

Université Abderrahmane Mira-Bejaïa



Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département des Sciences de l'information et la communication

Mémoire fin de cycle

Master 2

Spécialité : Communication et Relations Publiques

Thème :

**Examen de la réalité de la communication au niveau
du service d'accueil et orientation d'une structure
hospitalière**

Cas de l'étude : L'EPH d'Amizour

+ Réalisé par :

- **ABECHIR Anissa**
- **TOUMI Akila**

+ Encadré par :

- **Mr. HAMMAMOUCHE Abed
Elghani**

Année universitaire : 2021/2022

Remerciements

Tout d'abord, nous remercions ALLAH tout puissant que sur lui porte notre gratitude de nous avoir donnée le courage, la patience afin de réaliser ce travail de recherche.

Ce modeste travail est l'aboutissement d'un dur parcours et de beaucoup de sacrifices.

*Nos sincères gratitudees à **M. HAMMAMOUCHE** pour la qualité de son enseignement, et d'avoir accepté de nous encadré, conseillé, orienté et son intérêt incontestable qu'il porte à tous les étudiants.*

Nous tenons à remercier mes enseignantes, Mm Aslouni Kenza et Mm Amri Katia avec qui nous avons commencé ce travail de thèse qui ont su prendre ce travail en cours, tous les deux à nos côtés tout au long de la rédaction. Veuillez trouver ici toute l'expression de nos sincères reconnaissances.

A nos familles, nos plus sincères remerciements pour leurs encouragements, leur aides financière et moral offerts tout au long de cette recherche.

Nous désirons remercier tous le personnel de l'EPH d'Amizour pour leur aimable accueil durant la période de stage pratique dans l'établissement

Sans oublier Mm CHERFA S. notre encadreur au sein de L'EPH pour son accompagnement et sa bien vaillance sur nous.

Nous remercions nos amis, ils sauront se reconnaître, pour votre soutien moral et pour nous avoir permis de faire le vide quand cela était nécessaire.

Enfin, nos vifs remerciements vont à toutes personnes qui ont, de loin ou de prés, contribués à l'accomplissement de ce travail.

Nous exprimons notre profonde et respectueuse gratitude aux membres de jury ayant acceptés d'évaluer ce travail, leur relecture attentive ainsi que leur regard à la fois critique et bienveillant.

Dédicaces

Je dédie ce modeste mémoire et tout mon travail à la mémoire de ma très chère grand-mère maternelle, qui a vu le début de cette aventure et qui m'a toujours soutenu tout au long de ma vie.

Tu as été un pilier pour moi, merci pour tout. Et à tous ceux qui nous ont quittés durant ce travail.

A mes très chers parents que j'aime énormément pour leurs sacrifices et soutiens tout au long de ma vie et auxquels je ne rendrai jamais assez.

A mes chers sœurs : Salima, Kenza, Chaïma, Hassina.

A mes meilleurs : Rabah et Mazigh

A mes chères proches copines : Mina, Assia, Sara, Katia et plus particulièrement à ma Meilleure Sarah que j'aime trop et à mon binôme Akila.

A tous ceux que j'aime et qui ont toujours été présents pour moi.

Nissa

Dédicace

Je dédie ce modeste travail à mes très chers parents, en témoignage de leur affection, et que ne cessent de sacrifier pour mon bonheur et ma réussite, et de leurs précieux conseils qui m'ont conduit à la réussite dans tout ce que je fais.

À mes très chers frères Riad et Lounes

*À mes très chères sœurs : Nadira, Souhila Hayette,
Zouhra et Mouna*

À ma très chère copine et binôme Anissa,

*À tous mes proches et ami(e)s Sarah, Katia, Mélissa,
Salima, Houda, Silia*

Dieu merci,

Akila

Liste des abréviations :

(AMC) : Assurance Maladie Complémentaire.

(AMO) : Assurance Maladie Obligatoire.

(ATU) : Accueil et Traitement des Urgences.

(CCAM) : Classification Commune des Actes Médicaux

(CHU) : Des Centres Hospitaliers Universitaires.

(ES) : École Supérieure.

(EPMSI) : En linge Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

(FIDES) : Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé.

(INSP) : Institut National de Santé Publique.

(INPFP) : Institut National Pédagogique de Formation Paramédicale.

(OMS) : Organisation Mondiale de la Santé.

(P) : Patient.

(PM) : Personnel Médical

(PMSI) : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.

(RU): Représentants des Usagers

Liste des tableaux :

Tableau 1 Répartition du personnel de l'E.P.H d'Amizour.....72

Tableau 2 Les services de l'E.P.H.....73

Tableau 3 la répartition de la population enquêté.....78

Liste des figures :

Figure 1- Schéma récapitulatif des circuits de facturation selon le statut du dossier (L'ANAP, 2017).64

Le sommaire

Liste des abréviations :	5
--------------------------------	---

I- Introduction	9
-----------------------	---

Chapitre 01: Analyse conceptuelle

1- Problématique	14
2- Les hypothèses	18
3- Définition des concepts	18
4- Indicateurs du phénomène de l'étude	21
5- Etudes antérieures	21

Chapitre 02: Démarche méthodologique

1- Méthode de l'étude	28
2- Approche théorique	28
3- Outils de l'étude	33
4- La population de l'étude	34
5- Etapes de réalisation de l'enquête	34

Chapitre 03: La communication et communication dans la santé

La section 01 : Communication	37
1- Définition de communication	37
2- Classification des communications:	37
3- La différence entre la communication et l'information :	42
4- L'importance de la communication et son but :	42
La section 02 : La communication dans la structure de santé :	43
1- La communication pour la santé :	43
2- Communication comme facteur de motivation fondamental dans la dynamique d'équipe :	44
3- La relation soignant-soigné :	44
4- Les défauts de communication :	45
5- Les approches de la communication pour la santé:	46

Chapitre 04: La notion d'accueil et sa fonction dans les services

La section 01 : QU'EST CE QUE L'ACCUEIL ?	51
1- Présentation de l'ACCUEIL :	51
2- La notion de l' « accueil » :	52
3- Accueil et service	53
4- Accueil dans les services public :	54

5-	Les procédures d'accueil :	55
6-	L'organisation de l'accueil :	55
7-	Le déroulement de l'accueil :	56
8-	Types d'accueil	56
La section 02 : L'accueil dans la structure hospitalière :		58
1-	L'accueil à l'hôpital :	58
2-	La prise en charge dans les urgences :	59
3-	Organiser l'accueil au sein du service d'urgence (L'ANAP, 2017):	61
4-	Organiser la gestion administrative et la facturation :	63
Chapitre 05: Présentation des données		
Section 01 : Le contexte hospitalier.....		67
1-	Définition de l'hôpital	67
2-	Les hôpitaux en Algérie.....	67
Section 02 : Les établissements publics hospitaliers en Algérie :		69
1-	Présentation des établissements publics hospitaliers.....	69
2-	Organisation et gestion des Établissements Publics Hospitaliers	70
3-	Représentation du lieu de la recherche :	71
4-	La mission de l'E.P.H d'Amizour	71
5-	Les moyens humains et les services disponibles.....	72
6-	Le bureau des admissions et le logiciel patient	73
Chapitre 06: Présentation des résultats		
1-	Présentation des caractéristiques de la population d'étude :	77
2-	Discussion des résultats :	78
Conclusion.....		90
Bibliographie.....		95



Introduction

I- Introduction

La communication est simplement l'ensemble des faits et gestes effectués de façon directe et indirecte dans un espace déterminé, physique ou virtuel en vue de se comporter avec autrui, de s'échanger des informations. De nos jours, c'est une condition de survie pour toute organisation qui souhaite prospérer.

La communication est présente dans de nombreux domaines comme dans la sociologie, économie, législation, santé et bien d'autre... parlant de santé la communication pour cette dernière qui est une étude et l'utilisation de stratégies de communications interpersonnelles, organisationnelles et médiatiques visant à informer et à influencer les décisions individuelles et collectives propices à l'amélioration de la santé.

La communication pour la santé s'exerce dans des contextes multiples comme relation patient-prestataire de services, recherche d'informations sur la santé d'un individu ou d'un groupe; adhésion d'un individu ou d'un groupe à un traitement ou à des recommandations spécifiques ; élaboration de campagnes de sensibilisation destinées aux grands publics ; communications auprès des décideurs afin qu'ils modifient l'environnement, etc.

Dans le cadre de notre travail, nous allons nous concentrer sur la communication «physique» dans la santé. Afin de cadrer notre recherche nous allons nous référer à une institution qui la représente, à savoir, l'hôpital public qui est l'EPH d'Amizour.

L'hôpital est un établissement qui nous accompagne au cours de la vie : on y naît, on y meurt, il ne ferme jamais ses portes, sauf cas majeur. En effet l'accès aux soins dans un hôpital public est ouvert à tous sans distinction d'origine, de religion, de sexe, ou autres caractéristiques pouvant être discriminatoires.

Tous les citoyens algériens sont conscients de l'existence de l'hôpital qu'il soit dans la ville où l'on habite ou à proximité, on y a tous affaire au moins une fois au cours de notre vie, mais surtout nous connaissons son existence et son utilité. En cas de problème de santé, dépassant le cadre du médecin traitant, que l'on soit dans notre ville natale ou ailleurs pour des vacances, l'on va se diriger instinctivement vers un hôpital. Nous sommes donc habitués à avoir un accès vers cette institution, et nous allons la chercher naturellement en cas de besoin. C'est essentiellement pour ces raisons, que l'on peut voir l'hôpital comme une institution familière.

L'objet de cette présente recherche est de montrer l'importance de la communication au sein de l'EPH, d'examiner la qualité de l'accueil et l'orientation dans l'établissement.

L'accueil tout simplement fait partie de la communication car il implique le dialogue et les échanges en vue de recevoir un client, de lui donner une satisfaction et le fidéliser. En effet, le dispositif d'accueil est l'une des premières choses que le client ou prospect retient. C'est également, l'un des meilleurs éléments pour le mettre à l'aise et lui donner l'envie de revenir.

Cependant, aussi vrai que bien accueillir requiert des dispositions naturelles telles que le sourire, le sens de l'écoute, l'attention, etc., l'accueil aujourd'hui, se réfléchit et se planifie. Autrement dit, il nécessite l'élaboration d'une stratégie.

Dans l'enchaînement de ces idées, en effet il s'agit dans cette étude de connaître l'importance de la communication au sein de la structure sanitaire à savoir les stratégies élaborées lors de l'arrivée des patients, visiteurs et les différents techniques stratégiques mises en œuvre par l'institution dans le cadre d'accueil et d'orientation de ces derniers.

Pour cela, nous avons élaboré un plan de travail devisé en trois parties : partie méthodologique, partie théorique et en fin partie pratique.

La première partie le cadre méthodologique de la recherche qui est le premier chapitre l'analyse conceptuelle ; il comporte la problématique de recherche, les hypothèses, la définition des concepts clés, les indicateurs du phénomène d'étude ainsi que les études antérieures.

Le deuxième chapitre concerne la démarche méthodologique qui englobe l'approche théorique et méthodologique, la méthode et l'outil de l'étude, la population de l'étude et les étapes de réalisation d'enquête.

Tandis que le cadre théorique se subdivise en deux chapitres dont le premier est intitulé : la communication et la communication dans la santé, nous avons réservé la première section à la notion de la communication d'une façon générale à travers ses classifications, son importance, et nous avons cité sa différence avec l'information ; la deuxième section est consacrée à la communication dans la structure de santé à travers la communication pour la santé, les facteurs de motivation, la relation soignant-soigné, les défauts de la communication, les outils et les approches de la communication pour la santé.

Le deuxième chapitre qui est intitulé : la notion d'accueil et sa fonction dans les services, se divise en deux sections, la première comporte les éléments de base sur la notion d'accueil à travers sa présentation et son rôle principal dans les différents services, et son fonctionnement. La deuxième section renvoie à l'accueil dans la structure hospitalière, à travers la prise en charge des patients dans les urgences et d'autres services, l'organisation d'accueil dans les services, les modalités d'accueil, et la gestion d'accueil.

La troisième partie de l'étude qui est le cadre pratique, est composée de deux chapitres. Le premier est réservé aux données de terrain ; la première section traite du contexte hospitalier qui porte sur la notion d'hôpital, son évolution, ses typologies, ses missions et spécificités. La deuxième section est sur les établissements publics hospitaliers en Algérie, leur présentation, et la présentation du terrain de recherche à travers ses missions et ses moyens humains et ses services disponibles. Le second chapitre intitulé : la présentation des résultats, on y trouve la présentation des caractéristiques de la population d'étude, discussion des résultats obtenus d'après l'entretien.

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



Cadre méthodologique



Chapitre 01

Analyse conceptuelle

1- Problématique

Il n'y a pas de vie sans communication, elle se trouve présente partout dans notre quotidien, même de notre vie professionnelle, elle apporte un remède comme solution à tous les problèmes ; et sans qu'on le sache on se communique tous d'une manière ou d'une autre : «on ne peut pas ne pas communiquer (Watzlawick, 1972, p. 46) », comme considère bien P. Watzlawick. Son rôle est impérativement important dans les relations humaines et les échanges des messages et d'information : « la communication est le processus de transmission d'information (JÄGGi, 2011, p. 19) ». Elle regroupe l'ensemble des interactions avec autrui, lesquelles transmettent une ou plusieurs informations avec la diffusion d'un message et permettent d'établir une relation.

La communication est un moyen technique pour informer et promouvoir l'activité auprès d'un public; elle ne regroupe pas uniquement l'action d'émettre ou recevoir des messages ou encore prononcer des mots, mais aussi elle englobe la manière de dire et les comportements. D'après Lucienne Maréchal, communiquer n'est pas seulement de prononcer des mots, c'est également véhiculer un message non verbal que ce message non verbal est constitué d'un aspect vocal et d'un aspect gestuel.

Des chercheurs ont remis en cause l'approche mécanique de la communication telle que développée par Claude Shannon. Pour eux, l'essence de la communication réside dans les processus relationnels et interactionnels. Ils accordent une place importante à la gestuelle et au comportement des individus en situation de communication : « Tout comportement humain a une valeur communicative (Lohisse, La communication : de la transmission à la relation, 2009, p. 184)». De ce fait, si les hommes sont contraints à avoir un comportement et que ce comportement a une valeur communicative, les mots et phrases sonores ne seront pas les seuls éléments de communication.

D'après les chercheurs de l'école de Palo Alto, « si l'on admet que tout comportement est communication, même pour l'unité la plus simple qui soit, il est évident qu'il ne s'agira pas d'un message monophonique ; nous aurons affaire à un composé fluide et polyphonique de nombreux modes de comportement : verbal, tonal, postural, contextuel, etc. (Watzlawick, 1972, p. 47)» donc on comprend que le comportement étant un élément primordial aussi bien dans la communication qu'en matière d'accueil, car cette dernière est une manière de recevoir quelqu'un et de se comporter avec lui quand il arrive. Cela convainc sur le fait que réfléchir à

la question de l'accueil dans n'importe quelle organisation c'est également s'intéresser à une question de communication et du comportement : « Il s'agit d'un processus de communication direct, face à face, entre deux parties à un endroit et à un moment précis, l'une d'elles est destinataire qui représente l'institution et l'autre est le destinataire, c'est-à-dire un visiteur, qui peut être un client ou un concessionnaire dans l'établissement (Sabba, 1999).»

Donc l'accueil est un processus de réception des gens d'une manière précise et organisée. En effet, qu'il soit physique ou téléphonique, l'organisation comme le lieu médical quel que soit son niveau : dispensaire, centre de santé, hôpital... qui émet des signes extérieurs à travers les hommes et les femmes qui ont une fonction de contact ou de représentation; et est un point de rencontre entre le patient et son soignant : « C'est à ce moment-là que s'établit un contrat de confiance (Carine, 2010) ».

L'accueil, habituellement, cela est considéré sous l'angle de la gentillesse et de qualités humaines du soignant ; cependant, l'organisation de l'espace-temps de consultation c'est-à-dire tout ce qui passe avant, pendant et après la consultation conditionne l'efficacité et la bonne réputation du lieu et des soins pratiqué (BISMUTH & ELSLANDE, 2000). Il est généralement perçu comme un endroit où l'on vient consulter et se soigner. La majeure partie des enseignements aux soignants porte sur l'aspect médical : plaintes, interrogatoire, examen, diagnostic, traitement. Or ce lieu médical peut être autre chose : dépistage, séance d'éducation ou de vaccination.

Appliquant à ces milieux médicaux, l'accueil est le premier maillon de la chaîne de soins, il est même référencé dans l'article R4311-5 du code de la santé publique relatif au rôle propre et actes professionnels des infirmiers, « l'entretien de l'accueil est un soin relationnel » ce que l'on enseigne aux étudiants infirmiers. Nous savons tous, que l'hôpital nous accueille afin de nous soigner mais nous ignorons comment cette tâche fonctionne.

Notre recherche a pour but de mettre en lumière une partie souvent peu connue envers les visiteurs, celle de la fonction d'accueil dans l'établissement. Essentiellement centrée sur la communication hospitalière, nous allons cependant nous intéresser à la communication de la santé en général afin de mieux comprendre l'évolution de l'offre et de la demande en termes également d'information de santé.

Avant d'enchaîner sur la communication en santé, nous devons d'abord mentionner que l'hôpital est un établissement de santé, qu'il est composé du personnel hospitalier médical

et paramédical (infirmières, aides-soignants), que ces derniers font recours à une forme de communication lors de leur pratique quotidienne, qui leur permet d'échanger des informations avec le patient de façon directe (face à face), « l'entretien entre le médecin et son patient relève typiquement de la communication en face à face, à l'instar des discussions quotidiennes, des échanges pratiques et d'idées ou des échanges conflictuels entre deux personnes, mais également des échanges sur le lieu de travail, des discussions ou désaccords au sein d'un groupe ou des séquences de questions-réponses (Académie suisse des sciences médicales, 2013, p. 08).» Cela comprend aussi les gestes et les comportements, les deux interlocuteurs utilisent la forme de communication la plus adéquate à leur type de relation (soignant -soigné) et leur contexte de soin.

Alors qu'entend-on par communication et santé ? Cela va regrouper, dans le cadre de notre travail, la communication hospitalière d'établissements publics, plus particulièrement la communication dans la santé, c'est-à-dire celle destinée aux prestataires de l'institution, et comprendre comment elle s'organise, et en quoi elle consiste ? Mais nous allons également aborder le thème plus général de la santé qui porte sur l'accueil des patients.

La communication nous permet de savoir et d'appréhender les questions d'un autre point de vue, ce qui, nous le verrons, engendre des modifications dans la relation que nous avons avec le personnel médical, comment la communication permet-elle l'instauration de la confiance, l'échange mutuel sur les soins et la prise en charge des patients ? En effet, comme nous le découvrirons dans notre travail, les relations entre personnels médicaux et patient ont évolué parce que parler avec le patient peut développer sa qualité de vie, diminuer le stress et contribuer dans le suivi des traitements et sa prise en charge globale.

Le soin nécessite un échange communicationnel puisqu'il est véhiculé par des comportements, des paroles, des gestes, etc. : « un ensemble de gestes, et de paroles, répondant à des valeurs et visant le soutien, l'aide, l'accompagnement de personnes fragilisées dans leur corps et leur esprit (SAILLANT, 1992, p. 106)», ajoutant que l'accueil en effet, met en situation de communication les publics internes et externes de l'institution. Dans cette situation de communication, les mots aussi bien que les gestes et comportements participent à l'interaction : « l'accueil implique le dialogue et la communication (Gouirand, 2011, p. 41)», ce service d'accueil à l'hôpital est nécessaire et très important car il facilite le fonctionnement et le déroulement des bonnes actions et service de l'établissement, puisque le

moment d'accueil est très important, il doit permettre à la personne soignée et à ses proches d'être en confiance, informés et écoutés.

L'accueil prend son importance dans le cas des urgences car on trouve souvent quelqu'un à la réception, contrairement aux autres services médicaux. Les effets que laisse le premier contact sont renforcés, ce qui peut influencer positivement ou négativement le malade selon la qualité d'accueil offert, ce que nous avons pu constater et soulever comme problème dans une étude déjà faite en ALGERIE.

Cette étude est réalisée à BISKRA. Il s'agit d'un mémoire professionnel de fin d'étude en vue d'obtention du diplôme de licence professionnalisant intitulé : « L'accueil et l'orientation des visiteurs au niveau des services hospitaliers », enquête réalisée au niveau des services hospitaliers de l'EPH Bachir Ben Nacer et l'EPH Hakim Saaden.

En effet pour cela nous avons opté à une enquête sur ce problème de communication entre les visiteurs, les patients et les personnels soignant et non-soignants dans la structure hospitalière, afin de répondre aux interrogations liées à ce phénomène, et cela dans le but d'effectuer cette recherche et d'avoir des résultats fiables à notre questionnement.

Pour la mieux travaillé nous avons opté à une structure de recherche qui nous a été accessible, à savoir l'établissement public hospitalier (EPH) d'AMIZOUR, Bejaïa.

Par la suite, notre problématique s'efforce de construire un thème de recherche d'actualité, mais aussi de répondre à une série relative à la prise en charge du patient, visiteur... dès son entrée à l'hôpital jusqu'à sa sortie et par qui ?

Et pour cela nous avons adopté à la problématique suivante :

Quelles sont les actions communicationnelles suivies pour la gestion de l'accueil du patient au milieu hospitalier ?

Notre question centrale se forme aussi par d'autres questions subsidiaires qui sont comme suit :

- Comment peut-on définir les notions de la communication et la communication de santé ?
- Qu'est-ce que la fonction d'accueil dans un établissement de santé ? Et quel est son importance ?

- Quelles sont les modalités d'accueil utilisées ?

2- Les hypothèses

L'hypothèse est conçue comme une réponse provisoire à une question de départ qui sera confirmée ou infirmée par le travail de terrain.

Elle est « une proposition qui anticipe une relation entre deux termes, qui selon les cas peuvent être des concepts ou des phénomènes, une hypothèse est donc une réponse provisoire, une présomption qui demande à être vérifiée (QUIVY, 1988, p. 129).»

Les hypothèses auxquelles nous avons tenté de répondre durant notre recherche empirique, auprès des personnels de l'EPH d'Amizour au sein des services sont :

- La communication entre le personnel médical et les patients est importante et joue un rôle important dans la prise en charge de ces derniers.
- Le manque d'effectif, moyens matériels et personnels provoquent des conflits entre les personnels médicaux et les visiteurs.

3- Définition des concepts

- 1- **La communication** : Action d'établir une relation avec quelqu'un, ou de mettre quelque chose en commun avec autre personne ou un groupe de personne (Lamizet & Silem Ellipses, 1997, p. 120).

Est un ensemble des interactions avec autrui qui transmettent une quelconque information dans le but d'établir une relation d'échange, de partage par le biais d'un canal adéquats à la situation.

- C'est un ensemble des échanges d'informations verbaux et non-verbaux entre un émetteur et un récepteur conçues pour établir une relation d'interactivité et de partage par un canal qui convient pour un but commun.

- 2- **La santé** : « est un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (Organisation mondiale de la santé, 1946, p. 100)» .La santé est ainsi prise en compte dans sa globalité .Elle est associé à la notion de bien-être.

- La santé est le sentiment de bien-être physique et morale ; l'absence des maladies et des pathologies psychiques.

3- **La communication de la santé** : La communication en matière de santé est le transfert d'informations des experts dans les domaines de la médecine et de la santé publique aux patients et au public, c'est également l'étude et l'utilisation de stratégies de communication pour informer et influencer les décisions individuelles et communautaires qui améliorent la santé. Ces études portent également sur la communication entre le médecin et le patient. (National Communication Association, 2016)

- C'est un échange et le transfert des informations médicaux et de la santé, aux patients et entre les personnels médicaux pour but de s'informer et de sensibiliser une cible bien déterminé.

4- **L'accueil** : « c'est la manière de bien recevoir quelqu'un, de se comporter avec lui quand on le reçoit ou quand il arrive (Rober, 1993)»

- L'accueil est le premier contact entre l'accueillant et l'accueilli dont le premier réserve au seconds une réception déférente et chaleureuse et l'entretenir et d'être sous sa disposition afin de l'orienter et de répondre à ces demandes.

5- **L'établissement de santé**: Est une structure publique ou privée qui assure le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et femmes enceintes et mène également des actions de préventions et d'éducation à la santé (Vie publique, 2021).

Il est soumis aux obligations du code de la santé publique.

- C'est un lieu médical public ou privé qui a pour but de donner les soins nécessaires aux individus malades ou blessés...

6- **Le patient** : Le patient désigne l'individu qui est examiné médicalement ou qui se voit administrer un traitement. Provenant du verbe latin "pati", qui veut dire "celui qui souffre, le patient est donc une personne soignée. Le terme de patient peut être Décliné de plusieurs façons.

On l'appelle "sujet" dans la recherche. Les Anglo-saxons, eux, parlent plus facilement de "clients". Une nouvelle terminologie prend de l'ampleur : "actient". Ce mot contracte "action" et "patient". Il est utilisé pour parler des personnes qui pratiquent l'automédication (DAMENE & DJOUDI, Le cheminement du malade en milieu hospitalier : les dysfonctionnements à l'entrée, à la prise en charge et à la sortie du malade, 2017, p. 8).

- Une personne malade ou victime d'un accident ou souffrant qui est à l'hôpital ou dans un centre médical pour se faire soigner et traité.

7- **Le soigné** : personne qui reçoit les soins (Larousse, 2022).

- Une personne souffrant d'une pathologie soit chronique ou passagère qui se fait soigné ou est sous traitement médical.

8- **Le soignant** : c'est « s'occuper du bien-être et du contentement de quelqu'un » et « s'occuper de rétablir la santé (dictionnaire Le Robert)» Le soignant effectue des soins définis comme étant « un ensemble de moyens hygiéniques, diététiques et thérapeutiques mis en œuvre pour conserver et rétablir la santé (BOUAOUD, p. 01)»

- Un soignant c'est la personne qui s'occupe à savoir le rétablissement sanitaire et l'apport du bien-être aux malades avec humanité.

9- **Le personnel médical (personnel soignant)** : désigne l'ensemble des médecins travaillant dans un établissement de soins public (d'Encyclopédie).

- Un groupe de soignants qui se rassemblent dans un lieu médical pour soigner les patients.

10- **La prise en charge** : « ensemble des actions de soins et des mesures prises pour un patient, dès l'instant où il s'adresse ou est adressé à un médecin de MPR ou une structure de MPR, Jusqu'à l'instant où l'action de rééducation est déclarée terminée (fin de prise en Charge) (Groupe MPR Rhône alpes et fedmer, 2008)»

- Dans le plan médical ce sont les actions mesurées afin de prendre en charge un patient en le soignant et de répondre à ces besoins et ces demandes.

4- Indicateurs du phénomène de l'étude

- Répondre aux attentes du patient.
- Informer les patients et les visiteurs
- Orienter et guider les patients au service ou médecin demandé
- Accompagner les personnels médicaux et le patient
- Prise en charge des patients
- Les modalités disponibles : les agents de sécurité, la police, les infirmiers, les signalétiques, les bancs, caméras de surveillance
- Les supports : le dossier médical, la fiche navette, logiciel patient,

5- Etudes antérieures

1- La première étude : « l'accueil et l'orientation des visiteurs au niveau des services hospitaliers (ATIL, 2013-2016)»

Cette étude a été élaborée par Mlle ATIL Habiba sous la direction de Mr SAOUDI MABROUK Zinelabidine, l'enquête est réalisée au niveau des services hospitaliers de l'EPH Bachir Ben Nacer et l'EPH Hakim Saaden au BISKRA, c'est un mémoire professionnel de fin d'étude en vue d'obtention du diplôme de licence professionnalisant promotion: 2013/2016.

Elle a commencé cette recherche au mois de mars 2015 et a pris fin au mois d'avril de la même année.

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

- Est-ce que l'accueil et l'orientation des visiteurs au niveau de service hospitalier sont conformes aux recommandations ?

L'hypothèse que la chercheuse a suggéré à cette étude est :

- L'accueil et l'orientation des visiteurs au niveau de service hospitalier semblent non conformes aux recommandations.

Elle a opté à une étude descriptive qui lui semble la plus adaptée pour le travail de recherche, vu les contraintes de faisabilité y compris le temps, moyens logistiques et la formation requise d'un travail expérimental et selon la nature même de cette recherche, dont l'outil d'investigation qu'elle a utilisée est la grille d'observation elle se justifie le choix de cette utilisé afin d'éviter la subjectivité dans les réponses, dont la populaire mère de cette

étude est constituée par tous les services des deux EPH dans le total de 23 services et elle a décidé de prendre 10 services comme échantillon sachant que dans l'EPH de BACHIR BEN NACER a 14 services elle a prélevé 6 services comme échantillon, et dans l'EPH de HAKIM SAADAN dont il a 9 services elle a prélevé 4.

Les objectifs de cette recherche se présentent comme suit :

- Donner une prévisualisation aux élèves stagiaires à propos de l'importance de l'accueil et l'orientation des visiteurs au niveau des services hospitalier.
- Identification systémique de l'accueil et l'orientation de visiteur.
- Proposer des solutions pour améliorer l'accueil et l'orientation des visiteurs dans ces services.

Les résultats obtenus par l'observation d'accueil des visiteurs dans les services observés sont qu'il y a quelques critères d'accueil qui ne sont pas respectés comme :

- Les horaires de visites.
- La réception des visiteurs par un infirmier à l'entrée du service.
- Interdire l'apport de nourriture...

Et les critères d'accueil respectés sont :

- Signalisation des locaux.
- Expliquer les principes d'isolement au visiteur.
- Interdiction des visites pour enfants.
- Interdiction de toucher les appareils et les dispositifs médicaux.

Nous avons utilisé cette étude comme étude antérieure dans notre travail de recherche, cette dernière nous a guidées d'avantage et nous a permis de cerner des informations importantes concernant l'accueil dans les hôpitaux et d'avoir une idée globale sur notre champ de recherche. Cette étude nous a permis aussi de sélectionner notre problématique par rapport aux résultats obtenus.

2- La deuxième étude : « Le rôle de la communication interpersonnelle sur la prise en charge psychologique et sociale des patients hospitalisés. (AOUCHICHE & ALLAOUA, 2017-2018)»

Etude de mastère en communication option : communication et relations publiques qui a été réalisée par: AOUCHICHE Naima et ALLAOUA Samia, sous le thème : « Le rôle de la communication interpersonnelle sur la prise en charge psychologique et sociale des patients hospitalisés. Cas de CHU de Bejaia. Ce travail était sous la direction de: Dr MAKHLOUFI Abdelouahab à l'université de A .Mira de Bejaia, en 2018.

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

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

De cette question découle une autre question secondaire qui est :

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

Dans cette recherche dont elles ont proposé comme hypothèses :

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

La population enquêtée est composée d'un personnel médical et les patients hospitalisés de total de 23 individus dont 10 PM et 13 P choisis d'une manière aléatoire simple pour les deux populations, les enquêtés sont interrogés par deux guides d'entretien car leurs populations est variés.

L'enquête a pour objectif de tenter dévaluer :

- Le rôle de la communication dans la prise en charge psychologique et social des patients.
- L'existence d'une communication entre le patient et le PM.
- L'impact du manque de communication entre le P et le PM et les conflits qu'il engendre.

Les chercheuses de cette thématique ont choisi la méthode qualitative elles justifient ce choix en soulignant que cette méthode permet d'obtenir des réponses plus ouvertes,

collecter des informations et des éléments de réflexion très riche, car cette méthode instaure un véritable échange entre l'enquêteur et l'enquêté face à face et d'avoir l'accès au maximum d'informations.

Les résultats obtenus de cette recherche, selon les réponses reçues étaient :

- la communication permet de construire une bonne relation entre soignant/soigné et contribue à l'amélioration de la prise en charge psychologique et sociale des patients dont ces derniers communiquent d'une façon directe et simple via la communication interpersonnelle par le biais de la langue maîtrisée par le patient, et qu'il y ai l'échange et rétroaction de communication entre les patients et le PM.
- La communication est représentée comme une composante intègre dans le processus thérapeutique.
- Les conflits dans le secteur de la santé et entre le personnel médical et les patients peuvent avoir plusieurs causes telles que le manque de confiance, les inégalités sociales, la négligence, manque de communication ou l'insuffisance de cette dernière.

Nous avons exploité cette recherche comme étude antérieure qui a un rapport avec notre thème de recherche et il porte des notions communes à notre première variable qui traite la communication dans le domaine de la santé.

Cette variable, nous a permis de cerner des informations en relation avec notre troisième chapitre qui est un aperçu général sur la communication. Dans cette étude de magistère, malgré le manque de documentation qui est une difficulté comme elles l'ont mentionnée, cette recherche est riche d'informations car elle nous a guidé davantage et nous a permis d'avoir des informations importantes sur la relation soignants /soignés.

3- La troisième étude : L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier (Haberey-Knussi & al, 2013, pp. 8-18)

Cet article qui est réalisé par plusieurs auteur, Véronique Haberey knussi, Jean-Luc Heeb, et Emilie Morgan De poul intitulé : « l'enjeu communicationnel dans le système hospitalier », pour association de recherche en soins infirmiers (ARSI) n115-décembre 2013 (Cairn).

Dans cette article ils ont abordé quelques éléments qui sont : l'univers hospitalier aujourd'hui, de la mission à la communication dans l'Hôpital, les chances, exigences des

interdisciplinarités, la dynamique d'équipe facteur motivationnel fondamental et la relation soignant- soigné au cœur de la prise en soins suivie d'une conclusion théorique.

Dans la seconde partie au niveau institutionnel, les points traités sont : la communication avec les paires, augmentation de l'information et diminution des échanges, la communication un moyen de pression et clôture cette partie par une conclusion générale.

Cette étude a durée deux ans, elle a été menée auprès de 900 cadres dans les hôpitaux de suisse romand, ils ont opté pour une méthodologie mixte, ils ont devisé leurs enquête en deux phases dont la première est consacrée pour un questionnaire qui a permet de mettre en évidence les éléments de problématique, tandis que la seconde phase est organisée sous forme d'entretien de groupe, dans chacun des hôpitaux qui a eu comme objectif d'une meilleure compréhension des liens entre management et communication. Mais ils se sont basés sur cette dernière phase d'une méthode qualitative particulièrement significative en termes de résultats.

Les résultats obtenus cité dans l'article sont comme suit :

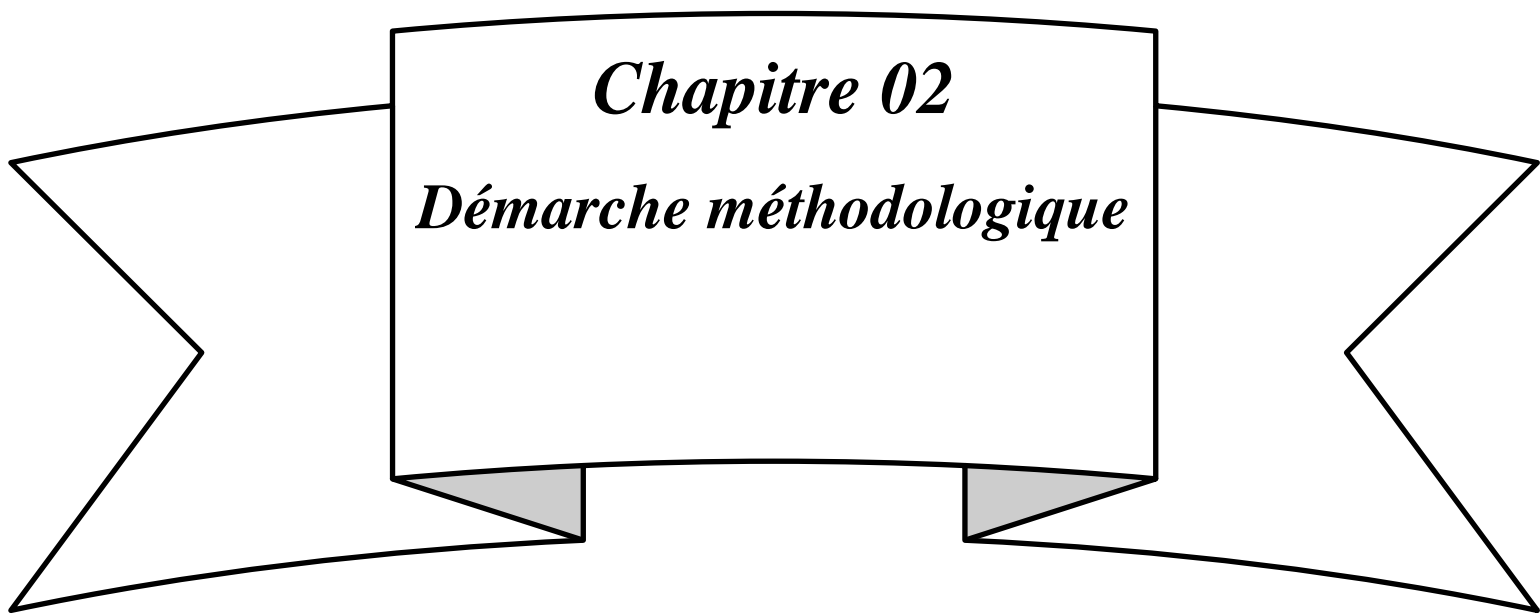
- Le manque d'amélioration et d'intérêt qui porte les domaines de la communication ou l'information en particulièrement dans le secteur hospitalier conçu comme un système éminemment complexe.
- La communication joue un rôle fondamental, il convient de ne pas minimiser son importance et la réduire à un substrat technicisé si l'importance pareille est accordée à la communication informelle par les répondants, tout au niveau institutionnel qu'aux autres niveaux, c'est bien là la preuve d'un manque ressenti dans la communication à un niveau plus formel.
- Ne pas confondre information et communication, mais la communication dépend aussi beaucoup des personnes elles-mêmes et du temps qu'elles accordent.
- Une sensibilisation à l'importance de cette activité semble donc un moyen privilégié pour la promouvoir et la faire valoir auprès des directions, d'institution en pouvant mettre en évidence la plus-value chose qu'elle apporte tant au niveau de la satisfaction des employés que de la relation au patient ou de la qualité des soins.

L'importance de la communication accordée par les acteurs de soin, en parallèle qu'une dévalorisation croissante du temps dévolu aux échanges, tout entre les paires qu'avec le patient, il en découle une frustration qui n'est pas sans conséquence tout au niveau de la prise en charge des patients que des institutions elles-mêmes.

Comme résultat dont il s'agit de prendre conscience tous les niveaux impliqués dans la dynamique communicationnelle et des atouts majeurs qu'une bonne dynamique peut favoriser.

Contrairement liés aux problèmes graves qui peuvent découler d'une gestion qui n'accorde pas l'importance voulue à cette dimension de la communication, présente dans l'ensemble de l'institution hospitalière

Nous avons choisi cet article comme étude d'antérieure car cette dernière traite des points primordiaux dans notre travail de recherche, tels que la mission de la communication dans l'hôpital, et la relation soignant soigné au cœur de la prise en charge, et l'importance de la communication au sein des hôpitaux et son impact à l'interne entre les personnels.



Chapitre 02

Démarche méthodologique

1- Méthode de l'étude

Pour chaque recherche scientifique notamment en science humaine et sociale, le chercheur dispose de nombreuses méthodes que cette dernière est un « ensemble organisé d'opération en vue d'atteindre un objectif. (Angers, 1997, p. 58) » La pertinence et la validité de la recherche scientifique dépend du choix de la méthode qui soit adéquate à suivre tout au long de la réalisation de son enquête de recherche.

« La méthode est la meilleure façon de procéder pour acquérir des connaissances valides. Elle consiste en un ensemble de démarches rationnelles, rigoureuses et systématiques qui prennent à l'esprit d'accumuler des connaissances sûres et d'établir des lois stables. (Marion, 2005) »

Dans le but d'obtenir des réponses à notre thématique, nous avons été amenées à adopter la méthode d'analyse qualitative qui se définit par la collecte de données qui ne se prêtent pas à la mesure, à partir du moment où notre objectif est d'améliorer nos connaissances et d'étudier le problème posé.

Les données qualitatives sont présentées sous forme narrative qui n'est pas aptes à être mesurées. Aussi, cette méthode permet de cerner la nature du problème et d'identifier ses causes, puis déterminer les conséquences de ce dernier.

Le choix de la méthode qualitative est justifié par rapport à la nature et les objectifs de l'étude qui nécessitent une analyse approfondie des éléments qui sous-tendent l'examen de la réalité de la communication de l'accueil et l'orientation dans une structure hospitalière au sein de l'EPH d'Amizour.

2- Approche théorique

Une approche théorique sert à orienter et encadrer le chercheur dans sa démarche méthodologique, elle a pour objectif d'obtenir des résultats dans l'analyse du problème étudié.

Ce qui est commun et très proche à notre thématique c'est la théorie de la communication humaine, car dans cette situation de communication, les mots aussi bien que les gestes et comportements participent à l'interaction.

En effet déjà dans les années 60 les chercheurs de l'école de Palo Alto posait l'hypothèse selon laquelle: « Tout comportement humain a une valeur communicative

(Lohisse, 2009, p. 184)». Qui est le résultat d'un échange d'information qui trouve son origine dans une relation de communication.

➤ **La théorie de la communication humaine :**

Elle a été développée par Watzlawick, en collaboration avec Janet Beavin Bavelas et Don D. Jackson au Mental Research Institute de Palo Alto. Il a développé cette théorie de la communication humaine, pierre angulaire de la thérapie familiale.

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

Dans notre recherche, l'important n'est pas porté sur le mode de communication ou si ce dernier est conscient ou non, mais sur la manière que les personnels soignants et non-soignant se communiquent avec les patients et les visiteurs et comment ils s'influencent les uns et les autres en matière de communication.

Cette théorie se repose sur les principes fondamentaux et des enseignements que nous pouvons en tirer :

- *Les 5 axiomes de la théorie de la communication humaine :*

• **Il est impossible de ne pas communiquer**

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

Même lorsque nous ne faisons rien, que ce soit au niveau verbal ou non verbal, nous transmettons quelque chose.

Prenant un exemple d'un malade qui se dirige vers les urgences pour les premiers soins par fois étant sous le choc de la cour situation le malade ne parvient pas à parler et de s'expliquer ce qui lui arrive et de savoir où il a mal ou blesser ; mais avec ces attitudes et comportement les personnels saurons ce qu'il a ;

Tout comportement de l'un et de l'autre, toute attitude, fera sens dans la relation et aura une influence importante dans les effets positifs et négatifs de celle-ci. De la manière dont les

personnels parlent, le froncement de leurs sourcils, le stylo avec la marque du laboratoire ...
Les blouses...

- **La communication dispose d'un niveau de contenu et d'un niveau de relation (méta communication) :**

Dans cet axe il renvoi au fait que l'importance de la communication n'est pas seulement dans le message ou de comprendre sa signification dites verbalement (Le contenu) mais aussi sur le fait comment la/ le locuteur (trice) veut être compris(e) et comment il (elle) prétend que les autres le comprennent (niveau rationnel) en d'autres termes au ton de la voix, l'expression faciale, le contexte, etc.

Par exemple lors l'arrivée du patient et qu'il ne sait pas où se diriger exactement ou pour quel service dont il a besoin, il est nécessaire d'appréhender cet aspect de l'échange au risque de ne pas être entendu, ni compris ces demandes, et de même de ne pas entendre ces attentes voire de les rejeter ou de les déformer.

- **Mode analogique et numérique**

La communication a une modalité analogique et une modalité numérique (digitale) ; le premier concept indique une transmission quantitative d'informations cela fait référence à ce qui est dit à travers les mots. Tandis qu'au niveau numérique, le message est qualitatif et binaire inclut la communication non verbale, c'est-à-dire la façon dont nous exprimons et le vecteur de la relation.

Ces deux modalités se complètent l'un et l'autre dans chaque message, l'analogique prime sur le digitale.

Exemple: du patient qui ne trouve personne dans le comptoir de la réception et ne trouve personne pour se faire orienter et cela l'embête vis-à-vis de son message analogique il exprimera la colère le manque de patience même lors la venue des hôtes / le réceptionniste il lui sourit et même si il poursuit et demande ce qu'il a besoin comme si de rien n'est ce passait il faut alors avoir recours au méta communication, c'est-à-dire utiliser le langage digitale pour préciser et traduire son langage analogique : « je m'excuse du retard, je m'excuse de vous faire attendre ... ».

Cette expression permet de recarder le message analogique et d'éviter des comportements négatifs de la part du patient.

- **La ponctuation donne un sens**

La communication est en réalité un processus interactionnelle circulaires. Mais de ce fait les gens ne se focalisent souvent que sur notre point de vue, ignorant celui de ceux avec qui nous parlons et comprenant notre propre comportement en réaction à celui de l'interlocuteur. Cela conduit à la croyance erronée qu'il existe une seule interprétation correcte et linéaire des événements,

Le comportement de l'un des acteurs induit le comportement de l'autre, qui lui-même ré-induit le comportement du premier. Ce qui est source de nombreux conflits relationnels.

Exemple : dans les urgences ou le premier contact du l'infirmier avec le patient ou l'infirmier sois mal à l'aise vis-à-vis du patient le voyant comme cas « difficile » à prendre en charge mais avec constamment et avec chaque consultation au fur et à mesure le malaise diminue et en s'entretenant avec le patient il découvrira qu'il n'a aucun problème relationnel avec ce patient, en effet chacun des partenaires a développé un système de défense à priori vis à vis de l'autre. Leurs attitudes réciproques sont devenues inamicales et défiantes,

Le personnel en attribuant la cause à son patient alors que c'était leur système d'échanges et de rétroaction qui posaient problème. Pour en sortir il devrait utiliser du méta communication ou reprendre le jeu au niveau relationnel.

- **Communication symétrique et complémentaire**

La division entre communication symétrique et complémentaire fait référence à la relation qui existe entre deux interlocuteurs.

Lorsque les deux ont une puissance équivalente dans l'échange (par exemple, ils connaissent la même information), on dit que la communication entre eux est symétrique (au niveau de connaissance sont égaux)

D'autre part, la communication complémentaire a lieu lorsque les interlocuteurs ont un pouvoir informatif différent. Il existe plusieurs types d'échanges complémentaires: l'un des interlocuteurs peut essayer de neutraliser l'échange, de dominer l'interaction ou d'aider l'autre personne à le faire (des conditions d'inégalité mais acceptant la différence entre et permettant la complémentarité de l'interaction)

Donc la communication entre les personnels de santé et les patients est complémentaire très souvent, chaque partenaire conforme à ces deux positions mais avec des variantes.

Dans la consultation entre le soignant et le soigné peut être comme une relation père et enfant sur l'aspect de savoir mieux ce qui est bon pour l'autre

Elle peut être aussi de type parent-adolescent, le personnel se voit remettre en cause sans autorité, la relation est plus équilibré dont le patient est autonome.

Les cinq axiomes abordés par Watzlawick sont des éléments présents dans la relation entre le personnel médical et le patient, dans cette relation en premier lieu est comportemental : « le comportement possède une propriété on ne peut plus fondamentale, et qui de ce fait échappe souvent à l'attention : le comportement n'a pas de contraire. Autrement dit, il n'y a pas de « non-comportement (Watzlawick, 1972)», ou pour dire les choses encore plus simplement : on ne peut pas ne pas avoir de comportement. (DABO)» À ce passage si les (P) et le (PM)) sont contrainte à avoir un comportement et que ce dernier a une valeur communicative, car les mots ne sont pas les seuls éléments de la communication. Le comportement étant un élément primordial aussi bien dans la communication qu'en matière d'accueil, cela convainc sur le fait que réfléchir à la question de l'accueil d'une organisation c'est également s'intéresser à une question de communication.

Etant donné que même le choix du refus de communiquer est en elle-même une manière de se faire dire, donc toute communication se compose de deux modalités le contenu et la relation dont ces deux aspects s'englobe avec la méta-communication.

Au cours de ces axiomes que ceux nous ont éclairés notre champ d'étude et nous ont permet de se vocalisé et traité l'aspect communicationnel entre les P et PM et leurs relations et de connaitre la transition d'accueil car en effet l'accueil met une situation de communication des publics interne et externe dans n'importe quel organisation y compris les établissements de santé, « l'accueil implique le dialogue et la communication (Gouirand, 2011, p. 41)»

Malheureusement cette tâche est souvent négligée même en matière de formation, la plupart des personnels soignants et non soignants partagent le sentiment qu'une bonne communication ne peut ni s'enseigner ni s'apprendre mais avec l'expérience et le temps.

Pour cela nous avons choisi cette approche car avec la communication, il y a un renforcement de dialogue entre le patient et son soignant, tant qu'il est essentiel d'être attentif aux interactions du patient et du personnel médical pour améliorer les déterminants de santé et l'efficacité d'influence sur les relations.

3- Outils de l'étude

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

A- L'observation

C'est un outil primordial afin de comprendre le phénomène cherché et les attitudes : « technique direct d'investigation scientifique qui permet d'observer un groupe de façons non directive pour faire habituellement un prélèvement qualitatif en vue de comprendre des attitudes et des comportements. (Angers, 1997, p. 130)»

Cet outil nous a permis tout au long de notre enquête au sein de l'EPH d'Amizour d'observer la procédure d'accueil et la prise en charge du patient au niveau du bureau des admissions et les moyens interne utilisés afin d'accomplir la tâche complète de la prise en charge dès son entrée à sa sortie.

B- L'entretien :

Pour élaborer notre recherche, nous avons choisi l'entretien comme l'outil le plus approprié pour recueillir le maximum d'informations importantes afin d'examiner d'une manière approfondie la question de l'accueil au niveau de la structure hospitalière et cela en la discutant avec les différents acteurs du domaine. En plus de cela, c'est la technique la plus adéquate pour la méthode qualitative.

« Cette technique est utilisée en sciences sociales(...) l'entretien met face à face un enquêteur et un enquêté. (Boudon & autres, 2005, p. 86) »

Elle nous a permis de mener notre recherche d'une manière plus approfondie auprès des enquêtés et de récolter des informations en relation avec notre problématique de recherche.

Nous avons eu recours à un entretien semi-directif, basé sur un guide qui comporte un ensemble de questions ouvertes qui donnent lieu à d'autres questions au fur et à mesure de l'entretien sur trois axes :

- Les données personnelles (fonction, niveau d'instruction, l'expérience, l'ancienneté)
- L'importance de la communication au sein de l'établissement et le déroulement de l'accueil et la prise en charge des visiteurs.
- Les modalités d'accueil et les supports utilisés comme moyen de communication.

4- La population de l'étude

Comme notre thème concerne l'accueil et l'orientation dans un établissement public hospitalier d'un lieu d'une structure de proximité, la population d'étude choisie c'est aléatoire simple par notre étude est composée d'un personnel médical soignant et non-soignant.

5- Etapes de réalisation de l'enquête

Du fait de la nature et de la complexité du sujet et notre recherche qui porte donc sur l'Examen de la communication et de la réalité de l'accueil et de l'orientation dans la structure hospitalière, il était nécessaire de mobiliser plusieurs méthodes d'investigation. En effet notre étude s'est déroulée en deux étapes :

- En premier lieu, nous avons fait une enquête d'une durée de 3mois dans l'établissement public hospitalier (EPH) d'Amizour, au niveau du bureau d'ordre dit (admission); où nous avons eu recours à l'observation directe sur les lieux et procédé à la visite de 6 services dont nous avons observé les comportements des personnels non soignants vis-à-vis les visiteurs et la manière de répondre à leurs attentes.
- En second lieu, nous avons effectué des entretiens semi-directifs sur l'importance d'accueil et sa qualité dans ces services, sur une population visée de l'EPH d'Amizour.

Chaque entretien été pris en notes et enregistré, pour rester fidèlement retranscrit et compléter par des notes d'observation, chaque entre entretien a pris une durée de 15 à 20 min.

Durant notre enquête, pour avoir plus d'informations sur notre problématique nous avons formulé de nombreuses questions relatives au thème discuté avec les chefs des services, infirmiers et les personnels non-



Cadre théorique



Chapitre 03 :

***La communication et la
communication en santé***

La section 01: Communication

1- Définition de communication

La communication s'agit de l'ensemble des stratégies mises en place, par une personne ou un groupe de personnes, pour échanger des ressources et des représentations avec d'autres c'est un acte d'information ; dont chaque communication, nécessite une transmission d'informations : « La communication est le processus de transmission d'information. (JÄGGi, 2011, p. 9)»

Mais elle est plus qu'un simple échange d'information entre un émetteur et un récepteur, c'est un processus de partage de sens par l'interprétation réciproque des signes.

Dans toute communication, nous avons deux aspects : le contenu qui est exprimé par la teneur du message et la relation liée au type, méthode, comportement verbal et non verbale : « La communication est présente partout. C'est un processus complexe de transmission d'informations entre personnes qui visent toujours des objectifs qui leur sont propres, mais qui n'utilisent pas forcément un langage commun ou un canal de communication adapté. Toute communication comporte deux informations : le contenu du message et la manière dont il est transmis ».

2- Classification des communications:

Il existe différents types de communication

2-1 Communication Interpersonnelle / Communication de Masse (Information) :

A- Communication interpersonnelle: La communication humaine comporte une part de rhétorique, art de convaincre ou de persuader dont l'enseignement remonte à la Grèce antique. Elle comporte, avec la communication verbale, une part non verbale qui inclut diction, gestes et attitudes. La rhétorique implique une intention consciente d'agir sur autrui. Elle sert aussi pour analyser avec une certaine distance la tentative de l'interlocuteur, la nature des figures qu'il emploie, sa communication non verbale (Reboul, 1991, p. 3). Au milieu du XXème siècle l'école de Palo Alto, influencée par le courant cybernétique de Norbert Wiener, généralise les apports de la théorie mathématique de la communication aux relations entre les êtres vivants ; le modèle cybernétique fait correspondre le message à un répertoire de significations. Ce modèle s'appuie sur des significations explicites. Or les perceptions humaines ne se limitent pas à ces dernières, même si toute perception comporte une part

d'interprétation de signes. Celle-ci, comme celle de la situation dans laquelle on se trouve, varie selon des hypothèses... que par la suite on peut remettre en cause. Certes, l'usage rituel, coutumier, normal, de paroles ou de gestes orientent les associations interprétatives auxquelles ils donnent lieu, et constituent des répertoires de significations qui cadrent l'expérience de la communication mais la relation entre humains ne se réduit pas à cette canalisation socialement construite (Sperber, 1974, p. 163).

B. Communication de Masse: Dans la communication de masse, un émetteur (ou un ensemble d'émetteurs liés entre eux) s'adresse à un ensemble de récepteurs disponibles plus ou moins ciblés. Là, la compréhension est considérée comme la moins bonne, car le bruit est fort, mais les récepteurs bien plus nombreux. Elle dispose rarement d'une rétroaction, ou alors très lente.

Aujourd'hui, les NTIC et en particulier Internet abaissent à un niveau sans précédent le coût de communication et de plus rendent la rétroaction possible.

2-2 Communication Directe / Communication Indirecte:

A- Communication directe:

Consiste à parler à quelqu'un en personne face à face ou par téléphone soit en l'appelant ou à lui envoyant un message

B- Communication indirecte:

Il est plus difficile à cerner. Il peut s'agir de message que l'on publie sur les médias sociaux à l'intention de la ou les personne(s) et que ceux-là peuvent voir.

2-3 Communication Organisationnelle (Administrative) / Communication Commerciale (Marketing)

A- Communication Organisationnelle (Administrative):

Elle englobe toute les formes de communication utilisées par l'organisation afin de se mettre en rapport et d'interagir avec ses publics. Selon Riel (Cees, 1995), la communication organisationnel comprend les relations publiques, les stratégies organisationnelles (public affairs), le marketing corporatif, la publicité corporative, la communication interne et externe, en d'autres termes, un groupe hétérogène d'activités de communication tournées fondamentalement vers les publics ou segments auprès desquels l'organisation se met en relation et dont elle dépend. De son coté, Kreps (Kreps, 1990) perçoit la communication

comme un processus à travers lequel les membres de l'organisation obtiennent les informations pertinentes et les changements la concernant, la communication organisationnelle accomplit une fonction de source d'information (data-gathering) pour les membres de l'organisation. L'information se constitue dans la variable intermédiaire unissant la communication à l'organisation.

B- Communication Commerciale (Marketing) (Bathelot, 2015):

Elle regroupe l'ensemble des actions de communication entreprises dans le but de favoriser directement ou indirectement la commercialisation d'un produit ou service. L'essentiel des actions de communication commerciale vise les consommateurs, mais elles peuvent également s'adresser aux prescripteurs, influenceurs ou distributeurs.

Les voies et moyens de la communication commerciale sont de plus en plus nombreux et variées. Tant-dis qu'elle soit généralement divisée en Communication Médias (communication publicitaire) et (Communication hors médias).

2-4 Communication Interne + Communication Externe = Communication globale.

La communication globale se définit comme une approche globale de l'ensemble des communications: institutionnelle, marketing et interne. Elle est présentée comme une démarche homogène qui vise à tracer un territoire pour l'entreprise et à l'imposer aux diverses formes de communication.

La communication globale recherche la cohérence entre le contenu des messages, la réalité de l'entreprise, des marques et des produits ainsi que les objectifs qu'elle poursuit. On distingue 02 types:

A- Communication Interne : Type de communication à destination du personnel d'une entreprise qui permet d'obtenir un équilibre informationnel et relationnel et d'accompagner la stratégie de l'entreprise (le projet économique, social et financier).

La communication interne peut être un moteur de motivation, d'encouragement des salariés afin d'obtenir une cohésion sociale et créer une culture d'entreprise forte. Plus l'entreprise possède un grand nombre de salariés, à des niveaux hiérarchiques variés et dispersés dans différents lieux géographiques, plus sa stratégie de communication interne n'est plus complexe. Elle a pour but de construire un dispositif stratégique global, développer un sentiment de cohésion et d'appartenance autour de l'entreprise.

B- Communication Externe: L'ensemble des actions de communication mises en place par une entreprise à destination de ses publics extérieurs.

Tout comme la communication interne, elle fait partie intégrante de la stratégie de l'entreprise, de son projet économique, social et financier. Elle repose en grande partie sur les relations publiques (relation presse, gestion de crise...), la communication visuelle de l'entreprise (communication par l'image : logo, plaquette de présentation, site internet...) et l'organisation d'évènements.

Elle joue donc un rôle fondamental dans le positionnement de l'image et dans le développement de la notoriété de l'entreprise et de son succès commercial.

2-5 Communication Formelle + Communication Informelle = Communication interne

A- Communication Formelle:

On parle de la communication « formelle » pour tous les contenus émanant de l'entreprise. C'est la communication interne classique. Elle circule souvent d'une manière top-down, des dirigeants vers les employés. Ce sont les articles, vidéos ou newsletters que produit la direction de la communication pour les salariés.

Les équipes sélectionnent les informations, travaillent le fond de la forme, utilisent des éléments de langage... Le rédacteur, ou l'orateur, reste neutre pour laisser la part belle au sujet présenté.

La communication formelle permet donc de maîtriser les contenus diffusés. En revanche, son côté très corporate peut freiner sa bonne réception par les employés. Ils lui reprochent ainsi parfois un certain manque de transparence, pourtant de plus en plus nécessaire.

B- Communication informelle:

Au contraire, la communication « informelle » désigne les échanges entre les salariés. Discussion au sein de l'équipe, autour d'un café, via les messageries instantanée...

C'est donc une parole assez libre. Les informations circulent de manière fluide, sans réel contrôle de l'entreprise. Certains éléments corporate peuvent ainsi être commentés de manière informelle, voire transformés (consciemment ou non) au fil de leur circulation.

Il est donc plus compliqué de s'assurer que la communication informelle soit exacte. Mais elle présente un avantage. Les employés font parfois plus confiance à leurs collègues qu'à une communication trop institutionnelle. Ils discutent entre eux des messages reçus, vérifient ce que chacun a compris, comparent leurs points de vue (Clemence, 2020).

2-6 Communication Verbale / Communication non verbale:

Ce sont les éléments qui influencent l'effet d'un message, en nous concentrant sur les facteurs qui sont directement liés à la forme d'une présentation orale. Nous reviendrons plus loin sur les facteurs visuels de perception qui, de par leurs formes, influencent également l'effet d'un message.

Tout est communication : A côté de sa dimension verbale, elle comprend:

- Une dimension **Non Verbale**: les mimiques, les attitudes, le contact visuel, l'expression du visage, la position corporelle.
- Une dimension **Para verbale** : le ton, le rythme, l'inflection de la voix. Les différents éléments non verbaux et para verbaux de la communication peuvent remplir différentes fonctions de communication (relationnelle, régulatrice, expressive, accompagnatrice) Au même titre que les éléments verbaux, ils sont traduits, décodés par l'interlocuteur qui leur donne un sens.

Dès lors, la signification d'un message n'est complète que lorsqu'on prend en compte tant la composante verbale que les composantes non verbales et para verbales de la communication.

Même le silence est une forme de communication : par mon attitude, je communique « que je ne veux pas dialoguer ou je témoigne par mon silence d'un message particulier ». Ainsi, on peut dire qu'il est impossible de ne pas communiquer. La manière de dire plus que le contenu détermine cette relation. La partie non verbale de la communication est d'ailleurs appelée la relation, par opposition au contenu qui correspond aux éléments verbaux.

2-7 Communication Orale + Communication Ecrite = Communication verbale.

A- Communication Orale : Bien communiquer à l'oral, c'est faire passer des messages à l'aide d'un langage choisi, en utilisant une voix bien placée, Celles-ci doivent s'adapter à la taille du public et à l'espace dans lequel se déroule notre intervention.

- **Le volume.**

- **Le rythme.**
- **L'articulation et la prononciation.**

B- **La communication écrite:** pour une bonne situation communicative écrite on doit respecter certains principaux message de communication interne et externe dont y parmi on trouve:

a- 1- En interne:

- La note, la note de service, la note d'information, le compte rendu, le rapport.

a- 2- En externe:

- La lettre
- Le message publicitaire, l'annonce de recrutement.

3- La différence entre la communication et l'information:

1- Communication

- Elle englobe l'information
- L'interaction et l'échange (double sens)
- Le feed-back est sollicité immédiatement (langage verbal et non verbal).
- La communication (interpersonnelle) utilise des techniques : entretien, réunion ...ex.

2- Information

- Fait partie de la communication
- Manque d'interaction (sens unique)
- Le feed-back est reçu après un bon moment.
- L'information utilise beaucoup plus des outils/moyens matériels (les mass medias)

4- L'importance de la communication et son but:

En sociologie et en linguistique, la communication est l'ensemble des phénomènes qui peuvent intervenir lorsqu'un individu transmet une information à un ou plusieurs autres individus à l'aide du langage articulé ou d'autres codes (Giroux, 1994).

La communication globale recherche la cohérence entre le contenu des messages, la réalité de l'entreprise, des marques et des produits ainsi que les objectifs qu'elle poursuit (Nicole & Thierry, 2004, p. 38).

A- Pour l'individu:

- Aide à satisfaire les besoins de l'individu;

- Aide à prendre des décisions;
- Aide à comprendre les évènements ;
- Aide à récolter des informations;
- Entretenir et développer des relations avec les autres.

B- Pour la société:

- Base de la constitution d'une société,
- Acquérir des connaissances, traditions, coutumes, ...etc. pour les partager avec aux autres;

C- Pour l'organisation :

- Informer, échanger et associer des connaissances
- Expliquer,
- Convaincre,
- Influencer et faire agir.

La section 02 : La communication dans la structure de santé :**1- La communication pour la santé :**

Depuis plus de 30 ans, les chercheurs alliant la communication et la santé se sont multipliées, amenant le développement d'un champ de recherche et d'intervention appelé « communication pour la santé » dont cette dernière est définie comme l'étude et l'utilisation de stratégies de communications interpersonnelles, organisationnelles et médiatiques visant à informer et à influencer les décisions individuelles et collectives propices à l'amélioration de la santé (Renaud & Rico de Sotelo, 2007, p. 32).

Cette communication en particulier s'exerce dans des contextes multiples : relation patient-prestataire de service ; recherche d'informations sur la santé par un individu ou un groupe ; adhésion d'un individu ou d'un groupe à un traitement ou à des recommandations spécifiques ; élaboration de campagne de sensibilisation destiné au grand public ; conscientisation aux risques pour la santé associés à des pratiques ou à des comportements spécifiques ; diffusion dans la population d'une certaine représentation de la santé ; diffusion de l'information relatif à l'accessibilité aux soins de santé ; communication auprès des décideurs afin qu'ils modifient l'environnement (Renaud & Rico de Sotelo, 2007).

2- Communication comme facteur de motivation fondamentale dans la dynamique d'équipe:

L'équipe est un espace privilégié pour les soignants, le lieu où peuvent se vivre des interactions très fortes et très denses. Dans une équipe, les différentes personnes s'accordent pour réaliser une œuvre commune et c'est cette œuvre qui les unit et confère à chacun son sentiment d'appartenance (Haberey-Knussi & al, 2013, p. 08)

A- La cohésion:

C'est l'une des particularités de l'interaction propre aux soins, à savoir de devoir composer avec une autre dimension relationnelle et émotionnelle souvent intense, notamment dans la mesure où le personnel hospitalier se trouve confronter à la souffrance à la maladie voire à la mort...

« La cohésion est principalement fondée sur la qualité du lien d'appartenance de ses membres » précisé par MUCCHILLI, qui veut dire que la cohésion est peut être d'autant plus forte que les soignants éprouvent la nécessité de ventiler leurs émotions, de mettre en dialogue les conflits de consciences qu'ils peuvent vivre ainsi que leurs ressentis à cet égard.

B- Travail d'équipe:

On ne peut pas obtenir une satisfaction des soignants qu'en réduisant la charge psychologique ; cela nécessite d'augmenter les temps de débriefing en équipe, de discussion autour des situations difficiles, de concertation sur la manière d'aborder un diagnostic ou de faire face aux comportements d'un patient ainsi que des temps de partage des émotions. « Le travail d'équipe facilite tout (Haberey-Knussi & al, 2013) » cette équipe s'agit avant tout d'un ensemble d'individus œuvrant à la construction d'un sens commun et fruit d'un fonctionnement collectif.

3- La relation soignant-soigné :

L'acte de soin est une interaction qui implique à la fois gestes et communication. « Les aspects communicationnels et les aspects pratiques des actions de soins ne sont donc pas séparés a priori, car ils sont étroitement associés, les uns servant de support aux autres et réciproquement (Haberey-Knussi & al, 2013) ».

Parmi les autres facteurs étudiés, il faut mentionner que l'insatisfaction liée à la dégradation de la relation au patient qui affecterait la santé physique et psychique du

personnel infirmier. Bien que l'institution hospitalière comprenne une multitude d'activités, la relation au patient, support des activités de soins, occupe généralement une place dominante.

La communication joue un rôle indispensable elle apparaît dans la nécessité de continuité et de permanence des soins à l'hôpital. Elle est considérée comme étant un enjeu essentiel à la fois pour les soignants et pour les patients.

Pour les soignants : elle constitue le fondement sur lequel va pouvoir s'établir une relation de soin, l'appropriation de connaissances sur le vécu, les ressentis, les projets du patient permettant d'optimiser sa prise en charge.

Pour les patients: elle est la condition d'une mise en confiance nécessaire à sa complaisance au traitement, à son bien-être, à la compréhension de ce qui l'affecte, c'est-à-dire au bon déroulement de son séjour dans l'hôpital.

Or que pour établir une relation de confiance nécessite du temps et un investissement et à cet aspect que sa demande la nécessité de la continuité dans les soins qui s'oppose à la flexibilité exigée de plus en plus souvent de la part du personnel soignant (travail de suivi).

4- Les défauts de communication:

Le défaut de communication dirigé sur la tâche à exécuter ou sur la relation interindividuelle se définit comme une rupture ou une perte de fluidité dans le processus de soin. Il est responsable d'un événement indésirable associé aux soins ayant des conséquences comme le retard de prise en charge qui peut être de significatifs à graves et parfois entraîner le décès.

La connaissance des types de communication, des zones d'échanges et de ruptures de communications et les situations à risque avant pendant et après l'hospitalisation est indispensable pour la conception de solutions d'amélioration de la communication pour la sécurité du patient.

A- Parmi les causes majeures:

A-1- Communication : du côté des professionnels de santé:

Selon les chercheurs et les accréditations des médecins ont affirmés que les problèmes sont basés sur deux éléments essentiels:

✚ Dysfonctionnements liés à l'équipe comme les facteurs humains.

➤ les problèmes de communications:

- altération de la transmission d'informations essentielles :
- ✓ qualité et sécurité des soins.
- incompréhension ou insatisfaction : professionnels:
- ✓ la qualité de vie au travail.

A- 2-Communication: du côté des usagers

«Les patients retiennent et comprennent moins de la moitié des explications qu'on leur adonnées (Schillinger, 2003 In. Haute Autorité de Santé, p. 03).»

En ajoutant :

- Les émotions du patient et sa maladie.
- La connaissance limitée des termes médicaux.
- Les variations socio-culturelles.

5- Les approches de la communication pour la santé:

A cet aspect on trouve trois grandes approches qui ont participé à influencer la communication dans le domaine de santé, on trouve : (l'approche de la modernisation le changement de comportement,), l'approche de la dépendance et la dernière approche celle de nouveau développement (communication participative ou Co-développement) :

a- L'approche de la modernisation:

C'est un modèle linéaire changement d'attitude et de comportement, or mis dans les pays signataires ils ont participé à développer des campagnes de communication et d'éducation pour la santé qui visant les changements d'attitudes et de comportement, cela est traduit comme Information -éducation -communication (IEC) qui est une manière de se développer au niveau international sur les campagnes d'éducation au secteur local et national.

Cette volonté d'influencer et de faire changer les comportements pour faire accepter une innovation sociale ou technologique qui correspond à l'aspect national qui est représenté comme le paradigme de modernisation (SERVAES, 2004.); qui a été développé entre la fin de la deuxième guerre mondiale et les années 70, cette approche de modernisation se focalise sur le modèle diffusionniste et sert à évaluer les spécificités culturelles.

Les échecs répétés lors de l'implantation d'un certain nombre de programme de santé, les organisations internationales coopérant dans le domaine ont identifié un certain nombre de facteurs endogènes explicatifs à des résultats mitigés constatés lors des phases d'évaluation. Les agences internationales spécialisées dans le domaine de la santé identifient comme une cause interne des échecs par les facteurs suivants (OMS, 1987) :

- Une absence de réglementation politique des pays en faveur de l'utilisation des communications pour la promotion de la santé.
- Le dénigrement des moyens traditionnels de communication.
- La place réservée à l'information pour la santé qui reste infime par rapport aux publicités des grandes multinationales.
- Une stratégie ponctuelle des actions d'information et non une vision intégrée à long terme.
- La nécessité d'une formation appropriée des personnels des secteurs de la santé et de la communication.

b- L'approche de la dépendance¹: la conscientisation et l'empowerment

Ces constatations remettent en question le fait de s'attaquer uniquement aux comportements individuels des gens puisque les problèmes persistent toujours et sont attribuables à des facteurs extérieurs, notamment aux inégalités et injustices structurelles.

Elles ont amené progressivement d'autres approches telles que l'empowerment, la conscientisation des groupes et l'éducation populaire qui deviennent des concepts clés sur lesquels reposent certains projets de communication en santé publique, Cette orientation plus politique s'inscrit en réaction aux inégalités macro-structurelles dénoncées dans le cadre du paradigme de la dépendance.

On voit apparaître des programmes de communications où les professionnels de la santé dialoguent avec les populations défavorisées, afin que ces dernières acquièrent du pouvoir sur leur vie en développant des capacités individuelles et communautaires pour se prendre en main.

¹ Le terme « paradigme de la dépendance » a été défini par des économistes, notamment Samir Amin (L'échange inégal, 1976) et André Gunter Frank (Capitalisme et sous-développement en Amérique Latine, 1967).

On a implanté un programme comme expérience à Québec le professionnel de la santé crée avec la femme enceinte une relation de confiance, accompagne la femme enceinte de milieu défavorisé afin qu'elle reprenne le contrôle sur sa vie.

L'objectif de ce programme est de faire en sorte que la femme bénéficie d'une approche individualisée et de services multidisciplinaires. Soutenue par un intervenant de confiance, elle sera encouragée à recevoir les services préventifs sanitaires et sociaux disponibles tout en modifiant ses comportements. Le but visé est à la fois l'amélioration de la santé de la future mère et celle du nouveau-né (RENAUD & RICO DE SOTELO, 2007).

c- L'approche du nouveau développement : la participation et le Co-développement

En lieu et place du modèle axé sur les changements comportementaux, le paradigme du nouveau développement se préoccupe de la réception des programmes par les populations locales et de la prise en considération des enjeux dans des perspectives plus larges. Il fait appelle à une participation active des populations et met les individus au centre du dispositif communicationnel, de manière à rendre le changement permanent.

Cela implique de dépasser la conception de la santé omniprésente dans les modèles diffusionnistes et dans celui du changement de comportement(IEC), pour parvenir à comprendre la santé en tant qu'ensemble de processus et de relations qui se tissent entre les personnes, comme participation, entente, négociation de connaissances et de pratiques. Par conséquent, on passe d'une position individuelle à une approche relationnelle. Cette perspective dynamique renouvelée est issue d'une réflexion et d'une recherche sur le processus de communication en santé, où nous avons observé que les produits communicationnels étaient devenus le noyau des stratégies au détriment des publics destinataires, c'est à dire une stratégie centrée exclusivement sur le produit à réaliser.

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

Le consortium a ainsi défini une feuille de route en communication pour la santé qui privilège les points suivants:

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

Chapitre 04 :

***La notion d'accueil et sa
fonction dans les services***

La section 01 : QU'EST CE QUE L'ACCUEIL ?

1- Présentation de l'ACCUEIL :

L'accueil est un :

1-A Un métier humain:

On définit le terme accueillir par « être présent, venir pour recevoir quelqu'un à son arrivée quelque part (Le dictionnaire Larousse)». Pourtant, résumer l'accueil au premier contact avec le client, à la bienvenue, est restrictif. L'accueil ne peut alors se résumer à de simples gestes de bienvenue, il va au-delà et s'étend à tous les contacts qu'une personne peut vivre avec un membre du personnel d'une entreprise, appelé personnel en contact.

Au-delà du simple contact entre l'accueillant et l'accueilli, ATOUT FRANCE² affirme que l'accueil correspond aux actions suivantes : « reconnaître le visiteur, (...) entamer un dialogue bienveillant avec lui (...) et lui rendre service ».

Selon CINOTTI³, la dimension humaine est l'aspect retrouvé dans la majorité des définitions. L'accueil est « un investissement immatériel » car il ne s'agit pas d'investir en mobilier ou en technologies mais il s'agit du coût humain en personnel en contact. Ainsi, l'accueilli est amené à juger une situation où l'aspect humain fonde la base de l'expérience, ce qui entraîne une certaine subjectivité dans le sens où il ne peut exister de définition officielle de l'expérience vécue par un client. Ce dernier peut interpréter la situation de manière différente selon sa personnalité, sa culture, ses traditions, ses valeurs ou encore selon son humeur.

1-B La création d'une atmosphère:

L'accueil est aussi un élément permettant de créer une atmosphère. Kenneth HUDSON définit d'ailleurs l'accueil par « la création d'une atmosphère dans laquelle le visiteur se sent attendu et désiré » (Hudson, 1994, pp. 89-99). Cette définition suggère que les situations d'accueil engendrent l'apparition de sentiments et d'émotions chez le client. Celles-

² ATOUT France : agence de développement touristique de la France, est un groupement d'intérêt économique, opérateur de l'état français en matière de tourisme

³ CINOTTI Yves. Management des services. Yves Cinotti, spécialiste de la question du tourisme et du management des services en hôtellerie-restauration nous livre son analyse sur le déficit d'investissement et de formation dans l'accueil. Confronté à un métier dévalorisé l'employé en contact avec les clients ne peut affirmer son statut. Quant à l'hospitalité, c'est-à-dire le "partage du chez soi", elle concerne tous les résidents français, professionnels ou non quand ils sont en contact avec des étrangers

ci vont lui permettre d'entrer dans une ambiance différente, dans laquelle il se sentira probablement écouté, à son aise et qui pourrait faire changer son comportement. Par exemple, en franchissant le pas de la porte d'un restaurant, un individu quelconque se transforme en client et fait face à une situation d'accueil. L'atmosphère créée à ce moment, à la rencontre avec le personnel en contact, permet à l'individu de saisir le changement d'ambiance et de transformer son comportement d'individu quelconque, de simple passant, en celui d'un client, d'un acheteur qui souhaite satisfaire ses désirs et besoins.

En effet en situation d'accueil, c'est le rôle de l'accueillant, c'est-à-dire du prestataire, de fournir un service à l'accueilli et de ce fait de donner du sens à l'échange. Bien que, comme nous l'avons vu précédemment, la situation d'accueil peut être dégradée par la répulsion du client, dans la majorité des cas la création d'une atmosphère propice à l'achat est générée par l'action créatrice de valeur de l'accueillant.

2- La notion de l' « accueil » :

L'accueil est la manière de recevoir la clientèle, de se comporter avec elle quand elle arrive dans les locaux de l'entreprise, ou service

« L'accueil, c'est la création d'une atmosphère dans laquelle le visiteur se sent attendu et désiré (La Direction française du tourisme, 2006-2007, p. 30)».

Étymologie du mot « accueil » : « Le verbe accueillir est formé du verbe « cueillir » et du préfixe d'origine latine « ad » qui signifie : vers, ajouté à. « Cueillir », lui-même, vient du latin « colligere » qui signifie à la fois « lier ensemble » et « cueillir, recueillir, ramasser, rassembler » en vertu d'une double étymologie. Il est en effet formé de la proposition « cum » : avec, et dans un premier sens du verbe « legere » : cueillir, recueillir et, dans un deuxième sens, du verbe « ligare » : attacher, lier. » Cueillir c'est donc aussi recueillir, rassembler et lier ensemble. (Gouirand, 2011, pp. 11-12)»

Catherine Cudicio quant à elle, définit l'accueil comme étant « d'abord une fonction, un processus, un service qui consiste à recevoir les gens venus de l'extérieur et à les diriger ou les guider de manière à ce qu'ils trouvent ce qu'ils sont venus chercher. (Cudicio, 2000, p. 10) » Accueil et hospitalité

A- L'hospitalité :

Les termes hospitalité et accueil sont quelquefois confondus. Si l'accueil est effectué par le personnel en contact d'une entreprise et s'il est fondé sur la dimension humaine, il n'en est pas tout à fait de même pour l'hospitalité, selon ATOUT FRANCE, « l'accueil s'inscrit (...) dans le cadre plus large de la notion d'hospitalité », En effet, MONTANDON (MONTANDON & Michaud, 2005, p. 640) nous confirment dans leur livre de l'hospitalité que l'accueil fait partie de l'hospitalité mais que l'hospitalité n'englobe pas seulement l'accueil.

Pour RICŒUR⁴ (RICŒUR, 2004), l'hospitalité se définit par « le partage du "chez soi" ». SEYDOUX (SEYDOUX), lui, nous affirme que ce concept correspond à l'ancienne forme d'accueil. Historiquement fondé sur l'action de recevoir gratuitement, de manière respectueuse et cordiale un étranger dans son domicile, l'hospitalité s'est transformée en un accueil payant effectué par des entreprises de services.

Le concept d'hospitalité contient également une autre caractéristique : il fait référence à l'accueil général d'un client dans un lieu. A partir de là, à la différence de l'accueil, l'hospitalité implique la participation de plusieurs acteurs.

3- Accueil et service**A- Le service :**

Le terme service est également quelquefois confondu avec le terme accueil. Selon GOUIRAND, le public tend à confondre les deux concepts car la différence est « floue ». Ici encore, si un des traits principaux de l'accueil est la dimension humaine, il n'en est pas nécessairement de même pour un service.

Un service correspond principalement à l'action de fournir une prestation spécifique à un client. Il se distingue ainsi du bien industriel par le fait qu'il ne soit pas nécessairement tangible. Dans ce contexte, CINOTTI prouve que l'accueil s'inscrit généralement dans le domaine plus large des services, mais pas obligatoirement. Il donne l'exemple d'un client qui se trouve au restaurant et nous démontre que ce dernier vit une expérience d'accueil au moment où le serveur le salue, avant que le client ne quitte le restaurant. Dans cette situation, le serveur qui est membre du personnel en contact ne fournit pas précisément une prestation

⁴ RICŒUR Paul : Philosophe, spécialiste d'herméneutique, professeur à la faculté de droit de l'Université catholique argentine et boursier du conseil national de recherche scientifique et technique d'Argentine. Texte regroupé dans PAUL RICŒUR, «*Sur la traduction* », Montrouge, Bayard, 2004.

spécifique, c'est-à-dire un service, mais nous retrouvons ici plutôt la dimension humaine d'une situation d'accueil. Pour GOUIRAND, l'accueil se distingue aussi du service dans le sens où le service correspond effectivement à l'action de fournir une prestation, mais correspond également à l'action qui permet de satisfaire les attentes et les besoins du client. Par conséquent, la plupart des auteurs identifient le concept de service par l'accomplissement d'une prestation, en réponse à une demande spécifique du client.

Nous avons démontré précédemment que l'accueil était créateur d'une atmosphère. En réalité, l'accueil s'inscrit dans le cadre de l'atmosphère d'un lieu de service.

Le terme service se distingue bien du terme accueil : le service englobe les éléments de l'accueil mais va également au-delà. Il correspond plus précisément à l'accomplissement d'une prestation, en réponse à une demande spécifique du client.

4- Accueil dans les services public :

C'est une mission, qui est une activité d'intérêt général, un mode d'organisation consistant, de façon directe ou indirecte, à faire prendre en charge ces activités d'intérêt général par des personnes publiques (État, collectivités territoriales, établissements publics) ou privées mais sous le contrôle d'une personne publique (Programme National, , 2016, p. 13)

A- Parcours des usages :

- **Accès :** Il s'agit de la première étape du parcours usager : la possibilité d'atteindre un lieu physique (site de l'administration) ou d'accéder à un canal à distance mis en place par l'administration (courrier, téléphone, internet).
- **Pré-orientation:** Il s'agit de faciliter le repérage de l'utilisateur avant son contact avec un agent public à travers la signalisation et la mise à disposition d'informations.
- **Orientation :** C'est le premier contact de l'utilisateur avec l'agent public. Cette étape consiste à orienter l'utilisateur vers le service approprié, selon la requête exprimée par l'utilisateur vers le service approprié, selon la requête exprimée par l'utilisateur.
- **Service :** Lors de cette étape, l'utilisateur présente sa demande au fonctionnaire qui se charge du traitement de cette dernière et fournit une réponse acceptable à l'utilisateur.
- **Réclamation :** L'utilisateur, s'il est insatisfait du service rendu lors de l'étape précédente, peut présenter une réclamation au service concerné.

- **Ecoute** : L'utilisateur peut émettre des commentaires et suggestions sur l'accueil et le service rendu. Pour cela, l'administration doit mettre en place des outils adéquats afin d'être à l'écoute permanente de ses usagers.

« L'administration poursuit son effort d'adaptation de ses services à ses utilisateurs : sur le plan de l'organisation et des méthodes administratives par des actions de modernisation et de simplification. Sur le plan des relations, dans le souci de l'accueil et de l'information des usagers. (OLIVERO-TISSO, 1993, p. 22)»

5- Les procédures d'accueil :

Maîtriser les procédures particulières comme l'accueil physique, téléphonique, le traitement d'une réclamation client ou encore la gestion d'un client ou d'un usager mécontent :

- Saluer le client ou l'utilisateur ;
- Écouter sa demande ;
- Reformuler sa demande ;
- Répondre à sa demande ;
- Proposer un service complémentaire ;
- Vérifier sa satisfaction ;
- Remercier le client ou l'utilisateur et en prendre congé ;

L'entreprise ou l'organisme peut adopter une charte qualité : document regroupant les engagements, sa volonté de mettre en place une politique d'accueil envers ses clients ou usagers.

La charte présente un intérêt pour :

- le visiteur : elle lui garantit un accueil de qualité, il est informé et rassuré
- l'entreprise : en uniformisant l'accueil et en guidant les membres du personnel.

6- L'organisation de l'accueil :

Elle se fait à deux niveaux :

A- Au niveau de l'entreprise ou organisation:

- Le visiteur doit pouvoir s'orienter facilement grâce au balisage.
- La banque d'accueil doit être organisée de façon à travailler dans de bonnes conditions.

- La documentation correspondant aux informations destinées aux clients et usagers doit être présente et actualisée de façon lisible et visible. Les présentoirs et supports doivent être propres, adaptés à la documentation et en bon état.
- Les informations sont facilement accessibles (affichage lisible, traduit en plusieurs langues).
- Les facteurs d'ambiance (couleurs, éclairage, mobilier, musique, odeur) doivent être travaillés afin de permettre au visiteur de se sentir bien.

B- Au niveau du personnel :

Le personnel doit être attentif à l'image qu'il donne au visiteur.

- **L'apparence** : présentation soignée, tenue vestimentaire adaptée. Le port d'une tenue peut rendre plus aisé l'identification et crée une harmonie. Le port d'un badge permet aussi l'identification et facilite l'accueil.
- **L'expression verbale** : il convient de s'exprimer correctement, adapter son langage, son rythme, son intonation à son interlocuteur. Le langage doit être simple, ne pas utiliser un vocabulaire trop professionnel, trop technique.
- **L'attitude non verbale** : elle se veut ouverte et souriante. Il faut faire preuve d'empathie (capacité à se mettre à la place du client et à ressentir ses émotions) et de courtoisie.

7- Le déroulement de l'accueil :

Il se déroule en 3 phases.

- Établir le contact visuel.
- Saluer et identifier le visiteur.
- Personnaliser la relation : le client apprécie d'être connu et reconnu.

L'accueil est réussi lorsque le visiteur a l'impression d'être unique. Il doit avoir une image positive et l'envie de revenir.

8- Types d'accueil

A- Accueil physique :

Toute personne qui franchit le seuil de l'organisation est assaillie par une multitude d'impressions. C'est le premier contact entre l'organisme et l'extérieur.

Pour réussir l'accueil, l'assistant(e) de gestion doit respecter quelques règles et adopter un comportement qui va permettre de satisfaire le visiteur et de gagner sa confiance (les points ont déjà été cités)

La préparation de l'accueil des visiteurs :

- a- Recueillir des informations utiles La personne chargée de l'accueil doit connaître l'organisation et les activités de l'entreprise afin d'être en mesure de renseigner le visiteur. Il est utile de disposer d'un organigramme avec les noms et les fonctions des personnes clés de l'organisation. Ces dernières laisseront leur planning à l'accueil, leur agenda en ligne si l'entreprise est dotée d'un réseau intranet. L'assistant(e) de gestion se chargera de recueillir les consignes des collègues sur les rendez-vous attendus, leurs indisponibilités et sur les visiteurs qu'ils désirent ou non-recevoir. Il est également utile de disposer à l'accueil d'informations sur le plan d'accès à l'entreprise pour guider les arrivants (gare SNCF, bus, voiture...).
- b- Associer la personne responsable de l'accueil à la vie de l'entreprise La personne responsable de l'accueil est trop souvent laissée à l'écart de l'activité de l'entreprise. Or, pour répondre au mieux aux attentes des visiteurs, il est indispensable de l'intégrer aux activités de l'entreprise et de l'inviter dans les réunions de travail lui permettant de se tenir au courant des projets en cours. De même, lors de l'arrivée d'un nouveau collègue, il faudra veiller à lui présenter le nouvel arrivant et l'informer sur ses fonctions et responsabilités au sein de l'organisation.
- c- Assurer de bonnes conditions matérielles Au niveau matériel, l'accueil peut consister en un comptoir ou un bureau visible dès l'entrée dans les locaux de l'entreprise. Une signalétique externe et interne (tel un panneau fléché indiquant « Accueil ») doit guider le visiteur lors de ses premiers pas dans l'entreprise. L'accueil doit être équipé d'un téléphone avec une liste des numéros des postes téléphoniques de l'entreprise. Le plan de travail, propre et rangé, doit être pourvu d'un stylo en état de marche, d'un bloc-notes et de fiches de transmission de message. En cas d'attente, il est utile de prévoir dans le hall d'entrée un espace où le visiteur pourra s'asseoir et consulter des revues, des plaquettes sur l'entreprise...

B- L'accueil téléphonique:

- Téléphoner, écrire sont des actes simples par lesquels l'entreprise se manifeste tous les jours. Ils en façonnent incidemment l'image.

- un code de courtoisie téléphonique

Le téléphone est un outil merveilleux et diabolique, elle est toujours la plus utilisée. Le téléphone représente un poste de dépense considérable pour les entreprises qui n'entre pas dans les dépenses de communication mais dont l'impact sur l'image est fort.

Une part du décalage entre le potentiel de cet outil et sa sous-utilisation tient au fait que le téléphone est une technique ancienne que tout le monde croit posséder, naturellement.

Il génère pourtant souvent des situations d'inconfort et redoublées par la généralisation des téléphones portables. L'image d'une entreprise commence par son standard. Et pourtant une sonnerie dans le vide, un « allô, ouiii... » Négligent, un appel qui n'aboutit pas, un correspondant ballotté de service en service, un message qui ne sera jamais transmis.

Un client qui raccroche est peut-être perdu ! Tout individu normalement constitué (que ce soit un fournisseur, un ami, un journaliste, un client) ne pourra manquer d'être agacé par une attente de plusieurs minutes, une impossibilité à joindre l'interlocuteur. Téléphoner, c'est accueillir ; les règles que nous allons développer ci-après en découlent.

La section 02 : L'accueil dans la structure hospitalière :

C'est une organisation qui se fait de l'entrée à la sortie du client (hôtesses d'accueil au personnel hospitalier) c'est une façon de recevoir les clients/familles, par du personnel formé.

C'est une façon de comprendre ou d'accepter le contact de soins établis entre patients et soignants, l'accueil rime avec la théorie de « caring » qui signifie « prendre soin de », « s'occuper de », « s'intéresser à », constitue l'essence de soins à dispenser à nos clients. Le bon accueil est un gage de santé, car celui-ci constitue la moitié de la guérison et peut transformer l'avenir des clients/patients.

1- L'accueil à l'hôpital :

C'est un lieu médical où il y a un point de rencontre entre le malade et son soignant, il est généralement perçu comme un endroit où l'on vient consulter et se soigner, la majeure partie des enseignements aux soignants porte sur l'aspect médical : plaintes, interrogatoire, examen, diagnostic, traitement. Or ce lieu médical peut être autre chose : dépistage, séance d'éducation ou de vaccinations.

L'accueil consiste à :

- Recevoir: créer un climat de confiance et de compréhension en écoutant le visiteur.
- Renseigner: donner les informations écrites ou orales.
- Orienter vers le service ou la personne compétente, éventuellement introduire et présenter auprès de la personne demandée.

Selon l'article R.4311-5 n40 du décret 29 /07/2004 du code de la santé publique : « Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire.»

En rajoutant que tout patient se présentant aux urgences et quels que soient sa couverture sociale, la nature de sa maladie ou le secteur dans lequel il réside, doit être inscrit : les formalités administratives ne doivent en aucun cas retarder ce démarrage de la prise en charge et peuvent être complétées ultérieurement.

2- La prise en charge dans les urgences :

Le Service d'Accueil des Urgences est l'une des principales portes d'entrée pour un établissement de santé. Il est donc souvent à l'origine du dossier administratif et médical du patient.

L'organisation de l'accueil et de l'enregistrement administratif y est donc indispensable pour garantir:

- La traçabilité des soins et la prise en charge médicale du patient.
- La facturation à l'assurance maladie et aux mutuelles.
- La bonne valorisation du séjour au travers du PMSI lorsque le patient est hospitalisé.
- Le déroulement de la prise en charge se passe par 6 étapes essentielles (Agence Régional de santé):

A- Accueil administratif :

Cette première étape permet l'édition de votre dossier, indispensable pour votre prise en charge. Pour sa création, veuillez présenter votre carte vitale ainsi qu'une pièce d'identité (carte d'identité, passeport, permis de conduire) Les coordonnées d'une personne référent vous seront demandées. De plus, tout patient a la possibilité de désigner une personne de confiance, au sens de l'article 1111-6 du CSP, en remplissant le formulaire pouvant être obtenu auprès du personnel soignant du service. Une fois le

dossier réalisé, nous vous invitons à confier valises et autres objets précieux à l'un de vos proches afin d'éviter toute perte au sein du service.

- **L'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) :**

L'IOA a pour mission d'évaluer le degré d'urgence de votre état de santé. Il effectue au besoin les premiers soins et vous orientera vers une salle d'examen ou vers la salle d'attente appropriée à votre état de santé. La prise en charge des patients s'organise en fonction de la gravité de leur état de santé et non pas en fonction de leur ordre d'arrivée au Service d'Accueil des Urgences. L'IOA informe le patient et ses proches du délai d'attente estimé. Cette estimation est donnée à titre indicatif et en cas de modification nous nous efforcerons de vous informer des réajustements.

- **L'examen médical :**

Vous serez installé dans une salle d'examen afin de permettre au médecin d'évaluer cliniquement votre état de santé. Une fois cet examen médical terminé, le nombre de salles d'examens étant limité, vous serez conduits soit en zone d'attente couchée soit en salle d'attente afin de patienter.

- **Durant le séjour aux urgences :**

a- L'attente :

L'attente est une des phases du parcours de soins aux urgences. Tout est mis en œuvre par les équipes pour la réduire au minimum. Néanmoins, elle dépend de :

- La fréquentation du service de la gravité de la pathologie des autres patients.
- De l'obtention des résultats d'éventuels examens complémentaires (A titre d'exemple, les résultats d'une prise de sang sont obtenus entre 60 et 120 minutes, ceux d'une radio simple entre 20 et 60 minutes et ceux d'un scanner ou d'une IRM entre 60 et 120 minutes).
- Des disponibilités en lits d'hospitalisation.

b- Repas :

Tant que vous êtes en phase de soins ou en attente de résultats d'examens complémentaires aucun repas ne sera distribué. Néanmoins en fonction du délai d'attente et de votre état clinique, une collation pourra vous être apportée.

- Sortie du service des urgences :**A- Retour à domicile :**

Elle intervient quand, à la vue des différents examens réalisés, votre état de santé ne nécessite pas une hospitalisation en urgence.

Avant votre sortie du service, le médecin vous expliquera les consignes nécessaires à votre prise en charge et vous remettra un courrier à l'attention de votre médecin traitant.

Hospitalisation :

Elle survient lorsque votre état de santé est incompatible avec un retour à domicile ou que des examens complémentaires indispensables ne sont pas réalisables dans l'immédiat.

Cette hospitalisation peut avoir lieu, soit dans l'Unité d'Hospitalisation de courte durée (horaires des visites de 12h à 20h), soit dans l'un des services de l'établissement de Haguenau, soit dans l'un des établissements partenaires (publics ou privés) selon la disponibilité et la spécialité du service vers lequel vous serez orienté.

3- Organiser l'accueil au sein du service d'urgence (L'ANAP, 2017):**A- Identifier les missions et les intervenants au niveau de l'accueil :**

On peut distinguer 3 grandes catégories :

- Les Missions relatives à l'accueil du patient.
- Les Missions relatives à l'enregistrement des données du patient.
- Les Missions afférentes à l'accueil.

Les personnes intervenantes systématiquement au niveau de l'accueil sont :

- L'agent administratif
- IOA ou IDE référent accueil
- Médecin référent de l'accueil si existant

La tendance actuelle est de professionnaliser l'accueil en faisant travailler en tandem un agent et une infirmière, ou plus rarement un médecin régulateur, et en leur donnant une formation spécifique notamment concernant leur rôle d'alerte de l'IOA en cas de repérage d'une urgence de prise en charge.

Les agents administratifs, qui sont en première ligne, doivent être formés à la gestion de l'agressivité et à des moyens d'informer le patient et la famille sur l'attente probable aux urgences.

B- Définir les modalités d'organisation de l'accueil :

Les modalités d'organisation de l'accueil peuvent varier en fonction de plusieurs critères :

- Le volume d'activité
- La saisonnalité de l'activité
- Le degré d'urgence
- Les contraintes de ressources humaines de l'établissement
- Ainsi, les organisations peuvent être flexibles et ajustables au sein d'une même journée.

Lorsque qu'un service des urgences est caractérisé par une faible activité et une faible proportion de patients « graves », l'accueil et le tri peuvent être réalisés par la même personne, à savoir l'IOA. Dans ce cas, cela nécessite de former l'IOA à toutes les procédures administratives qui permettent l'enregistrement d'un dossier.

Lorsque qu'un service des urgences est caractérisé par un flux de patients stable et important, ou bien en cas de période d'affluence pour un SAU soumis à une forte saisonnalité, il est préférable que l'enregistrement administratif et l'orientation tri des patients soient effectués

L'accueil soignant est réalisé en priorité permettant d'évaluer le degré d'urgence du patient et de l'orienter par deux personnes distinctes.

Cependant avec l'informatisation des dossiers patients, il est souvent impossible de saisir la moindre information tant que l'accueil administratif n'a pas été effectué. L'entrée administrative doit donc se faire aussi le plus rapidement possible dès l'arrivée du patient, par l'agent administratif. Les formalités administratives seront faites dans un second temps, soit par le patient lui-même s'il en est capable, soit par les personnes ayant amené le patient (pompier ou ambulancier), soit encore par quelqu'un de l'entourage.

Enfin, le déplacement d'un agent administratif au lit du patient, ou pour rencontrer leur entourage peut être envisagé afin de compléter le dossier d'un patient dans certains cas.

4- Organiser la gestion administrative et la facturation :**A- Les règles de facturation :**

Les établissements sont rémunérés pour les prises en charges aux services d'urgences selon plusieurs modalités :

- Le forfait ATU pour les passages non programmés et non suivis d'une hospitalisation.
- La consultation, des actes et de leurs majorations éventuelles en plus du forfait ATU, les actes d'imagerie et les forfaits techniques.
- Le forfait APE pour tenir compte de l'administration de certains médicaments.
- Le tarif du GHS dans le cas d'une hospitalisation en UHCD ou en hospitalisation complète.
- Le nombre de forfait ATU participe au calcul du forfait annuel pour l'activité de médecine d'urgence (FAU).

Aujourd'hui la facturation au fil de l'eau (FIDES) n'a pas lieu pour les passages aux urgences relevant de la consultation. (Voir Schéma en dessous)

B- Définir les modalités classiques de gestion du dossier :

Dans certains cas spécifiques les règles définies ne peuvent s'appliquer. Ces cas sont plus fréquents aux Urgences que dans les services de prise en charge classique. C'est pourquoi des procédures adaptées doivent être prévues pour gérer ces situations et appliquées avec rigueur.

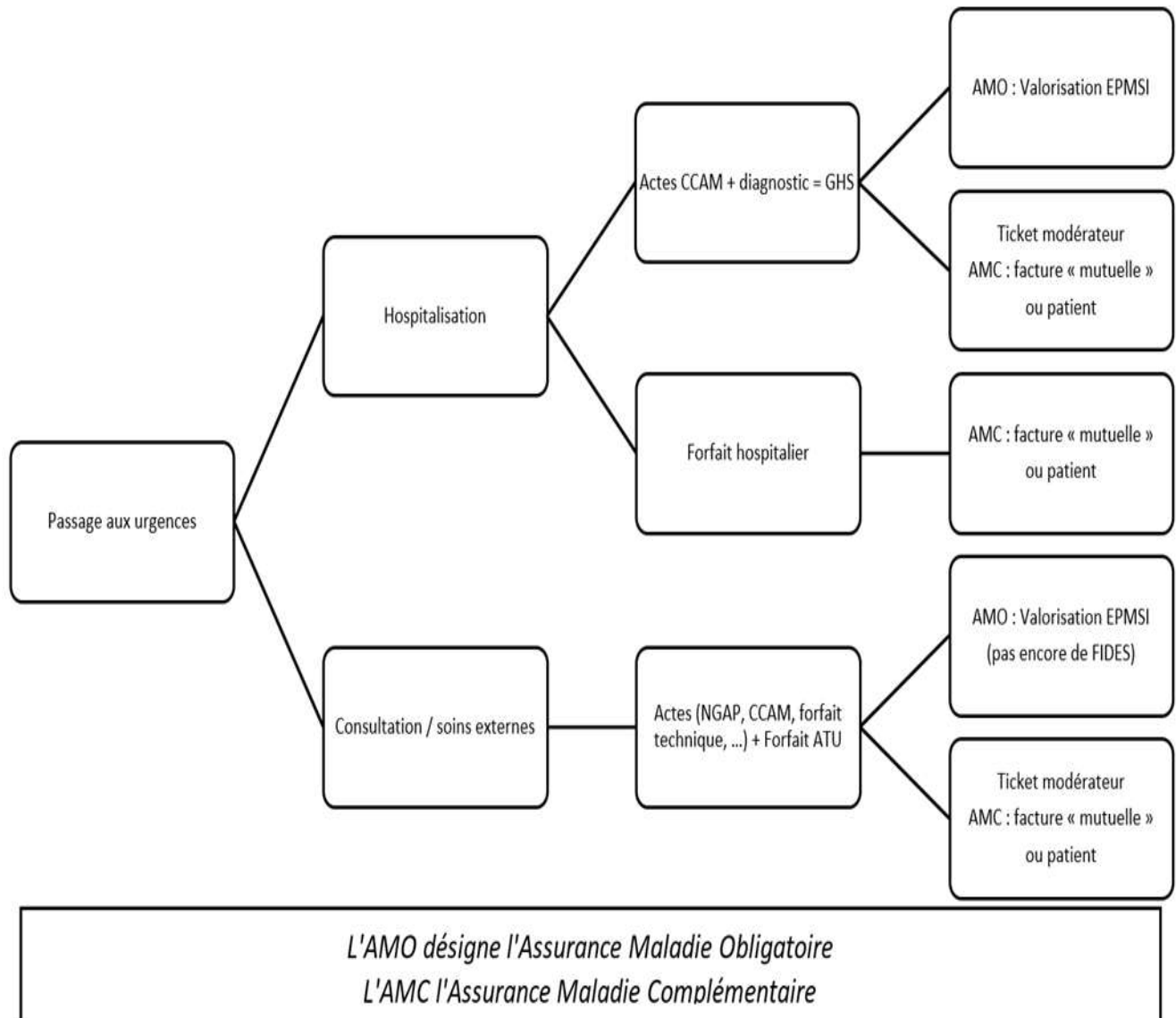


Figure 1- Schéma récapitulatif des circuits de facturation selon le statut du dossier (L'ANAP, 2017)



Cadre pratique



Chapitre 05 :

***Présentations des
données***

Section 01 : Le contexte hospitalier

1- Définition de l'hôpital

L'hôpital est un établissement de soin public ou privé destiné à prendre en charge des pathologies et de contribuer à leur état de santé, une surveillance 24h sur 24 et 7 jours sur 7 par du personnel médical et paramédical (infirmier/ infirmière, aides- soignants).

Les établissements de santé assurent deux fonctions : une fonction d'accueil et une fonction technique qui prédomine de plus en plus. Pour accomplir ses fonctions les hôpitaux disposent de certaines ressources et emploie un personnel nombreux, réparti en catégories aux fonctions distinctes

L'hôpital a reçu deux définitions de l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.). La première est pratique : « établissement desservi de façon permanente par au moins un médecin et assurant aux malades, outre l'hébergement, les soins médicaux et infirmiers ».

L'autre définition décrit la fonction que l'hôpital moderne devrait assumer : « L'hôpital est l'élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs, et dont les services extérieurs irradiant jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu ; c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de recherche bio sociale. (DAMART, 2013 , p. 135)»

2- Les hôpitaux en Algérie

L'offre de soins en Algérie est caractérisée par un secteur public dominant et symboliquement payant, celle-ci est subdivisée en deux catégories d'infrastructures : infrastructures extrahospitalières (polyclinique, centre de santé et salles de soins et de consultation leurs missions est la prévention sanitaire et la promotion de la santé) et infrastructures hospitalières (CHU, EHS, hôpitaux et maternités appartenant secteur sanitaire (SS), avec un secteur privé payant, en expansion rapide depuis les année (DAMENE & DJOUDI, 2017, p. 22):

A- Secteur public :

Après l'indépendance, la France a légué à l'Algérie 143 hôpitaux, dans des sanatoriums des centres de santé, un centre de lutte contre le cancer, 13 cliniques totalisant 40000 lits d'hospitalisations¹², 820 unités légères (160 polycliniques et 660 centres de santé),

la plupart résultant de reconversion de différentes unités légères, 1344 salles de soins. À partir des années 80, les investissements en infrastructures se sont fortement étendus, améliorant la couverture sanitaire de la population par des services de santé publique répartis sur tout le territoire nationale. En 2005, le réseau se compose de : 243 : hôpitaux auxquels s'ajoutent 54 EHS, totalisant près de 60000 lits d'hospitalisation.

L'organisation et le fonctionnement des SS ont été modifiés par le décret exécutif 07-140 du 19 mai 2007. L'application de cette nouvelle organisation depuis janvier 2008, transforme les 185 SS en 189 établissements publics hospitaliers (EPH) et 273 établissements publics de santé de proximité (EPSP).

Toutes les structures extrahospitalières des ex SS (les polycliniques, salles de soins...) sont ainsi séparées des hôpitaux. Les deux (2) établissements publics nouvellement créés ont les mêmes statuts. D'autres hôpitaux auraient été construits dans le cadre du programme de développement 2005-2009.

1- Les établissements hospitaliers spécialisés (EHS): (Décret 97-465 du 2décembre 97) sont au nombre de 31 en 2005, 50 peut être en 2008, implantés en majorité dans le nord du pays. Ils couvrent environ, une dizaine de spécialités (cancérologie, Cardiologie, chirurgie cardiaque, psychiatrie, rééducation, Traumatologie, neurochirurgie et maladies infectieuses).

2- Les centres hospitalo-universitaires (CHU) :(Décret 97 – 467 du 2décembre 97). Suite à la promulgation du décret du 11 février 1986, 13 hôpitaux régionaux sont transformés en centre hospitalo-universitaires(C.H.U.). Ces 13 CHU sont, depuis leur création, implantés dans 10 wilayas du pays.

Ils sont sous la double tutelle du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH), et du ministère de l'enseignement supérieur et des recherches scientifiques (MESRS). Ces C.H.U sont chargés d'une triple mission : l'enseignement des sciences médicales, la recherche scientifique dans le domaine de la médecine et les soins hautement spécialisés.

B- Le secteur privé :

L'activité à titre privé a été fortement découragée en Algérie durant les années 60 et 70. En effet, les possibilités d'installation difficilement accordées, sont limitées par la mise en place des procédures suivante:

- Service Nationale préalable à l'autorisation d'installation.
- Obligation de la mi-temps pour pallier au manque de médecins dans les structures publiques.
- Et enfin zoning, dans le souci d'équilibre régional.

À partir de 1986 tous ces obstacles ont été progressivement levés et l'installation des cliniques privées est autorisée à partir de 1988. Suite aux conditions de fonctionnement du secteur public caractérisé par de multiples dysfonctionnements et une forte bureaucratisation. Des cabinets médicaux privés sont multipliés très rapidement d'abord par les médecins généralistes puis par les spécialistes.

Le secteur privé ne concerne pratiquement que l'extrême nord du pays et ne dispense pas de soins primaires, ni de soins aux malades démunis. En 2011 ce secteur compte des milliers de cabinets médicaux (de médecins généralistes, de médecins spécialistes, de chirurgiens-dentistes, de rééducation fonctionnelle) et d'officines pharmaceutiques et un peu plus de 221 cliniques, totalisant 340017 lits d'hospitalisation, répartis sur 32 wilayas. Il emploie environ 25.000 praticiens

Section 02 : Les établissements publics hospitaliers en Algérie :

1- Présentation des établissements publics hospitaliers

L'établissement de santé est un lieu destiné à prendre en charge des personnes atteintes de pathologie et de traumatismes trop complexes pour pouvoir être soignées à domicile ou dans un cabinet de médecin. L'établissement de santé comporte des structures dotées de lits d'hospitalisation et de structures qui ne remplissent pas la fonction d'hébergement des patients. En Algérie les établissements de santé sont regroupés dans trois catégories d'établissements avec une organisation et des missions différentes à savoir :

- Les centres hospitalo-universitaires (CHU) ;
- Les établissements hospitaliers spécialisés (EHS) ;
- Les établissements publics hospitaliers (EPH) ;
- Les établissements hospitalier (EH) ;
- Les établissements publics de santé de proximité (EPSP).
- Les établissements hospitaliers universitaires (EHU).

Chacun de ces établissements de santé est organisé autour d'une structure importante qui est l'hôpital. Ce dernier est divisé en plusieurs services dotés de lits d'hospitalisation, les structures non dotées de lits d'hospitalisation telles que les salles de soin sont rattachées soit à un EPH ou à un EPSP.

Juridiquement l'hôpital est un établissement public à caractère administratif, il est doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière il est créé par un décret exécutif et placé sous la tutelle du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

L'établissement public hospitalier remplit plusieurs missions à savoir : une fonction clinique dans laquelle l'EPH est en charge d'organiser et de programmer la distribution des soins curatifs, de diagnostic, de réadaptation médicale et d'hospitalisation, cela afin de répondre aux besoins sanitaires de la population. L'EPH a également pour mission, l'application des programmes nationaux de santé en collaboration avec le ministère de la tutelle dans l'objectif d'assurer l'hygiène, la salubrité et la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux. Enfin, l'EPH remplit une mission de formation, de perfectionnement et de recyclage au profit des personnels des services de santé (BENZENATI, 2017-2018, p. 32).

2- Organisation et gestion des Établissements Publics Hospitaliers

L'hôpital est une organisation d'une grande complexité. En effet, en examinant l'organigramme type d'un établissement public hospitalier, on s'aperçoit que la structure organisationnelle de ce dernier est composée de plusieurs unités de décision et d'unités opérationnelles.

A- Gestion des Établissements Publics Hospitaliers

Les établissements publics hospitaliers sont administrés par un conseil d'administration, dirigés par un directeur et sont dotés d'un organe consultatif, à savoir, le conseil médical. Chacun de ces organes joue un rôle dans la gestion des EPH représentent ainsi le sommet stratégique de ces établissements de santé. La définition et le fonctionnement de ces organes sont fixés par décrets exécutifs (Décret exécutif création organisation et de fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité., 2007).

3- Représentation du lieu de la recherche :

Suite à des informations fournis par l'établissement de l'E.P.H, cette section donne un aperçu général sur cet établissement où on va essayer de présenter leur site géographique, historique, sa mission et sa capacité en moyens humains et matérielles :

Historiquement, pour parachever la création du secteur sanitaire d'Amizour qui remonte à l'année 19851, un hôpital de capacité de 200 lits a été construit fin de l'année 1991.

Cette réalisation a comme objectif d'assurer la couverture sanitaire au niveau de la Daïra d'Amizour.

En hommage au Chahid BENNMERAD EL-MAKKI, originaire de la région d'Amizour, l'hôpital d'Amizour est baptisé par son nom en date du 22 aout 1993 Faisant suite aux reformes engagée à la fin de l'année 2002, où le ministère de la santé public est devenu Ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH), une nouvelle carte sanitaire a été promulguée en légiférant par le décret exécutif n° 07-140 du 19 Mai 2007 pourtant la création, l'organisation et le fonctionnement des établissements public de santé de proximité (E.P.H et E .P.S.P).

Cette réforme, incarnée par la création de ces établissements, vise à procurer une réponse adaptée aux besoins de la population en matière d'une prise en charge médicale adéquate qui ne cesse d'augmenter en exigence de qualité. Suite à cette réforme, l'hôpital général du secteur sanitaire d'Amizour devient l'EPH d'Amizour.

Le secteur sanitaire assure la couverture de trois Daïras : Amizour, El-Kseur et Barbacha, qui regroupe en tout 9 communes réparties comme suit : Commune d'Amizour, Commune de Feraoun, Commune de Samaoune, Commune de Beni-Djellil, Daïra d'El-Kseur, Commune d'El-Kseur, Commune de Toudja, Commune de Fenaia, Daïra de Barbacha, Commune de Barbacha, Commune de Kendira

4- La mission de l'E.P.H d'Amizour

L'hôpital d'Amizour est constitué d'une structure de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et de réadaptations médicales couvrant une population de 160 000habitants en 2016.

Ce dernier a pour mission la prise en charge de manière intégrée et hiérarchisée les besoins sanitaire de la population. Dans ce cadre, l'E.P.H. BENNMERAD El Mekki est chargé

d'assurer l'organisation et la programmation des soins curatifs et diagnostics, la prise en charge des malades durant leur hospitalisation .Enfin, l'hôpital peut servir de terrain de formation médicale et paramédical, comme il contribue au perfectionnement et au recyclage des personnels de ses services.

5- Les moyens humains et les services disponibles

Dans ce titre, on va présenter les ressources humaines dont dispose l'hôpital et les différents services existents au sein de l'E.P.H.

<i>Corps d'effectifs</i>	<i>Nombre</i>
Personnel médical	72
Personnel paramédical	237
Personnel administratif	57
Personnel contractuel	63
Personnel ouvriers professionnels	36
Personnel technique	12
Total	477

Tableau 1 Répartition du personnel de l'E.P.H d'Amizour

L'EPH d'Amizour dispose en tout de onze (11) services de l'E.P.H, totalisant une capacité d'accueil de 224 lits.

<i>Services</i>	<i>Lits techniques</i>	<i>Unité</i>
Chirurgie générale	60	Hospitalisation (femme, homme)
Épidémiologie		-information sanitaire -hygiène hospitalière
Gynécologie et maternité	30	
Radiologie centrale		-Radiologie -échographie
Laboratoire centrale		Microbiologie Biochimie
Médecine de travail		-Surveillance médical des personnels de santé -Examens périodique de

		santé au travail
Médecine interne	56	Hospitalisation (homme, femme)
Oncologie médical	36	-Hospitalisation -Consultation
Pédiatrie	22	-Pédiatrie -Néonatalogie
Pharmacie		Gestion et distribution des produits pharmaceutiques
Urgences médico-chirurgicale	22	-Accueil -réanimation

Tableau 2 Les services de l'E.P.H

6- Le bureau des admissions et le logiciel patient

Le bureau des admissions est le premier service qu'on trouve à l'entrée de l'hôpital, il représente comme étant le service le plus essentiel dans les établissements de santé, car il est le premier point que nous allons entamer avant de nous pencher sur le logiciel patient et son fonctionnement.

A- Le bureau des admissions : (le bureau des entrées)

Le bureau des entrées compte l'un des services administratifs les plus importants des établissements de santé, il joue un rôle essentiel dans l'enregistrement du mouvement de la population hospitalier (entrées, séjours, sorties des malades), il fait également office de bureau d'accueil et d'orientation du public.

Le bureau des entrées est la pièce maîtresse du système d'information hospitalier. Si la taille et l'activité de l'hôpital l'exige, une permanence doit être assurée 24h/24. Tout patient venant à l'hôpital pour une consultation, un examen ou une hospitalisation doit venir à transiter par le BE, qu'il soit payant ou non payant, afin d'y être enregistré (LOUARN & Jacques, 2002, p. 26).

Ce bureau est un guichet où une hôtesse inscrit le patient comme étant hospitalisé et ce grâce à une demande faite par un médecin de l'hôpital. Cette demande est importante pour le remboursement de la mutuelle.

L'admission du patient à l'hôpital nécessite que le médecin responsable puisse examiner le dossier médical du patient et la raison pour laquelle la demande est faite. Ceci pour éviter les hospitalisations sans fondement, mais aussi que le patient pourra bénéficier réellement de l'encadrement mis à sa disposition. Le dossier permet encore de bien orienter le patient dans l'établissement. Il est donc très important que le dossier soit complet, chaque question est importante (Silva médical).

1- Organisation du bureau des entrées :

Le schéma général d'organisation ci-après identifie la prise en charge des missions et champs d'attribution dévolue au bureau des entrées.

- Le bureau des entrées doit être facile d'accès tant pour les usagers que pour les différents services internes ayant des relations étroites avec celui-ci. Il doit être également signalé par les panneaux placés aux endroits appropriés. Les structures physiques doivent être suffisamment spacieuses pour permettre une prise en charge fonctionnelle des missions dévolues au bureau des entrées.
- Compte tenu de l'importance stratégique du bureau des entrées, le responsable devra être choisi parmi les administrateurs des services de santé ou les personnels titulaires d'un grade équivalent.
- Le niveau de qualification des personnels préposés au bureau des entrées doit être en adéquation avec les diverses fonctions à assumer.

B- Le logiciel patient :

Le logiciel patient peut répondre aux besoins des bureaux des entrées de tout établissement sanitaire (CHU, EPH, secteur sanitaire) : il suffit d'introduire les paramètres après l'installation du logiciel à savoir :

- le code de l'établissement pour pouvoir imprimer le type de l'établissement et son nom à l'entête de tous les états ;
- Extraire les services dont dispose l'établissement à partir d'une liste contenant toutes les spécialités, introduire le nombre de lits et de salles pour chaque service et enfin créer la table des salles (unités) en spécifiant pour chaque salle le N° du 1er lit et celui du dernier et en indiquant si la salle est réservée pour hommes, femmes et/ou enfants pour pouvoir faire plus de contrôles et éviter des erreurs à la saisie d'une admission.

Tous les états individuels (bulletins, certificats de séjour, déclaration des décès, déclaration de naissance, permis de retrait de mineur, décompte...) peuvent être imprimée soit sur papier simple soit sur pré-imprimé selon les paramètres d'édition spécifier et qui peuvent être modifiés à tout moment par le responsable.

Et d'introduire les montants des forfaits journaliers par service et par salle ce qui permet ainsi la possibilité de modifier les montants et d'avoir éventuellement des forfaits différents pour des spécialités différentes.



Chapitre 06 :
Présentation des
résultats

1- Présentation des caractéristiques de la population d'étude choisie c'est aléatoire simple :

Nous allons entamer notre analyse par la présentation des différentes caractéristiques relatives à notre population d'étude sous forme de tableau pour marquer la tendance des enquêtés.

Notre population d'étude a fait l'objet d'une anonymisation, nos enquêtés entretenus sont du nombre de 17 personnes.

Notre population est composée de 4 chefs des 4 services, 2 médecins gynécologues, 1 hôtesse d'accueil et 10 infirmiers (secrétaires médicales). Ces personnels sont affectés aux différents services de l'établissement.

<i>Enquêtés</i>	<i>Fonction</i>
Enquêté 01	Chef de service de bureau de communication (bureau des entrées)
Enquêté 02	Chef de service de Médecine interne
Enquêté 03	Secrétaire médical du service chirurgie
Enquêté 04	Infirmière 01 dans le service des urgences
Enquêté 05	Infirmière 02 dans le service des urgences
Enquêté 06	Infirmière 03 dans le service des urgences
Enquêté 07	Secrétaire médical du service des urgences
Enquêté 08	Un médecin gynécologue 01
Enquêté 09	Un médecin gynécologue 02
Enquêté 10	Sage-femme
Enquêté 11	Infirmière dans le service Oncologie médical
Enquêté 12	Infirmier dans le service

	pédiatrie
Enquêté 13	Secrétaire médical un service pédiatrie
Enquêté 14	Infirmière dans le service pédiatrie
Enquêté 15	Infermière 01 dans le service de médecine interne
Enquêté 16	Infermière 02 dans le service de médecine interne
Enquêté 17	Infermière 03 dans le service médecine interne

Tableau 3 la répartition de la population enquêté

2- Discussion des résultats :

Dans cette partie de notre travail, nous allons analyser les données recueillies sur le terrain, afin de répondre à notre question de recherche.

Notre analyse se fait en deux axes, le premier axe porte sur l'analyse de la première hypothèse; le deuxième axe comprend les éléments qui concernent la deuxième hypothèse.

De ce fait, nous avons fait des développements autour d'un certain nombre de thématiques qui sont relatives, à nos deux hypothèses. De la sorte, la présente partie se trouve devisée en deux sections, chacune d'elles correspondant à l'analyse d'une hypothèse.

Section 01 : L'importance de la communication et son rôle dans la prise en charge des patients et les visiteurs :

Dans cette section qui fait écho à la première hypothèse de la recherche contient des thématiques qui traitent l'importance et le rôle de la communication dans l'optimisation de la fonction d'accueil et la prise en charge des patients et visiteurs. Nous avons essayé d'examiner quelques partitions qui renvoient directement ou indirectement, de plus ou moins à la question de la communication au niveau des services hospitaliers et le déroulement d'accueil. On y trouve, d'abord la question du déroulement d'accueil et la prise en charge du patient et visiteurs, puis l'importance de la communication lors d'accueil physique du patient, aussi prendre en considération lors des problèmes ou perturbations nous abordons comment les personnels surmontent-ils cette mal situation.

1- La communication entre l'infirmier et le patient :

L'infirmier est souvent le maillon central dans la chaîne de communication entre le patient et les autres membres de l'équipe traitante. Son rôle permet d'assurer la continuité, la sécurité et la qualité des soins. L'infirmier peut compter sur plusieurs moyens et formes de communication pour communiquer les informations pertinentes, dont le dialogue, les notes écrites, les courriels, les communications par téléphone et par vidéo. (infirmières, Info droit : La communication).

Parmi ces formes on parle sur la question d'accueil et orientation sur ce dernier nous trouvons comme réponse selon l'enquête 04 qui déclare:« *à l'arrivée du patient dans ce service, c'est impossible de faire l'accueil comme il le faut (...) normalement l'infirmier doit être dans l'accueil(...) mais c'est tout le monde qui fait l'accueil et l'orientation même l'agent oriente...*» ce que partagent de même avis les enquêtés 05 et 06, de l'autre côté, en revanche l'enquêtée 10 sa réaction à ce sujet dont elle a déclaré que : « *nous ne communiquons pas avec la patiente à son arrivée ni l'accueillir parce que l'état dont elle est arrivée ne le permet pas car généralement elles arrivent en cas d'urgences vidées de leurs sang donc nous trouvons pas du temps, est c'est pour cela que généralement les femmes ont une mauvaise image sur les sages-femmes étant qu'elles n'ont pas eu une discussion dès le départ, mais une fois fini l'opération du traitement avec elles nous discutons avec elles et on enchaîne sur leurs propos personnels et après cette étape lors de leurs sorties elles sont satisfaites*».

La fonction de l'infirmière dans ces services est d'observer le malade et de l'informer sur ce qu'il a, dialoguer avec lui pour identifier le problème, l'expliquer durant le diagnostic sur les procédures pour ne pas s'inquiéter, avoir de l'empathie de le soigner et être à son écoute sans le juger, faire de même avec les gardes malades pour éviter tout sortes de conflits.

Donc la communication entre les infirmiers et les patients d'après les déclarations de nos enquêtés reste fluide et presque diminuée malheureusement on ne lui donne pas sa place pourtant elle représente un élément puissant pour la résolution de ces conflits et aide de changer les mauvais comportements.

La communication entre le médecin et le patient :

Dans cette thématique nous tendons de vérifier la relation soignant soigné et l'influence qui portent l'un sur l'autre, D'après COSTER :« *C'est un processus finalisé et structuré par lequel le personnel de santé partage les connaissances avec un malade pour arriver à une compréhension mutuelle afin de lui faire adopter des comportements positifs à l'égard des questions de santé* (Coster, 1998)».

Cette communication est essentielle pour le patient et pour la sécurité des patients et instaure un climat de confiance. Si une telle communication est inexistante ou insuffisante, il peut en découler déceptions et malentendus. D'une part, le patient ne parvient pas à comprendre que son état de santé ne correspond pas à ses attentes, et d'autre part, il se sent livré à lui-même avec ses questions et ses problèmes de santé.

Le médecin lui-même a besoin d'informer le patient de ce qui s'est passé, pour autant que celui-ci soit déjà en mesure d'en juger et d'en anticiper les conséquences, il est judicieux de s'entretenir avec lui.

En communiquant correctement, le médecin fait preuve de respect envers le patient et ses proches. Par ailleurs, le rapport de confiance, qui permet de gérer la situation, s'en trouve renforcé et/ou rétabli.

Selon les enquêtés 07 et 10 déclarent que le médecin/Gynéco est le premier qui rencontre le patient et c'est lui qui l'oriente et de le prendre en charge. Et l'enquêtée 09 nous a annoncé que « *la communication avec nos patients ce fait en deux styles pour la prise en charge des patients le style directe qui est une manière rigide, tendue et sévère sous forme d'ordres, de consignes, d'interdictions et des exigences de faire ou de ne pas faire telle ou telle chose pour son bien et le style coopératif qui est une façon souple, flexible basée sur l'interaction entre le médecin et le malade sous forme d'échanges d'informations, d'explications et d'illustrations de cas et de situations.*»

L'enquêté 08 ajoute : « *La communication avec mes patients se passe normal, nous échangeons des paroles, des questions des réponses.* »

Dans ces dernières réactions nous constatons que la satisfaction du patient se naît qu'après une bonne relation de communication et de discussion entre ce dernier et ses personnels soignant et que cela entame à la poursuite du traitement et suivie médical. La communication entre le personnel médical et les patients est importante et joue un rôle optimal dans la prise en charge de ces derniers. À travers les témoignages de nos enquêtés

dans les différents services de l'établissement, nous avons déduit durant notre recherche que la relation entre nos enquêtés et leurs patients est une relation de nature soignant/soigné basée sur un respect complémentaire, une coopération et une écoute active. Ce n'est pas si simple d'avoir de bonnes relations dans la structure sanitaire car il faut avoir une communication efficace et de l'empathie entre les deux interlocuteurs, la présence du respect et le dialogue sont primordiaux par ce que ses éléments contribuent à la construction d'une bonne relation entre le PM et les patients.

Dans toutes les réponses avec nos enquêtés concernant les médecins et les patients sur la nature de leurs échanges, nous avons conclu que le domaine de la communication interpersonnels est très motivé surtout qu'ils utilisent la langue maternelle et simple, cela prouve qu'une fois osé de parler avec son médecin contribue à briser tous les obstacles et renforce les bonnes relations et radicalise les préjugés.

2- L'importance de la communication et l'accueil selon les personnels médicaux :

Dans cette thématique nous allons traiter les points essentiels qui regroupent l'importance de la communication et son rôle dans la structure, elle est un élément essentiel des soins de santé; des chercheurs démontrent qu'une communication efficace avec un patient peut contribuer à l'amélioration de sa condition. D'autres études confirment que la communication a une influence sur la santé émotionnelle du patient, le traitement de certains symptômes, le contrôle de la douleur et des mesures psychologiques.

« La communication et l'accueil sont très importantes dans le lieu médical par ce qu'ils représentent le premier point de rencontre entre le malade et le soignant dont les traces qui laissent le premier contacte seront renforcés » cette avis est partagée dans l'ensemble des enquêtés, à cet effet nous avons regroupé quelques éléments cités par nos enquêtés semblent essentiels selon eux à savoir sur le rôle de la communication et d'accueil:

« Améliorer la satisfaction des patients et les visiteurs en valorisant l'image de l'hôpital par l'amélioration des conditions d'accueil et d'orientation », « Faciliter l'accès aux soins et permettre une fluidité des mouvements à l'intérieur du milieu hospitalier. », « L'accueil doit être une affaire de tous, et un pôle qui doit être travaillé avec toutes les équipes de santé. », « Contribuer à mieux gérer la colère des patients et leurs accompagnants engendrés. », « Permettre d'organiser la durée de la prise en charge des usagers. »

Le bon accueil du patient en situation de crise est aussi important que les soins techniques, car il permet au patient de surmonter le stress et l'anxiété due à la maladie.

La communication permet de ce fait, d'éviter les difficultés et les complications entraînées par la mauvaise compréhension des malades, elle est un moyen qui aide les patients à exprimer leurs douleurs, souffrances, inquiétudes et besoin, car parler sur son problème c'est un pas vers la solution, mais parfois il arrive au patient où il ne peut pas parler ou s'exprimer donc il fait recours au gestes et aux mimiques pour ce faire comprendre, à travers ces aspects nous comprenons que la communication qu'elle soit verbal ou non verbal est vraiment importante et joue un rôle considérable à l'accessibilité des soins des patients et de faciliter la compréhension avec les personnels de santé.

A travers toutes les déclarations que nous avons mentionné précédemment des différents chefs des services, et les secrétaires médicaux que nous avons mentionné précédemment, ainsi que de nos propres observations sur l'importance de communication et d'accueil établie pendant notre étude, nous avons constaté que si la communication était respectée et prise au sérieux, l'établissement diminuera des conflits et de perturbation et l'accueil aidera de mieux s'organiser et gérer les tâches et cela de manière continue.

3- la négligence de l'aspect communicatif :

Dans cette thématique nous allons nous focaliser sur la négligence de la communication et la raison de cette dernière.

Les personnels médicaux leur fonction initiale est de soigner et de suivre le patient d'une façon mécanique ; Cela nous fait rejoindre cette situation au passage cité par Dr Ferhat BALAMAN : « *Pas un manager sérieux ne songerait, de nos jours, à écarter la communication de son champ d'action. Pas de gestionnaire digne de ce nom ne ferait le pont sur les aspects humains de sa tâche.* (BALAMAN, 2004) » En effet, cela explique la raison de cette négligence car les personnels ou les gestionnaires ne sont pas formés en matière de communication et de valoriser son côté humain dans sa profession pour accomplir cette tâche dont il ajoute: « *Le gestionnaire compétent est celui qui s'approprie et les fait siennes ces conceptions managériales largement ouvertes sur les aspects de communication, de participation voire de commandement consensuel puisqu'on sait aujourd'hui qu'il n'y a pas de risque de compromettre son autorité en l'exerçant de manière ... « démocratique », à condition, toutefois, que la nature de la tâche le permette et que l'organisation se soit dotée*

de structures où les rôles sont prescrits de manière suffisamment explicite, avec une certaine souplesse fonctionnelle. (BALAMAN, 2004)»

Autrement dit, un nombre des enquêtés affirment que leurs fonctions de base ne se consacrent pas à communiquer et de renforcer les relations d'interpersonnelles et à l'accueil.

Recours à la réaction de l'enquêtée 03, s'explique que : *«le domaine de psychologie et la communication doivent être très pris au sérieux pour qu'ils puissent bien se comporter avec les patients, dans chaque service y a un chef d'équipe (chef de service) dont la normale des cas ils devraient prendre la tâche d'orientation car ils ont aucune relation avec les soins et c'est pas obligé d'avoir un agent d'accueil spécialisé puisque le problème est dans la mauvaise gestion parce qu'il n'y a pas une sanction et ils négligent cette tâche et ils la fuient ce qui explique le patient dès son arrivé ne trouve personne pour s'orienter».*

D'après cette déclaration nous constatons que la cause de cette négligence est due au non-respect et mis-reconnaissance à la valeur de la communication et l'absence de sa mise en place dans la gestion de l'organisme ce qui reflète visiblement à travers les personnels soignants et non-soignants. À travers les témoignages de nos enquêtés dans les différents services de l'établissement.

Nous avons déduit aussi que cette négligence due aux personnels médicaux car ils se focalisent sur leurs tâches initiales qui portent sur les soins.

Nous concluons que la déformation des personnels médicaux au niveau du domaine de la communication et d'accueil engendre cette négligence et le mépris des hiérarchies supérieures à cet aspect.

4- les facteurs qui provoquent un dysfonctionnement de communication et l'accueil:

L'ensemble des enquêtés mettent en cause ce dysfonctionnement dans la qualité d'accueil et la mauvaise gestion comme déjà cité par l'enquêté 03, d'autres ajoutent que la surcharge élevée du travail dénature la disponibilité et l'écoute du prestataire et l'absence d'un système d'information dans l'hôpital.

Les enquêtés tel que l'enquêté 17, témoin que : *« parfois nous arrivons à nous trouver de faire la tâche d'accueil et d'orientation alors que ce n'est pas notre travail de base par cause du manque d'effectives et ça nous prennent beaucoup du temps pour accomplir les soins. »*

D'autres enquêtés affirment qu'ils délivrent les informations nécessaires selon leurs fonctions et expériences déjà requises, mais eux même ils arrivent où ils ne peuvent pas répondre aux attentes demandés par manque d'information utiles à donner au moment de la demande.

L'enquêté¹³ aborde le flux de son non disponibilité à communiqué et à l'accueil des patients, cause de la surcharge et l'organisation du travail à l'hôpital qui crée une perturbation massif et ponctuel des usagers dans la journée confirme ces paroles l'enquêtée 03 en décrivant sa tâche quotidienne : *« j'accueille tous les patients, je les orientent vers le médecin demandé je donne les RDV même je réponds aux téléphones et je fais même l'orientation au fil, j'appels les patients pour vérifier et les prévenir sur leurs RDV, c'est difficile d'accomplir et de gérer seule surtout la matinée car la plupart des visiteurs et les consultations se déroulent à ce moment-là».*

D'après l'enquêté 04 soulève un dysfonctionnement liée au patient en disant : *« un patient qui est blessé dans un état très critique ou très fatigué ne peut pas attendre ou supporté la lenteur des démarches liées à la procédure des consultations et l'organisation de l'hôpital, et il n'apprécie pas les efforts fournis par les personnels sur son accueil, c'est un cas compréhensible car il est en douleur et souffrant de son corps qu'il ne cherche uniquement des solutions immédiats à ces douleurs. »*

Aussi dans le cas des patients certains enquêtés ont eu des situations embarrassante avec certains due à leurs manque de civisme, de respect ainsi l'agressivité des visiteurs qui désoriente la bonne qualité de la relation qui se crée à l'accueil car ils arrivent avec des préjugés difficile à radicaliser.

Ces facteurs influent physiquement et moralement d'une manière directe aux personnels médicaux, car ils sont épuisés pour faire des efforts supplémentaires ou de faire des tâches extra, cela provoque des comportements indésirables vis-à-vis du patient qui crée des perturbations et la détérioration à la qualité d'accueil et de l'orientation.

A travers les réponses recueillis aussi sur ce que nous avons remarqué, nous pouvons conclure que la première cause des conflits entre les patients et les PM est due au manque de communication à cause de non disponibilité, la surcharge de travail dont sont confrontés par ces derniers. De plus, le sentiment d'in importance et l'état de santé empêchent les patients de communiquer avec le PM par conséquent cela engendre des mésententes voir des conflits.

A travers ces thématiques nous résumons que la communication et l'accueil sont importantes pour une bonne gestion et organisation de l'établissement, mais pour réussir faut regrouper les problèmes que l'empêchent tels que la négligence du domaine de communication, la non disponibilité des personnels spécifique à l'accueil, la surcharge du travail...

A cet effet, la prochaine section consacrera une partie sur les suggestions données par nos enquêtés afin d'améliorer la gestion d'accueil et de la communication dans l'EPH.

La section 02 : Les moyens de communications utilisés lors de la prise en charge :

Cette seconde section restitue sur les éléments d'analyse de la deuxième hypothèse de notre recherche, dont laquelle traite les moyens utilisés dans leur communication. On y trouve quelques thématiques. Dans un premier temps, on discute des moyens de communication en usage au niveau des services enquêtés. Puis, selon leurs réponses nous avons été dans la nécessité de penché sur le profil d'agent d'accueil et de chercher sur ces caractères souhaités. Pour finir nous abordons ce que nos enquêtés proposent comme améliorations à apporter à la gestion de l'accueil et de la communication.

1- Les moyens de communication utilisée relativement à l'accueil et orientation des visiteurs et les patients

Pour faciliter la tâche de communication dans une organisation cette dernière doit disposer un certain nombre de supports et outils afin de transmettre les informations afin d'être en relation avec leur public, c'est le même cas avec l'établissement hospitalier d'Amizour nous allons voir et connaître leur différents moyens utilisés à travers nos enquêtés, nous avons eu des réactions divers.

Dans le premier lieu comme l'enquêté 01 nous a répondu : « *ces moyens portent comme appellation 'les modalités d'accueil' qui englobe la signalétique (voir Annexes) dont elles servent à orienter facilement le visiteur vers sa destination voulu ou le service cherché* » elle nous décrit la structure physique du l'établissement dont l'information centrale est située dans le grand hall d'entrée où il y a les hôtesse d'accueil elles sont à la disposition pour tous les renseignements, et oriente si besoin dans le service voulu.

Dans le bureau d'ordre l'admission d'un malade donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à son identité et à la protection sociale dont il bénéficie.

La prise de ces renseignements doit être extrêmement rigoureuse pour constituer un dossier « complet » et permettre une facturation rapide ou un encaissement immédiat des frais d'hospitalisation et/ ou de soins externes, lors de la sortie du patient donc c'est toute une organisation afin de solliciter et faciliter la prise en charge

Dans notre observation durant notre enquête et le témoignage de l'enquêté 01 qui nous a montrés les supports utilisés pour la prise en charge, ce qu'on appelle le dossier médical : (voir les annexes) : Demande d'hospitalisation, Le billet de salle, Fiche navette.

Aussi le logiciel patient qui a pour but d'améliorer les services et éviter ainsi une longue attente des malades devant les guichets des admissions et des visiteurs devant les guichets des renseignements.

« Des notes d'information qui s'affichent à l'intérieurs de l'établissement, une page Facebook de l'établissement qui publie les actions et les activités de l'hôpital comme cas de campagne de sensibilisation », déclare l'enquêté 01. Donc nous comprenons que parmi les stratégies de communication recouru est la communication social en organisant des campagnes de sensibilisations.

Dans chaque point d'accueil un accès par le jardin des traversées, des bornes d'informations, des signalétiques, équipée des écrans tactiles, et des caméras de surveillance qui donne le sentiment de sécurité et de confiance.

Chaque service (médecine, chirurgie, maternité, pédiatre...) dispose eux même leur propre accueil pour simplifier les démarches mais il n y a pas des hôtesse d'accueil comme nous l'avons déjà précisé dans la première section donc cette aspect de facilité les démarches reste à méditer. Selon les enquêtés de divers quelques services les personnels du service ne disposent pas des supports d'information spécifiques afin de faciliter la démarche d'accueil et d'orientation, et d'autres services exemple de service de chirurgie l'enquêtée 03 déclare : *« j'utilise comme outils un téléphone pour prendre des rdv, un registre qui porte les données des patients, et les médecins »*

Nous avons abordé la question si ces outils et moyens sont-ils suffisant afin de couvrir et de prendre en charge, toutes les réactions étaient divers, un de nos enquêté a dit : *« y a toujours l'insuffisance, coté des personnels, les supports seuls et les moyens seuls ne contribuent pas à une bonne qualité de communication et d'accueil. »*

Selon les réponses de nos enquêtés, nous constatons que, malgré l'existence de différents moyens de communication dans ces services et dans tout l'établissement, ils restent insuffisants à la réussite de la bonne communication et la qualité d'accueil et e satisfaire tout le monde nous constatons aussi que les personnels médical estiment d'avoir des personnes spécialement pour cette tâche d'accueil et d'orientation, ce qui justifie la raison d'enquêté sur les caractéristiques du l'agent d'accueil.

En résumé, l'établissement contient de variés moyens et outils de communication et d'accueil tels que les affiches, les signalétiques, les caméras de surveillance, les bornes, des parkings spécial pour chaque type des moyens de transports... nous pouvons dire que la généralité des dispositifs matériels sont disponible, mais d'après les réponses de nos enquêtés tout ceux-là sont insuffisant car y a un manque des personnes formés et comptants à cette fonction dont ils pensent qu'il est nécessaire d'en avoir au moins un agent spécial pour l'accueil et l'orientation.

2- les caractéristiques du l'agent d'accueil :

Dans cette thématique nous allons voir les propositions de nos enquêtés sur le profil du bon agent d'accueil compétant.

L'agent d'accueil est le premier interlocuteur que l'on rencontre à l'hôpital. C'est un poste important car il renseigne les patients et les visiteurs qui peuvent être angoissés ou un peu perdus. Il faut savoir les rassurer en leur communicant les informations claires, précises et nombreuse.

Les avis sont différents et contraints sur les caractéristiques et la formation d'un agent d'accueil dans l'EPH; par exemple, d'après l'enquêté 13 déclare qu' *« un bon agent d'accueil devrait être un ancien médecin qui connais très bien la structure ou formé en paramédical (...) cette agent doit donc posséder une tenue soignée et présentable comme 'la blouse blanche' dont elle doit toujours l'accompagné »*, Et un autre avis l'enquêté 02 aborde le point en disant que: *« normalement dans chaque service devrait y avoir un agent d'accueil spécialisé du service. »*

De l'autre part, d'après d'autres enquêtés opposent le premier exemple des enquêtés 16 qui a affirmé pour un bon agent il d'accueil doit posséder un grand sens du contact, des capacités de communication d'écoute et d'empathie, ainsi qu'une très bonne élocution, et qu'il y est une connaissance globale sur la médecine et la santé, et une d'elles ajoute que pour faciliter la tâche et diminuer des conflits il faut avoir au moins 2 personnes un homme et une femme pour que chacun s'occupe et oriente le sexe opposé c'est-à-dire l'homme oriente une patiente ou visiteur femme et vis versa.

L'hôtesse d'accueil doit faire preuve de respect, de courtoisie, de diplomatie et de politesse envers les patients, les visiteurs, les clients. Annoncé pour recueillir d'informations pour les externes visiteurs de l'hôpital.

Dans cette partie nous avons pu conclure que malgré la totalité souhaite d'avoir une personne dans la réception et l'accueil mais les avis sont contrariés sur la qualité et les caractéristiques du bon agent d'accueil mais ils sont tous d'accord sur le fait qu'il doit avoir un sens de communication et de dialogue et d'écoute ce sont des aspects primordiaux afin d'établir la bonne relation et d'éviter tout sorte de problème.

3- Les suggestions pour améliorer la gestion d'accueil et la communication dans la structure :

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

Nos enquêtées ont pu citer quelques points semblent étant des suggestions qui contribuent à l'amélioration de l'état de gestion.

Selon leurs réactions nous avons déduit que pour améliorer la qualité relationnelle de l'accueil est de mettre fin à l'absentéisme des personnel et de prendre au sérieux la communication et la tâche d'accueil, la maintenance des équipements la disponibilité des moyens techniques et matériels, et de gagner la confiance mutuel des patients, la coopération avec le patient comme l'enquêté 10 dis : « *la patiente arrive avec des préjugés ce qui fais des barrières entre nous, alors nous faisons notre travail le plus normal car nous savons très bien ce qu'elle pense, donc après les démarche de soins nous effaçons les barrières relationnelles lors de la communication avec elles, nous échangeons des discussions et des gestes et le temps qui nous restes nous restons avec elles jusqu'à leurs sortis et généralement elles sortent satisfaites par ce que nous avons pu briser et supprimer les préjugés.*»

Les enquêtées proposent une formation sur la communication et l'accueil afin de recruter des personnels qualifiés pour former afin de réduire la charge pour les personnels soignants et l'aménagement des bureaux adaptés à l'accueil, l'enquêté 15 a pu résumer ces suggestions en disant : « *nous les personnels soignants nous pouvons pas compter sur notre connaissances et compétences et le savoir-faire(...) sa serait bien d'ajouter un bureau ou une réception à l'entrée de chaque service par respect aux patient et visiteurs lui offrir l'information nécessaire dès son arrivé sans beaucoup attendre.* »

D'après notre analyse nous avons identifié qu'au moment des conflits entre les P et le PM il faut savoir comment gérer et arrêter la situation avant qu'elles ne deviennent des obstacles qui peuvent nuire à l'institution publique et à la pratique médicale et de perturber d'autres malades.

Il est nécessaire de soigner la racine du dysfonctionnement de communication dans le secteur de santé afin de promouvoir un bon accueil et une orientation performante en donnant des formations en communication et une spécialité d'accueil à des personnels médicaux afin de mobiliser la culture communicationnelle et de lever sa valeur dans la communauté sanitaire.

Autour de ces thématiques nous portons comme conclusion que malgré la diversité que dispose l'établissement sur les moyens et outils de communication et d'accueil comme nous l'avons déjà cité et leurs disponibilités et leurs utilités, mais d'après les réponses de nos enquêtés tout ceux-là sont insuffisants car y a un manque de personnes formées et comptants à cette fonction dont ils pensent qu'il est nécessaire d'en avoir au moins un agent spécial pour l'accueil et l'orientation.

Mais à ce point malgré qu'ils souhaitent d'avoir une personne dans la réception et l'accueil mais les avis sont contrariés sur la qualité et les caractéristiques du bon agent d'accueil mais ils sont tous d'accord sur le fait qu'il doit avoir un sens de communication et de dialogue et d'écoute, ce sont des aspects primordiaux afin d'établir la bonne relation et d'éviter tout sorte de problème.

Faut pas penser que l'agent d'accueil est le seul problème qui cause problème mais y a d'autres facteurs majeurs dont nous avons déjà traité que nos enquêtés ont proposé pas mal de suggestions afin d'améliorer la gestion d'accueil et de valoriser la communication en donnant des formations aux personnels médicaux en communication par exemple, pour recruter des

personnes qualifiées enfin de diminuer la pression et la surcharge du travail et au moment du conflit ces personnels seront à la hauteur car ils seront acteurs d'évènement ils géreront la situation convenablement.



Conclusion

Cette présente recherche s'est attelé à étudier de manière approfondie la réalité de la communication et sa fonction d'accueil au sein de l'établissement public hospitalier EPH d'Amizour, et de connaître l'ensemble des méthodes et étapes sur lesquelles l'établissement se base pour mettre en œuvre sa stratégie d'accueil et d'orientation, et de démontrer le rôle de la communication et son importance dans l'accueil et la prise en charge des patients et les visiteurs et l'amélioration des relations entre ces derniers et les personnels médicaux.

L'importance de cette communication porte sur le processus des soins, elle est indispensable dans le diagnostic de la maladie, elle vise une meilleure prise en charge car elle permet aux patients de savoir leurs états de santé et leurs pathologies et en les informant des traitements nécessaires

L'efficacité de cette communication s'assure lors d'une bonne relation entre le personnel médical et le patient, par contre le manque d'information, le diagnostic erroné, la négligence, l'absence des personnels... tous ces dysfonctionnements provoquent des conflits entre le patient et le personnel médical, ce qui est dû à un échec de communication.

Nous avons cherché sur les conséquences que peut provoquer le manque de communication sur la relation entre les personnels médicaux et les visiteurs qui portent sur la perturbation de poursuivre les soins, le manque d'assurance et de la confiance envers les soignés, possibilité de sortir avec un avis contre médical et d'avoir une mauvaise image sur la qualité d'accueil et la mauvaise gestion de l'établissement et de ne plus y retourner pour le suivi médical.

A travers les témoignages de nos enquêtés dans les différents services de l'établissement, nous avons constaté que l'aspect de la communication entre les patients et le personnel médical est souvent négligé car ces derniers se focalisent sur leurs tâches initiales qui portent sur les soins, c'est pour cela nous avons déduit durant notre recherche que la relation entre nos enquêtés et leurs patients est une relation de nature soignant/soigné basée sur un respect complémentaire, une coopération et une écoute active. Ce n'est pas si simple d'avoir de bonnes relations dans la structure sanitaire car il faut avoir une communication efficace et de l'empathie entre les deux interlocuteurs, la présence du respect et le dialogue est primordiale parce que ses éléments contribuent à la construction d'une bonne relation entre le PM et les patients.

Mais aussi nous avons remarqué que la première cause de conflits entre les patients et les PM est due au manque de communication à cause de non disponibilité, la surcharge de travail auxquelles sont confrontés ces derniers. De plus, le sentiment de mépris et l'état de santé empêchent les patients de communiquer avec le PM. Par conséquent cela engendre des mésententes voire des conflits.

Nous avons découvert que le bon accueil du patient contribue à la poursuite de ses soins, car il influe positivement sur son état psychique et permet de diminuer le stress et soulager sa souffrance.

Ainsi elle permet de créer de bonnes relations entre les patients et le PM car le temps d'accueil est le moment où se passe la première rencontre qui privilégie l'écoute et l'information pour le patient et son entourage qui donne naissance à un état de confiance et d'assurance pour le vécu de l'hospitalisation. Ce qui facilite les consultations aux patients régulièrement, des orientations de la part des PM et l'accès aux soins immédiats, autrement dit la qualité de cet accueil est un gage de satisfaction et d'adhésion au traitement.

Au moment des conflits entre les P et le PM il faut savoir comment gérer et arrêter la situation avant qu'ils ne deviennent des obstacles qui peuvent nuire à l'institution publique et à la pratique médicale et de perturber d'autres malades.

Pour finir notre conclusion, on ne peut pas nier que la communication joue un rôle très important entre le PM et les soignés à savoir même les visiteurs, car cette dernière contribue aux soins et la relation thérapeutique. En effet, sans une communication saine et efficace il devient impossible de soigner ou de se faire soigner.

Donc il est nécessaire de soigner la racine du dysfonctionnement de communication dans le secteur de la santé afin de promouvoir un bon accueil et une orientation performante en donnant des formations en communication et une spécialité d'accueil à les personnels médicaux afin de mobiliser la culture communicationnelle et de lever sa valeur dans la communauté sanitaire.

Autour de cette étude, nous pouvons ouvrir d'autres champs d'investigation qui pourront porter sur :

- L'impact d'un bon accueil sur la notoriété de l'établissement de santé.
- Les inconvénients d'une mauvaise gestion communicationnelle.

- Le rôle d'une communication hospitalière à l'ère digitale.
- L'importance de la communication sociale et l'apport des campagnes de sensibilisation au profit des usagers au sein d'une structure hospitalière.



Liste bibliographique

Bibliographie

1- Les Ouvrages:

- Angers, M. (1997). *Initiation à la méthodologie des sciences humaines*. Alger: Casbah.
- CLARCKE, A., Wei, C., & PETR, C. (2011). *L'accueil international : concepts and cases, Tourismes, Compétences et Métiers*. Boeck Supérieur.
- Cudicio, C. (2000). *Les règles d'or de l'accueil*. Paris: d'Organisations.
- DAMART, S. (2013). *Innovations managériales en établissement de santé*. Paris: EMS.
- Gonnet. (2002). *management hospitalier : un nouvel exercice de pouvoir*. Masson.
- Gouirand, P. (2011). *L'accueil : Théorie, Histoire et Pratique*. Paris: Le harmattan.
- Hudson, K. (1994). *Publics et musée : Redonner un sens à la notion d'accueil*.
- JÄGGI, S. (2011). *Communication et information, compétences de base en leadership*. Zurich.
- Kreps, G. (1990). *Organizational communication: theory and practice*. New York: Longman.
- Lohisse, J. (2009). *La communication : de la transmission à la relation* (éd. 4eme). Bruxelles: De Boeck.
- Marion, A. (2005). *Analyse financière, concepts et méthodes* (éd. 3eme). France: Donud.
- MONTANDON, A., & Michaud, C. (2005). *Accueil de l'étranger dans l'histoire et les cultures. Dix-huitième siècle Politiques et cultures des lumières*.
- Nicole, d. & Thierry, L. (2004). *La communication interne de l'entreprise* (éd. 4). Dunod.
- Programme National. (2016). *Amélioration de l'accueil des usagers des services publics*, (éd. 2em).
- QUIVY, R. (1988). *Manuel de recherche en science sociale*. Paris: Dunod.
- RAY, A. (s.d). *Les principes de base de la communication*.
- Reboul, O. (1991). *Introduction à la rhétorique*. Paris: PUF.
- Renaud, L., & Rico de Sotelo, C. (2007). *Communication et santé : des paradigmes concurrents* (Vol. 19). Santé Publique.
- RICŒUR, P. (2004). *Sur la traduction*. Mont rouge: Bayard.
- Sabba, S. K. (1999). *Communication de masse*.
- SAILLANT, F. (1992). *La part des femmes dans les soins de santé. Revu internationale d'action communautaire*, 28(6895).
- Schillinger, 2003 In. *Haute Autorité de Santé*. (s.d.). *Boite à outils*.

SERVAES, J. (2004, septembre 6 au 9). *Communication et développement durable*. Rome, Italie: organisation des nations unies (ONU).

SEYDOUX, J. (s.d.). *De l'hospitalité à l'accueil*. Delta et Spes.

Sperber, D. (1974). *Le symbolisme en général*. Paris: Hermann.

Watzlawick, P. (1972). *Une logique de la communication*. Paris: Seuil.

2- Les Mémoires :

AOUCHICHE, N., & ALLAOUA, S. (2017-2018). *Le rôle de la communication interpersonnelle sur la prise en charge psychologique et sociale des patients hospitalisés*. Etude Pratique : «Service du la chirurgie générale (femmes/hommes) de CHU de Bejaïa», Mémoire de fin de cycle En vue de l'obtention du diplôme master en science de l'information et de la communication. Bejaïa, Option : communication et relations publiques: Université de Bejaïa.

ATIL, H. (2013-2016). *L'accueil et l'orientation des visiteurs au niveau des services hospitaliers cas d'EPH BACHIR BEN NACER et l'EPH Hakim Saaden*. Mémoire professionnel de fin d'études en vue d'obtention du diplôme de licence professionnalisant. Filière des soins, Spatialités Infirmiers de santé publique, Biskra: Institut national de formation supérieure paramédicale.

BENKACY, Y. (2005). *Système d'information & la contractualisation*. (N. DAMENE, & D. DJOUDI, Interprètes) Tizi-Ouzou.

BENZENATI, S. (2017-2018). *La satisfaction des usagers de l'hôpital public*. MEMOIRE En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Economiques Option: Économie du développement. E.P.H d'Amizour, Faculté des sciences économiques, commerciales et des sciences de gestion, BEJAIA: UNIVERSITE Abderrahmane mira de Bejaïa.

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

DAMENE, N., & DJOUDI, D. (2017, 12). *Le cheminement du malade en milieu hospitalier : les dysfonctionnements à l'entrée, à la prise en charge et à la sortie du malade*. Cas du CHU de Tizi-Ouzou. Mémoire de fin d'étude en vue d'obtention d'un diplôme en Master. TIZI-OUZOU: Université de Mouloud maamri.

LOUARN, & Jacques. (2002). *Améliorer la fonction Accueil / Secrétariat ou l'hôpital en mouvement*. Mémoire pour l'obtention du Diplôme D'études Supérieures Qualité - Évaluation, Organisation et Performances des établissements de Santé. Paris: université de Montréal.

OLIVERO-TISSO, C. (1993). *La Fonction de l'Accueil dans les Services*. Rapport de recherche Bibliographique, Ecole nationale supérieure des sciences de l'information et des bibliothèques, Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon.

3- Les sites web :

(2021, 09 21). Consulté le 05 2022, sur Vie publique: <http://www.Vie-publique.fr/>

National Communication Association. (2016, 04 26). Consulté le 05 2022, sur <https://www.natcom.org/about-nca/what-communication>

BALAMAN, F. (2004, 11 13). Le guide de la médecine et de la santé en Algérie. Consulté le 05 24, 2022, sur www.santemaghreb.com

Bathelot, B. (2015, 08). Communication commerciale-Définition marketing. Consulté le 04 2022, sur l'encyclopédie illustrée du marketing: <https://www.definitions-marketing.com/definition/communication-commerciale/>

BISMUTH, O. & ELSLANDE, J. V. (2000, 02 11). Accueil du malade, Développement et santé. Consulté le mai 15, 2022, sur <https://devsante.org/acticles/accueil-du-malade>

Cairn. (s.d.). Distribution électronique cairn.info. Récupéré sur Cairn.info

Carine, C. L. (2010, mai 2010). L'accueil dans les organisations. Consulté le Mars 2022, sur www.Creg.org

Clemence, C. (2020). En interne, faut-il une communication formelle ou informelle ? Consulté le 04 2022, sur Le blogue Madmagz Com'in: https://comin-madmagz-news.cdn.ampproject.org/v/s/comin.madmagz.news/en-interne-faut-il-une-communication-formelle-ou-informelle/amp/?amp_js_v%3Da6%26amp_gsa%3D1%26usqp%3Dmq331AQKKAFAQrABIACA%253D%253D%26fbclid%3DIwAR1k8re4NpPnkf5RxEnUShvQOIPsohKiGDyI

Farhat, B. (2004, 11 13). Le guide de la médecine et de la santé en Algérie. Consulté le 05 24, 2022, sur La communication: Un vecteur de progrès au sein de l'hôpital: www.santemaghreb.com

Giroux, N. (1994, 5). La communication interne : Une définition en évolution, Communication et organisation. Consulté le 05 2022, sur <http://communicationorganisation.revues.org/1696>

L'ANAP. (2017, 01 06). Urgences - Organiser l'accueil et la gestion administrative des patients. Paris, 23, avenue d'Italie. Consulté le 05 2022, sur [htm://appui-santé-et-médico-social](http://appui-santé-et-médico-social)

Lapeyrat, C. C. (2010, mai 4). L'accueil dans les organisations. Récupéré sur www.Creg.org

Larousse, d. (2022, mai). Récupéré sur http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soigné_soignée/73229

Organisation mondiale de la santé. (1946, Juin 19-22). Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé. Constitution de l'OMS(02). New York, signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946 et entré en vigueur le 07 avril 1948.

Projet de consortium, des universités. (2005). l'iniciativa de communication, Proyecto de fortalecimiento de las capacidades nacionales en comunicación en salud. Récupéré sur www.Communication.com/la/teorias-de-cambo-consortio-université/LsaLd-2689.html

RENAUD, L., & RICO DE SOTELO, C. (2007). Santé publique. Consulté le 05 15, 2022, sur Cairn: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-1-page-31.htm>

Silva médical. (s.d.). Dossier d'admission Récupéré sur <https://static1.squarespace.com/static/admissionDP.pdf>

4- Les dictionnaires :

Boudon, R., & autres. (2005). *Dictionnaire de la sociologie*. Québec: Larousse.

D'Encyclopédie, D. (s.d.).

Dictionnaire Le Robert. (s.d.).

Lamizet, B., & Silem Ellipses, A. (1997). *Dictionnaire encyclopédique de sciences de l'information et de la communication*. Marketing SA.

La Direction française du tourisme. (2006-2007). *L'art d'accueillir*.

Le dictionnaire Larousse. (s.d.).

Rober, D. d. (1993). *Le Nouveau Petit Robert*

5- Texte de loi et de décrets :

Arrêté interministériel du correspondant au 20 Décembre 2009 portant organisation interne des établissements publics hospitaliers. Application de l'article 22 du décret exécutif n°07-140 Article 22 (Mai 19, 2007).

Décret exécutif création organisation et de fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité. Article 22 du décret N 07-140 (mai 19, 2007).

Ministère de la santé. (2016). de la population et de la Réforme Hospitalière « statistique sanitaire ». Alger.

OMS. (1987). Atelier Medias et santé. Conférence, Sally-Sénégal, Afrique.

6- Les guides et blogues:

Agence Régional de santé. (s.d.). *Le déroulement de votre prise en charge*. Alsace, Centre Hospitalier d'Haguenau.

Académie suisse des sciences médicales. (2013). *Guide pratique de la communication dans la médecine au quotidien*. ©ASSM.

Alain Classe, (s.d.). *Cours de tourisme*. Ecole Hôtelière de Genève.

BOUAOUD, S. (s.d.). *Relation soignant-soigné*. Département de médecine dentaire: U.F.A.S.1.

BOUAOUD, S. (s.d.). *Relation soignant-soigné*. Département de médecine dentaire: U.F.A.S.1. Cees, B. M. (1995). *Principales of corporate communication*. Prenntice-Hall: Hemel Hempstead.

DABO, E. (s.d). *L'Accueil : définition, enjeux et stratégie*. Blog.

Groupe MPR Rhône alpes et fedmer. (2008). *Critères de prise en charge en médecine physique et de réadaptation*.

Haberey-Knussi, V., & al. (2013, 4). *L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier, recherche en soins infirmiers*(115).

Haute Autorité de Santé. (2016, Avril). *Boite à outils, Communication et sécurité du patient*.

Infirmières, S. d. (s.d.). *Info droit : La communication*. Québec, Canada.

Table des matières

Liste des abréviations :	5
1- Introduction	9
Chapitre 01: Analyse conceptuelle	
2- Problématique	14
3- Les hypothèses	18
4- Définition des concepts	18
5- Indicateurs du phénomène de l'étude	21
6- Etudes antérieures	21
Chapitre 02: Démarche méthodologique:	
1- Méthode de l'étude	28
2- Approche théorique	28
3- Outils de l'étude	33
A- L'observation	33
B- L'entretien :	33
4- La population de l'étude	34
5- Etapes de réalisation de l'enquête	34
Chapitre 03: Communication et communication dans la santé	
La section 01 : Communication	37
1- Définition de communication	37
2- Classification des communications:	37
2-1 Communication Interpersonnelle / Communication de Masse (Information) :	37
2-2 Communication Directe / Communication Indirecte :	38
2-3 Communication Organisationnelle (Administrative) / Communication Commerciale (Marketing)	38
2-4 Communication Interne + Communication Externe = Communication globale.	39
2-5 Communication Formelle + Communication Informelle = Communication interne	40
2-6 Communication Verbale / Communication non verbale :	41
2-7 Communication Orale + Communication Ecrite = Communication verbale.	41
3- La différence entre la communication et l'information :	42
1- Communication	42
2- Information	42
4- L'importance de la communication et son but :	42

A-	Pour l'individu :	42
B-	Pour la société:	43
C-	Pour l'organisation :	43
La section 02 : La communication dans la structure de santé :		43
1-	La communication pour la santé :	43
2-	Communication comme facteur de motivation fondamental dans la dynamique d'équipe :	44
A-	La cohésion :	44
B-	Travail d'équipe:	44
3-	La relation soignant-soigné :	44
4-	Les défauts de communication :	45
A-	Parmi les causes majeures:	45
5-	Les approches de la communication pour la santé :	46
a-	L'approche de la modernisation :	46
b-	L'approche de la dépendance : la conscientisation et l'empowerment.....	47
c-	L'approche du nouveau développement : la participation et le Co-développement	48

Chapitre 04: La notion d'accueil et sa fonction dans les services

La section 01 : QU'EST CE QUE L'ACCUEIL ?.....		51
1-	Présentation de l'ACCUEIL :	51
1-A	Un métier humain :	51
1-B	La création d'une atmosphère :	51
2-	La notion de l' « accueil » :	52
A-	L'hospitalité :	53
3-	Accueil et service	53
A-	Le service :	53
4-	Accueil dans les services public :	54
A-	Parcoure des usages :	54
5-	Les procédures d'accueil :	55
6-	L'organisation de l'accueil :	55
A-	Au niveau de l'entreprise ou organisation:	55
B-	Au niveau du personnel :	56
7-	Le déroulement de l'accueil :	56
8-	Types d'accueil	56
A-	Accueil physique :	56
B-	L'accueil téléphonique:	57

La section 02 : L'accueil dans la structure hospitalière :	58
1- L'accueil à l'hôpital :	58
2- La prise en charge dans les urgences :	59
3- Organiser l'accueil au sein du service d'urgence (L'ANAP, 2017):	61
4- Organiser la gestion administrative et la facturation :	63

Chapitre 05: Présentation des données

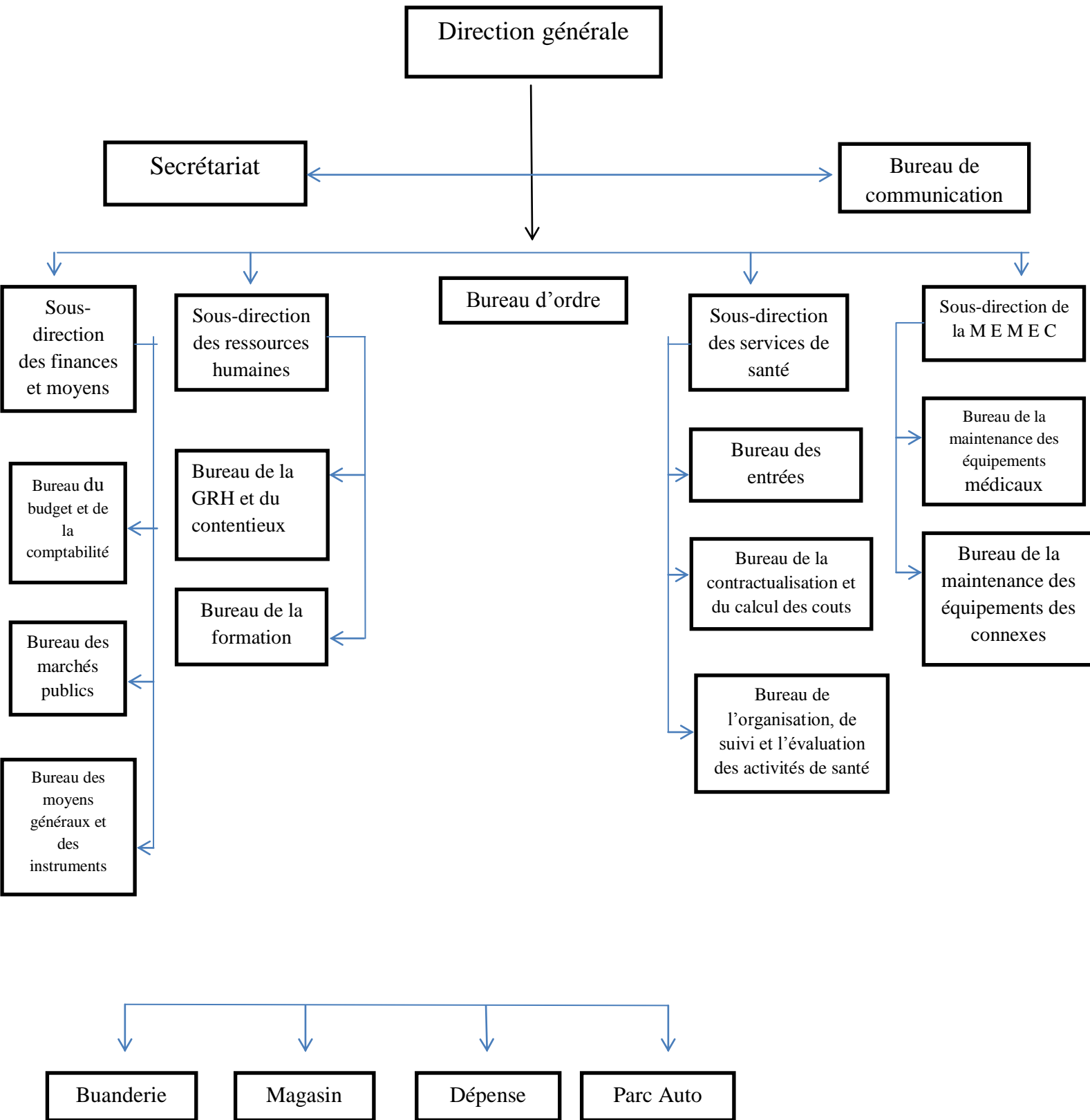
Section 01 : Le contexte hospitalier.....	67
1- Définition de l'hôpital	67
2- Les hôpitaux en Algérie.....	67
A- Secteur public :	67
B- Le secteur privé :	68
Section 02 : Les établissements publics hospitaliers en Algérie :	69
1- Présentation des établissements publics hospitaliers.....	69
2- Organisation et gestion des Établissements Publics Hospitaliers.....	70
A- Gestion des Établissements Publics Hospitaliers	70
3- Représentation du lieu de la recherche :	71
4- La mission de l'E.P.H d'Amizour	71
5- Les moyens humains et les services disponibles.....	72
6- Le bureau des admissions et le logiciel patient	73
A- Le bureau des admissions : (le bureau des entrées).....	73
B- Le logiciel patient :	74

Chapitre 06: Présentation des résultats

1- Présentation des caractéristiques de la population d'étude :	77
2- Discussion des résultats :	78
Section 01 : L'importance de la communication et son rôle dans la prise en charge des patients et les visiteurs :	78
La section 02 : Les moyens de communications utilisés lors de la prise en charge :	85
II-Conclusion.....	90
Bibliographie	96



Annexes



I- Données personnelles :1- **Sexe :** Masculin Féminin 2- **Age :**3- **Situation familiale:** Célibataire Marié(e) Divorcé(e) 4- **Niveau d'instruction :**5- **Diplôme obtenu :**6- **Spécialité :**7- **Catégorie socioprofessionnelle :**8- **Expérience professionnelle :****II- Le déroulement de la prise en charge des patients, visiteurs ... :**

1- Qu'elle est votre première action à l'arrivée du patient ?

2- Etes-vous chargé d'accueillir ou recevoir le patient ?

3- Pensez-vous que la communication est importante lors de l'accueil du patient ?

4- Les patients favorisent-ils les échanges d'information lors de leurs visites ?

5- Avez-vous déjà vécu des difficultés dans la prise en charge des patients, garde malades ? si oui, quels genres de difficultés ? Comment les avez-vous surmontés ?

6- D'après votre vécu qu'elles sont les facteurs qui provoquent des perturbations du bon fonctionnement d'accueil et la prise en charge ? Pensez-vous que le manque de communication engendre des conflits ?

III- L'importance de la communication au sein de l'établissement :

1- Etes-vous d'accord sur le fait que la communication est importante à la contribution d'une bonne gestion au sein de l'établissement ? si oui comment

2- Selon vous pourquoi la communication est-elle négligée ?

3- Que suggérez-vous comme solution afin d'améliorer et de renforcer les liens entre les PM et P ?

4- A travers ces questions, selon vous qu'apporte-elle la communication dans la gestion d'accueil et quel est son impact dans la prise en charge avec les patients ?

IV- Les modalités d'accueil et les supports utilisés comme moyen de communication :

1- Quels sont les moyens et les différents supports utilisés durant la fonction ?

2- Pensez-vous que ces derniers seuls sont suffisants ?

3- Pensez-vous que l'existence d'un agent d'accueil est nécessaire dans chaque service? si oui pourquoi ? Si non pourquoi ? En cas si la réponse est « oui », d'après vous comment l'agent doit être formé? Et quels sont ces caractéristiques?

DEMANDE D'HOSPITALISATION

Service : _____ Spécialité : _____

Nom du praticien ayant décidé l'hospitalisation : _____ Grade : _____

PATIENT :

Nom : _____	Nom de jeune fille : _____	Prénom : _____
Age : _____	1.2 Nom salle : _____	1.2 N° salle : _____ 1.2 N° lit : _____
Date d'hospitalisation : _____	Heure : _____	

PATIENT ORIENTE OU ADRESSE PAR :

Nom et prénoms du Médecin : _____	Grade : _____
Etablissement : _____	Secteur/Unité/Service : _____

GARDE MALADE :

Nom et prénoms du garde malade : _____	Grade : _____
Lien de parenté : _____	Référence pièce d'identité : Type : _____ N° : _____


Date et Visa du Praticien

_____ le _____

Signature

Bulletin d'Admission

—•OO•—

IDENTIFICATION DU PATIENT : Imp. AZUR - N.-Ville -  - Tél/Fax : (026) 21.29.21 / Port. (070) 48.72.60

1.0. N° D'ADMISSION

1.1. Qualité du patient vis-à-vis de l'assurance : 1.2. 1.3.
 2.1. Nom : 2.2. Nom de jeune fille : 2.3. Prénom :
 2.4. Fille de : 2.5. et de :
 3.0. Sexe : 1 1 4.2. Nationalité : 4.1. Date de Naissance : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 5.0. Situation Familiale : 1 1 6.1. Lieu de Naissance : 6.2. Code Wilaya : 1 | | |
 7.1. Profession : 7.2. Code Profession : 1 | | |
 8.1. Adresse de Résidence : 8.2. Code Wilaya : 1 | | |
 8.3. Nom et Prénom de la personne à contacter : 8.4. N° ☎ :
 9.1. Adresse de contact : 9.2. Code Wilaya : 1 | | |

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ :

10.0. Immatriculation **N° Prise en charge** **Date**

10.1. Nom : 10.2. Nom de jeune fille : 10.3. Prénoms :
 11.1. Date de Naissance : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12.1. Profession : 12.2. Code Profession : | | |
 13.1. Adresse de l'Assuré : 13.2. Code Lieu : | | |
 14.1. Employeur (Raison Sociale) : 14.2. Code Lieu : | | |

(P r é c i s e r)

15.0. Catégorie d'Affiliation : 15.1. C.A.S.N.O.S. 15.2. C.N.A.S. 15.3. Autre 15.4. Code Lieu : | | |

HOSPITALISATION :

16.1. Service d'hospitalisation : 16.2. Date d'entrée : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 16.3. Heure : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 17.1. Nom de la Salle : 17.2. N° Salle : 17.3. N° de Lit : 17.4. Médecin traitant :
 18.1. Mode d'entrée : 18.2. Code entrée : | | | | 18.3. N° Prise en charge (santé) :
 19.1. Etablissement d'origine : 19.2. Code Wilaya : | | |

A C C I D E N T :

20.0. Type d'accident : 20.1. | 20.2. |
 21.1. Date de l'enlèvement : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 21.2. Heure : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 21.3. Lieu :
 22.1. Patient transporté par : 22.2. Références :
 23.1. Autorité chargée de l'enquête :



Fiche Navette

IDENTIFICATION DU PATIENT

1 N° D'ADMISSION	2. GROUPE SANGUIN	3. AGE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Nom : 5. Nom de jeune fille : 6. Prénom :		

7. Service	8. Nom et qualité du chef de service :
9. Date d'Entrée <input type="text"/>	10. heure d'entrée <input type="text"/>
11. Nom de Salle : 12. N° de Lit :	
13. Nom, Prénoms et Qualité du médecin traitant :	
14. Mode d'Entrée : 15. Code Entrée . | |	

HOSPITALISATION DANS UN AUTRE SERVICE (MOUVEMENT DU MALADE)

16. Service	17. Date d'Entrée	18. Heure d'Entrée	19. Nom de Salle /N° lit	20. médecin traitant
.....
.....
.....
.....

SORTIE

CADRE RESERVE AU PRATICIEN

1. Date de Sortie	<input type="text"/>	2. Heure de Sortie	<input type="text"/>
3. Mode de Sortie :	.....	4. Code de Sortie	<input type="text"/>
5. Diagnostic ou Motif d'Entrée	.....	
6. Diagnostic de Sortie	.....	
7. Code C . I . M.	<input type="text"/>	8. Code G. H . M	<input type="text"/>

Nom, Prénom et Grade du Praticien

.....

Date et Cachet

.....

Signature,

Visa du chef de Service,

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION DE L'ETABLISSEMENT

9. N° de Facture	.....	10. Date :	.....	11. Montant total de la Prestation :	.....
12. N° de Quittance	.....	13. Part S.S :	.....	14. Part Patient	.....
15. Nature de Document de Sortie :	.....		16. N° Document :	.....
17. Etablissement d'Accueil :	.....		18. N° Prise en Charge (Santé) :	.....
19. Mineur Accompagné à sa Sortie par :	.....			

Nom, Prénoms et Fonction du Signataire

.....

Date et Cachet

.....

Signature,

République Algérienne Démocratique et Populaire

CERTIFICAT DE SEJOUR

Je soussigné, Directeur du : CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

HEFDTA MOHAMMED - TIZI OUZOU -

certifie que :

le (la) nommé(e) : X Y

Matricule : 17/00/026783

âgé(e) de : 38 ans

Est entré(e) le : 14/11/2017

Est parti(e) le : 14/11/2017



Mode de Sortie : SORTIE NORMALE

Service : URGENCES CHIRURGICALES

TIZI OUZOU le, 14/11/2017

P. le Directeur et P.O.
le chef du bureau des Entrées.

MOUVEMENT DES MALADES

ENTRANTS	SORTANTS
	

Restants de la veille : 01

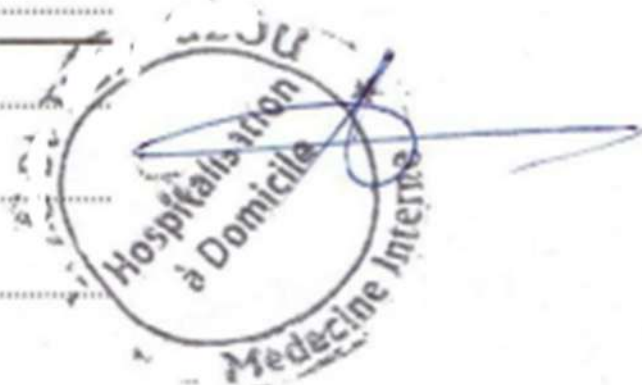
Entrants : 00

TOTAL : 01

Sortants : 00

Restant au matin : 01

Le Chef de Service,



ANNEXE 09:

la participation des citoyens

N° : () . . . 08/2017

**DOCUMENT DES SOMMES DUES
(Mode de Facturation PMJH)**

Nom F. Prénom	Di. entrée	Di. sortie	Mode de So
XXXXXXXX ESOM	01/01/2017	04/01/2017	SORTIF NORMAL

- DEBITEUR -

ROUZOUZOUANE MOHAMME
suzouk and Khawassan

FRAIS DE SEJOUR

PERIODE		Nbr de Jours	D.H.T.H	DESIGNATION DU SERVICE
du	au			
01/01/2017	04/01/2017	3	5000,00	URGENCE MEDICALS

TOTAL FRAIS DE SEJOUR

Part du débiteur 100%

MEDICAMENTS

Designation	Date	Cod DCI	Tarif	Quant
-------------	------	---------	-------	-------

RECEVEUR DE : CHU NFOTR MOHAMED

**FICHE D'EVACUATION DE MALADE ENTRE
ETABLISSEMENTS DE SANTÉ (Support N° 03)**

Identification de l'établissement évacuateur (Nom et Adresse exacte) :

- Public :
- Parapublic :
- Privé :

Date : Heure de départ de l'évacuation :

Identification du service évacuateur :

Identification du médecin évacuateur :

Renseignements sur le malade :

- Nom : Prénom :
- Nom de l'époux :
- Date et lieu de naissance :
- Adresse : Wilaya :
- Caisse de sécurité sociale : N° d'immatriculation :
- Autres :

Renseignements clinique :

Prestations dispensées :

Motif d'évacuation :

Identification de l'établissement d'accueil :

Moyens d'évacuation : Ambulance - Ambulance médicalisée - Autres moyens :

Identification de ou des accompagnateurs et signature :

SIGNATURES

Le Médecin,

Le Directeur d'établissement
ou son responsable

Auxiliaire médical,

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

FICHE DE RECEPTION DE MALADE
(support n° 04)

Identification de l'établissement d'accueil (Nom et Adresse exacte) :

- Public :

- Privé :

Date : Heure d'arrivée du malade évacué :

Identification du service d'accueil :

Identification du médecin d'accueil :

Renseignements sur le malade :

- Nom : Prénom :

- Nom de l'époux :

- Date et lieu de naissance :

- Adresse : Wilaya :

- Caisse de sécurité sociale : N° d'immatriculation :

- Autres :

Etat du malade à l'arrivée : - Vivant : - DCD :

Identification de l'établissement évacuateur :

Identification de ou des accompagnateurs et signature :

SIGNATURES

Le Médecin

**Le Directeur d'établissement
ou son représentant**

Auxiliaire médical

Active Windows
Accédez aux paramètres pour a

Le Directeur de garde



Le Résumé :

Tenant compte de l'importance de la communication et d'accueil dans la structure sanitaire et son rôle dans chaque service médical et le déroulement d'accueil, à cet égard nous avons tenté d'aborder ce sujet dans une étude intitulée : « Examen de la réalité de la communication au niveau du service d'accueil et orientation d'une structure hospitalière, Cas de l'étude : L'EPH d'Amizour.

Notre problématique de cette étude porte sur les différentes actions communicationnelles suivies pour la gestion et la fonction de l'accueil du patient et sur l'importance et son impact sur l'influence entre les PM et les P.

La période de notre recherche commençait en mois de janvier jusqu'au juin 2022, Pour enquêter, nous avons adopté un ensemble des techniques de collecte des données, qui sont l'observation et l'entretien semi-directif.

Après analyse, nous sommes arrivées sur pas mal de conclusions. Tout d'abord, la communication est nécessairement importante sur le processus des soins, elle est indispensable dans le diagnostic de la maladie, elle vise une meilleure prise en charge de ce fait elle permet aux patients de savoir leurs états de santé dans ce cas si la bonne communication s'absente, elle provoquera un manque de communication sur la relation entre les personnels médicaux et les visiteurs/patients qui portent sur la perturbation de poursuivre les soins. Puis engendra le manque d'assurance et de la confiance envers les soignés et bien d'autres conflits comme la non disponibilité des personnels lors d'accueil où les visiteurs ne trouvent personnes à s'orienter. En fin, pour assurer le bon fonctionnement de communication et d'accueil on doit d'abord soigner la racine du dysfonctionnement de communication dans le secteur de la santé afin de promouvoir un bon accueil et une orientation performante en établissant par exemple des formations en communication et une spécialité d'accueil à les personnels médicaux afin de mobiliser la culture communicationnelle et de lever sa valeur dans la communauté sanitaire.

Abstract:

Taking into account the account the importance of communication and orientation and reception in the health structure and its role in medical service and the course of reception, in this respect we have tried to address this subject in a study entitled: Examination of the reality of communication at the level of reception service in a hospital structure, case study: Public hospital establishment Amizour.

Our problem of this study relates of the various communicational actions following for the management and the function of the reception of the veterinary patient on the importance and its impact on the influence between the medical staff and patient.

The period of our research began in the month of January until the month of June 2022. To investigate, we adopted a set of data collection techniques, which are observation and semi directive interview.

After the analysis, we came to quite a few conclusions. First of all, communication is necessarily important in the process of care, it is unavailable in the diagnosis of the disease, it aims for batter management, therefor it allows patients to know there state of health, in this, if good communication on the relationship between medical staff and visitors. Patients who relate to a possible disruption of continuing care. Then engendered the lack of assurance and confidence in the treated and untreated and many other conflicts such us the unavailability of staff at reception where visitors find no one to orient them. Finally, to ensure the proper functioning of communication and reception, we must first treat the root of the dysfunction of communication in the health sector in order to promote a good reception and efficient orientation by establishing, for example, training in communication and a specialty of welcoming medical personnel in order to mobilize the communication culture and raise its value in the health community.

ملخص:

مع مراعاة أهمية الاتصال و التوجيه و الاستقبال في الهيكل الصحي و دوره في كل الخدمات الطبية و مسار الاستقبال في هذا الصدد حاولنا معالجة هذا الموضوع في دراسة بعنوان: " فحص واقع الاتصال في مستوى خدمة الاستقبال في هيكل المستشفى. دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية اميزور, بجاية.

تعلق مشكلتنا في هذه الدراسة بإجراءات الاتصال المختلفة المتبعة للإدارة و وظيفة استقبال المريض على أهمية و تأثيرها على تحفيز العلاقة بين الطقم الطبي و المرضى.

بدأت فترة بحثنا في شهر جانفي حتى جوان 2022. و للتحقيق اعتمدنا على مجموعة من تقنيات جمع البيانات, وهي الملاحظة و شبه توجيه.

بعد التحليل, توصلنا الى عدد غير قليل من الاستنتاجات. بادئ الأمر, يعد التواصل مهما بالضرورة في عملية الرعاية, فهو غير متوفر في تشخيص المرض, و يهدف الى رعاية أفضل, و بالتالي يسمح للمرضى بمعرفة حالتهم الصحية, و في حالة غياب التواصل الجيد, فيسبب نقص في التواصل حول العلاقة بين الطاقم الطبي و الزائرين و المرضى, الذين يرتبطون باحتمال انقطاع الرعاية المستمرة. ثم تولد عدم الثقة و الاطمئنان في المعاملة و غير المعالجة و العديد من النزاعات الأخرى مثل عدم توفر الموظفين أثناء الاستقبال حيث لا يجد الزوار من يوجههم. أخيرا, لضمان حسن سير الاتصال و الاستقبال, يجب أولا, معالجة أساس الخلل الوظيفي في الاتصال في القطاع الصحي من أجل تعزيز الاستقبال الجيد و التوجيه الفعال من خلال انشاء, على سبيل المثال دورات تدريبية في مجال الاتصال و تخصص الترحيب للطاقم الطبي لتعبئة ثقافة الاتصال و رفع قيمتها في المجمع الصحي.