



Listes de contenus disponibles sur: [Scholar](#)

DETERMINANTS DE LA MAUVAISE QUALITE DES RELATIONS SOIGNANTS-SOIGNES DANS DES FORMATIONS SANITAIRES, cas de l'Hôpital général de référence de TSHIKAPA

Journal homepage: ijssass.com/index.php/ijssass

DETERMINANTS DE LA MAUVAISE QUALITE DES RELATIONS SOIGNANTS-SOIGNES DANS DES FORMATIONS SANITAIRES, cas de l'Hôpital général de référence de TSHIKAPA[☆]

STANISLAS KANDE NSENDA WETU BONSO ^a

A. ISTM TSHIKAPA

Received 25 July 2023; Accepted 13 September 2023
Available online 14 October 2023

ARTICLE INFO

Keywords:

Déterminants

Qualité

Relation soignant-soigné

Structure sanitaire.

ABSTRACT

La relation thérapeutique demeure une préoccupation fondamentale de prestataires dans les structures sanitaires. Les données ont été récoltées dans une structure sanitaire de la ville de Tshikapa offrant les différents services de soins, en recourant à un questionnaire guide d'interview, sur une population de 26 prestataires. Les résultats indiquent que la mauvaise qualité de la relation soignant-soigné est liée aux facteurs suivants : le sexe féminin (53,3%), la tranche d'âge de moins de 29 ans (43,3,5%), le niveau d'étude A1 (46,6%) ; l'expérience professionnelle de 1 à 5ans (36,3%) ; la religion: Autres(40%) ; le marié (43,4%) ; Ethnie Pende (40%) ; la stigmatisation (40%) ; situations financières (20 %) ; faible revenu (10%) ; sécurité personnelle(10 %) ; Ces résultats plaident de l'implication de l'Etat, partenaires et Autres Organisations internationales et Agences des Nations Unies pour une assistance urgente et soutenir les structures sanitaires en vue de relever les défis actuels dans nos structures de soins dans cette province.

I.INTRODUCTION

La relation soignant-soigné demeure une préoccupation fondamentale sans nul doute, en milieu hospitalier. Celle-ci est bilatérale, et non unilatérale avec d'un côté la personne soignée qui reçoit passivement. Et nous ne devons jamais oublier ce point ; c'est pourquoi l'écoute active est fondamentale et la relation d'aide nécessite des compétences spécifiques afin de répondre le plus près aux besoins de malade.

La personne malade est un système et un sous-système ouvert sur l'environnement. Ainsi, la personne en besoin d'aide peut être considérée à plusieurs titres comme un sous-système ouvert composé des caractéristiques biologiques, cognitives et sociales. On constate que lorsque la relation est déséquilibrée, un type de savoir est dévalorisée. Le savoir scientifique du soignant, oublie souvent le savoir du patient.

Actuellement la relation soignant-soigné est affectée par une insuffisance de dialogue. Le partenariat découle d'un dialogue enrichissant et chaleureux entre les deux interlocuteurs. Ainsi, le dialogue de ce genre met l'accent sur l'individualité des intervenants et sur les soins humanisés. La qualité est affectée suite à un déficit d'une meilleure relation, qui peut améliorer la communication entre le soignant et le soigné et permettre au patient d'exprimer ses plaintes, de poser ses questions, d'oser dire qu'il n'a pas compris, de demander des informations complémentaires au corps soignant.

RANASINGLE et Al. ,(2010) disent dans un ouvrage parlant des compétences spécifiques des soignants envers les patients dans la relation d'aide, 6 sur 10 patients sont insatisfaits par manque d'une communication franche entre ces deux

acteurs. Au centre de tout acte de soin, il y a moins une personne. Tout acte de soin est destiné à des individus, même s'il s'agit d'une mesure collective, telle est la vaccination ou le dépistage d'une maladie. Et, l'élément moteur de l'acte de soin n'est pas la maladie, mais la relation qui s'établit entre la personne malade et soignante.

L'étude des erreurs médicales montre qu'elles trouvent leur origine dans des problèmes de communication, manque d'écoute active du patient, le problème ignoré ou mal défini, le manque de compréhension, de la conduite à tenir. Mais selon qu'on se trouve en Europe continental, en Scandinave, Royaume-Uni, il n'est pas concevable pour le soignant de prendre une décision à la place du patient. L'autonomie du patient et ses décisions sont censées en théorie du moins être respectées,(BSENKER et Al,2023).

Pour certains acteurs, l'hôpital étant un milieu stressant de par sa nature, il serait mieux d'offrir un milieu humain équilibré où la relation soignant-soigné est rendue humaine, sécurisante et épanouissante. Certains, en revanche préfèrent garder le savoir pour eux, voire dénigrer le savoir des patients, ou carrément rejeter leurs questions ; cette attitude est contraire à l'éthique médicale et aux bonnes pratiques, elle est contreproductive, on ne signe jamais correctement par la tromperie, le silence, la contrainte, le mépris ; car la compétence ne se mesure pas aux titres ou au savoir acquis, mais à la qualité de la relation établie avec les patients. Et pourtant, le patient est une personne en difficulté dont il faut résoudre dès son arrivée, pendant et à son départ à travers l'espace d'accueil de la personne avec besoin d'aide qui doit être approprié et qui assure le minimum de

confidentialité, d'environnement de sécurité et d'élément de confort.

Dans bon nombre d'hôpitaux de la RDC, il se dégage que les infirmiers des services de garde sont sans cœur. Ceci insécurise les malades, crée et renforce leurs stress et celui de leur famille et entourage. Par conséquent il s'installe l'aliénation du malade vis-à-vis de l'infirmière, cette attitude plonge sans doute la famille dans les frustrations inoubliables, car il se sent déshumanisé.

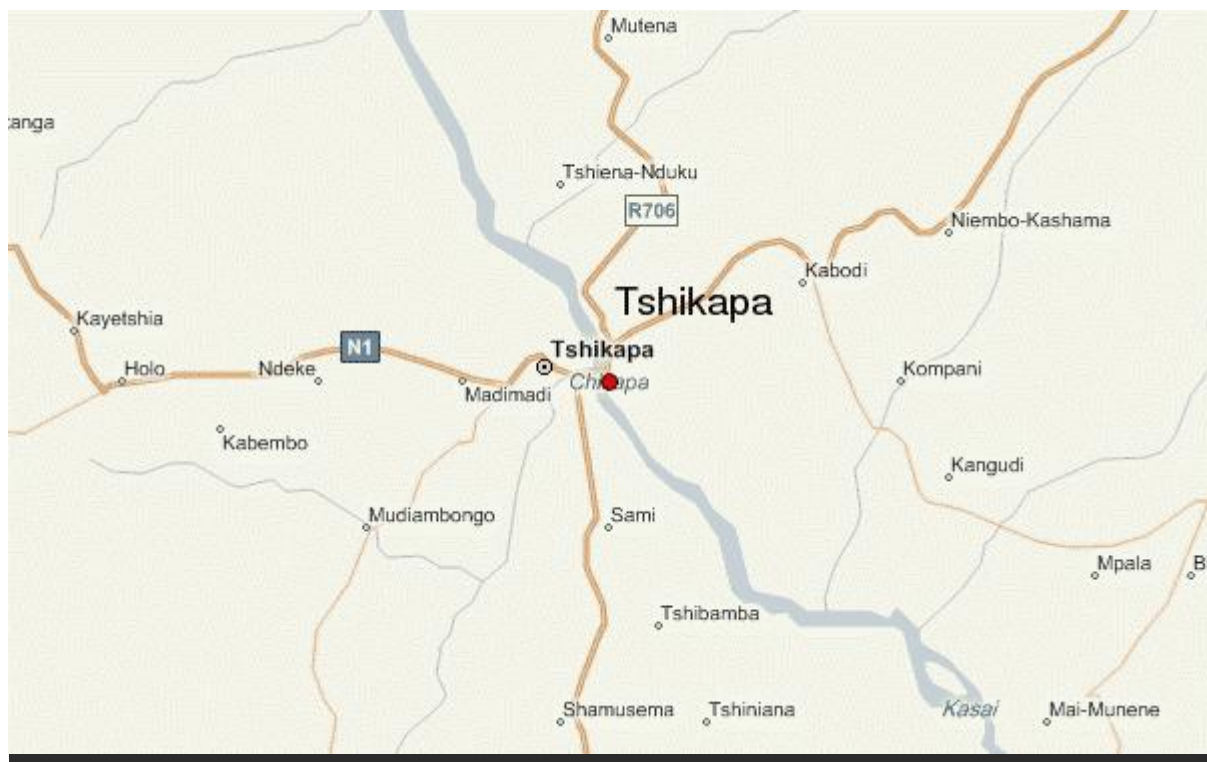
Dans les structures sanitaires de la province du Kasai, la transmission des attitudes relationnelles

est complexe, car elle nécessite d'une part que l'expertise ait identifié et mis en mots les interactions qui se passent entre elle et les patients au moment de soins, ce qui reste difficile.

La présente étude cherche à répondre à la question principale à savoir : Quels sont les principaux déterminants de risque de contreperformance de la relation soignant-soigné dans les structures sanitaires de la ville de Tshikapa, nous partons d'une hypothèse selon laquelle, les conditions socio culturelles et démographiques des enquêtés seront à la base de cette mauvaise relation soignant –soigné.

II. MATERIEL ET METHODES

I.MATERIELS



Tshikapa est une ville et le chef-lieu de la province du Kasai en République démocratique du Congo. La localité est connue pour ses gisements de diamants. Elle a acquis le statut officiel de ville

en 2003, en même temps que Mwene-Ditu. La localité est située à la confluence de la rivière Tshikapa et la rivière Kasai sur la route nationale 1 à 842 km au sud-est de la

capitale Kinshasa. Elle s'étend sur les deux rives de la rivière Kasai que relie un pont métallique. L'activité minière mobilise près des trois quarts des hommes, des jeunes en particulier, qui passent leur temps à chercher dans les rivières ou à labourer le sol. Les comptoirs constituent un véritable "marché aux puces" du diamant qui accueille librement les vendeurs. L'autre intérêt de Tshikapa réside dans son marché. Le reste de la ville est à l'abandon. Elle a une superficie de 38 220 ha = 382,2 km².

Notre étude est transversale, descriptive à visée exploratoire et se base sur un devis descriptif, analytique transversal qui a consisté à recueillir les données en vue d'obtenir un tableau de différents déterminants affectant la qualité d'un village respectant les normes édictées par le programme dans les villages se trouvant dans la Zone de Santé de Tshikapa, dans la DPS KASAI.

II.2.METHODES

Nous avons utilisé la méthode descripto-analytique couplée aux techniques documentaires et d'interview qui ont permis d'analyser les PV ou comptes rendus des réunions des comités des villages et avons interviewé quelques détenteurs de droits, membres du comité, mamans et papa qui vivent dans les villages de la Zone de Santé de TSHIKAPA.

La population pour cette étude est constituée de toutes les personnes de la ZS/TSHIKAPA habitant les villages avec le Paquet Programme national Village assaini ou qui s'étaient investis pour réaliser les objectifs d'un village assaini notamment : l'entretien des infrastructures pour l'approvisionnement en eau potable et ses installations sanitaires, l'utilisation de latrines hygiéniques, l'évacuation des ordures, etc...

La technique d'interview et la revue documentaire soutenue par un questionnaire guide nous ont servi de collecter les informations sur l'impact du Programme national village assaini ; lequel a précisé les éléments d'introduction des variables sociodémographiques et les principales questions en rapport avec le phénomène. Nous avons procédé selon le souci de soutenir le questionnaire et éviter le biais dans la collecte des données qui pourrait en ressortir, le questionnaire d'administration a été construit, élaboré en fonction des objectifs de départ et de l'étude préalable de la littérature.

Il convient de noter que durant notre recherche, nous avons tenu compte de quelques valeurs morales et éthiques auprès de notre population en respectant la participation volontaire à l'étude, la confidentialité des données, le respect de la dignité et l'anonymat des résultats. Les participants à l'étude étaient soumis à la lecture du document de consentement éclairé.

Aussi, Le traitement des données a été fait dans un fichier Excel où les données ont été saisies, nettoyées, codifiées et exportées en Epi-Info pour analyser. Les données des variables croisées sont interprétées selon le test CHI CARRE avec le degré de certitude fixé à 95 %, la règle de décision s'est prononcée au seuil de 5% comme taux d'erreur tolérable retenue dans notre étude.

Notre étude est descriptive à visée analytique se basant sur un devis descriptif transversal qui a consisté à recueillir les données en vue d'obtenir un tableau des différents facteurs affectant la qualité de la relation soignant-soigné, a été menée dans une structure sanitaire, se trouvant dans un milieu Urbaine de Tshikapa, dans la Divion

Provinciale de la Santé du Kasai, à savoir l'hôpital général de référence de Tshikapa, est une structure sanitaire Etatique appartenant à l'Etat Congolais et gérée par le pouvoir public de l'Etat;

La population pour cette étude est constituée de 30 prestataires œuvrant à l'HGR Tshikapa, pour participer à l'étude, les sujets devraient satisfaire à deux critères suivants :

- 1) Etre soignant affecté à l'HGR TSHIKAPA et avoir un niveau d'étude L2, A1, A2 et A3 ;
- 2) Etre soignant dans cette structure durant la période de l'étude.

Les données de base ont été collectées en recourant à la technique du questionnaire-entrevue. La collecte des informations sur les facteurs affectant la qualité de la relation soignant-soigné a été réalisé grâce à un questionnaire guide d'interview. Il précise les éléments d'introduction des variables sociodémographiques et les questions principales en rapport avec le phénomène.

La collecte s'est effectuée du 15 Janvier au 15 juin 2023, soit une période de cinq mois. On a procédé

selon le souci de soutenir le questionnaire et éviter le biais dans la collecte des données qui pourrait en ressortir, le questionnaire d'administration a été construit, élaboré en fonction des objectifs de départ et de l'étude préalable de la littérature.

1.1. Considération Ethiques :

Durant notre recherche, nous avons tenu compte de quelques valeurs morales et éthiques auprès de notre population en respectant la participation volontaire à l'étude, la confidentialité des données, le respect de la dignité et l'anonymat des résultats.

III. RESULTATS :

a. Données Démographiques :

Les données colligées sur le tableau 1 ci-dessous indiquent quelques caractéristiques sociodémographiques et professionnelles suivantes : le sexe féminin (53,3%) ; la tranche d'âge de moins de 29 ans (43,3%) ; le soignant de niveau A1 (46,6%) ; Expérience professionnelles de 1-5ans (36,3%) ; ethnie PENDE (40%) ; Autres religion (40 %).

Tableau n°1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles :

Caractéristiques	Catégories	F	%
Sexe	Masculin	14	46,6
	Féminin	16	53,3
Age/Année	Moins de 29ans	13	43,3
	30 ans à 39 ans	7	23,3
	40ans et plus	10	33,3
Niveau d'étude	A3	4	13,3
	A2	9	30
	A1	14	46,6
	L2	3	10
Expérience	1 à 5ans	11	36,3

professionnelle/Année	6 à 10 ans	9	30
	11 ans et plus	10	33,3
Ethnie	Luba	8	26,6
	PENDE	12	40
	Autres	10	33,3
Religion	Catholique	8	26,6
	Protestante	10	33,3
	Autres	12	40
Situation matrimoniale	célibataire	8	26,6
	Marie	13	43,3
	Veuf/Veuve	3	10
	Divorcé	6	20

D'après ce tableau n°1, De tous les soignants confrontés à des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles, nous avons cherché à repartir des répondants selon leur

jugement sur la qualité de la relation soignant-soigné. Les données y relatives sont présentées dans le tableau n°2 suivant :

Tableau n°2. Répartition des répondants selon leur jugement sur la qualité de la relation soignant-soigné :

Relation thérapeutique	F	%
Bonne	8	26,6%
Mauvaise	22	73,4%

Nous notons dans ce tableau n°2 que, sur 30 soignants qui ont été interrogé dans cette structure, 22 sujets, soit (73,3 %) ont désavoué la qualité de la relation soignant-soigné et 8 sujets, soit (26,6%) apprécie la bonne relation thérapeutique. En d'autres termes ce tableau 2 ci-dessus présente le taux de la mauvaise qualité de la relation thérapeutique en tenant compte des causes (sexe, âge, niveau d'étude et religion). Les facteurs socioéconomiques influent sur la qualité de la relation thérapeutique.

Tableau n°3 : Répartition des répondants selon les facteurs socioéconomiques influent sur la qualité de la relation thérapeutique :

Facteurs socioéconomiques	F.A	F.O	%
Faible revenu	30	3	10
Sécurité personnelle	30	3	10
Situation d'emploi	30	1	3,3
Stigmatisation	30	12	40
Situation financière	30	6	20
Chômage	30	2	6,6
Responsabilité	30	2	6,6
Violence	30	1	3,3

Les données de ce tableau n°3 permettent de retenir que quatre facteurs socioéconomiques ont été fatals au moment de l'enquête, il s'agit de la stigmatisation (40 %) ; situation financière (2%) ; faible revenue (19%) ; Sécurité personnelle (10%).

IV. DISCUSSION

Notre étude a été initiée pour déterminer les facteurs affectant la qualité de la relation soignant-soigné dans le milieu Urbain de Tshikapa au Kasaï. Il ressort que certains facteurs sont enregistrés comme les affectants de la qualité cette relation thérapeutique dans une structure sanitaire auprès de 26 prestataires œuvrant dans cette structure.

En plus, l'absence de certaines initiatives et techniques professionnelles ne sont pas à la hauteur de prestataires. La communauté du Kasaï semble être victime de stigmatisation, déshumanisation et manque de communication.

Parmi les facteurs affectant les plus fréquents dans cette structure sanitaire dans le cadre des initiatives figurent le sexe, l'âge, le niveau d'étude, la religion, les situations financières, faibles revenue, sécurité

personnelle et la stigmatisation. Il est admis que ces facteurs affectent la qualité de la relation soignant-soigné, sont de facteurs majeurs conduisant rapidement les malades à un échec thérapeutique et à faire certains problèmes mentaux.

Si l'on signifie que 30 prestataires présentent ces facteurs dans la structure sanitaire prélevée entre janvier et juin 2023, les malades et leurs familles sont victimes de faible revenu, et cela implique chez les malades un échec thérapeutique et chez la famille un manque de confiance envers la structure de soins.

COULONS (1987), mettant en œuvre le sens d'authentiques << savoir en actes>> nécessaire pour évaluer l'environnement dans son existence, dans ses relations avec les autres couches et les littératures internationales en matière de la qualité de soins sont restées en majorité anglophones ; n'ont pas fait mention d'une relation. Dans un premier temps, pour pouvoir mettre en place une relation basée sur le respect et l'écoute de l'autre, avec la personne soignée, savoir faire preuve d'empathie, est un concept important qui nécessite la recherche de la compréhension de la situation du patient sans pour

autant souffrir avec lui. Il s'agit d'une démarche d'écoute, de soutien, de conseil qui nécessite de la part du soignant d'être en capacité de rester soi-même et de ne pas jouer un rôle.

Docteur Jean-Claude Abric, Professeur de psychologie, explique que l'empathie n'est pas «Une écoute interprétative ou évaluative, mais une écoute compréhensive. C'est dans les situations où les individus se sentent réellement écoutés qu'ils s'expriment le plus et le mieux, c'est-à-dire le plus authentiquement possible... Celui qui souhaite faciliter l'expression de l'autre est donc soumis à deux impératifs : - manifester cette attitude de compréhension ; - contrôler ses réactions spontanées qui vont beaucoup plus dans le sens de l'évaluation, de l'interprétation, et de l'aide ou du questionnement que celui de la compréhension. »^{75(*)}

Dans le cadre de notre étude, Un autre concept tout aussi important lorsque l'on s'adresse à un soigné est la capacité à faire preuve d'authenticité. Cela signifie rester soi-même. Ne pas faire semblant d'être ou de penser autre chose que ce qui nous caractérise nous-même. C'est ne pas mentir au patient, être cohérent dans nos réactions. Cependant, il ne s'agit pas de tout dire au patient sous prétexte de vouloir être sincère. Il faut savoir trouver les limites de l'authenticité pour pouvoir maintenir une relation de soignant à soigner. En effet, les patients ne sont pas là pour être les amis des soignants. L'authenticité permet de créer et de maintenir une relation soignant-soigné basé sur la confiance et la congruence.

La congruence est un autre concept important de la relation soignant-soigné. Il signifie mettre en place une communication verbale et non verbale en accord avec notre perception de la situation. C'est être en accord avec ce que l'on dit, ce que l'on fait, et ce que l'on pense. Cela permet de montrer au patient que

nous sommes sincères avec lui. C'est une manière de garder la confiance d'un patient qui aura l'impression alors que l'on s'adresse à lui de manière honnête et qu'on le considère en tant que personne en échangeant avec lui en toute sincérité.

La considération positive inconditionnelle s'explique d'après le psychologue clinicien monsieur Manoukian comme l'idée que « le soignant accepte le patient tel qu'il est, sans jugement sur ce qu'il fait ou dit »^{76(*)}. Cela signifie que le soignant doit accepter le patient tel qu'il est. Chaque individu ayant ses volontés, ses croyances, ses idées etc. Chacun est unique. Il faut le prendre en compte pour pouvoir créer et maintenir une relation aidante et constructive pour le soigné comme pour le soignant. La considération est inconditionnelle puisqu'elle exclue tout jugement, toute évaluation, elle se fonde sur l'acceptation de l'autre.

Ces concepts semblent être les bases d'une relation soignant-soigné. On ne pourrait pas imaginer prendre en soins une personne sans faire preuve d'empathie, d'authenticité, et de considération positive inconditionnelle car cela entrainerait l'oubli du respect de l'autre, l'écoute et la compréhension. Dans une relation cela est nécessaire pour permettre de gagner la confiance de l'autre, et de parvenir lorsque cela est nécessaire à éviter ou dépasser les conflits. La communication est une composante importante à la relation. Et une relation construite avec des valeurs qui impliquent l'acceptation et le respect de l'autre peut parfois éviter le survenu de réaction violente.

Pour créer une relation entre deux personnes le langage verbal, et non verbal peuvent être utilisés. Docteur Da Silva, neuropsychologue, explique que la communication non verbale contient trois principes, à savoir « la proxémique, la kinésie, le paralangage »^{74(*)}. Il explique qu'il y a la proxémique

signifie la distance à laquelle se déroule l'échange entre des individus. Il y a la « distance intime », elle se situe entre « 0 et 60 cm », la « distance personnelle » entre « 60 cm et 1,20 m », la « distance sociale » entre « 1,20 m et 3 m », la « distance publique » supérieure à « 3 m ». La distance est adoptée en fonction de la personne avec qui nous échangeons, du contexte et de la relation que nous avons avec cet individu. La proxémique se met en place de manière plus ou moins naturellement. Il est important d'avoir une proxémique adaptée pour ne pas devenir trop intrusif en se tenant trop proche de la personne par exemple.

Docteur Da Silva évoque dans son cours, la kinésique qui est l'utilisation des « gestes, les expressions, la posture, la démarche ». Avoir une kinésique approprié à la situation est nécessaire pour communiquer avec une personne en lui faisant comprendre notre message. Notre posture, la démarche que nous adoptons donne des informations à la personne avec qui nous communiquons. Un soignant doit y faire attention, afin d'être congruent entre ce qu'il dit verbalement et ce qu'il montre physiquement.

Le paralangage est constitué par l'utilisation de la « tonalité dans la voix, du débit, des vocalisations, du volume, de l'articulation, des onomatopées ». Cela est aussi très important pour communiquer avec une personne. Le paralangage dépasse les mots prononcés, il montre des sentiments, appuie nos propos.

L'utilisation de ces éléments est important lors d'un échange entre deux personnes. En effet, utiliser ces outils à bonne escient donne une impression positive à l'autre. Le soignant aura l'air crédible et enverra l'image d'un professionnel sérieux. Il est important de renvoyer à l'autre une bonne image car dans le cas inverse le patient risque d'être méfiant, de ne pas

croire totalement les dires du soignant et ne lui accordera pas forcément sa confiance.

En tant que soignant pour maintenir une relation avec un patient, il peut être nécessaire aussi d'être en capacité de se remettre en question. Peut-être que l'attitude que le soignant a adopté n'était en adéquation avec la situation ou les valeurs du patient etc. Le soignant ne s'est peut-être pas rendu compte que son attitude a semblé déplacée au patient. Il est important que le soignant puisse s'interroger la dessus aussi.

De plus, il est aussi important que le soignant soit en capacité, ou du moins essaie, de ne pas prendre directement les remarques pour lui. Il est nécessaire de se rappeler que le soignant représente l'image de l'hôpital. Il est professionnel de santé, et les attaques que peuvent réaliser les patients ne sont pas forcément dirigées vers la personne, mais vers le professionnel.

Entre confronté à une situation de violence peut engendrer chez la victime un stress. Il s'agit d'une réaction physiologique que la psychologue clinicienne, Christiane Donati caractérise dans son livre le stress intelligent ^{47(*)} comme fondamental à la vie. Elle définit ainsi le stress comme une réaction non « homogène sur la durée »^{48(*)}.

Comme l'explique Docteur Luminet, professeur de psychologie à l'Université de Louvain en Belgique, le stress que ressent un individu dépend de sa manière de percevoir l'élément stressueur. Un élément devient source de stress uniquement s'il est considéré comme tel. Comme Docteur Luminet l'a évoqué il n'y a pas de « stressueur universel »^{49(*)}. Madame Donati, décrit le stress comme ce qui entraîne des modifications dans le temps, qui se réalisent en trois étapes. En effet, lorsqu'une personne est confrontée à un élément déclencheur de stress la première réaction est la

phase d'alarme. La psychologue définit cela comme d'une réaction de forte intensité sur un court temps. Dans son ouvrage elle explique que le système neurovégétatif donne le signal à l'organisme d'utiliser ses « ressources physiques »^{50(*)} pour adapter le comportement de l'individu en mettant en place l'attaque ou la tentative de fuite par exemple. Dans son ouvrage la psychologue explique que durant la phase d'alarme les facultés d'attentions, de concentration sont mises « en tension ». De plus, les réactions émotionnelles comme « la colère », ou « l'inquiétude » par exemple peuvent alors être observées. L'auteure rajoute alors que lorsque ces réactions sont d'une intensité « modérée » les réponses comportementales sont alors souvent plus adaptées à la situation. C'est alors ce que Madame Donati décrit comme le stress positif. Au contraire, si l'intensité de la colère ou de l'inquiétude devient trop importante l'attitude comportementale de la personne devient « disproportionnée » et donc souvent « inefficace » car il s'agit d'une « réaction de panique ». C'est alors ce que la psychologue décrit dans son ouvrage comme le stress négatif.

La deuxième réaction de stress est la phase « d'adaptation ». Il s'agit comme l'explique la psychologue d'un « travail d'ajustement » de l'organisme. Le système hormonal sécrète de la cortisol et des catécholamines (adrénaline, et noradrénalines). Comme l'indique Docteur Luminet^{51(*)}, ces hormones entraînent des modifications biologiques, comme la transformation des lipides en glucides au niveau hépatique, l'augmentation de la pression artérielle par exemple. Le but est de permettre à l'organisme d'avoir l'énergie de répondre au stress. Madame Donati, explique alors que dans les cas favorables la situation est surmontée. Cependant, parfois cela n'est pas le cas.

Lorsque la situation de stress perdure, cela entraîne

alors la troisième phase du stress « l'épuisement »^{52(*)}. On remarque alors une baisse des capacités d'adaptation de l'organisme. Cela peut entraîner comme l'expose la psychologue dans son ouvrage, une augmentation de « l'irritabilité, des troubles de l'humeur, perte de la capacité de concentration, insomnies multiples »^{53(*)}.

La répétition de situation de violence n'est pas sans conséquences sur la victime. Pierre Canouï psychiatre, et Aline Mauranges psychologue clinicienne évoque dans leur ouvrage *Le burn-out à l'hôpital*^{54(*)} l'idée de l'épuisement professionnel chez les soignants. Ils définissent dans leur ouvrage le burn-out comme l'expression du « stress chronique au travail et le surmenage professionnelle pouvant parfois conduire à des dépressions ». Ils parlent alors d'un « épuisement émotionnel » dû à ce stress chronique. Le sentiment « de perte d'accomplissement de soi » accompagné de la dévalorisation de soi, de sa compétence professionnelle, d'une perte de confiance, d'une envie de changer de profession. Les deux auteurs rajoutent ensuite dans cet ouvrage, un concept important dans le burn-out du soignant celui de la « déshumanisation de la relation avec autrui ». En effet, cela est bien souvent la source d'une perte d'empathie et peut créer chez le soignant des comportements maltraitants et des réactions de violences. La personne victime d'épuisement professionnelle peut alors devenir distante envers ses collègues, ses proches, et avoir tendance à rechercher l'isolement. Nous comprenons alors bien que les conséquences ne se retrouvent pas seulement sur la vie professionnelle de la personne puisque l'impact est aussi présent dans sa vie privée. Docteur Canouï et madame Mauranges soulève dans leur ouvrage l'idée que les soignants n'écoutent pas assez les « signaux d'alarme du burn-out »^{55(*)}. Ils expliquent que les soignants sont « attentifs à autrui » mais qu'ils ont du mal à « s'écouter eux-mêmes ». Les

professionnels confrontés alors au burn-out ne s'arrêtent parfois que lorsque physiquement et psychologiquement ils ne peuvent vraiment plus exercer. L'ouvrage évoque bien l'idée que reconnaître que nous sommes victimes de burn-out est parfois vécu comme l'idée d'être quelqu'un de vulnérable. Il y a bien souvent une « connotation de faiblesse ».

Dans son rapport de 2002 l'organisation mondiale de la santé^{56(*)} faisait état de la violence des patients et de ses répercussions sur les soignants dans les établissements de santé. Le rapport décrit la violence comme une « épidémie ». Il y est décrit que les actes de violences impacts négativement la qualité des soins et participe à la diminution de l'attrait pour les professions médicales.

La violence a un coût sur les établissements de santé, le guide 2017 de l'observatoire national des violences en milieu de santé^{57(*)} évoque la violence à l'hôpital en la décrivant comme un « fardeau pour l'économie ». En effet, pour estimer le coût de la violence il faut prendre en compte « la perte de productivité du à [...] un traumatisme, à l'absentéisme, à une incapacité de longue durée ». La prise en compte des frais liés « aux dégâts causés aux bien et infrastructures publics ». On remarque donc que les impacts de la violence sur les établissements de santé est quelque chose de complexe qui n'est pas simple de recenser puisqu'elle implique énormément de coût indirect.

Le rapport explique qu'actuellement aucun organisme ne répertorie les conséquences de la violence sur les établissements de santé en France d'un point de vue économique.

Cependant, l'étude de terrain s'éloigne de ce qu'affirme la psychothérapeute Madame Martel qui différencie violence et agressivité comme deux

comportements presque totalement opposés. En effet, cette dernière explique que la violence est une situation qui outre passe les limites du cadre alors que la violence peut très bien avoir lieu dans les limites fixés pour ce cadre. Cependant, au cours de mes entretiens j'ai pu me rendre compte que les infirmières utilisaient le terme agressivité au même titre que la violence en ne décrivant pas de différence entre la violence et l'agressivité. Madame Martel donne l'idée que la violence est destructrice ce qui n'est pas le cas de l'agressivité qu'elle caractérise de « force de vie ». Elle différencie aussi le sentiment qu'éprouve la personne et qui peut créer la situation. Elle explique alors que le sentiment de surpuissance et au contraire d'impuissance peuvent engendrer la réaction violente alors que le sentiment de puissance va plutôt créer ce qu'elle appelle la réaction agressive. Lors de mon enquête de terrain j'ai pu remarquer que les infirmières ne faisaient pas ces distinctions là et que pour elles l'agressivité était une réaction qui caractérisait la violence. L'agressivité était alors décrite comme de la violence en elle-même.

Toutes les infirmières s'accordent à dire que pour réagir face à cette situation de violence et s'y adapter il est important de comprendre d'où elle vient et pourquoi elle a lieu. De mon étude de terrain ressort l'idée que la violence est difficile à accepter quand on ne l'a comprend pas et que l'on juge cela être gratuit ou sans fondement. Sur ce point les infirmières rejoignent monsieur Balahoczky infirmier et enseignant lorsqu'elles évoquent le fait de trouver les facteurs favorisant la survenue de cette réaction.

Ce dernier expose l'idée de favoriser l'échange et de pousser la personne à exprimer ses difficultés pour pouvoir calmer la violence de la personne. Il rejoint alors madame Bourgeois, sur l'idée que l'échange verbal est fondamental car un patient ne devient pas violent pour aucune raison. L'étude de terrain montre

effectivement que les infirmières cherchent le dialogue et essaient comme le préconise monsieur Balahoczky de maintenir leur calme et leur professionnalisme. Comme me le disait une personne interrogée « la violence appelle la violence ». On comprend donc bien par-là que si le soignant commence aussi à perdre son calme le patient ne réussira pas à se calmer et la situation ne va qu'empirer par la suite. Cependant, lors de mon enquête une infirmière m'a répondu que la première réaction qu'elle a déjà pu avoir, face à la violence d'un patient, est l'agressivité verbale. Elle a expliqué qu'il lui est déjà arrivé de perdre son sang-froid et de répondre d'une manière agressive sans l'avoir voulu. Il est aussi ressorti de mes entretiens que la fuite est une réaction pouvant avoir lieu lorsqu'un individu est confronté à la violence. En effet, une infirmière m'a expliqué qu'il lui est déjà arrivé de sans y réfléchir faire « demi-tour » face à la situation.

De cette recherche, nous remarquons que face à une situation de violence différente réaction telle que l'agressivité ou la fuite, on était parfois utilisé sans que les infirmières qui réagissent comme cela en est réellement conscience. Il s'agit comme le dit Docteur Chabrol de mécanismes de défenses. Par ses réactions non conscientes l'individu qui se retrouve dans une situation d'inconfort va chercher instinctivement à se protéger. Il est nécessaire d'affirmer que chaque personne réagit comme elle peut à une situation qui est source de stress pour elle. Docteur Da Silva, neuropsychologue, rejoint Docteur Chabrol en disant que lors d'une telle situation des mécanismes de défenses peuvent se mettre en place. Mais, parfois de stratégies totalement conscientes peuvent être utilisées. Docteur Da Silva parle alors des stratégies de coping. Ce sont des réactions conscientes qu'adoptent la personne pour faire face à la source de stress. Lors de mon enquête de terrain une infirmière m'a avoué utiliser l'humour comme

moyen de dédramatiser la situation une fois qu'elle a été stabilisée, et ainsi arriver à pouvoir passer outre l'altercation et ne pas en souffrir.

Nous avons pu trouver à travers cette étude de terrain que la violence n'est pas sans impact sur la relation soignant-soigné. Les interrogés expliquent que d'après eux la violence change la manière qu'ils ont d'aborder le patient. Il en ressort l'idée de devenir un soignant strictement professionnel, c'est-à-dire que le travail est réalisé correctement au près du patient. Mais, il n'y aura pas de discussion plus approfondie que le nécessite le bon déroulement du soin. L'échange sera strictement lié à la prise en soins et n'ira pas plus loin. Une des infirmières évoquait le terme de « professionnalisme un peu froid ». Cela rejoint ce que monsieur Curchod, infirmier et enseignant, lorsqu'il évoque et définit la « relation fonctionnelle » dans son ouvrage prévenir et dépasser les conflits. C'est pour lui une des relations qui peuvent être mis en place entre un soignant et un soigné. Il s'agit d'une relation qui a pour but de recueillir les informations sur le patient, de connaître la personne à un moment précis pour adapter ses soins. Il ne s'agit pas d'une relation de civilité qui serait alors plus conviviale et spontanée.

Il explique que la relation fonctionnelle à des but précis et se crée dans les limites d'un cadre. Lors de mon étude j'ai pu remarquer que la relation qui pouvait passer ce que monsieur qualifie de « civilité » à une relation dit « fonctionnel ». Les interrogés expliquent ce changement de comportement parce qu'ils gardent à l'esprit que la violence a eu lieu et que donc elle peut se reproduire. On entend en cela l'idée de méfiance face au soigné, et donc d'une certaine manière cela entraîne la perte de confiance en l'autre. Les professionnels expliquent aussi qu'après avoir été confronté à une situation qui a mis à mal la relation entre eux et le patient qu'il est

difficile de la retrouver comme avant. Ils évoquent très clairement l'idée d'une prise de distance entre le soignant et le soigné. Ce qui ressort de mon étude de terrain confirme bien les propos de Docteur Mazaro, philosophe. En effet, l'auteure évoque le fait que la confiance est difficile à gagner mais facile à perdre. Donner notre confiance en de la violence. Le lien peut alors parfois être « définitivement rompu ».

Cependant Docteur Da Silva évoque lui dans son cours intitulé la relation de soins, donné à l'IFSI de Mulhouse en 2016, l'idée que pour le soignant il est important de comprendre qu'il représente l'image de l'hôpital. Docteur Da Silva explique alors que le soignant ne doit pas considérer la violence comme étant directement une atteinte à sa personne mais bien à l'image qu'il renvoi. De mes entretiens cela n'est pas toujours ressorti et je comprends alors que mettre en place cela n'est pas simple. En effet, même si le patient n'est pas violent contre ce soignant précisément il faut bien se rappeler tout de même que c'est le soignant qui essuie les attaques physique, ou psychologique.

De plus, monsieur Manoukian psychologue évoque dans son ouvrage « la relation soignant-soigné » l'idée de la considération positive inconditionnelle. C'est-à-dire que le soignant doit accepter le soigné comme il est, sans aucun jugement, aucune évaluation. Cela est valable à n'importe quel moment dans la prise en soin du patient qui doit être pris en totale considération en tant qu'individu à part entière avec ses idées, ses volontés, et ses croyances. Cependant, au cours de mon enquête j'ai pu me rendre compte que ce concept est plus ou moins facile à appliquer. En effet, l'idée qu'avance monsieur Manoukian à toute son importance dans la prise en soins d'un patient. Mais lorsqu'un soignant est confronté à la violence d'un soigné il devient alors parfois compliqué pour lui de maintenir ce concept

de « considération positive inconditionnelle » quand lui-même se sent vulnérable et dépasser par les événements face à ce patient. De mes entretiens il ressort l'idée de distance avec le patient qui se crée même sans le vouloir réellement, sans y avoir réfléchi. Quelque chose à été fragilisée, voir rompu dans cette relation. On remarque alors que les concepts de la relation tels que l'empathie, ou encore l'authenticité, deviennent parfois extrêmement difficiles à mettre en place lorsqu'on se sent victime de cette personne.

Se sentir alors victime de la violence d'une personne est une situation qui entraîne différents sentiments comme la peur, l'agacement, l'humiliation, ou encore la colère. Tout ceci n'est alors pas sans conséquences sur la santé d'une personne comme l'indique madame Donati, psychologue dans son ouvrage « Le stress intelligent » où elle expose l'idée que la violence peut-être la source d'un état de stress. Lors de mon enquête de terrain j'ai pu comprendre que pour les soignants la violence est aussi source de stress. Ce qui ressort alors c'est l'idée de la répétition de la violence qui impact la santé du soignant. Le psychiatre Pierre Canouï et la psychologue Aline Mauranges évoquent dans leur ouvrage « Le burn-out à l'hôpital » l'idée que le stress est un déclencheur de l'épuisement professionnel dont peuvent être victime les personnes soumises à la violence dans l'exercice de leur fonction. Mon enquête m'a montré l'idée que la violence est responsable de cet épuisement qui peut pousser le soignant à démissionner car il ne se sent plus capable de continuer l'exercice de sa profession.

A travers les écrits scientifiques lectures j'ai pu comprendre que la violence touche aussi le soignant personnellement. L'impact n'est pas que professionnelle. La vie privée du soignant victime de violence peut aussi en être impactée. Cette recherche a mis en lumière la même idée puisque les

professionnels ont évoqués l'idée d'une atteinte personnelle à travers la violence au travail car la barrière de soignant ne suffit pas toujours. Au contraire, de mon enquête est aussi ressorti l'idée comme quoi la violence n'aurait pas d'impact sur la santé du soignant. En effet, l'idée de l'humour et du rire pour se libérer de la violence et ne pas en être impacté à été évoqué. C'est une manière de se protéger peut-être suffisamment pour réussir à ne pas en être professionnellement et personnellement touché.

Pour faire face aux situations de violences, Françoise Bourgeois, nous expose l'idée que mettre en place des temps de parole en équipe pluri professionnelle à toute sa place dans la gestion de la violence. Pour elle, un manque de communication au sein de l'équipe pourrait engendrer encore d'autres difficultés supplémentaires. De mon enquête ressort l'idée de l'importance de ces temps pour pouvoir échanger et exprimer ses difficultés. Tous les interrogés s'accordent à dire que l'équipe et la hiérarchie sont des ressources indispensables lorsqu'une situation de violence a eu lieu. Certains déplorent le fait de ne pas avoir de temps prévu pour cela notamment dans les services d'urgences où la violence est malheureusement presque quotidienne.

Malgré tous les soignants trouvent le temps d'en échanger dans l'équipe, avec les cadres de santé et les médecins. Certains soignants interrogés m'ont aussi affirmé qu'ils sont déjà allés interpellé le psychologue du service pour pouvoir échanger avec lui de la situation qui les a mis en difficultés.

Il est important de souligner que la notion d'interaction suppose une mise en présence concrète de deux personnes qui vont développer entre elles une succession d'échanges ; la notion de relation est plus abstraite et désigne une dimension de la sociabilité humaine, elle révèle des facteurs cognitifs

et émotionnels à l'œuvre dont la déshumanisation sociale 67% comme un facteur psychologique affectant cette relation dans une structure médicale. Les résultats de cette étude plaident donc l'assistance et l'intervention précoce de l'Etat et des certains partenaires pour l'amélioration de la qualité de soins et de cette relation thérapeutique. Suite à quoi certains malades seront achevés à la mort et avec échec thérapeutique et à la fin basculé dans un trouble mental comme effet néfaste.

V. CONCLUSION

Les résultats de notre enquête permettent de conclure que la mauvaise qualité de la relation thérapeutique est prépondérante à l'issue de certains dont : facteurs sociodémographiques et professionnelles, jugement de la mauvaise relation soignant-soigné, facteurs socio comiques. Alerte s'avère plus urgente.

Ces résultats plaident de l'implication de l'Etat, partenaires humanitaires et autres agences internationales pour une assistance urgente et soutenir les structures de soins en vue de relever les défis actuels dans nos structures de soins et aussi prévenir les différentes conséquences négatives auprès des patients et leurs entourages.

a. Perspectives : Recommandations.

Comme perspectives, pour relever les défis actuels liés à la circonstance, il suffit de mettre en œuvre les trois recommandations techniques suivantes :

- 1) Organiser le cours d'éthique et déontologie médicale dans toutes les promotions et orientations de science de santé ;
- 2) Organiser quelques formations continues accès sur la qualité de la relation thérapeutique ;
- 3) Veiller plus sur les antivaleurs de la relation thérapeutique pour éviter l'échec thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE :

- 1) Notre enquête menée dans la structure sanitaire Urbano-rurale de la ville de Tshikapa à savoir l'HGR/TSHIKAPA au cours de la période allant du 15 janvier au 15 juin 2023
- 2) BOURGON, application et mise en œuvre des connaissances reçues à l'école sur la qualité de la relation soignant-soigné et ses facteurs dans le domaine de la santé, Collection et analyse, Zambie (2013), p 85
- 3) BREDA, Soins en milieu hospitalier, 1977, p14
- 4) COULONS, un flot de normes d'assimiler et de reproduire l'acteur social, Bénin (1987), p 14. (1987).
- 5) GORDON ET STELLING, Relation soignant-malade, 2013, p.56
- 6) RANASINGLE et col, compétence spécifique envers les patients dans la relation d'aide, (2010), p 21.
- 7) SIVADOUE et al, besoin de sécurité et d'efficacité des soignants qu'apporte la stabilisation dans les relations humaines, Cameroun (2012), p 32.
- 8) STELING, Réception des malades à l'hôpital, 2000, p. 33
- 9) Curchod, C. Relations soignants-soignés : prévenir et dépasser les conflits, Elsevier Masson, année 2009. 212 pages.
- 10) Légeron, P. Le stress au travail, Odile Jacob, année 2014, 200 pages.
- 11) Marin, C. Hors de moi, Paris, Allia, année 2008, 126 pages.
- 12) Sicard, D. L'évolution éthique à l'hôpital à l'heure de la tarification à l'activité, Ethique et santé, Paris, Elsevier Masson vol 7 n°3, Septembre 2010,172 pages.
- 13) Luminet, O. Psychologie des émotions, Nouvelle perspective pour la cognition, la personnalité et la santé, Bruxelles, De Boeck, année 2013, 317 pages.
- 14) Donati, C. Le stress intelligent, Cahors, Demos, Février 2002, 198 pages.
- 15) Canouï, P et allii, Le burn-out à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, Paris, Elsevier Masson, 5^{ème} édition, Septembre 2015, 191 pages.
- 16) Manoukian, A. La relation soignant-soigné, France, Lamarre, année 2012.
- 17) **Revues :**
- 18) Bourgeois, F. Quand les soins infirmiers produisent de la violence. Revue de l'infirmière n°219, mars 2016. 54 pages.
- 19) Bourgeois, F. Violences et soins. Définir et repérer les situations de soins sources de violence, La revue de l'infirmière n°217, Janvier 2016. 54 pages.
- 20) Le Grand-Sebille, C. Formes et raisons de la violence à l'hôpital, Bien-être et relation de soins, Soins n°805. Paris, Elsevier Masson, mai 2016. 59 pages.
- 21) Brême, V et allii. La violence à l'hôpital. Prévention et gestion de la violence en milieu hospitalier : quel rôle pour le cadre ? Soins cadres n°84. Novembre 2012. 61 pages.
- 22) **Sites internet :**
- 23) Giorgio, M. Prévenir la violence chez les soignants à l'hôpital, 4 mars 2018
- 24) <http://www.atousante.com/actualites/prevenir-violence-soignants-hopital/>
- 25) Association contre la violence et intervention. Qu'est-ce que la violence ? <https://avif.weebly.com/quest-ce-que-la-violence.html>.
- 26) Martel, B. L'agressivité à l'opposée de la violence.
- 27) http://pedagopsy.eu/agressivite_violence.h

- [tml](#)
- 28) Da Silva, M. Psychologie de la santé, Cours IFSI Mulhouse, année 2016-2017.
- 29) Da Silva, E. La dynamique dans la relation de soins, Cours IFSI Mulhouse, année 2016-2017.
- 30) Beirnaerdt, S. La dynamique dans la relation de soin, Cours IFSI Mulhouse, année 2016-2017.
- 31) **Livres :**
- 32) Curchod, C. Relations soignants-soignés : prévenir et dépasser les conflits, Elsevier Masson, année 2009. 212 pages.
- 33) Légeron, P. Le stress au travail, Odile Jacob, année 2014, 200 pages.
- 34) Marin, C. Hors de moi, Paris, Allia, année 2008, 126 pages.
- 35) Sicard, D. L'évolution éthique à l'hôpital à l'heure de la tarification à l'activité, Ethique et santé, Paris, Elsevier Masson vol 7 n°3, Septembre 2010, 172 pages.
- 36) Luminet, O. Psychologie des émotions, Nouvelle perspective pour la cognition, la personnalité et la santé, Bruxelles, De Boeck, année 2013, 317 pages.
- 37) Donati, C. Le stress intelligent, Cahors, Demos, Février 2002, 198 pages.
- 38) Canouï, P et alii, Le burn-out à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, Paris, Elsevier Masson, 5^{ème} édition, Septembre 2015, 191 pages.
- 39) Manoukian, A. La relation soignant-soigné, France, Lamarre, année 2012.
- 40) **Revue :**
- 41) Bourgeois, F. Quand les soins infirmiers produisent de la violence. Revue de l'infirmière n°219, mars 2016. 54 pages.
- 42) Bourgeois, F. Violences et soins. Définir et repérer les situations de soins sources de violence, La revue de l'infirmière n°217, Janvier 2016. 54 pages.
- 43) Le Grand-Sebille, C. Formes et raisons de la violence à l'hôpital, Bienveillance et relation de soins, Soins n°805. Paris, Elsevier Masson, mai 2016. 59 pages.
- 44) Brême, V et alii. La violence à l'hôpital. Prévention et gestion de la violence en milieu hospitalier : quel rôle pour le cadre ? Soins cadres n°84. Novembre 2012. 61 pages.
- Revue numérique :**
- 45) Cité par Poizat, J-C. Le philosophoïre. La violence. Année 2013. 247 pages.
- 46) <https://www.cairn.info/revue-le-philosophoïre-2000-3-page-43.htm?contenu=article>
- 47) Balahoczky, M. La violence dans les soins : la repérer et la gérer, revue médicale suisse n° 85, Novembre 2006.
- 48) <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-85/31746>
- 49) Chabrol, H. Les mécanismes de défenses, Recherches en soins infirmiers, année 2005.
- 50) <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-pages-31.htm>
- 51) Mazaro, M. Qu'est-ce que la confiance ? Année 2010. <https://www.cairn.info/revue-etudes-2010-1-page-53.htm>
- Textes officiels :**
- 52) Ministères des solidarités et de la santé, La violence en milieu de santé.
- 53) <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les->

conditions-d-exercice/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante/onvs

- 54) Légifrance. Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.
- 55) <http://www.legifrance.gouv.fr>
- 56) OMS. La violence à l'encontre du personnel soignant menace les services de santé, Mai 2002. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/release37/fr/>
- 57) Ministère chargé de la santé, Guide méthodologique, Prévention des atteintes aux personnes et aux biens, Avril 2017.
- 58) Légifrance, Code de la santé publique - Article L6143-7. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000036393572&dateTexte=&categorieLien=id>
- 59) Légifrance, Loi du 13 juillet 1983 portant droit et obligation des fonctionnaires. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=LEGIARTI000024040127&cidTexte=LEGITEXT000006068812>
- 60) Légifrance, Code civil-art 12-40. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000032041571&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20161001>
- 61) Légifrance, Code civil-art 12-41. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006437049>
- 62) Le robert, La relation. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/franc>

ais/reliations/67845

63) Sites internet :

- 64) Giorgio, M. Prévenir la violence chez les soignants à l'hôpital, 4 mars 2018
- 65) <http://www.atousante.com/actualites/prevenir-violence-soignants-hopital/>
- 66) Association contre la violence et intervention. Qu'est-ce que la violence ? <https://avif.weebly.com/quest-ce-que-la-violence.html>.
- 67) Martel, B. L'agressivité à l'opposé de la violence.
- 68) http://pedagopsy.eu/agressivite_violence.html

III. Webographie :

- 69) Comment satisfaire les besoins du malade ? notion d'accueil et accompagnement du malade pendant et après son hospitalisation. [Http/www.com](http://www.com). Consulté le 17/03/2019 à 19h13'.
- 70) Impact de la relation soignant-soigné pour la satisfaction des besoins de malade hospitalisé et son environnement. <http://www.fr.com>. Consulté le 15/02/2019 à 16 h23'.
- 71) Notions de relation soignant-soigné pour l'accompagnement dans le milieu hospitalier. <http://www.com>. Consulté le 12/01/2019 à 18h32'. .../.../...
- 72) Da silva, M. Psychologie de la santé, Cours IFSI Mulhouse, année 2016-2017.
- 73) Da Silva, E. La dynamique dans la relation de soins, Cours IFSI Mulhouse, année 2016-2017.

☆ DETERMINANTS DE LA MAUVAISE QUALITE DES RELATIONS SOIGNANTS-SOIGNES DANS DES FORMATIONS SANITAIRES, cas de l'Hôpital général de référence de TSHIKAPA