

La Communication Soignant-Soigné En Milieu Hospitalier. Etude Menée A l'Hôpital Général De Référence De Kenge, Kwango, Rép. Dém. Congo

**Joël Kafumbi Katsiatsia¹, Malu Mayituka Nawa²,
Julie Mandefo Kambamba³, Trésor Mundele Lemba⁴,
Jean-Claude Tsangu Pondenu⁵, et Amisi Kokobo Kikanda⁶**

¹Infirmier, Chef de Travaux, Enseignant-Chercheur, Institut Supérieur des Techniques Médicales Marie Reine de la Paix de Kenge (ISTM-MRP), Kenge, Kwango

^{4,5}Médecin Généraliste, Médecin des Hôpitaux, Division Provinciale de la Santé du Kwango, RDC

^{2,3,4,5,6}Assistant, Institut Supérieur des Techniques Médicales Marie Reine de la Paix de Kenge (ISTM-MRP), Kenge, Kwango

⁶Infirmier, Inspecteur, Inspection Provinciale de la Santé du Kwango, RDC

Résumé

Cette étude a porté sur la communication soignant-soigné en milieu hospitalier. Le but poursuivi était d'explorer la qualité de la communication soignant-soigné à l'Hôpital Général de Référence de Kenge. La technique d'entretien semi-structuré a été utilisée pour collecter les données. L'échantillon de l'étude était non probabiliste de convenance constitué de 49 sujets. Les principaux résultats ont montré que 61,2% des patients communiquent régulièrement avec le personnel soignant ; 57,1% des patients se sentent moins en confiance lors de leurs communications avec les soignants ; 55,6% de communication a porté sur le diagnostic et le traitement, et 32,7% des patients estiment des explications très claires sur leurs maladies. Parmi les problèmes relevés dans cette communication 37,5% estiment que les soignants sont trop occupés et 16,7% estiment que les soignants manquent de culture de communication. La communication est une clé de réussite dans la relation soignant-soigné car elle peut faciliter ou compliquer les relations thérapeutiques. Il est donc plus que nécessaire de former les soignants en matière de communication

Mots-clés: Communication, soignant-soigné, milieu hospitalier, Kenge

Abstract

This study focused on the issue of nurse-caregiver communication in the hospital environment. The aim was to explore the quality of caregiver communication at the Kenge HGR. The semi-structured interview technique was used to collect data. The study sample was a non-probability convenience sample of 49 subjects. The main results showed that 61.2% of patients communicated regularly with healthcare staff; 57.1% of patients felt less confident in their communication with caregivers; 55.6% of communication focused on diagnosis and treatment, and 32.7% of patients felt that explanations of their illnesses were

very clear. Among the problems identified in this communication, 37.5% felt that carers were too busy, and 16.7% felt that carers lacked a communication culture. Communication is a key to success in the caregiver-patient relationship, as it can facilitate or complicate therapeutic relations. It is therefore more than necessary to train caregivers in communication skills.

Keywords: Communication, Caregiver-Caregiver, Hospital, Kenge

1. Introduction

Les patients qui se rendent dans un établissement de santé sont souvent confrontés à une grande anxiété, une peur et une détresse. Ceci peut avoir un impact significatif sur leur interaction avec les professionnels de la santé. Il est essentiel que ces professionnels soient en mesure d'apaiser ces anxiétés afin d'améliorer la satisfaction des patients à l'égard des soins qui leur sont prodigués. Malheureusement, les données indiquent qu'il existe un manque d'interaction thérapeutique efficace entre les infirmières et les patients, non seulement dans les hôpitaux, mais aussi dans les environnements cliniques du monde entier, en particulier en Afrique subsaharienne. Il est important de souligner que la satisfaction des patients et les expériences positives sont des éléments clés pour obtenir de meilleurs résultats en matière de traitement. Des études ont montré que la communication thérapeutique de qualité est liée à la satisfaction des patients et à des expériences agréables (Appiah et al., 2023).

Une communication claire et efficace entre un médecin et son patient est un aspect essentiel de la pratique médicale. En effet, une communication efficace permet d'aborder de manière approfondie les problèmes de santé, ce qui facilite les diagnostics et les plans de traitement. De plus, une bonne communication établit des relations positives et saines avec les patients. Il est important de noter que le comportement des patients peut influencer la qualité de la communication. En effet, l'anxiété et la peur peuvent rendre les patients moins enclins à partager les informations nécessaires pour poser un diagnostic approprié. Par ailleurs, les comportements des médecins, tels que l'évitement, la non-divulgence d'informations ou le découragement de la collaboration, peuvent également avoir un impact sur la qualité de la communication (Lee et al., 2020).

En obstétrique et gynécologie, il a été constaté que les erreurs médicales entraînent des coûts de santé élevés et des conséquences négatives pour les femmes et leurs nouveau-nés. Les erreurs de communication ont été identifiées comme la principale cause de 72 % de tous les décès périnataux. Pour réduire ces erreurs et garantir la sécurité des patients, il est essentiel de promouvoir une bonne communication entre les patients et les prestataires de soins, ainsi qu'une communication efficace entre les professionnels de la santé (Lippke et al., 2021).

L'hôpital est une institution thérapeutique qui repose sur des relations asymétriques, voire complémentaires. Son rôle ne se limite pas uniquement aux soins, mais il est également considéré comme un lieu de formation pour les équipes médicales et soignantes, un lieu de prévention et de recherche. Les pratiques de communication dans le domaine de la santé sont confrontées à plusieurs défis liés à l'individu, à la gestion des connaissances et à la culture organisationnelle, entre autres. Cette dernière peut être considérée comme un avantage décisif ou comme un obstacle, voire une résistance au changement (Amsidder & Bendahan, 2019).

Chaque jour, on attribue à la communication interne la responsabilité de divers dysfonctionnements, tels que des problèmes structurels. Les causes d'une communication infructueuse à l'hôpital sont liées à l'écart entre ce qui existe et ce qui est souhaité. Cela peut s'expliquer par un manque de communication,

d'information, de croyances, de valeurs ou de compétences. Ainsi, les hôpitaux qui ne réussissent pas sont confrontés à de nombreux problèmes (Mohammed, 2020).

Le patient a le droit de recevoir une information loyale, claire et appropriée, qui est essentielle pour sa prise de décision et l'expression de ses choix en toute autonomie. En effet, la "démocratie des soins" entre le soignant et le soigné repose sur la valeur et la pertinence de l'information échangée. Cette information doit être exprimée de manière simple, en se concentrant sur les aspects essentiels pour une compréhension claire, tout en étant adaptée au rythme et aux représentations de l'interlocuteur, en prenant en compte ses interrogations, ses attentes et ses besoins. Cet effort pour le médecin d'informer et de communiquer contribue à maintenir chez le patient l'estime de soi et constitue un soutien essentiel (Stiefel, Rousselle et Guex, 2002).

La communication entre les membres de l'équipe de soins et leurs patients est cruciale pour assurer des soins médicaux sûrs et efficaces. Les échecs de communication peuvent compromettre la sécurité des patients. Des études observationnelles et des vidéos réalisées en chirurgie ont révélé que des échecs de communication se produisaient fréquemment pendant les interventions chirurgicales : ils étaient observés dans 30 % des communications pertinentes pour la procédure, se produisaient toutes les quelques minutes pendant la procédure et contribuaient à des incidents mettant en danger la sécurité des patients (Douglas et al., 2021).

Une mauvaise communication est souvent à l'origine d'incidents indésirables dans les hôpitaux du monde entier, entraînant des dommages et même la mort des patients, ainsi que des plaintes de la part des patients. L'un des aspects les plus courants, les plus critiques et les plus problématiques de la communication en milieu hospitalier est le transfert de responsabilité clinique, c'est-à-dire le transfert de la charge des soins aux patients entre les professionnels de la santé. Une communication inadéquate lors de ce transfert est un facteur clé contribuant aux préjudices subis par les patients, avec 80 % des incidents indésirables impliquant une mauvaise communication lors du transfert. (Chien et al., 2022).

La communication soignant-soigné fait l'objet des préoccupations chez les patients fréquentant l'Hôpital Général de Référence de Kenge (HGR Kenge). Les patients se plaignent d'avoir été interrompu à plusieurs reprises alors qu'ils expliquaient aux soignants ce qu'ils ressentaient. Ils observent un manque de temps d'écoute de la part des soignants, consacrant la quasi-totalité de leur temps à l'administration des soins et à d'autres tâches administratives. Plusieurs patients n'ont pas d'information claire et précise sur leur diagnostic et traitement. Certains se plaignent de l'usage des termes techniques rendant ainsi la compréhension difficile, augmentant ainsi leurs inquiétudes et frustrations.

Le but poursuivi dans cette étude était d'explorer la qualité de la communication soignant-soigné à l'HGR de Kenge, à travers les objectifs suivants : (i) Décrire le niveau de compréhension des patients dans leurs échanges avec les soignants ; (ii) Identifier les difficultés et les obstacles liés à la communication soignant-soigné à l'HGR de Kenge.

2. Matériel et méthode

2.1. Présentation du milieu d'étude

Notre milieu d'étude est l'hôpital Général de Référence Conventionné Catholique (HGRCC) de Kenge. L'HGRCC de Kenge est situé sur l'Avenue Dispensaire dans la ville de Kenge, Chef-lieu de la Province du Kwango, dans la Zone de Santé Rurale de Kenge, Province du Kwango en République Démocratique du Congo (RDC). Il est à 275 Km de Kinshasa, dans la route nationale N°1 entre Kinshasa-Kikwit. L'HGRCC de Kenge offre un paquet complémentaire d'activités en tant qu'Hôpital Général de Référence.

Il organise les activités curatives, préventives et promotionnelles. Sa structure administrative comprend un comité de gestion, un Comité Directeur de l'Hôpital. L'état Congolais a cédé par convention la gestion cet hôpital à l'ASBL Diocèse de Kenge. Sur le plan technique, l'HGRCC de Kenge fonctionne avec 92 agents dont 6 Médecins, deux Administrateurs Gestionnaires, 3 Nutritionnistes, 3 techniciens de laboratoire et 3 microscopistes ; 49 infirmiers dont un Directeur de Nursing; 4 accoucheuses et sages-femmes, 7 travailleurs ordinaires et 9 personnel Administratif. Cette équipe soignante assure des soins préventifs, curatifs pour aboutir à un bon rétablissement de l'état sanitaire des patients hospitalisés ou ambulants. Sa capacité d'accueil de 135 lits montés.

2.2.Méthode d'échantillonnage et techniques de collecte de données

Les données de cette étude ont été collectées au cours de la période du 1 Janvier au 1 Avril 2019 aux services des urgences et de médecine interne de l'HGR de Kenge à l'issue d'une enquête transversale descriptive. L'échantillon de cette étude était non probabiliste de convenance constitué de 49 patients qui étaient interrogés sur une population totale de 68 patients hospitalisés ayant accepté de participer à l'étude. La technique d'entretien semi-structuré a été utilisée pour collecter les données.

2.3. Critères de sélection

2.3.1. Critères d'inclusion

Pour participer à l'étude les critères suivants ont été pris en compte : (i) Etre hospitalisé à l'HGR de Kenge pendant la période de l'étude, (ii) Avoir au moins 18 ans le jour de l'enquête, (iii) Accepter volontairement de participer à l'étude, (iv) Etre présent le jour de l'enquête.

2.3.2. Critères d'exclusion

Etaient censé être exclus à l'étude : (i) Tout patient dans se trouvant dans une incapacité physique ou mentale de réaliser un entretien, (ii) Tout patient ne parlant aucune des langues prévues pour l'enquête (Français, Kikongo, Lingala) ; (iii) Tout patient ayant refusé volontairement de participer à l'étude.

2.4.Traitement et techniques d'analyse des données

Les données collectées ont été saisies à l'aide du logiciel Microsoft Excel 2013 pour faciliter l'analyse des informations. Elles ont été ensuite classées dans les tableaux par indicateur, ce qui a servi aux commentaires et à la discussion, et en fonction desquels nous avons tiré une conclusion. Les analyses ont été essentiellement descriptives et ont porté le calcul des fréquences et proportions sur base de l'équation suivante :

$$f = \frac{FO}{FA} * 100$$

Où,

f = Fréquence relative

FO = Fréquence observée

FA = Fréquence attendue

2.5. Considérations éthiques

Cette étude s'est déroulée dans le respect des normes éthiques. Toutes les autorisations nécessaires ont été obtenues auprès de toutes les parties prenantes à l'étude. La participation à l'étude a été libre et volontaire et chaque participant a reçu des toutes informations nécessaires ayant permis à chacun de faire un choix éclairé. La confidentialité des informations et l'anonymat ont été scrupuleusement respectés.

3. Résultats de l'étude

3.1. Caractéristiques des enquêtés

La répartition de la population d'études par sexe montre que 46,9% sont de sexe masculin contre 53,1% de sexe féminin. La tranche d'âge de 30-35 était plus représentée avec 22,4% suivi de celles de 18-23 ans et 48 et plus avec chacun 18,4%. La tranche de 42-47 ans était représentée avec 16,3%. Au bas du classement il y a les tranches de 36-41 ans et 24-29 ans avec respectivement 14,3 et 10,2% (Tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des enquêtés par tranche d'âge et sexe

Age	Masculin	Féminin	Total	Pourcent.
18-23 ans	4 (17,4)	5 (19,2)	9	18,4
24-29 ans	0 (0)	5 (19,2)	5	10,2
30-35 ans	5 (21,7)	6 (23,1)	11	22,4
36-41 ans	0 (0)	7 (26,9)	7	14,3
42-47 ans	8 (34,8)	0 (0)	8	16,3
48 ans et plus	6 (21,6)	3 (11,5)	9	18,4
Total	23 (46,9)	26 (53,1)	49	100

Source : Auteur, 2019

La répartition de la population d'étude en fonction l'état civil montre que 51% sont mariés ; 40,8 % sont célibataires et enfin les divorcés et veuf(ves) représentent chacun 4,1%. (Tableau 2).

Tableau 2: Répartition des enquêtés selon l'Etat civil

Etat civil	F.O	%
Célibataire	20	40,8
Mariée	25	51,0
Divorcé	2	4,1
Veuf (ves)	2	4,1
Total	49	100,0

Auteur, 2019

La répartition des enquêtés par niveau d'étude montre que 51% ont atteint le niveau secondaire ; 24,5% ont atteint le niveau primaire ; 20,4% sont sans instruction et 4,1% ont le niveau universitaire. (Tableau 3).

Tableau 3 : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	F.O	%
Sans instruction	10	20,4
Primaire	12	24,5
Secondaire	25	51
Universitaire	2	4,1
Total	49	100

Source : Auteur, 2019

La répartition de la population d'étude par occupation montre que 30,6% sont des chômeurs ; 28,6% sont des travailleurs indépendants ; 20,4% sont respectivement fonctionnaires de l'état et agriculteur/Pêcheurs (Tableau 4).

Tableau 4 : Répartition des enquêtés selon l'occupation

Profession	F.O	%
Chômeur	15	30,6
Fonctionnaire	10	20,4
Travailleur indépendant	14	28,6
Agriculture et pêche	10	20,4
Total	49	100

Source : Auteur, 2019

3.2.Compréhension dans la communication soignant-soigné

S'agissant de la régularité de la communication, 61,2% des patients affirment communiquer régulièrement avec le personnel soignant contre 38,8 qui ne le font pas de façon régulière. (Tableau 5).

Tableau 5 : Régularité de la communication avec le soignant

Régularité	F.O	%
Oui	19	38,8
Non	30	61,2
Total	49	100

Source : Auteur, 2019

S'agissant du ressenti de la confiance vis-à-vis des soignants lors de la communication, 57,1% des patients se sentent en confiance vis-à-vis des soignants contre 42,9% qui estiment ne pas se sentir en confiance (Tableau 6).

Tableau 6 : Ressenti de la confiance lors de la communication avec les soignants

Ressenti de la confiance	F.O	%
Oui	28	57,1
Non	21	42,9
Total	49	100

Source : Auteur, 2019

Pour 51% des patients interrogés, l'initiative de communiquer avec le patient vient des soignants alors que 28,6% des patients reconnaissent avoir initié la communication avec les soignants. Pour 20,4 % par contre, l'initiative de la communication provenait de celui qui ressentait en premier le besoin. (Tableau 7).

Tableau 7 : Initiateur de la communication entre soignant-soigné

Initiateur de la communication	F.O	%
Soignants	25	51
Patients	14	28,6
Celui qui ressent en premier le besoin	10	20,4

Total	49	100
--------------	-----------	------------

Source : Auteur, 2019

En ce qui concerne le contenu de la communication entre soignant-soigné, 55,6% tournent autour du diagnostic et traitement ; 33,3 % tournent parfois sur la vie privée des patients et soignants et 11,1% se basent sur les conditions de vie à l'hôpital (Tableau 8).

Tableau 8 : Contenu de la communication entre soignants et soignés

Contenu de la communication	F.O	%
Sur le diagnostic et traitement	27	55,6
Parfois sur la vie privée	16	33,3
Sur les conditions de vie à l'hôpital	6	11,1
Total	49	100

Source : Auteur, 2019

S'agissant de la clarté des explications reçues sur le diagnostic, 32,7% des patients estiment avoir reçu des explications très claires ; 22,4% les jugent claires et pour 22,4% respectivement elles sont faibles et superficielle et enfin pour 22,4% les informations reçues sont ambiguës et incompréhensibles (Tableau 9).

Tableau 9 : clarté des explications reçu sur le diagnostic

Explications sur la maladie	F.O	%
Très claire	16	32,7
Claire	11	22,4
Faible et superficielle	11	22,4
Ambiguë et incompréhensible	11	22,4
Total	49	100

Source : Auteur, 2019

Les explications reçues sur les bilans paracliniques sont jugées très claires pour 32,7% alors qu'elles sont faibles et superficielles pour 32,7% autres. Pour 22,4% ces explications sont ambiguës et incompréhensible et 12,2% disent n'avoir jamais reçu des explications sur le bilan (Tableau 10).

Tableau 10 : Clarté des explications sur le bilan paracliniques

Explications sur le bilan paraclinique	F.O	%
Très claire	16	32,7
Faible et superficielle	16	32,7
Ambiguë et incompréhensible	11	22,4
Jamais reçu d'explications	6	12,2
Total	49	100

Source : Auteur, 2019

S'agissant de la clarté des explications sur le traitement reçu, 67,3% disent n'avoir reçu des explications que sur la façon de prendre les médicaments sans connaître pourquoi un tel médicament leur ont été prescrites ; 32,7% par contre reconnaissent quant à eux avoir reçu des explications sur la prise des médicaments et les raisons pour lesquelles les dits médicaments ont été prescrits. (Tableau 11).

Tableau 11 : Clarté des explications sur le traitement

Clarté des explications sur le traitement	F.O	%
Explique la prise de chaque produit et sa raison d'être	16	32,7
N'expliquent que la façon de prendre sans autre détail	33	67,3
Total	49	100

Source : Auteur, 2019

3.3. Obstacles et difficultés communicationnels entre soignant et soigné

Parmi les difficultés relevés par les patients dans la communication soignant-soigné, 37,5% estiment que les soignants ont trop de travail ; 25% notent le manque d'intérêt de la part des soignants ; 20,8% pensent que les soignants manquent de temps pour communiquer et 16,7% estiment que les soignants manquent de culture de communication (Tableau 12).

Tableau 12 : Difficultés relevés dans la communication avec les soignants

Problèmes relevés	F.O	%
Le manque de temps chez les soignants	10	20,8
Le manque d'intérêt les soignants	12	25
La négligence les soignants	0	0
Travail trop important chez les soignants	18	37,5
Le manque de culture de communication	8	16,7
Total	49	100

Source : Auteur, 2019

Parmi les obstacles rencontrés dans la communication soignant-soigné, 41% indexe l'attitude autoritaire du soignant ; 31% estiment qu'il y a un manque de considération à l'endroit des malades ; 18% estiment que l'état sanitaire très préoccupant de certains malades était un obstacle et 10% quant à eux ont estimé que l'usage des mots techniques propres au domaine médical était un obstacle (Tableau 13).

Tableau 12 : Obstacles relevés dans la communication avec les soignants

Obstacles relevés	F.O	%
Usage de mots techniques	5	10
Attitude autoritaire du soignant	20	41
Manque de considération des malades	15	31
Etat sanitaire très préoccupant de certains malades	9	18
Total	49	100

Source : Auteur, 2019

4. Discussion des résultats

4.1. Caractéristiques des enquêtés

Parmi les participants à l'étude, il s'est observé une légère prédominance du sexe masculin avec 53,1% contre 46,9% sexe féminin. La tranche d'âge de 30-35 était la plus représentée avec 22,4% suivie de celles de 18-23 ans et 48 et plus avec 18,4% chacune. La tranche d'âge la plus moins représentée est celle de 24-29 ans avec 10,2% (Tableau 1). Un peu plus de la moitié soit 51% étaient mariés ; 40,8% sont célibataires et enfin les divorcés et veuf(ves) représentent chacun 4,1%. (Tableau 2). En rapport avec le niveau d'étude,

51% avaient atteint le niveau secondaire ; 24,5% ont atteint le niveau primaire ; 20,4% sont sans instruction et 4,1% ont le niveau universitaire. (Tableau 3). S'agissant de l'occupation, des enquêtés à l'étude, 30,6% sont des chômeurs ; 28,6% sont des travailleurs indépendants ; 20,4% sont respectivement fonctionnaires de l'état et agriculteur/Pêcheurs (Tableau 4).

Lors d'une recherche portant sur l'évaluation des attentes des soignants en matière de communication avec le médecin dans un environnement pédiatrique, il a été observé que les attentes des soignants peuvent être modulées par des variables démographiques (Lee et al., 2020).

4.2 Compréhension dans la communication soignant-soigné

La majorité des patients (61,2%) communiquait régulièrement avec le personnel soignant. Toutefois, une proportion non négligeable (38,8%) révèle n'avoir pas communiqué régulièrement avec les soignants. Selon les données de la littérature, il semblerait qu'il y ait un déficit d'interaction thérapeutique efficace entre l'infirmière et le patient dans les hôpitaux et les environnements cliniques à travers le monde, en particulier en Afrique subsaharienne (Appiah et al., 2023). La communication entre un professionnel de santé et un patient apparaît comme un élément fondamental de la relation de soin. En effet, c'est à travers cette communication que le diagnostic est établi, et une bonne communication entre le soignant et le soigné est un gage de qualité du suivi et d'efficacité du traitement (Famy & Delsart, 2021).

Un peu plus de la moitié soit 57,1% des patients se sentent en confiance vis-à-vis des soignants lors de leur communication contre 42,9% qui se sont sentis moins confiants. Ayse (2010) met en lumière le fait que, lorsqu'ils se trouvent dans un lit de malade, certains individus deviennent fragiles et se sentent insécurisés. Ils peuvent se replier sur eux-mêmes et manifester une certaine réticence envers le personnel soignant. Ces comportements peuvent avoir diverses origines, telles que la personnalité du patient, sa culture, l'impact de l'hospitalisation ou encore les symptômes d'une maladie. Ainsi, il est crucial d'établir une relation de confiance afin de comprendre les raisons derrière le comportement du patient, permettant ainsi au médecin de poser un diagnostic adéquat. Si la confiance est l'un des principes fondamentaux sur lesquels repose la relation entre le médecin et son patient, la transparence en est un autre. Ce processus d'information garantit non seulement le droit du patient à être informé sur sa santé et le respect de ses libertés humaines, mais lui permet également de participer activement aux décisions concernant les actes médicaux diagnostiques et thérapeutiques. (Dalila, s. d.).

Nos résultats ont montré que 51% des patients accordent aux soignants l'initiative de débiter une communication alors que 28,6% des patients reconnaissent avoir initié eux-mêmes la communication avec les soignants. Pour 20,4 % par contre, l'initiative de la communication provenait de celui qui ressentait en premier le besoin. D'après Piot, les échanges entre le soignant et le patient lors de la réalisation d'un soin ne sont pas simplement un complément au traitement, mais font réellement partie intégrante du soin, en remplissant plusieurs fonctions stratégiques. Cela se fait avec des modalités et des variations particulières, qui sont influencées par la singularité des personnes et des situations, ainsi que par les ajustements qui en découlent. Ces conversations sont généralement initiées par le soignant, qui entre dans la chambre après s'être annoncé en frappant à la porte, afin d'effectuer un soin plus ou moins attendu par le patient. (Piot, 2018).

En rapport avec le contenu de la communication, nos résultats ont montré que la communication soignant-soigné a porté sur plusieurs aspects. Dans 55,6% elle a porté sur le diagnostic et le traitement ; dans 33,3 % elle a tourné parfois sur la vie privée des patients et soignants et 11,1% elle s'est basée sur les conditions de vie à l'hôpital. Selon Dalila (2023), le devoir du médecin d'informer le patient est perçu comme un droit du patient, une obligation légale et un principe moral pour le médecin chargé de sa prise en charge.

Informer le patient implique de lui fournir toutes les informations essentielles concernant son état de santé, la nature de toute intervention ou procédure médicale, le traitement qui lui sera administré et les risques potentiels.

S'agissant des explications sur le diagnostic, les résultats montrent que les patients ont compris différemment les explications des soignants sur leurs diagnostics. Pour 32,7%, les explications reçues auprès des soignants ont été très claires; 22,4% les jugent claires et pour 22,4% respectivement elles sont faibles et superficielle et enfin pour 22,4% les informations reçues sont ambiguës et incompréhensibles. De même les explications reçues sur les bilans paracliniques sont jugées très claires pour 32,7% alors qu'elles sont faibles et superficielles pour 32,7% autres. Pour 22,4% ces explications sont ambiguës et incompréhensible et 12,2% disent n'avoir jamais reçu des explications sur le bilan.

Le diagnostic et la prescription médicale nécessitent des explications claires. La clarté et la précision de l'expression sont des indicateurs de compétence pour le patient, et sont donc essentielles pour établir la confiance. L'information doit être adaptée en évitant les termes effrayants, trompeurs ou incompréhensibles. Elle doit également être sincère, ce qui peut être difficile dans les situations probabilistes ou d'incertitude. Il est parfois normal de se retrouver dans une situation clinique où l'on ne dispose pas de toutes les réponses, d'hésiter parfois entre plusieurs hypothèses ou de douter de la signification d'un résultat d'examen. Toutefois, c'est une situation qui peut être difficile à accepter pour de nombreux patients, en raison d'un manque d'éducation préalable. Selon Abdelghaffar et al. (2023), lors des urgences, le médecin et le patient se rencontrent pour la première fois sans avoir de relation préalable. Le médecin a le devoir de fournir au patient des informations de qualité. La satisfaction des patients vis-à-vis de leur prise en charge est liée à la qualité de la communication. Cela souligne l'importance pour les professionnels de santé de prendre conscience de l'importance de la communication dans la relation soignant-soigné. Par conséquent, la formation médicale devrait accorder une plus grande importance à l'apprentissage des compétences en communication. (Bontoux et al., 2021).

S'agissant de la clarté des explications sur le traitement prescrit, 67,3% disent n'avoir reçu des explications que sur la façon de prendre les médicaments sans connaître pourquoi un tel médicament leur a été prescrits ; 32,7% par contre reconnaissent quant à eux avoir reçu des explications sur la prise des médicaments et les raisons pour lesquelles les dits médicaments ont été prescrits. Dans une étude portant sur l'importance de l'information infirmière lors de l'administration des traitements médicamenteux en gériatrie, il a été constaté, après l'analyse de comportements de patients dans ces moments, que les infirmières devraient être encouragées à fournir des informations concernant les thérapies et les pathologies impliquées. Cette approche a un impact positif sur les comportements des patients. L'accent mis sur l'information du patient contribue à une meilleure acceptation de l'administration du traitement et améliore l'efficacité du projet de soins. (Rolland & Goutte, 2020).

4.3 Obstacles et difficultés lors de la communication entre soignant et soigné

Certaines difficultés ont été relevés par les patients dans la communication soignant-soigné, notamment un volume de travail trop important pour les soignants (37,5%), manque d'intérêt de la part des soignants (25%) ; manque de temps (20,8%) mais aussi le manque de culture de communication (16,7%).

La plupart des litiges ou conflits entre soignants et patients sont dus à un manque ou une insuffisance de communication. Dans ces conditions, les informations attendues par le patient concernant sa maladie, son traitement, son avenir, ainsi que la confiance envers son médecin, sont compromises. Les principales raisons de cette lacune sont le manque de conscience quant à l'importance de l'information pour le patient, le manque de temps et le manque de formation du personnel soignant en matière de communication. Il est

impératif de remédier à cette situation en améliorant la qualité de l'accueil, en formant tous les acteurs de la santé à la communication, et en permettant aux médecins de consacrer plus de temps aux patients, que ce soit à l'hôpital ou en cabinet.

Selon Haberey-Knuessi & Morgan De Paula (2013), depuis le début des années 80, l'hôpital a connu des évolutions majeures. Ces changements ont eu un impact significatif sur le domaine de la communication. En fonction de la pathologie, le parcours d'hospitalisation du patient suit un schéma type où des spécialistes interviennent de manière spécifique en fonction de leur expertise et réalisent des procédures techniques conformément à des protocoles établis. Parallèlement, les informations sont encodées et gérées à travers l'informatique, les divers outils de communication électronique prenant le pas sur les interactions directes entre les équipes. De plus, les réductions d'effectifs et l'augmentation de la charge de travail limitent les occasions d'échanges et de dialogues entre les acteurs du milieu hospitalier. La diminution significative du temps consacré aux rapports et aux interactions de toutes sortes est un problème récurrent dénoncé par de nombreux professionnels. Cette réduction a deux conséquences majeures : d'une part, elle entraîne une perte d'informations cruciales, d'autre part, elle laisse peu de place pour les débriefings.

Parmi les obstacles rencontrés dans la communication soignant-soigné, 41% indexent l'attitude autoritaire du soignant ; 31% estiment qu'il y a manque de considération à l'endroit des patients ; 18% estiment que l'état sanitaire très préoccupant de certains malades était un obstacle et 10% quant à eux ont estimé que l'usage par les soignants des termes techniques propres au domaine médical était un obstacle.

Divers éléments signalés par les patients entravent l'interaction thérapeutique entre l'infirmière et le patient, tels que l'interférence de la famille, l'attitude négative des patients, l'état de santé du patient, une attitude discriminatoire de la part des infirmières, une charge de travail accrue et le stress. Ces différents obstacles ont un impact sur les pratiques de communication, ce qui rend nécessaire la mise en place de mesures visant à améliorer l'interaction entre l'infirmière et le patient. (Appiah et al., 2023).

Dans une étude portant sur les patients diabétiques, Dalila (2023) a rapporté que les médecins sont confrontés à de nombreux obstacles et barrières dans la communication lors de l'information et de l'éducation de ces patients, auxquels ils font face quotidiennement lors de leurs consultations. Ces difficultés entravent souvent le processus de transmission et de réception des informations médicales liées au diabète. Les obstacles les plus fréquents peuvent être résumés en trois points essentiels, parmi lesquels les difficultés à simplifier certains termes médicaux complexes. Le langage médical détaillé et complexe constitue l'une des barrières les plus difficiles et a un impact sur la fonction informative et éducative du patient. Dans de nombreux cas, peu importe les compétences du médecin en matière de vulgarisation et de simplification, il peut être confronté à des termes médicaux spécialisés qu'il a du mal à transmettre. Dans ce genre de situation, lorsque le patient pose de nombreuses questions, l'incapacité pour le soignant à simplifier et à clarifier certains termes médicaux complexes et à convaincre par des réponses compréhensibles empêche d'atteindre l'objectif d'information et voit les chances de réussir l'éducation thérapeutique du patient diabétique réduites.

5. Conclusion et recommandations

5.1. Conclusion

La communication est une clé de réussite dans toute relation soignant-soigné. L'information étant un droit pour les malades, les soignants sont invités à fournir des efforts pour s'acquitter de ce devoir avec tact et discrétion tout en s'efforçant de faire usage d'un langage simple et compréhensible repoussant les termes techniques propre au domaine médicale, ce qui réduit la frustration et permet de gagner la confiance du

patient. Bien que surchargé par le volume du travail et parfois un manque de temps, les soignants doivent placer la communication avec les patients parmi les priorités de leur travail au même titre que les soins qu'ils donnent, tout en restant à l'écoute des patients, ce qui apaise et témoigne un sens de considération à leur égard.

5.2.Recommandations

En jetant un regard sur ce qui précède, il est recommandé de : 1) Former les infirmières et l'ensemble des soignants en matière de communication ; 2) Que les soignants communiquent avec un langage simple pour faciliter la compréhension chez les patients ; 3) D'expliquer aux patients le diagnostic et les traitements qui leurs sont prescrits ; 4) Encourager les patients à exprimer régulièrement leurs préoccupations auprès des soignants.

Références bibliographiques

1. Abdelghaffar, W., Anane, K., Bahria, W., Haloui, N., Ben Othmen, M., Rafrafi, R., & Nouira, N. (2023). Annonce diagnostique aux urgences : Perception des patients. *Éthique & Santé*, 20(4), 251-259. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2023.09.010>
2. Amsidder, A., & Bendahan, M. (2019). La communication publique.
3. Appiah, E. O., Oti-Boadi, E., Ani-Amponsah, M., Mawusi, D. G., Awuah, D. B., Menlah, A., & Ofori-Appiah, C. (2023). Barriers to nurses' therapeutic communication practices in a district hospital in Ghana. *BMC Nursing*, 22, 35. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01191-2>
4. Bontoux, D., Autret, A., Jaury, P., Laurent, B., Levi, Y., & Olié, J. P. (2021). Rapport 21-09. La relation médecin-malade. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 205(8), 857-866. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2021.07.009>
5. Chien, L. J., Slade, D., Dahm, M. R., Brady, B., Roberts, E., Goncharov, L., Taylor, J., Eggins, S., & Thornton, A. (2022). Improving patient-centred care through a tailored intervention addressing nursing clinical handover communication in its organizational and cultural context. *Journal of Advanced Nursing*, 78(5), 1413-1430. <https://doi.org/10.1111/jan.15110>
6. Dalila, A. (s. d.). Les fonctions informatives et éducatives de la communication dans la prise en charge des malades atteints d'une maladie chronique : Cas des malades diabétiques. The informative and educational functions of communication in the care of patients with chronic disease: the case of diabetic patients. Consulté 5 mars 2024, à l'adresse <https://www.asjp.cerist.dz/en/downArticle/223/8/1/219800>
7. Douglas, R. N., Stephens, L. S., Posner, K. L., Davies, J. M., Mincer, S. L., Burden, A. R., & Domino, K. B. (2021). Communication failures contributing to patient injury in anaesthesia malpractice claims☆. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 127(3), 470-478. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.05.030>
8. Famy, A., & Delsart, A. (2021). Présentation du numéro. La relation de soin : Enjeux et mises en œuvre discursives. *Espaces Linguistiques*, 2, Article 2. <https://www.unilim.fr/espaces-linguistiques/329>
9. Haberey-Knuessi, V., & Morgan De Paula, E. (2013). L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*, 115(4), 8-18. <https://doi.org/10.3917/rsi.115.0008>
10. Lee, T., Cui, J., Rosario, H., Hilmara, D., Samuelson, K., Lin, E. C., Miller, V. A., & Lin, H. C. (2020). Assessment of caregiver expectations of physician communication in a pediatric setting. *BMC Health Services Research*, 20, 408. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05262-x>

11. Lippke, S., Derksen, C., Keller, F. M., Kötting, L., Schmiedhofer, M., & Welp, A. (2021). Effectiveness of Communication Interventions in Obstetrics—A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2616. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052616>
12. Mohammed, H. (2020, août 5). Mémoire infirmier : l'importance de la communication entre soignant-soigné. ParaMedical. <https://paramedz.com/infirmier-memoire/memoire-infirmier-limportance-de-la-communication-entre-soignant-soigne/>
13. Piot, T. (2018). Le rôle déterminant et méconnu des conversations soignant-patient au cœur des interactions de soin. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 39, Article 39. <https://doi.org/10.4000/dse.2155>
14. Rolland, A., & Goutte, N. (2020). Importance de l'information infirmière lors de l'administration des traitements médicamenteux en gériatrie. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 20(120), 356-362. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2020.07.002>
15. Stiefel, F., Rousselle, I. & Guex, P. (2002). La communication : un élément central en soins palliatifs. *Rev. Med. Suisse* 2002; volume -2. 22300

Contributions des auteurs

Cette recherche est menée par une équipe pluridisciplinaire composée des infirmiers et des médecins, tous cliniciens, enseignants et chercheurs où chacun a contribué efficacement depuis la conception jusqu'à la finalisation de ce papier.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt dans le cadre de cette étude, car aucun bailleur de fonds ni enquêteur n'a joué un rôle prépondérant dans l'interprétation des résultats de l'étude. La rédaction du manuscrit et la décision de le publier sont exclusivement à la charge de l'auteur.