



Communication interpersonnelle dans la prise en charge des malades à l'Hôpital Général de Référence de Bagira en République Démocratique du Congo(RDC)

Daniel SHUKURU LOSSA¹, Patrick MILABYO KIAMUSUGULWA², Jacob GRACE KAHEMBE³, Hippolyte BWINJA MWENYIHERI⁴

1. Sciences Infirmières (Enseignement et Administration en Soins Infirmiers)

Institut Supérieurs des Techniques Médicales de Nyankunde, Bunia, République Démocratique du Congo

2. Management de service de Santé, Santé publique

Institut Supérieurs des Techniques Médicales de Bukavu, Bukavu, République Démocratique du Congo

3. Institut Supérieurs des Techniques Médicales de Bukavu (Etudiant en master complémentaire), Bukavu, République Démocratique du Congo

4. Service de clinique privée

Hôpital Provincial Général de référence de Bukavu, Bukavu, République Démocratique du Congo

RESUME

La prise en charge des malades implique à la fois les gestes et la communication. Ces deux aspects sont inséparable (Haberey-Knuessi et al., 2013). La présente étude a évalué d'une manière spécifique la formation et les connaissances des personnels de l'Hôpital Général de Référence (HGR) de Bagira au sujet de la communication interpersonnelle(CIP); relevé les facteurs influençant négativement la communication interpersonnelle et a déterminé les coûts des soins au service de facturation à l'HGR-Bagira. L'étude était descriptive transversale à visée analytique menée auprès de 36 professionnels et 106 malades. Les principaux résultats ont montré que le niveau de communication interpersonnelle était moyen soit 63,8% ; le personnel à 25% a été formé. La proportion de la surfacturation représentait moins de 10% selon 48,7% des malades et 22,2% des personnels. L'intention était de montrer qu'on travaille bien selon 43,6% des malades et d'augmenter les recettes selon 61,5% des personnels. Les facteurs associés aux malentendus

pendant la CIP à l'HGR-Bagira étaient : l'accueil ($p=0,022$), la surfacturation ($p=0,001$) et le coût de soins en dollars ($p=0,000$).

La communication interpersonnelle(CIP) est bonne, car d'un niveau moyen à l'HGR-Bagira. Néanmoins, elle représente des défis, notamment concernant la surfacturation.

Mots clés : communication interpersonnelle, accessibilité aux soins, facturation des soins, Hôpital Général de Référence de Bagira, République Démocratique du Congo.

1. INTRODUCTION

L'hôpital a connu d'importantes évolutions depuis le début des années 80. La réorganisation majeure du secteur de la santé, et plus spécifiquement des hôpitaux, a été provoquée par la nouvelle gestion publique. Ces évolutions ont un effet considérable sur le domaine de la communication (Haberey-Knuessi et al., 2013). La majorité des désaccords voire des tensions entre le personnel de santé et les patients en milieu hospitalier découlent d'un manque ou d'une insuffisance de communication (Mantz et al., 2006).

La prise en charge des malades implique à la fois les gestes et la communication. Ces deux aspects sont inséparable, car ils sont strictement liés ; les uns servant de soutien aux autres (Haberey-Knuessi et al., 2013). L'informatisation du secteur de santé est intervenue dans un contexte particulier, marqué par la volonté de réorganiser le travail médical et accroître la production du travail. Même si ce progrès techniques permet de vite diagnostiquer et de mieux traiter certaines maladies, mais la communication interpersonnelle reste délinquante au sein de ce processus qui au fil de temps aboutit à une mauvaise relation (Bonneville & Grosjean, 2009).

La mauvaise communication soignant-soigné est plus dangereuse qu'une erreur technique dans 60% de cas (Pelsy & Sibue-Decaigny, 2006). La communication joue un rôle crucial dans les soins de santé. Des médecins et des infirmiers des hôpitaux au Canada sont souvent confrontés à de nombreux recours en responsabilité civile en raison de problèmes de communication. L'infirmier est le plus souvent au centre de processus communicationnel entre les clients et les autres membres d'équipe soignante. C'est pourquoi il est indispensable qu'il comprenne les principes de la communication efficace pour bien remplir ses responsabilités (Société de Protection des Infirmiers et Infirmières du Canada, 2016).

La hiérarchie des relations sociales est très marquée en Afrique subsaharienne, particulièrement dans le secteur de la santé. C'est pourquoi les malades se voient d'un statut inférieur aux soignants et n'essaient même pas contredire les prestataires de soins ou de leur adresser des questions pendant les consultations (BEREPA et al., s. d.). La communication est un guide indispensable pour les professionnels de la santé en milieu hospitalier, surtout lorsqu'ils doivent traiter un patient étranger. Quand le personnel médical manque de compréhension du principe de la communication et de la culture du patient, cela peut entraîner des désaccords entre eux (Uysal, 2010).

La communication soignant-soigné constitue un des piliers majeurs des soins infirmiers ; en outre, elle est très insignifiante dans la profession des infirmiers. La qualité des soins reçus est étroitement liée à la communication entre les professionnels et les patients, malheureusement dans un bon nombre d'hôpitaux de la RDC les soignants des services de garde ne tiennent pas compte de leurs malades (Bonso, 2023). Les malades accusent les soignants de les interrompre à plusieurs reprises au service de la consultation et de manque de temps pour les écouter. La plupart des malades ne sont pas informés de leur diagnostic et de traitement à recevoir et sont inquiets de l'usage des termes médicaux par les soignants rendant difficile leur compréhension (Kafumbi, 2024).

Nos observations à l'Hôpital Général de Référence de Bagira ont révélé de nombreuses plaintes des patients à la caisse de l'hôpital selon lesquelles il y avait soit la surfacturation des soins soit la délivrance des médicaments non prescrits ou ordonnances pour achat des médicaments hors hôpital. D'autres se plaignaient de n'avoir pas été informés de la nature de soins ou des détails sur la facturation.

La présente étude a pour objectifs de déterminer les coûts des soins au service de facturation à l'HGR-Bagira, d'évaluer la formation et les connaissances des personnels soignants au sujet de CIP à HGR-Bagira et de relever les facteurs influençant négativement la communication interpersonnelle à l'HGR-Bagira.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. La localisation de l'HGR BAGIRA

La présente étude s'est déroulée à l'Hôpital Général de Référence (HGR) de Bagira dans la Zone de Santé Urbano-rurale de Bagira-Kasha en Province du Sud Kivu en République Démocratique du Congo.

2.2.Type d'étude, population cible, Technique de l'échantillonnage et échantillon

Cette étude est descriptive transversale à visée analytique. La population de cette étude est constituée de tous les personnels de l'Hôpital Général de Référence de Bagira et des malades hospitalisés à l'Hôpital Général de Référence de Bagira pendant la période d'étude.

Nous avons utilisé la technique d'échantillonnage exhaustif. Ainsi l'échantillon de cette étude a été constitué de 36 personnels et 106 malades enquêtés.

2.3.Collecte de données, traitement et analyse des données

Pour collecter les données de cette étude, nous avons utilisé le questionnaire adressé aux prestataires, celui adressé aux malades et la grille d'observation de la communication interpersonnelle au sein de l'HGR Bagira. Les données ont été saisies et encodées dans une base des données du logiciel Excel. Ensuite, elles ont été exportées dans le logiciel EPI INFO en vue de traitement des données qui ont été présentées en %. Pour mesurer l'association des variables, nous avons fait recours au test de chi-carré au seuil de 0,05.

2.4.Considérations éthiques

Pour le présent travail, une autorisation de la recherche a été obtenue auprès des autorités de la structure sanitaire de l'Hôpital Général de Référence de Bagira. C'est ce qui nous a permis de nous présenter aux enquêtés, de montrer la nécessité et l'importance de cette étude plus particulièrement à l'HGR-Bagira.

Pour mener cette étude, nous avons rassuré les personnels et les malades sur l'anonymat et le respect strict de leur intégrité, afin d'avoir leur consentement libre et éclairé et leur accord de participer à cette recherche.

3. RESULTATS

3.1.Caractéristiques des enquêtes

3.1.1. Caractéristiques des malades

Tableau 1 : caractéristiques sociodémographiques des malades

Variables	Effectifs (n=106)	%
Age (années)		
<18	7	6,6
18-35	50	47,2
36-70	49	46,2
Sexe		
Féminin	77	72,6
Masculin	29	27,4
Etat civil		
Non mariés (célibataire, veufs ou divorcé)	44	41,5
Mariés	62	58,5
Niveau d'études		
Sans niveau	13	12,3
Primaire	13	12,3
Secondaire	65	61,3
Universitaire	15	14,1
Confession		
Protestante	51	48,1
Catholique	44	41,5
Musulmane	11	10,4
Profession		
Ménagère	62	58,5
Cultivateurs	12	11,3
Enseignants	5	4,7
Commerçants	27	25,5
Séjour à l'hôpital (jours)		
<3	3	2,8
3-6	55	51,9
>6	48	45,3
Service d'hospitalisation		
Maternité	33	31,1
Médecine interne	26	24,5
Chirurgie	29	27,4
Pédiatrie	18	17,0

Il ressort du tableau 1 que la majorité des enquêtés avait l'âge compris entre 18 et 35 ans ; ils étaient en prédominance de sexe féminin et mariés avec un niveau d'études secondaires, près de la moitié était de confession protestante, exerçant la profession ménagère. Ils ont séjourné pour près de la moitié pendant 3 à 6 jours, alors que près d'un tiers ont été à la maternité, en médecine interne et en chirurgie respectivement.

3.1.2. Caractéristiques sociodémographiques des personnels

Tableau 2 : caractéristiques sociodémographiques de personnel

Variables	Effectifs (n=36)	%
Age (années)		
18-35	16	44,44
36-70	20	55,56
Sexe		
Féminin	20	55,6
Masculin	16	44,4
Etat civil		
Non mariés (célibataires, veufs, séparés)	13	36,1
Mariés	23	63,9
Niveau d'études		
A3	3	8,3
D6	2	5,7
A2	9	25
A1	16	44,4
A0	6	16,6
Qualification		
Infirmier	18	50,0
Médecin	5	13,9
Sage-femme	3	8,3
Agent d'administration	8	22,2
Pharmacien	1	2,8
Technicien de Laboratoire	1	2,8
Religion		
Protestante	17	47,2
Catholique	19	52,8
Expérience professionnelle (années)		
< 2	4	11,1
2-5	16	44,4
6 -10	5	13,9
>10	11	30,5

Il découle du tableau 2 que plus de la moitié avait l'âge compris entre 35 et 70 et de sexe féminin. La plupart étaient mariés, de niveau d'études universitaires. Près de la moitié étaient des infirmiers et de la confession protestante et d'une expérience professionnelle d'au moins 2 ans

3.2.Niveau de communication interpersonnelle

Tableau 3 : niveau de communication interpersonnelle à l'HGR-Bagira

Eléments de CIP	AD&Fi	MI	CH	GY&MA	PED	PH	LA	TOTAL N=7
1. Identifier les besoins en communication interpersonnelle avec les collègues et les clients.	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	7(100,0)
2. S'assurer que le message transmis est clair et compris	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	7(100,0)
3. Vérifier si le message transmis est bien reçu, compris et interprétés selon le feed-back des collègues des clients	0(00)	1(100)	0(00)	1(100)	0(00)	1(100)	1(100)	4(57,14)
4. Se sentir à l'aise sans malentendu de communiquer avec :								
Collègues	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	7(100,0)
les clients/ malades	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	7(100,0)

membre des familles des malades	1(100,0)	0(00)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	0(00)	1(100,0)	5(71,42)
5. S'exprimer le plus souvent avec clarté et dans les termes approprié	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	7(100,0)
6. Tenir compte de l'environnement calme et stable pendant la communication interpersonnelle	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
7. Avoir bénéficié des formations, séminaire CIP	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
8. Témoigner de la forme de la CIP								
Formelle	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	7(100,0)
Informelle	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	7(100,0)
9. Témoigner du contexte de la communication interpersonnelle								
prescription médicale et administration de soins	0(0,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	4(57,1)
Achat médicaments	0(0,0)	0(00)	0(00)	0(00)	0(00)	1(100)	0(0,0)	1(14,2)
Administration, gestion et facture	1(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(14,2)
Analyse de laboratoire	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(100,0)	1(14,2)
10. S'assurer de communiquer dans une langue compréhensive								
Français avec les collègues et malades	1(100,0)	0(0,0)	1(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(100,0)	1(100,0)	4(57,1)
Kiswahili avec collègues et malade	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	1(100,0)	7(100,0)
MOYENNE								63,8

AD & FI : Administration et finance MI : Médecine interne CH : Chirurgie GY& MA : Gynécologie et Maternité PE : Pédiatrie TP : Pharmacie LA : Laboratoire

Il ressort du tableau 3 que certains éléments tels que : Identifier les besoins en communication interpersonnelle avec les collègues et les clients, S'assurer que le message transmis est clair et compris ont été réalisés. D'autres éléments tels que tenir compte de l'environnement calme et stable pendant la communication interpersonnelle, Avoir bénéficié des formations du séminaire sur la communication interpersonnelle ne sont pas du tout réalisés à l'HGR-Bagira.

Coûts des soins à la facturation en Dollars américains

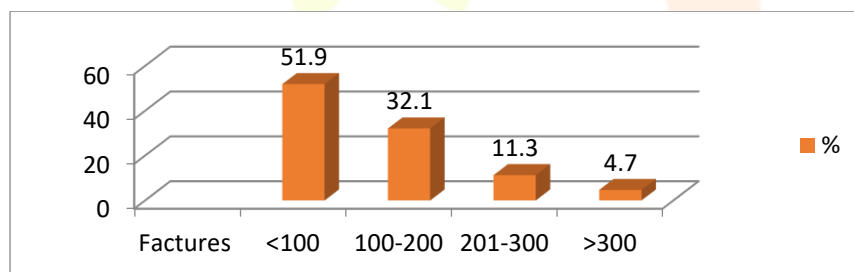
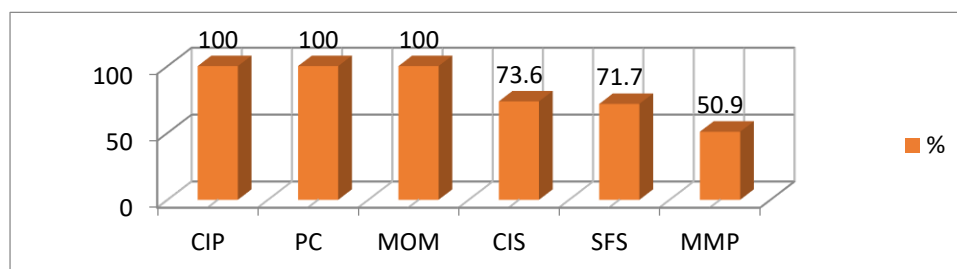


Figure 1 : Coûts des soins à la facturation selon les malades

La figure 1 et 2 montrent que la raison de la facturation des malades était l'accouchement suivi de paludisme, alors que près de la moitié des malades ont été facturés à une somme inférieure à 100 dollars américains.



CIP : Communication interpersonnelle ; PC : Pratique de la communication ; MOM : Moyen oral utilisé pour communiquer ; CIS : Communication soignant-soigné ; SFS : Surfacturation des soins ; MMP : Malentendu malades-prestataires.

Figure 2 : quelques éléments des connaissances des malades sur la CIP

La figure 2 montre que la plupart d'enquêtés savaient que la CIP était importante et la pratiquait en utilisant plus le moyen oral. La majorité a évoqué avoir connu le cas de surfacturation et avoir déjà eu le malentendu avec les soignants.

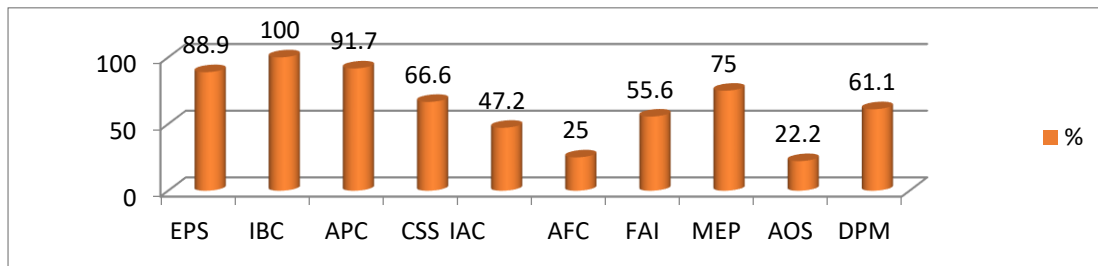
3.3. Connaissances des personnels et des malades sur la CIP

3.3.1. connaissance des malades sur la CIP

Tableau 4 : éléments des connaissances à propos de la communication interpersonnelle

Variables	Effectifs (n=106)	%
Appréciation de l'accueil		
Très bien	72	67,9
Bien	24	22,6
Assez bien	7	6,6
Mauvais	3	2,8
Importance de la communication interpersonnelle		
Parler de son problème sanitaire aux soignants	58	54,7
Permettre aux soignants de faire un bon diagnostic et donner les soins	44	41,5
Pour demander des conseils aux soignants et Etablir un climat de confiance	4	3,7
Avec qui pratiquer la communication		
Infirmier	81	76,4
Médecin	25	23,6
Moment de communication		
Administration des soins	55	51,9
Consultation	16	15,1
Quand on se sent très mal	35	33,0
Raison en défaveur de la communication avec les soignants (n=22)		
Les soignants viennent rarement dans notre service sauf pour les soins	5	17,8
soignants nous sous estiment et Ils sont toujours surchargés	17	82,2
Proportion de surfacturation (n=78)		
50-70% cas	18	23,1
10-49% cas	22	28,2
Moins 10% cas	38	48,7
Intention de surfacturation (n=78)		
Augmenter recettes	22	28,2
Compenser les cas	20	25,6
Montre travaille bien	34	43,6
Pour malades riches	2	2,6
Attribution surfacturation (n=78)		
Agent finances et Agents caisse collectivement	20	25,6
Soignants	35	44,8
Direction l'HGRB	23	29,5
contexte de malentendu (n=54)		
Horaire et administration des soins	6	11,1
Facturation des soins	2	3,7
Retard de soins	8	14,8
Souhaits du malade	38	70,4

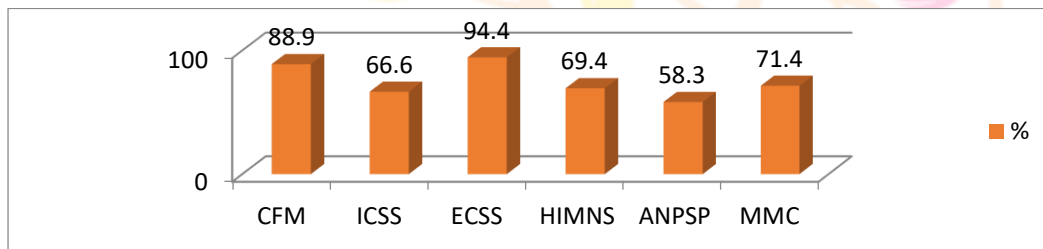
Le tableau 4 montre que la majorité d'enquêtés a été très bien accueillie et a trouvé que la CIP est importante pour parler de leurs problèmes de santé aux infirmiers pendant l'administration des soins et d'après ceux qui estimaient que l'état de communication était négatif. Ils le justifiaient en disant que les soignants les sous estimaient. La surfacturation a été observé à moins de 10 sur 100 malades et était attribuit pour la majorité aux soignants. La plupart d'enquêtés ont eu des malentendus avec les soignants dans le contexte de non-respect de leurs souhaits.



EPS : Entendu parler de la CIP ; IBC : Identification des besoins de communiquer avec les collègues ; APC : Avoir pratiqué la communication interpersonnelle dans les 12 mois ; CSS : Importance de la communication soignant-soigné ; IAC : Importance accordée par les autorités sur la communication interpersonnelle ; AFC : Avoir été formé en communication interpersonnelle ; FAI : Formation a eu l'impact ; MEP : malentendus entre personnel pendant la communication interpersonnelle ; AOS : Avoir observé la surfacturation ; DPM : Désaccord avec la prescription médicale.

Figure 3: Quelques éléments des connaissances et de formation des personnels sur la CIP

La figure 3 montre que la plupart d'enquêtés ont déjà entendu parler de la communication interpersonnelle et l'ont tous déjà pratiquée, ils ont relevé que la communication soignant –soigné est importante et environ la moitié des personnels formés a avoué que la formation avait eu de l'impact. La plupart d'acquêtés ont déjà eu de malentendus entre eux et ont été aussi déjà en désaccord avec la prescription médicale.



CFM : Communication fréquente avec les malades ; ICSS : Importance de la communication soignant- soigné ; ECSS : Etat de la communication soignant- soigné ; HIMNS : Habitude d'informer les malades sur la nature des soins ; ANPSP : Adresser même message lors de la prestation des soins ; MMC : Malentendu avec les malades pendant les soins

Figure4 : Quelques éléments des connaissances des personnels sur CIP avec les malades

La figure 4 montre que la plupart d'enquêtés communiquaient fréquemment avec les malades et savaient que la communication soignant-soigné était importante. Ils ont évoqué que l'état de la communication était positive et ils avaient l'habitude d'informer les malades sur la nature de soin à donner, alors qu'ils adressaient le même message lors de la prestation de soin.

3.3.2. Connaissance des personnels sur la CIP

Tableau 4: Moyens de communication, information et appréciation de la CIP

Variables	Effectifs (n=36)	%
Moyens de communication utilisés		
Oral	30	83,3
Ecrit	6	16,7
Occasion d'information en CIP		
Ecole	28	77,8
Radio/ Télé	2	5,6
Séminaire/formation	6	16,6
Besoins identifiés avec collègues en CIP		
En termes de prescription	6	16,7
En termes d'administration des soins	23	63,9
En terme de facturation ou conforme au cout et tarif	7	19,4
Appréciation de la communication interprofessionnelle		
Très bonne	8	22,2
Bonne	22	61,1
Assez-bonne	6	16,7
Importance de la CIP (n=28)		
Permet d'avoir un commun accord sur les soins à donner et tenir le même langage auprès des malades	11	33,3
Permet d'assurer la continuité de soins	3	9,1
Permet de minimiser le risque et l'erreur lors d'administration de soin	14	42,4
Proportion de la surfacturation (n=8)		
Moins de 10% de cas	7	87,5
Entre 10 et 49% des cas	1	12,5
Intention de la surfacturation (n=8)		
Augmenter les recettes de l'HGR pour son fonctionnement	5	61,5
Montre qu'on travaille bien	1	12,5
Pour les malades riches	2	25,0
Responsable de la surfacturation (n=8)		
Aux agents de la caisse et des finances	3	37,5
A la direction de l'HGR de Bagira	3	37,5
Soignants	2	25,0

Il découle du tableau 5 que la plupart d'enquêtés utilisaient le moyen oral pendant la CIP et l'ont appris à l'école. Ils communiquaient pendant l'administration de soins et l'estimaient être bonne, car la CIP permet de minimiser les risques et les erreurs lors d'administration de soins.

3.4.Facteurs déterminant le malentendu entre malade-soignant

Le tableau 6 présente les facteurs déterminant le malentendu entre malade-soignant pendant la communication interpersonnelle.

Tableau 6: facteurs déterminant le malentendu entre malade-soignant

Variable	Malentendu		P
	Non	Oui	
Niveau d'études			
Sans	7(53,9)	6(46,2)	0,491
Primaire	8(61,5)	5(38,5)	
Secondaire	32(49,2)	33(50,8)	
Universitaire	5(33,3)	10(66,7)	
Accueil			
Très bien	42(80,8)	30(55,6)	0,022
Bien	6(11,5)	18(33,3)	
Assez bien	2(3,9)	5(9,3)	
Mauvais	2(3,9)	1(1,9)	
Surfacturation			
Non	26(50,0)	4(7,4)	0,001
Oui	26(50,0)	50(92,6)	
Profession			
Cultivateurs	6(50,0)	6(50,0)	0,121
Enseignant	2(40,0)	3(60,0)	
Commerçant	9(33,3)	18(66,7)	
Ménagère	29(63,0)	17(36,9)	
Elève/étudiant	6(37,5)	10(62,5)	
Cout des soins en dollars \$US)			
<100	34(65,4)	21(38,9)	0,000
100-200	8(15,4)	28(51,9)	
201-300	10(19,2)	4(7,4)	
>300	0(0,0)	1(1,9)	

Il ressort du tableau 7 que l'accueil des malades ($p=0,022$), la surfacturation ($p=0,001$) et de coût de soins ($p=0,000$) influencent de manière statistiquement significative les malentendus au cours de la communication interpersonnelle.

4. LA DISCUSSION

4.1. Moyens de communication, d'information, de formation, malentendu, surfacturation et appréciation de la CIP

Les enquêtés utilisaient le moyen oral pendant la CIP (83,3%) et l'ont appris à l'école (77,8%). Ils communiquaient pendant l'administration de soins (63,9%), car elle permettait de minimiser les risques et les erreurs lors des administrations de soins (42,4%). La plupart avaient eu de conflits au service avec les collègues suite à la mauvaise planification des soins et la surcharge de travail (73,1%). La majorité ont évoqué avoir connu le cas de surfacturation (71%).

Ce résultat est conforme à celui de Lionel bal et et al (2021) qui ont trouvé dans leurs études portant sur les difficultés de communication entre soignant et soignants qu'une majorité des intervenants a évoqué les coûts financiers importants liés aux soins et aux traducteurs qui leurs permettaient d'accéder aux soins.

Par ailleurs, Hanane a trouvé que plus de la moitié des malades questionnés ont indiqué qu'ils sont parfois en conflit avec les infirmiers, parce que ces derniers ne donnent pas assez d'informations et d'explications lorsqu'ils leurs posent des questions.

4.2. NIVEAU DE COMMUNICATION INTERPERSONNELLE

Le niveau de communication interpersonnelle était 63,8% en moyenne et certains éléments tels qu'identifier les besoins en communication interpersonnelle avec les collègues et les clients, s'assurer que le message transmis était clair et était compris ont été réalisés.

Le résultat de l'étude d'Hanane se rapproche à celui de notre étude. Il a trouvé que le niveau de communication interpersonnelle était de 52% en moyenne. La plupart des soignants ont dit qu'identifiaient durant leur profession les besoins fondamentaux des malades en CIP. Par contre, 60% des malades n'avaient pas eu d'information sur leur maladie, et les traitements donnés, alors que 53 % avaient le sentiment d'être considérés comme un objet de soin, à cause de l'insuffisance en communication et en relation soignant-soigné.

Nos résultats sont supérieurs à ceux trouvés par Hemidi dans son étude portant sur La communication entre l'équipe soignante paramédicale. En effet, il a trouvé que 37% des paramédicaux disaient que la qualité de la communication était moyenne, et 34% parmi eux disaient qu'elle était mauvaise. Aussi 86% des paramédicaux pensaient que la qualité de soins venaient par la bonne communication, 80% des paramédicaux qui avaient déjà étudié le module de la communication dans leurs formations initiales confirmaient qu'elles n'étaient pas suffisante.

4.3 FACTEURS ASSOCIES AUX MALENTENDUS ENTRE MALADES-SOIGNANTS

Notre étude a montré que les facteurs associés aux malentendus entre les malades et les soignants ont été l'accueil ($p=0,022$), la surfacturation ($p=0,001$) et le cout de soins en dollars ($p=0,000$).

Il est courant dans le secteur de santé de constater que lorsque l'accueil est froid, le risque de faible communication interpersonnelle l'est et de ce fait, de malentendu est grand. De même, la surfacturation dans un contexte où la plupart des malades ont un faible revenu suscite également des malentendus entre les malades et les prestataires, surtout si ces derniers sont moins ouverts aux dialogues.

A ce sujet, l'étude de Nathalie a réalisé que plusieurs facteurs peuvent influencer l'état de la CIP entre soignant-soigné et aboutir aux malentendus entre ces derniers. Il s'agit des facteurs tels que : expériences antérieures négatives du client (accueil, coopération avec les soignants,...) peuvent influencer sa façon de penser et de se comporter face au professionnel et vis-à-vis de son traitement. Les obstacles liés à l'environnement du client principalement des jugements véhiculés par l'entourage face au traitement. Par exemple arrêter de payer dans le vide, ça ne donne rien. La durée de la maladie : une maladie qui dure longtemps vient épuiser les ressources et l'énergie du client.

Ce résultat est contraire à celui trouvé par Hanane, qui a remarqué dans son étude que près de 46% des malades ont affirmé que l'accueil était de moyenne qualité et 60% ont répondu que la relation soignant-soignée est moyenne, alors que 20% la considèrent comme mauvaise. Aussi 53% ont eu le sentiment d'être considéré comme un objet de soin, à cause de l'insuffisance en communication et en relation soignant-soigné.

Par ailleurs, Ousmane a mentionné dans son étude que 72% des patients/usagers enquêtés ont respectivement eu une mauvaise impression de l'accueil et de la façon dont communiquaient les agents en service aux urgences des CHU. Les enquêtés ont trouvé que les agents au niveau de l'accueil sont « peu aimables », « non empathiques », « lents », « peu chaleureux », et ne « souriaient presque pas ».

CONCLUSION

La Communication constitue l'élément fondamental dans toute relation humaine; elle est particulièrement importante dans la relation soigné-soignant. En effet, il est difficile d'obtenir les résultats souhaités en cas d'absence ou d'insuffisance de communication durant la prise en charge des patients en milieu hospitalier. Pour créer avec les clients un climat de confiance, il est nécessaire que les soignants comprennent qu'ils ont à faire avec des personnes vivant dans un état de stress suite à la maladie et qu'il leur importe de bien maîtriser les différents processus et principes de communication interpersonnelle et les facteurs susceptibles de l'influencer négativement, afin d'établir avec les soignés des relations fructueuses.

Cette étude met en lumière les enjeux cruciaux de la communication interpersonnelle (CIP) au sein de l'Hôpital Général de Référence de Bagira, soulignant que les défis de communication entre soignants et soignés sont à la base des tensions et des malentendus dans la prise en charge des patients. Les données révèlent également que les facteurs socio-économiques, tels que le niveau d'accueil et le coût des soins, influencent significativement la qualité des échanges. De plus, la surfacturation des soins a été identifiée comme un point de désaccord, contribuant à un climat d'insatisfaction parmi les patients.

Malgré le fait d'être submergés par les tâches et de manque de temps, il est nécessaire pour les soignants de faire de la communication avec les soignés une priorité dans leur travail. Ils doivent prendre en compte la communication de la même manière que les soins prodigués

Au vu de ce qui suit, nous recommandons:

Au ministère provincial de la santé :

- De réguler le prix de soins pour lutter contre certaines antivaleurs qui peuvent survenir et altérer le bon fonctionnement de cette structure et tenir l'image de notre système de santé.

A la Division Provinciale de Santé, au Bureau Central de Zone et au Comité de gestion de l' HGR-Bagira :

- Assurer la formation continue et le recyclage des personnels soignants en matière de la communication interpersonnelle dans la prise en charge des malades et surtout mettre la formation en pratique.

Au personnel de l'HGR-Bagira

- Tenir compte de l'environnement pendant la communication interpersonnelle, car celui-ci peut influencer soit négativement ou soit positivement sur la qualité de message transmis ou reçu.
- Aux agents du service de finance d'avoir du temps pour expliquer aux malades les différentes rubriques qui font l'objet de la facturation afin de mettre ces derniers dans la situation de la confiance et surtout éviter la surfacturation de soins.
- Tenir compte du souhait des malades pendant l'administration de soins et pendant la communication, car ces derniers ne doivent pas être considérés comme les objets de soins. Mais doivent être traités avec tout humanisme et dignité afin de favoriser une bonne relation.

REFERENCES

1. Berepa, O. C., Faton, D.-L. L., & Houadjeto, A. H. N. (n.d.). Étude de la communication des agents en services aux urgences à l'endroit des patients/usagers dans les CHU au Bénin. Consulté le 4 septembre 2024, à l'adresse <http://djioul.org/wp-content/uploads/2022/12/Ousmane-Chaa-BEREPA-De-Laure-Laurent-FATON-Akouavi-H.-L.-Natacha-HOUADJETO.pdf>
2. Bonneville, L., & Grosjean, S. (2009). L'ordinateur portable en soins à domicile : L'espace interactionnel soignant/soigné en mutation. Questions de communication, 15, 261-278. <https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.594>
3. Bonso, S. K. N. W. (2023). Déterminants de la mauvaise qualité des relations soignants-soignés dans des formations sanitaires : cas de l'Hôpital général de référence de Tshikapa. International Journal of Social Sciences and Scientific Studies, 3(6), 3280-3297. <https://www.ijssass.com/index.php/ijssass/article/view/243>
4. Haberey-Knuessi, V., Heeb, J.-L., & De Paula, É. M. (2013). L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. Recherche en soins infirmiers, 115(4), 8-18.

5. Hanane, A. (2018). L'importance de la communication dans la relation soignante-soigné. Université Abdelhamid Ibn, Mostaganem.
6. Hemidi, A. (2015). La communication entre l'équipe soignante paramédicale. Institut national de formation supérieure paramédicale de Biskra, 20-30.
7. Idir, N. (2016). Le rôle de la communication entre soignant et soigné dans le processus de prise en charge : Cas du service des urgences à l'hôpital d'Amizour de la Wilaya de Bejaïa. Faculté des sciences humaines et sociales, Université Abderrahmane Mira Bejaïa.
8. Kafumbi, J., et al. (2024). La communication soignant-soigné en milieu hospitalier : Étude menée à l'hôpital général de référence de Kenge. *International Journal for Multidisciplinary Research*. <https://doi.org/gtn32q>
9. Lionel, B., et al. (2021). Difficultés de communication entre soignants et soignés rencontrées lors de leur prise en charge aux urgences des migrants allophones de langue arabe. UNIL, Faculté de biologie et de médecine.
10. Mantz, J.-M., Wattel, F., Barois, A., Banzet, P., Dubousset, J., Glorion, B., Godeau, P., Goulon, M., Gall, L., Loisançe, D., Paolaggi, J. B., Pellerin, D., Queneau, P., Safavian, A., Vayre, P., & Wattel, F. (2006). Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 190(9), 1999-2011. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)33142-5](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)33142-5)
11. Nathalie, P. (2019). La communication interpersonnelle en santé. Presses de l'Université Laval.
12. Ousmane, C. (2022). Étude de la communication des agents en services aux urgences à l'endroit des patients/usagers dans les CHU au Bénin. Institut Universitaire Panafricain.
13. Pelsy, D. H. B., & Sibue-DeCaigny, C. (2006). Accès aux soins des populations défavorisées : La relation soignant-soigné. *Laennec*, 53(2), 18-30.
14. Société de Protection des Infirmiers et Infirmières du Canada. (2016). La communication. Vol. 15, no 3, version québécoise.
15. Uysal, A. (2010). Les différences culturelles et leur impact sur la relation soignant-soigné. <https://sonar.ch/erodoc/24930>

