

ÉTUDE DE LA COMMUNICATION DES AGENTS EN SERVICES AUX URGENCES À L'ENDROIT DES PATIENTS/USAGERS DANS LES CHU AU BÉNIN

Ousmane Chaa BEREPA¹

Institut Universitaire Panafricain

manberepa@gmail.com

&

De-Laure Laurent FATON²

Institut Universitaire Panafricain

fatdelaure@gmail.com

&

Akouavi H. L. Natacha HOUADJETO

ENSTIC/UAC

lucrecehouadjeto@gmail.com

Résumé : Cette recherche a pour objectif d'étudier la communication des agents en service aux urgences à l'endroit des patients/usagers dans les CHU du Bénin. L'observation, l'exploration documentaire, l'entretien et l'enquête par question sont les techniques utilisées pour la collecte des données auprès d'un échantillon de 112 personnes. Réalisée dans un contexte négativement influencé par la mauvaise qualité de l'accueil des agents de santé à l'endroit des patients/usagers, les résultats de cette recherche révèlent que les agents en services aux urgences des CHU ne prennent pas tous les soins possibles pour accueillir les patients/usagers. Il est constaté que la communication qui devrait être en réalité le premier remède pour soulager le patient ou rassurer son parent est mal administrée. Étant donné que la qualité de l'accueil qui passe nécessairement par une bonne communication, doit constituer le fondement d'une bonne prise en charge du patient dans les CHU. Donc une place importante doit être non seulement accordée à la communication dans les CHU mais aussi et surtout intégrée comme matière fondamentale dans les cursus de formation des agents de santé.

Mots clés : Communication en milieu hospitalier, agents de santé, patients/usagers

STUDY OF THE COMMUNICATION OF AGENTS IN EMERGENCY SERVICES TOWARDS PATIENTS/USERS IN THE UNIVERSITY HOSPITALS IN BENIN

Abstract : The objective of this research was to study the communication of agents on duty in the emergency room to patients/users in Benin's university hospitals. Observation, documentary exploration, interviews and questionnaires were the techniques used to collect data from a sample of 112 people. Conducted in a context negatively influenced by the poor quality of the reception of patients/users by health agents, the results of this research reveal that agents in the emergency

¹ Laboratoire d'Etudes des Médias, de l'Information et de la Communication (LEMIC) EDP-ECD UAC

² Laboratoire d'Etudes des Médias, de l'Information et de la Communication (LEMIC) EDP-ECD UAC

departments of the university hospitals do not take all possible care to welcome patients/users. It was found that communication, which should be the first remedy to relieve the patient or reassure the parent, is poorly administered. Given that the quality of the reception which necessarily passes by a good communication must constitute the base of a good assumption of responsibility of the patient in the university hospitals. Therefore, an important place must be given to communication in the UHC but also and especially integrated as a fundamental subject in the training courses of health workers.

Key words: Communication in hospitals, health workers, patients/users

Introduction

Une communication interpersonnelle efficace (CIP) entre le prestataire de soins de santé et le client est l'un des éléments les plus importants pour améliorer la satisfaction du client, son adhésion au traitement et les résultats du point de vue santé (De Negri *et al.* 1997, p.1). La littérature supporte amplement l'idée qu'une communication efficace améliore globalement la santé des patients (K. Weir, 2012, p.36). La communication qui fait partie intégrante de l'accueil en milieu hospitalier, est un élément essentiel des soins de santé. Elle reste un levier majeur qui permet d'assurer la qualité des soins. Une bonne communication dans les différents services d'un hôpital contribue à développer une écoute efficace permettant de mieux cerner les besoins et améliorer la qualité de la prise en charge. Le patient qui comprend la nature de sa maladie et son traitement, et qui pense que le soignant se soucie de son bien-être, est bien plus satisfait des soins reçus et plus susceptible à se conformer aux protocoles de traitement.

Bien que l'on reconnaisse l'importance de la communication dans les organisations, la question reste entière surtout dans les centres hospitaliers en Afrique et surtout au Bénin.

En effet, la communication entre agents de santé et patients n'est toujours pas aussi simple. Ces derniers sont parfois pris au piège du langage du visage ou du corps de leur soignant. Nombreux sont encore ces agents dans le corps médical, qui ignorent le fait qu'une bonne communication en milieu hospitalier participe pleinement au processus de rétablissement, voire de guérison du patient.

Dans les pays en développement, des investissements sont faits pour permettre à la majorité de la population d'avoir accès aux services sanitaires de base. Sauf que très peu d'orientations managériales des administrations hospitalières prennent en compte la qualité de l'accueil dont la clé de voute est la communication. Selon Nicholas *et al.* (1991, p.3), la qualité de la recherche sur les soins qui a été réalisée, indique que le counseling sanitaire et la communication prestataire-client sont peu développés dans

tous les pays, régions et services sanitaires. Malgré l'importance de la communication dans le domaine hospitalier, on a tendance à croire que la formation des professionnels de la santé souffre de grandes lacunes en la matière. Même lorsque ces professionnels de santé connaissent les informations à communiquer, ils ne disposent pas de compétences interpersonnelles pour les communiquer efficacement. Pour Picard et Robertson cités par la Société de Protection des Infirmières et Infirmiers du Canada (SPIIC, 2016, p.1), les problèmes de communication sont à l'origine de nombreux recours en responsabilité civile, intentés contre des médecins et des hôpitaux au Canada. Par exemple, dans une récente cause québécoise, un tribunal a été appelé à se prononcer sur la responsabilité d'une omnipraticienne et des infirmières, impliquées dans le suivi d'un accouchement ayant mené à une césarienne d'urgence. Le litige portait essentiellement sur les communications entre ces dernières (SPIIC, 2016, p.1). Il faut reconnaître que le défaut de communication est à l'origine d'évènements malheureux associés aux prestations sanitaires. Il s'en suit qu'une bonne communication contribue à l'amélioration de l'état de santé d'un patient.

Il est malheureusement constaté dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) au Bénin, une récurrence de plaintes quant à l'accueil réservé aux patients et généralement aux usagers. Pour bon nombre de patients/usagers, il règne indignation et colère. Ce qui ne devrait pas être le cas.

Dès lors, il se pose la question de savoir : Comment les agents en service aux urgences communiquent-ils avec les patients/usagers, en prenant l'exemple des CHU au Bénin? Comment les patients/usagers se représentent-ils (perçoivent-ils) la communication des agents en service aux urgences à leur endroit ?

L'accueil réservé aux patients aurait-il un impact négatif sur les soins administrés ? Bien entendu qu'aucun accueil ne se fait sans communication.

À ces questionnements s'ajoutent la préoccupation qu'aucune communication efficace ne se fait toujours pas naturellement, et elle n'est pas non plus acquise aisément. Même lorsque le client et le prestataire viennent de la même région géographique et parlent la même langue, ils ont souvent des caractéristiques éducatives, socioéconomiques et culturelles différentes (De Negri *et al.* 1997, p.2). Ceci pose la question de la capacité de la part des agents à pouvoir communiquer de façon professionnelle avec les patients/usagers.

Ainsi, l'objectif de cette recherche consiste à étudier la communication des agents en service aux urgences à l'endroit des patients/usagers dans les CHU au Bénin. Spécifiquement, il s'agit de comprendre la façon dont ces agents communiquent avec les patients/usagers, ainsi que la perception de ces derniers de la communication des premiers, pour enfin proposer ce que doit être la communication de ces agents à l'endroit des patients/usagers dans les CHU et autres institutions de santé.

1. Cadre théorique de la recherche

Il s'agit ici de faire le point des recherches qui ont été entreprises dans le domaine de la santé notamment de la communication en milieu hospitalier d'une part, d'exposer la théorie à la lumière de laquelle la présente recherche est menée d'autre part.

1.1. *La communication en milieu hospitalier en question ?*

Ces dernières années, des investissements très importants ont été faits pour élargir l'accès aux services sanitaires de base dans les pays en développement (de Negri et al, 1997 :1). Toutefois, selon M. I. Roemer et C. Montoya-Aguilar (1989, p.1) l'abondante littérature qui s'est accumulée sur la qualité des soins de santé est presque exclusivement orientée vers les problèmes de médecine clinique et il y a eu relativement peu de travaux consacrés à l'évaluation des programmes de santé publique, en général, et soins de santé primaires en particulier, et moins encore d'efforts tentés pour évaluer la qualité de ces soins dans les pays en développement et chercher les moyens de maintenir cette qualité à un niveau élevé. C'est pourquoi pour Y. Jaffré et J-P Olivier de Sardan (2003, p.12), en s'intéressant aux relations entre malades et personnels de santé, pensent qu'on ne doit plus se voiler la face ni sur l'état sinistré des formations sanitaires en Afrique, ni sur les comportements inappropriés de leurs personnels. Mais qu'il ne s'agit pas de « montrer du doigt » les personnels ou de les rendre responsables de tout ce qui ne va pas. C'est l'ensemble des systèmes (système de santé et système politico-administratif, en particulier) dans lequel ils sont insérés, et dont ils sont eux-mêmes un facteur de production, qui est en crise profonde. Avant ces auteurs, V. Carayol (1994, p.1) disait que l'hôpital vivait déjà une période difficile ; pris entre deux injonctions contradictoires, celle d'améliorer l'accueil des plus démunis et celle d'introduire la notion de rentabilité dans ses pratiques, il vit, en effet, une situation que l'on peut qualifier de paradoxale. Ainsi, pour l'auteure, l'hôpital doit se conduire à la fois comme une institution, garante du lien social et en même temps comme une entreprise soucieuse de productivité et de rentabilité de ses investissements. Comme institution, il faut dire avec l'auteure que l'hôpital pose le problème de l'altérité ; c'est-à-dire de l'acceptation d'autrui en tant que sujet pensant et autonome par chacun des acteurs sociaux qui entretient avec lui des relations affectives et intellectuelles (E. Enriquez cité par V. Carayol, 1994, p.1). Pour V. Carayol, (1994 :pp.1-2), la distinction entre institution et entreprise montre qu'une des caractéristiques essentielles d'une institution est de se centrer sur les rapports humains. Les aspects communicationnels de la vie dans les institutions sont donc au centre des questionnements dont elles peuvent être l'objet. Cette distinction entre entreprise et institution suggère également qu'une des caractéristiques de l'institution tient au retentissement sociétal de ses pratiques de communication. L'auteure insiste

pour émettre comme hypothèse que les pratiques de communication hospitalières présentent des spécificités. Il faut dire que conceptuellement, la communication en milieu hospitalier est définie comme un processus dont les enjeux principaux sont d'assurer entre les praticiens et les patients : la communication réciproque, la coopération médicale, l'amélioration de la relation thérapeutique. Cette communication a une finalité sociale, psychologique, économique, informative et organisationnelle. Elle s'inscrit également au cœur du processus thérapeutique ; elle est un élément constitutif de l'action de santé (E. Yilmaz, 2007, p.185).

En effet, lorsqu'on évoque l'institution hospitalière, elle comprend une multitude d'activités, l'acte de soin notamment. Pour Haberey-Knuessi *et al*, (2013, p.12), l'acte de soin implique à la fois geste et communication. C'est pourquoi, J. Cosnier *et al* (1993, p.11) estiment que 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. À ces propos, V. Haberey-Knuessi *et al*, (2013, p.12) ajoutent que :

« L'importance de la communication apparaît dans la nécessité de continuité et de permanence des soins à l'hôpital. Elle est un enjeu essentiel à la fois pour les soignants et pour les patients. 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 compliance 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. »

C'est donc à cette interaction entre soignant et soigné telle que perçue par les auteurs qui intéresse cette recherche. La communication devient une interaction lorsque l'on interprète ce que l'on a entendu, vu ou écrit et qu'une réponse est possible. On ne peut explorer la communication en milieu hospitalier sans parler de l'accueil ou inversement. Elle fait partie intégrante de l'accueil et l'un des facteurs majeurs de tout commencement de soin. Autrement dit, toute prise en charge commence par l'accueil rendu possible par la communication. Bien accueillir le patient, avoir un bel échange, une bonne communication avec le patient à l'accueil est une manière de le rassurer et de le mettre en confiance en ce qui concerne le soin qui lui sera administré. C'est pourquoi, A. Doménech *et al*, (2014, p.1), estiment que l'accueil du patient et de son entourage est le premier soin. Sa qualité influence la relation future. Il est le lien qui lui permet de s'exprimer tout au long du séjour et favorise un climat de confiance. Pour ces auteurs, le temps de l'accueil est un moment privilégié d'écoute et d'informations pour le patient et son entourage, favorisant une relation de confiance fondamentale pour le vécu de l'hospitalisation. De plus, la qualité de cet accueil est un gage de satisfaction et d'adhésion au traitement (A. Doménech *et al*, 2014, p.7).

À la suite des auteurs, il faut dire que, dans les pays industrialisés, les recherches ont évolué de sorte qu'il est aujourd'hui un champ disciplinaire de communication

hospitalière pour remédier aux difficultés que vivent les institutions de santé du fait de son absence parmi les leviers à prendre en compte dans leur management. Les hôpitaux de ces pays sont aussi passés par cette situation que connaissent ceux des pays en voie de développement. Ainsi, la présente recherche s'intéresse à la communication qu'entretiennent les agents en service aux urgences avec les patients/usagers dans les CHU au Bénin.

1.2. Balise théorique

L'analyse transactionnelle a été créée par Éric BERNE à la fin des années 50. Médecin psychiatre américain, il a mis au point une approche pragmatique et simple des rapports humains, expliquée et vulgarisée dans deux ouvrages de référence : (*Des jeux et des hommes*, 1966 ; *Que dites-vous après avoir dit bonjour ?* 1977). Aujourd'hui, cette approche comportementaliste des relations humaines est très utilisée pour étudier les relations dans les organisations, les entreprises, l'éducation.

Cette théorie de la communication permet d'analyser les systèmes et les organisations, de comprendre l'individu et d'en faire une description en tant que personne sociale (la personnalité en relation, en situation de communication). Elle tient à la fois des processus intrapsychiques et des mécanismes interactionnels. Elle permet à partir de l'analyse structurale du sujet et de ses interactions, de prendre conscience de son fonctionnement, de comprendre des attitudes différentes. L'aspect interactionnel lui permet d'être une approche utile pour :

- Éclairer la personnalité : état du moi et de l'égogramme ;
- Éclairer les phénomènes de communication : transactions et jeux.

Plusieurs grilles d'analyse de la personnalité qui fondent les concepts de l'analyse transactionnelle sont mises au point par Éric Berne. Trois d'entre elles sont présentées couramment dans les institutions.

- Les états du moi : structuraux (analyse des processus intrapsychiques) et fonctionnels (analyse des processus interpersonnels).
- Les transactions : analyses des processus interpersonnels.
- Le temps : les 06 façons de structurer le temps.
- Les positions de vie : la relation à autrui et au monde.
- Les mécanismes de manipulation : les jeux.

L'analyse transactionnelle s'applique pour le développement des personnes (psychothérapies individuelle et en groupe) ; conseil en carrière (coaching) ; dans le cadre du développement des organisations : amélioration des relations interpersonnelles, audit des ressources humaines dans une entreprise, un service ; analyse et résolution des conflits, négociation ; communication interne et externe ; pour l'éducation (enseignement) et la guidance (champ social : assistantes sociales, conseillers conjugaux, etc.). Cette théorie apporte une meilleure connaissance de soi et

de ses capacités de communiquer avec les autres, ce qui se joue dans une relation. Dans notre contexte actuel, l'analyse transactionnelle de Berne, pourrait aider à résoudre les problèmes liés à la vie psychique et aux rapports qu'entretiennent les agents de santé avec les patients.

2. Dispositifs d'enquête et cadre institutionnel

2.1. Dispositifs d'enquête

Menée pendant trois (03) mois, dans les CHU, notamment au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA de Cotonou (CNHU-HKM) au Centre Hospitalier Universitaire Départemental du Borgou/Alibori (CHUD-B/A), cette recherche porte sur la communication des agents en service aux urgences à l'endroit des patients dans les CHU au Bénin.

Empirique et inductive, cette recherche a mobilisé l'exploration documentaire notamment les rapports d'études, d'articles scientifiques sur la communication hospitalière, l'administration hospitalière et universitaire, d'une part, et les techniques d'enquête de recueil de données privilégiant l'observation, l'entretien et l'enquête par questionnaire d'autre part.

En effet, en soulignant le caractère empirique et inductif de cette recherche, elle a conduit d'abord à observer l'interaction entre soignants et soignés à l'accueil et à la consultation, ensuite à s'entretenir avec deux (02) responsables au moyen d'un guide d'entretien et enfin à soumettre deux types de questionnaire ; l'un, à 10 agents de santé en service aux urgences des CHU qui quotidiennement sont en contact avec les patients/usagers à l'accueil et l'autre à 100 patients et/ou usagers.

En définitive, 112 individus ont participé à la présente étude.

2.2. Cadre institutionnel de la recherche

Le CNHU-HKM de Cotonou et le CHUD-B/A ont servi de cadre institutionnel à la recherche. Ils sont tous deux prestataires de service public en santé. Le premier sur le plan national et le second sur le plan départemental.

Situé à Cotonou dans le département du Littoral au Bénin, le CNHU-HKM est inauguré le 30 octobre 1962 sous le mandat du Président Hubert Koutoukou MAGA et s'étend sur un terrain de 10 hectares. Il est administré par un Conseil d'Administration (CA) présidé par le représentant du Ministère de la Santé et composé de sept (07) membres. Sa gestion courante est assurée par un Directeur Général nommé par décret pris en Conseil des Ministres pour une durée de trois (03) ans renouvelable sur proposition du Ministre de tutelle après avis conforme de l'Autorité de Régulation du secteur de la santé. La direction générale du CNHU-HKM s'appuie, conformément

au dispositif réglementaire applicable, sur les responsables tels que le Directeur de l'Administration et des Finances, la Personne Responsable des Marchés Publics, le Directeur des Équipements et de la Maintenance, etc. Il faut remarquer qu'en 2009, la cellule de communication et du marketing social est créée et rattachée à la direction générale. Cette cellule a pour objectifs de faire la promotion de l'hôpital, de faire connaître les services qu'il offre et d'entretenir l'image de l'hôpital. Elle est destinée à apporter des informations aux patients, à leur famille et à tous les professionnels de santé, collectivités, partenaires, syndicats et autres associations et à la presse.

Le CHUD-B/A est situé à Parakou au Nord-Bénin. Créé dans le cadre du programme de lutte pour le bien-être de la population du Bénin en général et celle du Borgou en particulier, le CHUD-B/A a connu des changements structurel et organisationnel depuis sa création.

En effet, érigé tout au début comme poste d'assistance médicale de la circonscription de Parakou, il devint assistance du service territoriale par arrêté n° 10 / MSP / DST du 19 janvier 1956. Celui-ci a évolué pour devenir Hôpital de Parakou puis Centre Hospitalier Provincial du Borgou en 1985. Il a été consacré ensuite sous l'appellation de Centre Hospitalier Départemental du Borgou par le décret n° 90-347 de novembre 1990 portant statut des Centre Hospitaliers Départementaux (CHD) et Formation Sanitaire Assimilée (FSA) en République du Bénin. Dirigé successivement par des militaires colons, des médecins militaires et administrateurs béninois, le CHD change de statut pour devenir CHUD-B/A avec l'avènement de la création de l'Université de Parakou notamment la Faculté des Sciences de Santé en septembre 2001, et par décret n° 2014-524, il acquiert le statut d'espace Hospitalo-Universitaire.

A l'instar des autres formations hospitalo-universitaires du Bénin, le CHUD B/A est placé sous la tutelle du ministre de la santé et se positionne en structure de soin de deuxième référence pour les formations sanitaires de premier contact. Il dessert une population estimée à 1 779 002 habitants répartis sur une superficie d'environ 52,159 km² en 2014. Ainsi importe-t-il de préciser que le CHUD B/A prend en charge les cas référés provenant des 14 communes des deux départements (Borgou/Alibori).

Les institutions hospitalières en étude sont considérées, chacune en tenant compte de leur dimension (nationale et départemental), comme des centres de référence. Ils ont pour mission de permettre les investigations et examens qui concourent à un diagnostic difficile à établir dans les structures périphériques, de traiter les cas médicaux ou chirurgicaux les plus complexes qui lui sont référés, d'encadrer des étudiants venant pour les stages dans différentes spécialités et de participer à la recherche en matière de santé.

3. Résultats

Les données collectées par entretien et enquête par questionnaire sont présentées. Les premières (par entretien) viennent des responsables des CHU et les deuxièmes (enquête par questionnaire) viennent d'une part, des agents en service aux urgences, et d'autre part, des patients/usagers.

3.1. Résultats des entretiens avec les responsables des CHU

Il importe de noter que les entretiens avec les responsables avec les CHU, ont eu pour centres d'intérêt, le profil des agents en service aux urgences, la possibilité donnée aux patients/usagers de dénoncer les agents indécents, la place de la communication parmi les leviers de management des CHU.

Ainsi, il ressort de ces entretiens que la nécessité de la création de la cellule de communication démontre de l'importance accordée à la communication, et ceci s'est fait ressentir après les mouvements de grève de 2007. Le CNHU-KKM notamment, avait traversé une série de grèves perlées et à l'issue desquelles, la plupart des communications de presse parlaient de l'institution hospitalière comme un centre mouvoir où les patients/usagers sont maltraités.

Les cellules de communication sont limitées dans leurs actions, car elles rencontrent des problèmes liés aux ressources financières et humaines. Cependant, elles reçoivent à 99% les plaintes des usagers à travers les médias sociaux tels que Facebook. Car pour eux, c'est le canal accessible à la grande majorité de la population. Ainsi, lorsque les plaintes sont reçues, elles sont transmises à l'autorité pour interpellier le service mis en cause. À en croire le Chargé de communication du CNHU-HKM :

les agents de santé au niveau des urgences font leur boulot, celui consistant à soigner les patients. Concernant la prise en charge, le patient est fait pour patienter. Et les patients béninois n'aiment pas patienter. Il pense néanmoins qu'il y a des efforts à faire en matière de communication des agents des urgences, c'est-à-dire, trouver le temps pour expliquer un peu plus le mode de fonctionnement du service des urgences aux patients. Les agents de santé n'ont toujours pas le temps de s'attarder à répondre à toutes les questions des patients, compte tenu de la charge de leur travail.

3.2. Résultats issus des enquêtes par questionnaire

3.2.1. Résultats issus des enquêtes par question à l'endroit patients des CHU

La manière dont le patient est reçu lors de son premier rendez-vous ou non (cas d'urgence), la façon d'être traité et écouté par l'agent en service aux urgences, constituent les maillons d'un bon ou mauvais accueil en milieu hospitalier. Pour rappel, 100 patients/usagers des CHU en étude, ont participé à la collecte des données.

Ainsi, à la question de la perception qu'ont les patients de l'accueil au niveau des CHU, il faut retenir que la plupart des patients ont une mauvaise opinion de l'accueil des CHU. En effet, pour 56%, l'accueil est mauvais. Et la qualité de cet accueil s'observe dans la façon dont les agents en service aux urgences s'adressent aux patients/usagers. Pour 72% des enquêtés, les agents en service aux urgences ne sont pas courtois.

À la question de savoir leur réaction en cas de discourtoisie de la part de ces agents au service des urgences, plus de la moitié des enquêtés soit 79% préfèrent garder le silence pour éviter des représailles. Seulement une minorité (11%) opte pour la dénonciation. Il est aussi abordé, la question de la spontanéité dans la réception d'information ayant trait à l'évolution de l'état de santé du patient. La majorité des patients enquêtés (60%) estime qu'elle n'est pas spontanément informée sur leur état de santé ou celui de la personne dont elle a la garde. Selon cette cible, il faut d'abord faire la courbette aux agents de santé et les relancer plusieurs fois avant d'avoir des informations. Cependant, le cas le plus effarant est la façon dont il est annoncé le décès d'un patient, auparavant malade ou admis en urgence ou en réanimation, à ses parents. 86% des enquêtés témoignent que l'annonce est faite sans ménagement. Dans bien de cas, l'agent apparaît dans le couloir grignotant de la cacahouète ou de l'arachide et interpelle à voix haute les personnes dont le parent est décédé et leurs l'annonce du décès, puis retourne sur ses pas.

À la question de savoir les moyens (dispositifs communicationnels) par lesquels, les patients reçoivent les informations, il ressort que 33% des personnes enquêtées estiment qu'elles ont généralement accès aux informations des CHU par les médias sociaux notamment Facebook, 28% par le tableau d'affichage et 21% par les agents de santé, tandis que 18% de ces patients interrogés, avouent détenir les mêmes informations au moyen de téléphone.

Enfin, il est abordé la question de la possibilité de dénoncer le comportement des agents indécors. À ce niveau, 81% ont affirmé qu'aucune possibilité n'est offerte pour dénoncer les agents indécors. Ils pensent d'ailleurs qu'il faut être vraiment courageux et être sûr de vraiment vouloir assumer les responsabilités et payer le prix avant de dénoncer quelqu'un dont dépend la survie du patient.

3.2.2. Résultats issus des enquêtes par question à l'endroit des agents de santé en service aux urgences des CHU

10 agents en service aux urgences des CHU, ont participé à la collecte des données. Les enquêtés étaient invités à se prononcer sur la façon dont ils accueillent et communiquent avec les patients/usagers, les consignes de la direction, les modules de formation en communication dans leur cursus.

A cet effet, il a été la question de savoir si les agents reçoivent des consignes de la direction sur l'accueil et la communication à la prise de service. A ce niveau, la quasi-totalité des agents enquêtés (99%) a coché « non ». Ce qui signifie qu'aucune consigne n'est donnée aux agents à leur prise de service en ce qui concerne l'accueil et la communication avec les patients.

Pour ce qui est de l'appréciation de l'ambiance habituelle entre agents et patients/usagers, 70% des agents la qualifient d' « assez bonne et 30% la trouve bonne. À cela, il faut ajouter que 80%, reconnaissent qu'une bonne qualité de la communication dépend aussi bien des patients que des agents de santé. À la question de savoir, s'ils sont souvent interpellés par la hiérarchie pour des plaintes de la part des patients/usagers, la majorité (100%) a répondu par la négative. En abordant la question de leur cursus de formation, 70% des agents ont reconnu ne pas avoir suivi de module de formation en communication notamment interpersonnelle.

4. Discussion

Pour rappel, l'objectif de cette recherche est d'étudier la communication des agents en service aux urgences à l'endroit des patients/usagers des CHU au Bénin, à partir de l'exemple des CNHU-HKM et CHUD/BA. Plus spécifiquement, comprendre la façon dont ces agents communiquent avec les patients/usagers, ainsi que la perception de ces derniers de la communication des premiers, pour enfin proposer ce que doit être la communication de ces agents à l'endroit des patients/usagers dans les CHU et autres institutions de santé.

4.1. Résultats issus de l'entretien avec les responsables des CHU

En matière de communication en milieu hospitalier, il faut viser un certain nombre d'améliorations et pour atteindre ce but, une seule personne ne peut le faire. La fonction communication des CHU est résumée en cellule de communication. L'un des responsables des CHU soutient que « le patient est fait pour patienter ». Ces propos posent la méconnaissance de la signification de « patient » de la part d'un responsable dans un environnement hospitalier. En effet, dans le domaine de la médecine, le terme patient désigne couramment une personne recevant une attention médicale ou à qui est prodigué un soin. Le patient bénéficie d'examens médicaux, de traitements prodigués par un médecin ou autres professionnels de la santé pour faire face à une maladie ou des blessures.

Ceci étant, il convient de retenir que le temps d'attente du patient, reflète de la bonne organisation ou non d'une unité de soin. La prise en charge du patient dans les services d'urgences doit être immédiate pour ne pas que la santé du patient se dégrade, surtout dans les cas d'urgence. A. D'Onofrio, L. Gajo et M. E. Molina (2004, p.7-8) font

constater que les mécanismes et les rituels régulant la vie hospitalière sont parfois flous ; or, plus un système de règles est flou, plus il peut faire émerger des malentendus et des ambiguïtés, voire même des « moments inconfortables » dans le bon fonctionnement du quotidien hospitalier. Une institution comme l'hôpital, par les rôles qu'elle prévoit, les scénarios de prise en charge programmés, propose un cadre qui permet un fonctionnement quasi immédiat et se dispense de certaines négociations, même si les zones de négociation demeurent, variablement selon les services, et offrent des observables intéressants pour le linguiste.

Suite à ces auteurs, il importe de préciser qu'il revient donc au professionnel de la santé de disposer de tous les moyens pour éviter tout malentendu ou ambiguïté dans son rapport avec le patient/usager.

Par ailleurs, en choisissant de communiquer par les médias sociaux dans un environnement culturel et social comme celui du Bénin (population majoritairement analphabète des TIC), il faut rappeler que le choix de ce canal d'information n'est pas adéquat. Pour J. Cosnier, M. Grosjean et M. Lacoste (1993, p.17) si traditionnellement, les problèmes de communication concernaient plutôt la dimension relationnelle, il convient désormais de prendre également en compte ces avancées technologiques et leur impact.

Évidemment la prise en compte de ces avancées technologiques doit se faire en tenant compte du contexte. Car en effet, il faut retenir avec F. Gonnert (1992, p.39-40) que ce n'est pas pour autant que ces avancées technologiques garantissent la transmission de l'information ni la qualité de la communication qui sont le fait de multiples facteurs, parmi lesquels bon nombre sont des facteurs humains. Car très souvent, et c'est le cas avec les CHU en étude, les supports de communication sont pensés sous un angle technique (Berbain, Minvielle, 2001, p.92) alors que dans une perspective de rationalisation ces supports ne sont pas sans poser de problème quant à leur utilisation par la population. Il faut aussi souligner la difficile gestion des nombreux flux d'information, ou encore la disponibilité constante à laquelle convie ce nouveau mode de communication lorsqu'il s'agit surtout d'une institution comme le CNHU-HKM dont la cellule de communication se résume à un seul individu.

4.2. Résultats de l'enquête par question à l'endroit des patients/usagers des CHU

Cette section vient répondre à l'une des questions spécifiques de la recherche, celle de savoir comment les patients se représentent-ils (perçoivent-ils) la communication des agents en service aux urgences à leur endroit ?

Il faut dire que 56% et 72% des patients/usagers enquêtés ont respectivement une mauvaise impression de l'accueil et de la façon dont communiquent les agents en service aux urgences des CHU. Les enquêtés trouvent que les agents au niveau de

l'accueil sont « peu aimables », « non empathiques », « lents », « peu chaleureux », et ne « sourissent presque pas ». Cet état de chose Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan (2003, p.53-54), l'ont souligné dans une étude réalisée dans des centres de santé Ouest Africains. En effet, pour ces auteurs, les relations soignants-soignés apparaissent comme très souvent insatisfaisantes, avec des enclaves de relations favorisées, (...). Ces problèmes relationnels renvoient tous à ce qu'on pourrait appeler une « médecine non centrée sur le patient » autrement dit un univers médical où le patient n'est pas pris en compte en tant que personne, et où, qui plus est, il apparaît plutôt comme un gêneur. Les auteurs continuent pour dire que :

cette « impolitesse » ou « incivilité » profonde couvre de nombreux aspects, depuis les attentes injustifiées ou mal organisées infligées aux malades, jusqu'à la non prise en considération de l'intimité ou de la pudeur des malades. On peut y mettre le fait de ne pas saluer ou de mal saluer le malade, de ne pas le faire asseoir, de lui parler de façon autoritaire, distante, excédée, de lui couper brutalement la parole ou de refuser même de l'écouter, de le « laisser en plan » pour les motifs les plus divers et parfois les plus futiles, de l'examiner quasi en public, portes ouvertes ou avec un défilé de visiteurs, ainsi que tout un ensemble de comportements courants oscillant entre l'indifférence et le mépris.

Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan (2003, p.53-54)

Voilà autant de situations qui viennent édifier les résultats de cette recherche. En effet, l'accueil est le déclic de la communication. La façon dont il est conduit, détermine le type de communication qui va suivre. Une fois que le patient est choqué au niveau de l'accueil, il ne sera plus réceptif à la suite du traitement. Les patients attendent beaucoup des agents de santé. Ces derniers doivent leur consacrer assez de temps pour qu'ils s'expriment clairement, qu'ils soient de bonne humeur, qu'ils aient réponse à toutes les questions des patients. L'accueil du patient représente le tout premier soin. Sa qualité influence la relation future entre l'agent de santé et le patient. Comme le disait A. Buisson (2008, p.1) : « accueillir un patient à l'hôpital est une étape importante qui conditionne le bon déroulement de la prise en charge. Les soignants doivent prendre le temps de réaliser l'accueil comme un soin à part entière, afin de faire de la personne soignée un véritable partenaire ».

Toute communication dans un contexte de soin doit donc contribuer à l'amélioration de l'état de santé du patient. Dans un tel contexte, il est indispensable de rappeler aux agents de santé qu'il est aussi de leur rôle de garantir constamment une bonne communication entre eux et les patients. Comme l'indique Dr John Kelley (chercheur à l'université de Harvard dans le Massachusetts), cité par Delphine Chayet, dans un article publié sur figaro.fr/santé, en mai 2014, « des interventions visant à améliorer la communication ont un effet mesurable sur certains marqueurs de l'état de santé, comme la pression artérielle, la perte de poids ou les scores de douleur ». Selon la journaliste, l'attitude du médecin avec son patient a un impact sur sa santé. Elle estime

que regarder son patient dans les yeux, lui donner le temps de décrire ses symptômes sans l'interrompre ou poser les questions ouvertes ne sont pas seulement de banales remarques d'attention mais de véritable compétence clinique.

En effet, lorsque l'agent de santé prend son temps, pour permettre au patient de s'exprimer et de l'écouter, cela représentent non seulement une marque d'attention mais relève d'une compétence clinique. La qualité de la relation entre le soignant et le soigné, ou la qualité de l'accueil de l'agent de santé pour le patient impacte directement sur la consultation.

Les résultats montrent par ailleurs que la possibilité n'est pas donnée aux patients/usagers de dénoncer des agents qui font preuve d'indélicatesse dans l'exercice de leur fonction. Il faut souligner que l'accès à des soins de qualité et sécuritaires n'est possible que si les patients dans chaque unité de soin, sont en mesure de dénoncer les agents de santé. Alors que l'article 8 nouveau de la loi 2020-37 portant protection de la santé des personnes en République du Bénin stipule qu'en cas de soupçon de faute médicale, le patient ou tout membre de sa famille ou la personne de confiance qu'il a désignée a le droit de porter plaintes dans la juridiction territorialement compétente. L'autorité saisie doit dans ce cas procéder à la vérification des faits et donner à la plainte la suite qui convient dans un délai de deux mois. Il est vrai qu'ici il s'agit d'une loi voté au cas où la prescription médicale est mal faite. Mais il faudrait que les responsables des CHU en tirent leçon afin de mettre en place un mécanisme pouvant permettre aux usagers de dénoncer en toute sécurité les agents de santé qui font usage de discourtoisie.

4.3. Résultats de l'enquête par question à l'endroit des agents de santé en service des urgences des CHU

La qualité de l'accueil des patients/usagers dans les CHU en étude est tributaire de la qualité de la communication qu'entretiennent les agents de santé à leurs endroits, comme le mépris dont les patients se disent victimes, les justifications que les personnels de santé donnent de leurs attitudes, ou la façon dont les soignants s'approprient l'espace aux dépens des soignés.

70% des agents de santé enquêtée n'ont pas bénéficié de modules de formation en communication au cours de leur cursus. Malheureusement, les agents de santé ne peuvent pas ne pas communiquer. Et ce manque de module de cours en communication pendant leur cursus, se ressent dans le traitement des patients. Au cours de leurs études, des cours en communication sont donnés aux étudiants en santé de façon superficielle ou presque pas. Ce qui se fait ressentir d'ailleurs dans leur façon de communiquer avec les patients/usagers ou de les accueillir. Dans une autre étude intitulée « Comment les mots aident à soigner les maux » dans *Compétences infirmières*, L. Piquard (2014) reconnaît que : « les soignants reçoivent quelques cours théoriques

sur des notions basiques de communication, sur la relation soignant-soigné, sur l'écoute et l'empathie, sur la relation d'aide, mais ne disposent pas d'outils pratiques à utiliser dans leur quotidien ». Elle continue pour dire qu'aujourd'hui, les connaissances au niveau des sciences psycho-sociales et des neurosciences ainsi que les connaissances plus approfondies des effets de l'hypnose sur le cerveau permettent d'affirmer que la communication des agents de santé peut et doit changer. C'est pourquoi, B. Thomas (2020), estime qu'il faut : « Améliorer les compétences en communication des équipes soignantes afin de répondre au droit à une information claire et loyale des usagers : étapes d'un entretien, développer l'écoute active, adapter sa communication aux familles, l'importance de l'accueil, l'importance de la complémentarité médicale & paramédicale ».

Ceci montre qu'un agent de santé qui a subi une formation en communication disposera de la compétence nécessaire pour accueillir les patients et les mettre en confiance. Car, il arrivera à trouver les mots justes pour faire taire les émotions même s'il se retrouve en face d'un patient difficile.

Il est aussi retenu que la moitié des agents questionnés, se reproche le fait d'être stressé pendant l'accueil des patients/usagers. De même, d'autres (20%) estiment qu'ils n'arrivent pas à se maîtriser.

En effet, Il est clair qu'aucun de ces deux constats ne peut contribuer à une bonne communication entre un agent de santé et un patient. La charge de travail des agents en service aux urgences des CHU en étude, peut être source de difficultés et d'épuisement lorsqu'on sait que dans ces structures sanitaires, la question d'insuffisance du personnel se pose avec acuité. Le fait que le travail au service des urgences soit intensif et émotionnellement exigeant augmente le risque d'épuisement professionnel. Alors pour cela, il est proposé une rotation des agents aux urgences à intervalle réguliers.

Au vu des constats qui ont été faits et des problèmes de communication qui ont été identifiés, il apparaît d'insister d'abord sur l'irréfutable pouvoir affectif et thérapeutique commun à un bon accueil et une bonne manière de communiquer dans tous les secteurs de la vie en général et dans le domaine de la santé en particulier avec une nécessité plus prononcée dans les CHU au Bénin.

En effet, les résultats de la présente recherche ont révélé que le premier palier de la satisfaction morale de tout patient réside dans la qualité de l'accueil à lui réserver par le soignant. De même, il est prouvé qu'un mode de communication fondé sur l'empathie, la courtoisie et le respect de la personnalité du patient quelles que soient ses conditions sociales, est et demeure la pierre angulaire de l'établissement d'une confiance mutuelle entre patients et soignants. Aussi, n'est-il pas exagéré de soutenir que c'est d'ailleurs grâce à l'établissement d'une telle confiance que les difficultés relevant spécifiquement des barrières linguistiques seront vite aplanies en faveur d'un

meilleur diagnostic, gage d'accélération de soins de qualité et par ricochet de la guérison de tout patient.

Conclusion

La présente recherche intitulée «Étude de la communication des agents en services aux urgences à l'endroit des patients/usagers dans les CHU au Bénin », a pour objectif d'étudier la communication des agents en service aux urgences à l'endroit des patients/usagers dans les CHU au Bénin. Pour parvenir à ces résultats, la combinaison des techniques telles que la documentation, les entretiens et les enquêtes par questionnaire a été adoptée. Elle a permis de mettre en évidence l'impératif, d'une part, pour les agents en service aux urgences des CHU d'affiner et de soigner leur mode de communication, et d'autre part, pour les responsables de considérer la communication comme le premier soin qu'on administre à un patient qui fait son entrée dans un centre hospitalier. L'importance de la communication apparaît dans la nécessité de continuité et de permanence des soins à l'hôpital. Elle est un enjeu essentiel à la fois pour les soignants et pour les patients. 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 compliance 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.

Il faut préciser que l'intérêt pour le domaine de la communication de s'intéresser aux organisations sanitaires n'est pas récent. Il est vrai qu'en Afrique elle reste balbutiante. Dans le monde occidental, la littérature dans ce domaine est abondante. Depuis de nombreuses années, différentes études dénoncent les manques mais aussi les améliorations à apporter dans ces domaines, tout particulièrement dans le secteur hospitalier conçu comme un système éminemment complexe. (Schwartz, 1974 ; Fayn, Frechou, 1989, cités par V. Haberey-Knuessi, J-L. Heeb et E. Morgan De Paula, 2013, p.17). Les nouvelles formes de gestion des centres hospitaliers doivent prendre en compte la communication et la multiplication de ses supports qui doivent être en adéquation avec son environnement culturel et social.

Références bibliographiques

- BERBAIN Xavier et MINVIELLE Etienne. 2001. « L'information dans la gestion des unités de soins : la barrière de l'apprentissage », *Revue des Sciences Sociales et Santé*, Vol. 19, n°3, pp.77-106
- BOURRET Paule. 2011. *Prendre soin du travail. Un défi pour les cadres à l'hôpital*. SELI ARSLAN, Paris, 1^{re} édition, 190p.
- CARAYOL Valérie 1994. « La communication hospitalière », in *communication des organisations*. pp.1-6 (En ligne) HS n° 1 consulté le 12 juin 2022 sur [http : // journals.openedition.org](http://journals.openedition.org)
- CHAYET Delphine. 2014. « L'attitude du médecin avec son patient a un impact sur sa santé », article de presse publié par le [le figaro.fr](http://lefigaro.fr) Santé, consulté le 18 août 2022 sur sante.lefigaro.fr/actualite/2014/05/04/22297
- COSNIER Jacques. 1993. « Les interactions en milieu soignant », In COSNIER Jacques, GROSJEAN Michèle et LACOSTE Michèle (dir) « Soins et communication : approche interactionniste des relations et soins », *Presse Universitaire de Lyon*, pp.17-32
- DOMENECH A. et al. 2014. « Accueil au centre hospitalier François Quesnay », recommandations pour l'accueil d'un patient et sa famille en hospitalisation, Groupe de travail de l'hôpital de Mantes 15p
- GONNET Françoise. 1992. *L'hôpital en question (s) : un diagnostic pour améliorer les relations de travail*. Lamarre, Paris. 355p.
- HABEREY-KNUESSI Véronique, HEEB Jean-Luc et de PAULA Emilie Morgan. 2013. « L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier » Dans *Recherche en soins infirmiers* Vol. 4 n° 115 pp.8-18
- JAFFRE Yannick et de SARDAN Jean-Pierre Olivier. 2003. *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Les presses de la Nouvelle Imprimerie Labellery, APAD-KARTHALA, Collection « Hommes et sociétés »
- De NEGRI Berengère. 1997. « Améliorer la communication interpersonnelle entre prestataires de soins de santé et clients » Série sur le perfectionnement de la méthodologie d'assurance de qualité. *Projet d'assurance de qualité, Centre pour les services humains, USAID, Wisconsin USA*
- D'ONOFRIO Andreina, GAJO Laurent et MOLINA Maria Eugenia. 2004. « Langage et contexte : effets de constructions dans divers services hospitaliers », In GAJO Laurent (dir) « *Langue de l'hôpital, pratiques communicatives et pratiques de soins* », Cahier ILSL n° 16, Université de Lausanne

- PIQUARD Laurence, 2019. « Comment les mots aident à soulager les maux », in Hypnose et médias, consulté sur actusoins.com le 24 août 2022
- ROEMER Milton Irwin, MONTOYA-AGUILAR et OMS. 1989. « L'évaluation et l'assurance de la qualité des soins de santé primaire », OMS, publication Offset n°105, 80p
- SPIIC 2006. « La communication » Bulletin info Droit Québec, Vol. 15 n°3 (En ligne), consulté le site www.spiic.ca le 24 juillet 2022
- TRENTESSE Aurelie, 2014, « La communication, point fort de la relation patient-soignant », article de presse, publié sur Compétences infirmières le 06/10/2014 et consulté le 24 août 2022 sur infirmieres.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere