04-2015 à15h45.

Chapitre III Généralités sur les relations interpersonnelles et la communication

individu et qu'il détermine son comportement .certains chercheur poussent encore plus loin leur analyse en affirmant que le concept de soi aurait également une influence sur le comportement d'autrui.

4. Les avantages des relations interpersonnelles¹ :

Les relations interpersonnelles au travail sont les rapports, les liens que nous entrerons avec les autres personnes dans milieu de travail.

En effet, certaines personnes préfèrent gardes une certaine distance alors que d'autres cherchent à personnaliser d'avantage leur rapports professionnels, il est quand même possible malgré tout, de statuer sur des critères de base qui définissent ce que sont des relations interpersonnelles saines et satisfaisantes ainsi on pourra dire que des relations sont satisfaisantes dans la mesure où :

- Il règne un climat de respect mutuel entre les personnes.
- La communication es ouverte et franche.
- Les personnes se sentent bien ensemble.
- Les problèmes se règlent au fin et mesure qu'ils se présentent.

¹ <http://WWW.Ap ssp .qc.ca/WP. Content/upload/relation interpersonnelle. Le11-04-2015a 14h44>.

Section 2 : La communication au milieu de travail

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 tous 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, la communication verbale qui comprend la parole et l'écriture, et 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 ex ; si un patient nous explique ses difficultés à supporter la solitude et que pendant son discours on a 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.

3. Les difficultés de la communication ²:

¹ BRUNO, J, **La communication**, 1ere édition ; éd de Boeck, Bruxelles, 2009, p7.

²Ibid , p 9.

Chapitre III Généralités sur les relations interpersonnelles et la communication

Les difficultés de la communication viennent du fait que nous avons besoin, d'une part d'activité en nous, une partie de responsabilité susceptible d'être reconnue par l'autre, et d'autre part de mesurer l'impact des messages sur l'autre.

Il n'est pas facile de communiquer efficacement, et c'est probablement pour cette raison que nous parlons de l'art de communiquer, un acte qui a l'air tout à fait banale.

L'art de communiquer est aussi l'art de « tester » son interlocuteur pour se positionner rapidement dans son type de personnalité en place de bon canal de communication.

Afin de développer cet art, il est important de prendre conscience des différences profondes pouvant exister entre les cadres de référence des différents types de personnalités.

Cela nous permet de réaliser que les difficultés de la communication ne sont pas à imputer aux types de personnalités mais à la relation dysfonctionnelle existant entre deux types de personnalité.

4. Les distorsions de la communication :

Les différents types des problèmes qui entravent la communication peuvent être regroupés par famille :

- Problèmes dans l'expression : il existe un décalage entre ce que l'on veut exprimer et ce qu'il est réellement possible de dire ou de ce que l'on arrive à dire, souvent, il n'est pas facile de trouver les termes exacts pour exprimer sa pensée.
- Problèmes de décodage : le décodage permet de formaliser ma perception de la réalité dans un premier temps, le décodage intervient pour communiquer.
- problèmes de bruits : les bruits de l'environnement vont perturber la perception du message.
- problèmes de réception : la réception du message par l'interlocuteur est fonction de sa propre conception de la réalité et de ses codes de référence.
- Problèmes d'écoute : le manque d'attention perturbe les messages émis.
- problèmes de mémorisation : les oublis perturbent de la communication.

5. la communication médicale :

La communication médicale comme elle est définie dans l'œuvre de Jean –Marie Mantz et autres chercheurs : c'est un élément clé en pratique clinique et fait partie des quatre parties essentielles de la compétence clinique¹ .

(Connaissance, examen clinique, technique de communication, résolution de problèmes).

Cette composante est souvent négligée dans la formation est nombreuse dans les corps médicaux qui partagent les sentiments qu'une bonne communication ne peut s'apprendre hormis avec l'expérience et le temps.

Cependant, les outils de communication s'enseignent et s'évaluent au même titre que les autres composantes de la compétence clinique, le corps médical améliore sa qualité de communication en bénéficiant de cours de communication.

6. Les apports de la communication² :

Pour le patient, la communication peut apporter une diminution de son anxiété, de sa douleur physique et psychique que par une extériorisation de ses pensées, cela peut permettre aussi une amélioration de son état grâce à la compréhension par le soignant et ses besoins concernant sa maladie ou son hospitalisation, l'apport des TIC (outils internet) permet une ouverture sur le monde extérieur et permet aux patients de participer à sa prise en soin, le patient dispose-t-il de toutes les informations nécessaires pour effectuer ses propres choix .

¹ MANTZ-Jeans-Marie et d'autre, **P'information de la communication dans la relation soignant –soigné**, académie national de la médecine, paris, 2006, p2.

² WALTER B, **le savoir infirmier**, édition Lamane, paris, 1988, p12.

Chapitre III Généralités sur les relations interpersonnelles et la communication

Pour le corps médical, la communication peut lui permettre d'acquérir des connaissances sur la personne soignée pour améliorer la prise en charge, mais aussi lui apporter des valeurs qui peuvent lui être utiles au niveau professionnel.

Nous avons vu que le personnel médical et le personnel paramédical joue un rôle dans l'information au près du patient sur sa santé, et pour que celle-ci soit de qualité cela implique une communication efficace dans le respect de chacun, lors d'un soin, comme la réfection d'un pansement simple après une chirurgie, la communication sous toutes ses formes peut diminuer l'anxiété du patient face à la possible douleur, elle permet aussi à l'équipe soignante d'établir une observation et une écoute de qualité, une relation.

7. L'importance des émotions pour l'humanité des soins :

Les émotions se définissent comme « un outil de communication et de mise en relation avec autrui, et une phase avec l'approche contemporaine des neurobiologistes comme des psychologues qui soulignent eux aussi combien les émotions constituent un instrument de partage et de façonnage d'un groupe sociale ¹».

Pour développer une approche responsable, le soignant que ce soit personnel médical ou bien personnel paramédical doivent chercher à saisir la signification de la situation du malade, mais aussi les soins afin d'orienter son jugement et son comportement afin d'étirer les meilleures parties possibles dans l'intérêt du malade.

Ces notions sont bien connues en communication et en relation d'aide, mais ce qui est moins évident est qu'elles mettent en branche des capacités d'intelligence particulières qui relèvent de l'intelligence émotionnelle, dont l'absence stériliserait les relations de toute attention à l'autre et de tout mouvement vers la compréhension, c'est l'intelligence émotionnelle qui permet d'humaniser les soins.

¹ TRAINI L, Emotionmobilisation, principes des sciences « académiques», paris, 2009, p276.

Chapitre III Généralités sur les relations interpersonnelles et la communication

P a r t i e p r a t i q u e

Chapitre IV

Organisme d'accueil , analyse et interprétation des résultats

Section 1 : présentation de l'organisme d'accueil :

1. Les secteurs sanitaires¹ :

Les secteurs sanitaires sont des établissements publics à caractère administratif, doté d'une personnalité morale. Ils sont régis par le droit public et jouissent de l'autonomie financière.

Le fonctionnement et l'organisation de ces structures sanitaires a été dans un premier temps dictées par le décret n°81-242 du 5 septembre 1981 , puis il y a eu l'introduction du décret n° 97-466 du 2 décembre 1997, qui stipule que « le secteur sanitaire est constitué de l'ensemble des structures publique de prévention, de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et de réadaptation médicale couvrant la population d'un ensemble de communes et relevant du ministère charge de la santé ».

Cependant les soins provenant des secteurs sanitaires sont spécialisés et pour leurs accomplissement, le secteur sanitaire est organisé autour des unités géo-sanitaires, couvrants une population donnée qu'on dénomme sous-secteur sanitaire.

Le décret de 1997 a institué un nouveau mode d'organisation et de gouvernance ; le secteur sanitaire est ainsi dirigé par un directeur et administré par un conseil d'administration. Il est aussi doté d'un conseil médical. Le mode de fonctionnement est dicté par ce même décret les structures de ces secteurs sont beaucoup plus complexe que celle des autres établissements car ils disposent d'une structure principale qui est l'hôpital et des structures périphériques qui sont dessous secteurs sanitaires.

Le secteur sanitaire dispose des structures suivantes :

- ✓ 01 hôpital chef-lieu
- ✓ 02 hôpitaux annexes.
- ✓ 01 polyclinique avec maternité.
- ✓ 01 maternité urbaine.
- ✓ 03 polycliniques

¹ Document interne centre hospitalo-universitaire de Bejaia.

Chapitre IV présentation de l'organisme d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

- ✓ 01 laboratoire d'hygiène.
- ✓ 04 centres de santé avec maternité.
- ✓ 01 clinique dentaire.
- ✓ 01 maison de diabétique.
- ✓ 01 centre de contrôle sanitaire aux frontières.
- ✓ 01 unité de dépistage et de suivi (UDS).
- ✓ 01 centre de transfusion sanguine (CTS).
- ✓ 30 unités de soins.
- ✓ 01 école paramédicale.

2. Historique du CHU (centre hospitalo-universitaire) de Bejaïa ¹:

Le secteur sanitaire est administré par un conseil de direction et dirigé par un directeur, appuyé par un conseil médical.

Le secteur sanitaire de Bejaïa comprend plusieurs structures de santé, parmi lesquelles il ya l'hôpital Khelil Amrane. Le secteur sanitaire de Bejaïa s'étale sur une superficie de 460 ,65 km².

Il assure une couverture sanitaire aux 240 ,258 habitants des sept (07) communes suivantes :

Bejaia, oued-Ghir, Tichy, tala- hamza, boukhelifa, aokas et tizinberber. Le secteur sanitaire est géré par la direction de l'hôpital khelil Amrane, situé au chef-lieu de la commune de Bejaïa.

Etablissement public à caractère administratif, le secteur sanitaire de Bejaïa est doté d'un budget de fonctionnement et d'une Autonomie de gestion.

Jusqu'en 1991, date de l'inauguration et de l'entrée en fonction de l'hôpital Khalil Amrane, Le secteur sanitaire de Bejaia n'était doté que de deux hôpitaux : Aokas et Frantz fanon, hérités de la période coloniale.

¹Document interne centre hospitalo-universitaire de Bejaia.

Chapitre IV présentation de l'organisme d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

En 2011, l'hôpital Khalil Amrane est devenu le siège du centre hospitalo-universitaire (CHU) de Bejaïa. La création de ce dernier fait suite à l'inauguration de la faculté de médecine.

Le centre hospitalo–universitaire est un établissement public à caractère administratif, doté 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.

3. Missions du CHU :

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

3.1. En matière de santé :

- D'assurer les activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médicochirurgicales, 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 population résidant à proximité et non couvertes par les secteurs sanitaires environnants, les missions dévolues au secteur sanitaire.

Chapitre IV présentation de l'organisme d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

3.2. 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.

3.3. 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.

4) Mission des différentes directions du CHU de Bejaïa :

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

4-1) 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.

4-2) Le secrétariat général : est chargé de gérer les différentes 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.

Chapitre IV présentation de l'organisme d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

Le CHU se compose de différentes directions et sous directions :

4-3) La direction des ressources humaines :

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

a) La sous –direction des personnels :

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

- 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.

En termes de la ressources humaines, la sous-direction des personnels se compose de :

- 01 administrateur principal, nommé au poste de sous-directeur des ressources humaines.
- 01 administrateur chargé de la gestion des carrières des personnels médicaux, paramédicaux et psychologue.
- 01 assistant administratif chargé du bureau des effectifs, de la régulation et de la solde.
- 01 adjoint administratif chargé de la gestion des carrières du personnel paramédical.
- 01 adjoint administratif chargé de la gestion des carrières du personnel administratif, technique et de services.
- 01 agent du bureau chargé de la gestion de la carrière du personnel vacataire.
- 01 assistant administratif.
- 01 secrétaire dactylographe.
- 02 agents vacataires. 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 :

Chapitre IV présentation de l'organisme d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

- Définir les besoins qualitatifs et quantitatifs en vue d'élaborer des plans annuels et pluriannuels de recrutements 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.

b) 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 continues : médicale, paramédicale, administrative, technique, 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.

Chapitre IV présentation de l'organisme d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

4.4. 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 :

4.4.1) La sous-direction des finances :

Elle comporte les bureaux suivants :

a) 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, renouvelables tous les ans.
- Suivre les paiements en marches ;
- 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.

b) 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 d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

- 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 restaurations 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 présentations assurées dans le cadre de la médecine du travail.
- Les prestations assurées au profit des établissements privés liées au CHU par une convention, telles que les contrats de fourniture des produits sanguins et l'incinération des déchets hospitaliers.

Remarquons qu'elle 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.

c) 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 et de l'évaluation des coûts est composée de deux (02) bureaux, à savoir :

Le bureau de la maîtrise des coûts :

Le bureau de la facturation :

Chapitre IV présentation de l'organisme d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

➤ **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 centre de responsabilités.
- ▶ Recueillir les données relatives à l'activité des différents services (hospitalisation, examens biologiques et radiologiques, séances de dialyse, consultation, etc.)
- ▶ Elaborer des rapports trimestriels et annuels relatif au calcul des coûts.

Détaillés par services et par rubrique de dépense selon le guide méthodologique élaboré par une commission ad hoc.

- ▶ 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 donnée d'une période à une autre.

➤ **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.

- ▶ contrôlé 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'état... etc.

Les objectifs de l'introduction du calcul des coûts étant :

Chapitre IV présentation de l'organisme d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

- Maîtriser les dépenses des établissements de santé.

Aider les responsables à la prise de décisions et à l'élaboration des budgets prévisionnels.

- Mesurer la performance des services.
- Evaluer l'efficacité et l'efficience d'une stratégie, d'un programme ou d'une mesure.
- Créer un tableau de bord contenant des indicateurs aidant le responsable de l'établissement quant à l'utilisation rationnelle des moyens à la disposition de l'hôpital.

4-5) 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'équipement 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 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 :

La sous-direction des services économiques :

Elle comporte les bureaux suivant :

- √ 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 des bureaux suivants.

- √ Bureau des produits pharmaceutiques.

Chapitre IV présentation de l'organisme d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

√ 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.

4-6) 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...).

▶ 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'évaluation 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.

Chapitre IV présentation de l'organisme d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

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

□ **Sous-direction des activités médicales :**

Elle est composée de trois (03) bureaux :

a) 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 celle 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.

b) 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 composants le CHU et dans les différents services, y compris les pavillons des urgences de médecine, de chirurgie et de pédiatrie.

c) Le bureau des gardes et des urgences :

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 médico-chirurgicales.

Chapitre IV présentation de l'organisme d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

4.6) La sous-direction des activités paramédicales :

Il se compose de 3 bureaux :

a) Bureau de la programmation et du suivi des élèves :

Il a pour tâche de programmer et de répartir les élèves de l'école de formation paramédicale.

Ils sont repartis au cours de leur formation dans le service médico-chirurgicaux 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 élèves sont encadrés accessoirement par des paramédicaux (tuteur) dans l'exercice quotidien de leurs tâches sous la supervision des PEPM (professeurs de l'enseignement paramédical).

b) Bureau des soins infirmiers :

Il est chargé de :

- ▶ Etablir des statistiques sur les soins infirmiers dans les Services ;
- ▶ Et de suivre les gardes.

c) 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.

- ▶ Et de l'évaluation de l'organisation, avec pour objectif une amélioration constante (performance collective) visant la démarche qualité.

Section 2 : interprétation et analyse des résultats

Nous allons entamer notre analyse par la présentation des différentes caractéristiques relatives à notre population d'étude à s'avoir : sexe, âge, situation matrimoniale, ainsi l'expérience professionnelle se forme des tableaux pour marquer la tendance des enquêtés.

1. Identifications des données personnelles de personnel médical et paramédical

a. personnel médical :

Tableau N°1 : répartition des enquêtés selon le sexe

Sexe	Fréquence
masculin	2
féminin	4
total	6

Source : enquêté

D'après le tableau n°1 sur la répartition des enquêtés de personnel médical au service des urgences selon le sexe on a remarqué d'après les résultats que le sexe féminin qui domine avec une fréquence de 4/6 ainsi le sexe masculin avec une fréquence de 2/6.

Tableau N°2 : répartition des enquêtés par leur Age

L'Age	Fréquence
De 29ans -32ans	3
33ans-37ans	2
38ans-41ans	1
Total	6

Source : enquête

Les résultats de deuxième tableau montre que la catégorie d'âge jeune de 29 à 32 ans en premier lieu avec une fréquence de 3/6, en deuxième lieu c'est la catégorie de 33 jusqu'au

Chapitre IV présentation de l'organisme d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

37 avec une fréquence de $2/6$, et en troisième lieu c'est la catégorie de 38 au 41 avec une fréquence de $1/6$.

Tableau N°3 : la répartition des enquêtés par leur situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Fréquence
Marié	5
Célibataire	1
total	6

Source : enquête

Le tableau ci-dessus nous montre presque toute notre population enquête sont marié avec une fréquence de $5/6$ et un seule enquêté célibataire avec une fréquence de $1/6$.

Tableau N°4 : la répartition des enquêtés par l'ancienneté professionnelle

L'ancienneté professionnelle	Fréquence
1ans -3ans	1
4ans- 7ans	3
7ans- 10ans	2
total	6

Source : enquête

D'après ce tableau qui désigne la répartition des enquêtés selon l'ancienneté professionnelle de personnel médical au service des urgences, on a remarqué que le personnel médical qui ont de 4ans a 7ans d'ancienneté avec une fréquence de $3/6$ et de $2/6$ entre 7ans et 10ans, ainsi que de $1/6$ entre 1ans et 3ans.

Chapitre IV présentation de l'organisme d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

b. le personnel paramédical :

Tableau N°1 : répartition des enquêtés par selon sexe

Nous avons analysé notre population par le sexe pour avoir des différents opinions venant des différentes catégories.

Sexe	Fréquence
Masculin	4
Féminin	2
Total	6

Source : enquête.

D'après les résultats de premier tableau sur la répartition des enquêtés de personnel paramédical au service des urgences selon le sexe on a remarqué que le sexe masculin qui domine avec une fréquence de 4/6, ainsi le sexe féminin avec une fréquence de 2/6.

Tableau N°2 : Répartition des enquêtés par tranche d'âge

L'identification de tranche d'âge des enquêtés dans la recherche scientifique est importante, l'âge des répondants aux questions de recherche peut jouer le rôle dans la fiabilité des informations recueillies.

Tranche d'âge	Fréquence
23 ans - 30 ans	3
31 ans - 38ans	1
39 ans - 46ans	2
Total	6

Source : enquête

D'après les résultats de deuxième tableau la répartition des enquêtés de personnel paramédical selon l'âge au service des urgences on a remarqué que la catégorie d'âge jeune qui est entre 23 à 30ans en premier lieu est plus élevée avec une fréquence de 3/6 et en

Chapitre IV présentation de l'organisme d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

deuxième lieu c'est la catégorie de 39 jusqu'au 46ans avec une fréquence de 2/6, et en troisième lieu c'est la catégorie de 31au 38ans par une fréquence de 1/6.

Tableau N°3 : Répartition des enquêtés par leur situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Fréquence
Célibataire	5
Marié	1
Total	6

Source : enquête

Le tableau ci-dessus nous montre presque toute notre population enquêtés sont célibataire avec une fréquence de 5/6 et un seule enquête marie avec une fréquence de 1/6.

Tableau N° 4 : répartition des enquêtés selon l'ancienneté professionnel

L'expérience professionnelle est un élément très important et à ne pas négligé car il permet l'adaptation à la situation de l'institution sur le résultat de service et le rendement efficace.

Ancienneté	Fréquence
1 ans -5 ans	3
5 ans – 10 ans	1
Plus de 10 ans	2
Total	6

Source : enquête

D'après le quatrième tableau qui désigne la répartition des enquêtés selon l'ancienneté professionnelle au service des urgences montre que le personnel paramédical qui ont moins de 05 ans d'expérience avec une fréquence de 3/6 et en premier lieu et on a seulement 1/6 qui ont d'expérience de 5ans a 10ans, d'expérience ainsi que 2/6 qui ont une expérience plus de 10ans.

Chapitre IV présentation de l'organisme d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

2. L'analyse des résultats :

Une fois les résultats de notre enquête recueillis, en passant à l'étape de l'analyse et l'interprétions des résultats. Cette analyse consiste à rassembler tous les données qu'on a récoltées lors de notre enquête pour présenter ensuite sous forme bien précise dans le but d'assurer et de pouvoir confirmer ou infirmer les hypothèses.

1) La nature des relations entre le personnel médical et paramédical :

Le maintien de saines relations interpersonnelles au milieu du travail s'avère un facteur déterminant de santé physique, et mentale et comporte de nombreux avantages autant sur le plan personnel que sur le plan organisationnel.

Les relations interpersonnelles au travail sont les rapports, les liens que nous entretenons avec les autres dans notre milieu du travail selon notre cas, les collègues, les responsables, les patients.

a. L'ambiance au travail

L'ambiance au travail dépend avant tout du recouvrement que tien la personne envers ces collègues et du l'intuition quelle laisse, autrement dit de la personne elle-même en premier lieu pour ne pas faire de négativisme.

L'ambiance au travail

Ambiance au travail	Effectifs	Arguments
Bonne	8	« il y'a une bonne ambiance au travail, une entente cordial, un climat favorable » « il y'a une bonne ambiance, coopération total entre nous »
Mauvaise	4	« il y'a une mauvaise ambiance, les raison sont multiples, la pression à court terme »
Total	12	

Source : enquête

Chapitre IV présentation de l'organisme d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

Ce référant a ce tableau nous avons constaté que pour 8/12 du corps médical l'ambiance au travail est bonne, qui est due d'une bonne entente entre les collègues, et un respect cardinal contrairement au 4/12 qui trouvent qu'il y'a une mauvaise ambiance au travail sortie de la charge et le stress au travail et la mauvaise gestion.

Durant le déroulement de nos entretiens on à remarquer qu'il y'a une bonne ambiance au travail, une écoute active, chacun d'eux essaye d'écouter et de comprendre même si il est d'avis contraire, leur attitudes est similaires envers toute personnes qui travaillent dans cette établissement.

C'est cela qui à pousser et motivé les 8/12 optent pour bonne ambiance mais les personnes nuisibles existes par tous et seul les rivalités leur permet d'exprimer en ce que ce dernier peut finir par vous décrédibiliser et cela à pousser les 4/12 d'opter pour mauvaise ambiance au travail.

L'ambiance au travail dépend en grande partie de la propension à y accorder de l'importance, sans oublier qu'un environnement professionnel regroupe des personnes qui n'étaient pas nécessairement destinée à se rencontrer dans d'autres conditions et que l'épanouissement professionnelle passe avant tout la satisfaction ressentie de par l'accomplissement et son devoir.

b. Les relations du travail entre les collègues :

Au travail, les relations avec les autres complètent souvent autant que les compétences

Les relations du travail entre le personnel médical et paramédical

Les relations du travail	Effectifs	Arguments
Bonne	09	« j'ai une bonne relation avec tous mes collègues car on travaille sous forme d'équipe». « notre travail d'équipe exige une bonne relation avec les collègues»
Perturbante	03	« j'ai une relation perturbante avec mes collègues à cause de la surcharge et le sur effectif »
total	12	

Source : enquête

Chapitre IV présentation de l'organisme d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

Quand à ce tableau, 09/12 de corps médical confirment qu'il y'a une bonne relation avec leurs collègues, ils disent qu'il y'a un accord permanent entre eux et un respect mutuellement, contre 03/12 qui optent pour relation mauvaise et perturbante due au stress et à ces collègues qui abuse leurs gentillesse.

On a remarqué que le corps médical entretient de bonnes relations et une bonne communication interne et un bon niveau du respect qui est assuré d'une bonne écoute active de leur besoin, possède une façon efficace de se communiquer.

Le corps médical entretient de bonnes relations, collaboration, respect, atteinte d'objectifs l'équipe commun et une bonne communication interne et un respect total et une complicité positive entre les membres de l'équipe et cela a poussé la plupart d'opter pour bonne relation au travail.

2) La communication :

Communiquer, c'est dans sa définition la plus simple et la plus essentielle se parler, et essayer de comprendre toute communication implique réciprocité, dialogue.

a. La communication au milieu du travail

La communication dans une activité professionnelle c'est se mettre d'accord sur quelque chose à faire et réussir en commun pour cela il ne suffit pas d'avoir les mêmes objectifs, il faut partager les mêmes enjeux et donner un sens commun à son engagement dans cette activité, un sens commun c'est-à-dire même motif, une même raison d'agir et cela ne s'obtient que par une communication intercompréhensive¹.

¹ <http://WWW.qc.ca/media/document/Pubirsst/R-668>, le 01052015 à 21h22.

Chapitre IV présentation de l'organisme d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

La communication au milieu du travail

La communication au milieu du travail	Effectifs	Arguments
Bonne	08	« Il y a une bonne communication au travail par ce que notre travail est complémentaire ». « j'ai une bonne communication professionnelles avec mes collègues »
Mauvaise	00	
Pas tellement	04	« La surcharge et la fatigue et le stress professionnel provoques des fois des convergences entre nous ».
total	12	

Source : enquête

Ce référant au tableau, on constate que 08/12 optent pour bonne communication au travail, une bonne entente entre les collègues d'équipe et une coopération complète, contrairement à 04/12 qui optent pour une communication pas tellement bonne qui est due à la charge du travail et au stress professionnel.

On a remarqué qu'il y'a une bonne communication entre le personnel médical et paramédical en ce qui concerne la maîtrise de leurs fonctions et quand le médecin du jour prend en charge un patient il écrit tout concernant son état sanitaire pour que le médecin de nuit suive cet état convenablement.

En définitive, la communication hospitalière a pour mission de valoriser l'hôpital dans le respect du cadre légal et de la déontologie liés au contexte médical, l'hôpital est un lieu de haut expertise, le rôle de la communication est de promouvoir cette expertise de faire savoir les savoir-faire institutionnels, la communication hospitalière doit être une valeur ajoutée à l'expertise des médecins et des infirmiers, aujourd'hui dans un contexte de plus en plus concurrentiel, la communication hospitalière est plus utile, elle est nécessaire¹.

¹<http://WWW.qc.ca/media/document/Pubirsst/R-668>, le 01052015 à 22h00.

Chapitre IV présentation de l'organisme d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

b. Le contact entre le corps médical et les patients

La communication est très importante dans le domaine médical autant que la qualité de soin et la qualité de prise en charge pour avoir un bon rendement sur la santé des patients.

Le contact entre le corps médical et les patients

Le contact entre le corps médical et les patients	Effectifs	Arguments
Direct	12	« Je suis en contact direct avec mon malade pour gagner sa confiance ». « Bien sur le contact avec les patients est très important ».
Indirect	00	
total	12	

Source : enquête

On se référant à ce tableau , on constate que 12/12 optent pour un contact direct avec leur patient par ce que cela les aident à avoir un bon rendement de la part des patients et a bien s'intégrer avec son traitement médical et s'adapter à son état de santé et la nature de cette relation est soignant -soigné .

La bonne communication joue vraiment un rôle très important dans l'écoute des patients car sa le met à l'aise et dans ce cas le patient fera confiance à cette équipe soignante et réagit positivement vis-à-vis son traitement.

Le corps médical est en contact direct avec le patient pour tenir en compte son état psychologique avant son état physique et les aider à améliorer leur santé, et le personnel paramédical fait bien son travail car il garde les limites dans son travail.

Chapitre IV présentation de l'organisme d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

3) La gestion conflictuelle :

Les conflits interpersonnels sont monnaie courante et fréquente imprévisible voire irrationnels, il peut arriver qu'un individu se sente de plus en plus mal dans un groupe que le travail avance

a. les harcèlements et les agressions verbales

Les agressions verbales c'est le fait de manquer respect à autrui.

Les harcèlements et agressions verbales

Agression verbales	Effectifs	Arguments
oui	11	« Les gardes malades nous harcèlent la plus part du temps »
Non	01	« Je me laisse pas arriver à ces situations »
Total	12	

Source : enquête

Selon ce tableau on constate que 11/12 enquêtés sont pour l'existence de l'harcèlement dans l'hôpital qui est du type verbale et rarement physiques de la part des gardes malades et non pas les patients que c'est rare ou il se passe ce cas et c'est juste quand ils refusent les soins ou ils exigent des soins par ex des scanner ou les médicaments rarement trouvés et que l'hôpital ne ce dispose pas contre 1/12 qui est à la non existence des agressions car il arrive toujours à mettre fin à ces histoires .

Durant notre enquête on a remarqué que les gardes malades harcèlent beaucoup plus le personnel paramédical que le médical car c'est eux qui font les soins et des fois les patients exigent des médicaments et que l'hôpital ne contient pas.

Chapitre IV présentation de l'organisme d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

Conclusion :

D'après l'analyse des entretiens on a constaté qu'il y a une bonne ambiance au travail dans les urgences médico-chirurgicales de CHU de Bejaia et une coopération complète et un climat favorable, il y a des bonnes relations entre les collègues surtout les membres des équipes et en ce qui concerne la communication on a remarqué qu'il y a une bonne communication entre eux et cela les aide à surmonter la surcharge au travail, ils sont en contact direct avec leurs patients et cela les aide à gagner la confiance de ces derniers et qui est généralement de nature soignant-soigné, relation humaine et professionnelle à la fois et cette bonne communication avec les patients joue un rôle très important dans l'écoute des patients et ils suivent bien leurs traitements et prennent les conseils du corps médical pour dépasser leur état grave .

Enfin pour la gestion conflictuelle on a remarqué qu'il existe des harcèlements et même des agressions du type verbale de la part des gardes malades non pas les patients car ils ne trouvent pas de matelas ni de nourritures et quand les patients demandent le médecin ou l'infirmier pour un soin ils tardent à répondre à leurs besoins donc le garde malade intervient avec des agressions.

Chapitre IV présentation de l'organisme d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

3. Identification des données personnelles des patients :

Nous allons entamer notre analyse par la présentation des différentes caractéristiques relatives à notre population d'étude à savoir : sexe, âge, niveau d'instruction ainsi la durée de séjours.

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

Sexe	Fréquence
Masculin	3
Féminin	3
Total	6

Source : enquête

A partir de premier tableau qui montre la répartition de notre enquêtés des patients selon le sexe au service des urgences .on a distingué que la fréquence des patients de sexe masculins et féminins et la même avec de 3/6 pour chacun.

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

Age	Fréquence
26 ans - 33 ans	3
33 ans -39 ans	2
39 ans - 46 ans	1
Total	6

Source : enquête

Ce deuxième tableau désigne la répartition des enquêtés des patients selon l'âge, on a remarqué que la catégorie des jeunes de 26 à 39ans est plus dominante avec une fréquence de 3/6, ainsi la catégorie 33 a 39ans avec une fréquence de 2/6 enfin la catégorie 39 jusqu'au 46ans avec une fréquence de 1/6.

Chapitre IV présentation de l'organisme d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

Tableau N°3 : la répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Fréquence
Instruit	00
Moyen	04
Illettré	02
Total	06

Source : enquête

Les résultats de troisième tableau de la répartition des enquêtés des patients au service des urgences ont un niveau d'instruction moyenne avec une fréquence de 4/6 et d'une instruction illettré avec une fréquence de 2/6.

Tableau N°4 : la répartition des enquêtés selon la durée de séjours

Durée de séjours	fréquence
De 4 j- 8j	03
8j -12j	01
12j – 16j	02
Total	06

Source : enquête

Le quatrième tableau de la répartition des enquêtés selon la durée de séjours des patients désigne que la majorité de ses patients sont hospitalisé de 4 à 8 jour avec une fréquence de 4/6, ainsi les patients qui sont hospitalisé de 8 à 12 jour avec une fréquence de 1/6, enfin la fréquence de 2/6 sont des patients qui ont la durée de séjours de 12 à 16 jour.

4. L'analyse des résultats

1) La prise en charge médical des patients :

La prise en charge médical des patients est un point central que chaque établissement hospitalier doit les mettre dans leur stratégie, ainsi que l'activité principale d'un établissement de santé consiste à prodiguer des soins, cela passe par la prise en charge d'une personne malade par une équipe médicale et paramédicale.

La qualité de la prise en charge médicale des patients

La prise en charge des patients	Effectifs	Arguments
Bonne	04	« Il y a une bonne prise en charge et des bonne conditions d'hospitalisation ». « Bonne prise en charge et bonne qualité de soins»
Mauvaise	02	« Il y a un manque énorme dans cet hôpital en ce qui concerne la prise en charge ou la qualité de soin »
total	06	

Source : enquête

Les données de ce tableau démontre que la prise en charge médicale des patients avec une fréquence de 4/6 optent pour une bonne prise en charge ils trouvent que les conditions d'hospitalisations sont favorables, suite à une bonne qualité de soins, ainsi le nombre suffisant de personnel médical et paramédical. Tandis que les deux autres patients optent pour une mauvaise prise en charge dans cet hôpital, un manque dans la qualité de soin, un manque de matériel et de premiers soins nécessaires.

En première analyse sur la prise en charge médicale des patients au service des urgences médico-chirurgical au sein de CHU de Bejaia , on a remarqué qu'il y'a une bonne prise en charge des patients , ainsi une qualité de soins favorables est bien améliorée par rapport aux décennies précédentes , mais il y'a un manque observable aux matériaux médicaux même

Chapitre IV présentation de l'organisme d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

l'existants sont des anciens matériaux et d'un autre cotés il y'a un manque de personnel médical et personnel paramédical face au membres des patients qui visitent ces urgences .

2) La satisfaction des patients :

La satisfaction des patients est l'un des fondements de la stratégie d'un établissement hospitalier, ainsi le point essentiel qu'un malade penche lorsqu'il rentre à l'hôpital, d'accès aux soins de qualités et une bonne prise en charge l'un des éléments qui rend les patients satisfait.

La satisfaction des patients

La satisfaction des patients	Effectifs	Arguments
Satisfait	1	« Je suis satisfait mon état de santé a bien améliorer dieu merci ».
Insatisfait	2	« Je ne suis pas satisfait de ma prise en charge y a un manque d'hygiène ».
pas totalement	3	« Je suis satisfait de toute ma prise en charge ». « Le faite que je me sent mieux me pousse à être satisfait ».
total	6	

Source : enquête

Les données de ce tableau démontre qu'il y a pas une satisfaction totale de la part des patients avec une fréquence de 3/6 qui sont satisfais de certain chose et insatisfait d'autre comme l'hygiène et 2/6 qui ne sont pas du tout satisfait car ils trouvent pas qu'il y'a des bonnes conditions d'hospitalisations et on a 1/6 qui opte pour une satisfaction de sa prise en charge par ce qu'il trouve qu'il y a une bonne qualité de soins et une bonne prise en charge et ils disent que le personnel médical et paramédical font leur travail convenablement et ils ne peux pas attendre plus que sa car ils y'a un sur effectif des patients.

On a constaté qu'une fois le medecin ou bien l'infirmier prend en charge un patient il suit son état de santé jusqu'à sa sortie et il lui fait des soins qu'il lui faut, et une visite quotidienne malgré le manque du nombre des personnels médical et paramédical par rapport au sur

Chapitre IV présentation de l'organisme d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

affectifs des patients et on a remarqué un manque énorme de lits et de l'hygiène ainsi les matériaux médicaux.

On a remarqué que lors de la visite de quel qu'un d'important toute les choses se mettent à l'ordre ils changent les couvertures et ils nettoient convenablement.

3) La relation entre le corps médical et les patients :

Il est évident que les relations sont imposées dans le milieu de travail mais il y a d'autres relations qui se créent par les membres d'une équipe sous forme de la relation interpersonnelle. Et lorsque on parle des relations du travail au sein d'un établissement hospitalière, il faut souligner que le travail d'un personnel médical est complémentaire avec le travail d'un personnel paramédical, c'est bien leurs travail qui demande cette relation.

La relation entre le corps médical et patient

La relation entre le corps médical et les patients	Effectifs	Arguments
Bonne	6	« il y a une bonne relation entre le corps médical car chacun complète le travail de l'autre » « Une bonne relation et une bonne entente »
Mauvaise	0	
Total	6	

Source : enquête

Les données de ce tableau démontre que la relation entre le personnel médical et paramédical est bonne avec un effectif de 6/6 elle est basés sur un respect complémentaire et une bonne coopération et une écoute active de la part du corps médical ce derniers fais bien son travail c'est une relation soignant-soigné.

Concernant la relation entre le corps médical et paramédical au service des urgences médico-chirurgical, on a remarqué qu'il existe une relation généralement liés au fonctionnement de travail entre le personnel médical et paramédical afin d'exercer leur travail

Chapitre IV présentation de l'organisme d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

comme il le faut, bien évidemment il y a une bonne coopération entre les membres de chaque équipe et leur habitude de travailler ensemble à créer des bonnes relations entre eux.

Concernant la relation entre le corps médical et les patients elle provient d'une nature soignant-soigné, ce sont les personnels paramédicaux qui ont des relations directes avec les patients beaucoup plus par rapport au personnel médical. Et qui sont presque toujours prêts à écouter leurs préoccupations.

4) Les inégalités sociales :

Les inégalités sociales de santé touchent un vaste éventail d'indicateurs de santé allant des facteurs de risques au résultat des soins et reproduisent dans le domaine sanitaire, les inégalités existantes entre les groupes sociaux ainsi cette inégalité touche les patients plus.

Les inégalités sociales

L'inégalité sociale	Effectifs	Arguments
oui	4	« Des inégalités sociales à tous les niveaux c'est incroyable ». « oui, il y a des inégalités sociales qui se diminuent des derniers temps »
Non	2	« Je n'ai pas remarqué des inégalités les médecins nous font la visite et nous traitent de la même façon »
Total	6	

Source : enquête

Les données de ce tableau démontrent qu'il y a une inégalité sociale au service médico-chirurgical avec une fréquence de 4/6 par rapport à la visite de corps médical et de la visite de leurs familles, tandis que les 2/6 disent qu'il y a pas d'inégalité sociale et que le corps médical visite tous les patients chaque jour et ils les traitent de même manière ainsi une sécurité totale.

On a constaté qu'il y a pas d'inégalité sociale par rapport à la visite de corps médical ni de leurs traitements, le médecin fait des visites quotidiennes à tous les patients hospitalisés et ils les traitent tous de la même façon et leur font les soins qu'il faut et il y a un médecin chef qui

Chapitre IV présentation de l'organisme d'accueil, Analyse et interprétation des résultats

arrête pas de faire des visites à toute les chambres pour consulter si il y'a pas de problème ainsi la sécurité qui respecte bien le moment de la visite.

Conclusion

D'après les résultats des entretiens , nous avons constaté que les patients du service des urgences médico-chirurgical trouvent qu'il y a une bonne prise en charge et une bonne qualité de soins et un nombre suffisant de personnel médical et paramédical qui répond au besoin des patients et qui joue un rôle important dans l'amélioration de leurs état de santé .

Mais ils ne sont pas totalement satisfaits par ce qu'ils trouvent qu' il y a un manque dans l'hygiène et la non disponibilité de lits mais malgré sa ils optent pour la bonne relation entre le corps médical et eux et qu'il y a une bonne coopération entre ces derniers et que le personnel paramédical arrivent à suivre le travail de personnel médical sans faute et cela les aident bien à suivre leurs traitements et amélioré leur état de santé , mais malgré tous ces point positifs cela n'empêche pas la plut part des patients trouvent qu'il y a une discrimination dans la visite de corps médical et du traitement et de la visite de leurs familles et que les agents de sécurité ne respectent pas les heures de visites .

Conclusion

Conclusion générale

L'adaptation de l'homme dans son milieu du travail est un facteur d'équilibre en offrant de bonnes relations. Il est évident que dans un établissement de santé devrait avoir de bonnes relations interpersonnelles parce que le travail du personnel médical et paramédical est complémentaire. Ainsi, il est relatif à la vie des patients, donc le personnel quel que soit sa position hiérarchique, a besoin de se sentir partie prenante à un groupe afin de ne pas se sentir marginalisé et donne plus de rendement.

De ce fait, il s'efforce de se comporter le mieux possible avec les autres membres de groupe et essaie d'entretenir des bonnes relations de travail avec eux. Pour l'accomplissement de leurs tâches, ils ont naturellement besoin de chercher l'estime, l'amitié de ceux avec lesquels ils sont associés.

Ils doivent travailler en coopération et contribuent à l'amélioration de l'état sanitaire des patients. L'efficacité au milieu de travail repose sur l'aptitude à pouvoir communiquer ; elle permet aux gens de mieux recevoir l'information et même d'éviter les effets prévus du conflit.

La bonne communication peut favoriser les rapports, renforcer les liens, promouvoir la confiance en soi, et avoir un effet positif sur l'environnement du travail.

Tout au long de notre étude et sur la base d'une recherche bibliographique, nous avons réalisé un travail du terrain et nous avons essayé à travers cet ceci d'étudier et d'évaluer l'impact de la relation entre le personnel médical et personnel paramédical sur la prise en charge des patients à l'hôpital Khelil Amrane de Bejaia.

Pour collecter nos données, nous avons utilisé la méthode qualitative en vue d'obtenir nos objectifs, nous avons prouvé que l'entretien est comme une technique de base qui a été appuyé par l'observation et l'interview de quelques personnels médicaux, paramédicaux et patients.

Dans l'étude menée, nous avons basé sur la relation entre le personnel médical et paramédical et son impact sur la prise en charge des patients.

Concernant notre première hypothèse, elle s'articule sur « les bonnes relations socioprofessionnelles entre le personnel médical et personnel paramédical contribuent à une bonne prise en charge des patients au CHU de Bejaia ». Il s'agit de savoir véritablement que les bonnes relations socioprofessionnelles entre le personnel médical et paramédical :

ambiance au travail, la communication et l'absence des conflits contribuent à une bonne prise en charge des patients.

Notre enquête a prouvé que la majorité des membres de l'équipe soignante ont des bonnes relations entre eux. A savoir le respect de la voie hiérarchique entre le personnel médical et paramédical, absence des conflits interpersonnels et une bonne communication en utilisant des techniques d'affirmation de soi et d'écoute active. Ces relations deviennent une ressource précieuse dans les situations difficiles lorsque la pression et la charge de travail est très forte. Cela résulte d'une bonne prise en charge. Vu les réponses obtenues, on peut dire que notre hypothèse « les bonnes relations socioprofessionnelles entre le personnel médical et paramédical contribuent à une bonne prise en charge des patients » est confirmée.

Concernant notre deuxième hypothèse, « la satisfaction des patients concernant la prise en charge dépend plus de la relation entre le personnel médical et paramédical ». Il s'agit de savoir est ce que la qualité de la relation influe sur la satisfaction des patients à savoir la qualité de soins, les conditions d'hospitalisations, ainsi la qualité de la bonne prise en charge des patients de la part de leur équipe soignante.

Notre enquête a démontré que la majorité des patients trouvent que les bonnes relations entre le personnel médical et personnel paramédical amènent à une bonne prise en charge et une bonne qualité de soins ainsi une satisfaction de ces derniers.

On veut clarifier de ce propos que la relation entre le personnel médical et paramédical est très importante dans l'univers médical et elle joue un rôle important sur la satisfaction des patients sans oublier d'autres facteurs qui influent aussi et directement. Parmi eux, on a constaté l'hygiène, la disponibilité des moyens matériels et l'espace dans les salles de soins.

Notre investigation par rapport à la problématique des relations interpersonnelles, leurs impacts sur la prise en charge des patients et la qualité des services est loin d'être limitée à un facteur unique, parfois ce facteur est subjectif à l'image des relations, car d'autres facteurs peuvent être d'une influence capitale telle que les stratégies du fonctionnement et la gestion spécifique du secteur de la santé ou l'aspect social et.... Pédagogiques des revendications du personnel de ce secteur.

Notre objectif n'est pas de généraliser les bonnes relations de tous le personnel de l'ensemble des établissements à l'échelle nationale, mais juste un essaie d'éclaircissement et

de l'importance d'un élément qui peut améliorer la situation des établissements et du personnel en questions.

Parmi d'autres que nous laissons le soin aux autres d'étudier.

Liste bibliographique

La liste bibliographique :

I. Liste des ouvrages :

- * ABDEKRIM, Bouhfas, **La communication de l'entreprise**, comment dire aux uns et autres, Edition, Masson, Paris, 2007.
- * BAILLIERE-Jean-BAPTISTEET fils, **L'infirmière hospitalière** : guide théorique et pratique de l'Ecole Florence Nightingale de Bordeaux, 8^{ème} édition, paris, 1952.
- * BERNARD Paul, **Manuel de l'infirmier en psychiatrie**, 2^{ème} édition, Edition Masson et Cie, paris, 1974.
- * BRUNO, J, **La communication** ,1^{ère} édition, éd de Boeck Bruxelles, paris, 2009.
- * C. Bernard, S. Erbaz, V. Meininger, **Les bénéfiques du doute dans la mort à vivre**, revue Autrement, Février 1994.
- * COMPAGNON Claire et SANNIE Thomas, **L'hôpital, un monde sans pitié**, L'éditeur, paris, 2012.
- * CRUHANTL, **la qualité de soins**, édition PUF, éd paris, 2000. CRUHANTL, **la qualité de soins**, édition PUF, éd paris, 2000.
- * Étude de Hartup, 1988.
- * KAITI Mostefa, **Guide des soins infirmières**, Edition Office des Publications Universitaire, Alger, 1986.
- * MANOUKIAN Alexander, MASSEBOEUF Anne, **la relation soignant –soigne**, France, lamane, 2008.
- * MANTZ-Jean-Marie et d'autre, **l'information de la communication dans la relations soignant – soigné**, académie national de la médecine, paris, 2006.
- * MIHAIDINU Gheorghe, MOATTY Frédéric, **les conditions travail en équipe**, N°43, Paris, 2005.
- * PATRICIA. A. Petre, Anne G. Perry, **Soins infirmiers, théorie et pratique**, Edition, Ottawa, Canada, 1990.
- * PLANE Jean-Michel ,**management des organisations** ,théories , concept, cas , 1^{er} édition ,dunod, Paris , 2003.
- * TRAINI, L, **Emotion ...mobilisation, prince des sciences « académiques »**, paris, 2009.

- * WALTER, B, **le savoir infirmier**, édition Lamane, paris 1998.
- * WALTER Hesbeen, **la qualité du soin infirmier**, Penser et agir dans une perspective soignante, Edition, Masson, 2002.

II. Les ouvrages méthodologiques :

- * ANGERS Maurice, **Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines**. Ed. Casbah, Alger, 1997.
- * ANNE Marie Lavande, **guide méthodologique de la recherche en psychologie**, édition boech université, Bruxelles, 2008.
- * ATOUF Omar, **Méthodologie des sciences sociales et approches qualitatives**, presses de l'université de Québec Montréal, 1999.
- * BLANCHET Alain, GOTMAN Anne, **l'enquête et ses méthodes entretiens**, 2^{ème} Edition, paris, 2014.
- * EDO Kodjo Morille Agbobli, **méthodologie de la recherche et initiation à la préparation des mémoires et des thèses**, Edition le Harmattan, paris, 2014.
- * GRAWITZ Madeline, **Lexique des sciences sociales**, 7eme édition Dalloz, 2000.
- * GRAWITZ Madeleine, **méthode des sciences sociales**, Edition, Dalloz, paris, 2001.
- * QUIVY Raymond et COMPENHOUDT Luc Van, **Manuel de recherche en science sociale**, 2^{ème} édition dunod, paris 1995.
- * GUIGLIONE. Rodolphe, et MATHALA. Benjamin, **les enquêtes sociologiques théorie et pratique**, Armand colin, 6^{ème} Edition, 1988, p 115.
- * WANLIN.P, **analyse de contenu comme méthode d'analyse quantitative entre les traitements manuels et l'utilisation logiciel** , universitaire de Luxembourg, association pour recherche qualitative , 2007,p 7.

III. Les dictionnaires :

- * ANOYME, **petit Larousse illustré**, Masson, paris, 1984.
- * BERNARD et GENIVIEVE, **dictionnaire médical pour les régions tropicales**, BERPS Kango- Mayumbe, 1989.
- * BLOLH Henriette et autre, **grand dictionnaire de la psychologie**, édition Larousse, paris, 1999.
- * Grand Larousse universel, édition Larousse, 1995.
- * MANUILA.A, MANUILA.L, Plewalla, M .Nicoulin, T.Papo, **dictionnaire médical manUILA**, 10Edition, Masson, France, septembre2004.
- * MUCCHIELLI Alex, **Dictionnaire des méthodes qualitatives en science humains**, 3^{eme} édition Armand colin, paris, 2012.

IV. Les sites internet :

- * http://WWW.apssap.qc.ca/WP.Content/uploads/relation_interpersonnelle, PDF.
- * [http://WWW.uquebec.ca/edusant.Relation_interpersonnelle](http://WWW.uquebec.ca/edusant.Relation_interpersonnelle.htm) .htm .
- * <http://WWW.qc.ca/media/document/Pubirsst/R-668>.

Annexes

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

Option : sociologie du travail et des ressources humaines

Guide d'entretien

Dans le cadre de la réalisation de notre mémoire de MASTER, spécialité sociologie de travail et des ressources humaines sous le thème *«l'impact de la relation entre le personnel médicale et le personnel paramédicale sur la prise en charge des patients»*.

Nous nous prions de bien vouloir apporter votre contribution en acceptant de répondre à nos questions avec sincérité pour que notre recherche atteigne son cadre objectif, nous vous assurons que les informations contenus dans le présent entretien seront réservée à des fins scientifiques.

Nous vous remercions d'avance pour votre collaboration, veuillez avoir l'expression de notre respect.

Préparée par :

M^{elle} : AYAD Amel

M^{elle} : AZIB Siham

Encadré par :

M^r : DJADDA Mahmoud

Année universitaire: 2014 /2015

Guide d'entretien : (le personnel médical et paramédical)

Axe 01 : les données personnelles

1. Age
2. Sexe
3. Situation matrimoniale
4. Catégorie socioprofessionnel, médical/paramédical.
5. Ancienneté professionnelle.

Axe 02 : la nature des relations entre le personnel médical et personnel paramédical

1. Que pensez-vous de l'ambiance de travail ?
2. Comment jugez-vous les relations du travail avec vos collègues ?
3. Comment jugez-vous les relations avec votre responsable hiérarchique ?
4. Avez-vous rencontré des difficultés ou des problèmes avec un ou des collègues de travail ?
5. Quelles peuvent être les causes d'une mauvaise relation dans votre milieu de travail ?
6. Comment sont-elles les relations entre les services ?

Axe04 : la communication

1. Comment voyez-vous la communication dans votre milieu de travail ?
2. Etes-vous en contact direct avec les patients ?
3. Quelle est la nature de votre relation avec les patients ?
4. Vous arrive-t-il d'annoncer aux patients de mauvaises nouvelles sur leur état de santé ?
5. Est-ce que la communication joue un rôle dans l'écoute des patients ?

Axe 04 : la gestion conflictuelle

1. Etes-vous victime harcèlement ? si oui quel type harcèlement ?
2. Etes-vous exposer des agressions verbales de la part des patients ?
3. Quelle mesure les responsables administratifs adoptent-ils pour résoudre les conflits entre les collègues ?
4. Etes-vous de pression morale dans l'exercice de votre activité ?
5. Quelle sont difficultés affectives auxquelles vous êtes confrontés que vous rencontrez avec les patients ou leurs familles ?

Guide d'entretien (les patients)

Axe 01 : les données personnelles

1. Age
2. Sexe
3. Niveau d'instruction
4. Durée de séjour

Axe 02 : la prise en charge médical des patients

1. Comment trouvez-vous les conditions d'hospitalisation au niveau de CHU ?
2. Comment évaluez-vous la qualité de la prise en charge médical de CHU ?
3. Trouvez-vous qu'il y' a un nombre suffisant de personnel médical et paramédical ?

Axe 03 : la satisfaction des patients

1. Etes-vous satisfait de votre prise en charge ?
2. Comment évaluez-vous la qualité de soins disponibles dans le CHU ?
3. Comment jugez-vous l'hygiène dans le CHU ?
4. Avez-vous remarquez qu'il existe un manque de lits ?

Axe 04 : la relation entre le corps médical et les patients

1. Comment trouvez-vous la relation entre vous et le corps médical ?
2. Faites-vous confiance à votre équipe soignante ?
3. Est-ce que l'équipe soignante vous donne tel un temps suffisant pour exposer vos préoccupations ?
4. Comment est-elle la relation que vous entretenez avec l'équipe soignante ?

Axe 05 : les inégalités sociales

1. Avez-vous remarquez des discriminations au niveau de la visite de corps médical ?
2. Avez-vous remarquez des inégalités au niveau de la visite de votre famille ?
3. Avez-vous remarquez une différence de traitement de la part de corps médical ?

FICHE TECHNIQUE

SERVICE : Urgences médico-chirurgicales

Présentation :

Médecin chef de service : Dr ZAIDI

Capacité litière : 15 lits

Personnel médical : 19 médecins généralistes

Personnel paramédical : 30 entre IDE et ATS

Une psychologue

Nombre d'unité : 04

Date de création : 1989

Situation : hôpital Khellil Amrane

Activité principale : réception et prise en charge des urgences vitales médicales et chirurgicales tri consultation.

Contenu : Réception et prise en charge des urgences médicales et chirurgicales notamment en salle de déchoquage

Visite médicale journalière des patients en observation.

Discussion multidisciplinaires avec les spécialistes des autres services .

Consultation :

Jour	Médecin	Jour	Lieu
Tous les jours	Les médecins au tri	24 /24h 7 /7j	Salle de tris adulte

Contact : Tel du service:..... Contact : 034.21.01.01

Poste : 232

Fax du service : 034. 12. 33. 63

Email CMC : umc.uhub@gmail.com

Email CHU : chudebejaia@hotmail.fr

Perspectives du service :

- Séparation des urgences médicales des urgences chirurgicales.
- Agrandissements des capacités d'accueil et prise en charge
- Améliorer la qualité des soins.
- Formation médicale continue de l'ensemble des médecins du service.

Présentation des différents services de soins et l'effectif du personnel soignant:

Khelil Amrane	Frantz Fanon	Targua ouzemour	Médecin	Pharma cien	Infirmie rs
1-Anesthésie Réanimation 2-Cardiologie 3-Chirurgie général 4-Epidémiologie et médecine préventive 5-Gastro entérologie 6-Laboratoire centrale 7-Maladies Infectieuses 8-Médecine interne 9-Neurochirurgie 10-Orthopédie rhumatologie 11-Urgences médico-chirurgicales	1-Anatomiepatho logique 2-Maxillo- faciale de travail 3-Médecine du travail 4-Médecine légale 5-Néphrologie hémodialyse 6-Otorhymo- laryngologie 7-Pneumologie phtisiologie 8-Psychiatrie	1-Gynécologie obstétrique 2-pédiatrie	67 généralistes 87 spécialistes	03	450

ORGANIGRAME DU CHU DE BEJAIA

