



## **Etude des facteurs influençant la qualité de relation soignant-soigné : Perception des malades hospitalisés à l'Hôpital Général de Référence de Bunia, au Nord-est de la République Démocratique du Congo**

### **Study of the factors influencing the quality of the care-giver-patient relationship: Perception of patients hospitalised at the General Reference Hospital in Bunia, in the north-east of the Democratic Republic of Congo**

#### **Protocole de recherche/ Research protocol**

**Shukuru Lossa Daniel<sup>1\*</sup>, Dyikpanu Tibasima David<sup>2</sup>, Djakisa Uringi Ernest<sup>3</sup>, Agenong'a Urwodhi Robert<sup>4</sup>, Léontine Mangaza<sup>5</sup>, Lubala Chihyoka Achille<sup>7</sup>, Bakengeze Molière Promesse<sup>6</sup>, Bwinja Mwenyiheri Hippolyte, Nshobole Biringanine Bertille<sup>8</sup>, Borauzima Batumike Salomon<sup>9</sup>, Matabaro MukembanyI Charles<sup>11</sup>, Kasororo Mwakame Alphonse<sup>10</sup>**

1. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Nyankunde, Sciences Infirmières/ Enseignement et Administration en Soins Infirmiers, Bunia, République Démocratique du Congo
2. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Nyankunde, Santé Publique, Bunia, République Démocratique du Congo
3. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Nyankunde, Sciences Infirmières/ Pédiatre/Santé Infantile, Bunia, République Démocratique du Congo
4. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Nyankunde, Sciences Infirmières/ Anesthésie et Réanimation, Bunia, République Démocratique du Congo
5. Apprenante à l'Université Officielle de Bukavu, Médecine générale, Bukavu, République Démocratique du Congo
6. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bukavu, Gestion des Institutions de Santé, Bukavu, République Démocratique du Congo
7. Hôpital Provincial Général de Référence de Bukavu, Pédiatrie, Bukavu, République Démocratique du Congo
8. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bukavu, Anesthésie et réanimation, Bukavu, République Démocratique du Congo
9. Institut Techniques Médicales d'Application, Bukavu, République Démocratique du Congo
10. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bukavu, Sciences Infirmières/ Enseignement et Administration en Soins Infirmiers, Bukavu, République Démocratique du Congo
11. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kabare, Infirmières (Enseignement et Administration en Soins Infirmiers), Sud Kivu, République Démocratique du Congo

## Résumé

**Introduction :** La relation soignant-soigné est un pilier essentiel de la qualité des soins hospitaliers. En République Démocratique du Congo en général cette relation est souvent confrontée à des tensions liées aux facteurs socio-économiques, culturels et organisationnels, et en particulier cela serait sans doute le cas à l'Hôpital Général de Référence de Bunia qui se trouve dans une province en forte tensions sociopolitiques, culturelles, ainsi qu'une forte demande de service de santé. Cette étude vise à explorer la perception des patients hospitalisés quant à la qualité de leur relation avec les soignants et à identifier les facteurs qui l'influencent.

**Méthode :** Une étude quantitative descriptive transversale analytique sera menée auprès des patients hospitalisés depuis au moins 48 heures dans les services de médecine, chirurgie et gynéco-obstétrique de l'HGR de Bunia. L'échantillonnage sera stratifié aléatoire proportionnel, et les données seront recueillies à l'aide d'un questionnaire structuré avec échelle de Likert. Les analyses incluront des tests bivariés (chi carré) et une régression logistique multivariée ( $p < 0,05$ ).

**Résultats attendus :** L'étude devrait mettre en évidence une corrélation entre la qualité perçue de la relation soignant-soigné et des facteurs tels que la communication, l'écoute, le respect, la disponibilité des soignants et la prise en compte des réalités économiques, culturelles et psychosociales des patients.

**Discussion et conclusion :** Les résultats attendus permettront de mieux comprendre les déterminants relationnels dans un contexte hospitalier Iturien marqué par des tensions. L'étude fournira des pistes concrètes pour renforcer la relation thérapeutique et améliorer la satisfaction des patients. Elle contribuera ainsi à une amélioration durable de la qualité des soins dans les hôpitaux de l'Ituri.

**Mots-clés :** relation soignant-soigné, perception des patients, qualité des soins, soins hospitaliers, facteurs influençant, Hôpital Général de Référence de Bunia, RDC

## Abstract

**Introduction:** The nurse-patient relationship is an essential pillar of quality hospital care. In the Democratic Republic of Congo in general, this relationship is often confronted with tensions linked to socio-economic, cultural and organisational factors, and this would undoubtedly be the case in particular at the General Reference Hospital in Bunia, which is located in a province with high socio-political and cultural tensions, as well as a high demand for health services. The aim of this study was to explore in-patients' perceptions of the quality of their relationship with healthcare providers and to identify the factors that influence it.

**Method:** A quantitative descriptive cross-sectional analytical study will be carried out among patients hospitalised for at least 48 hours in the medicine, surgery and gynaeco-obstetrics departments of the General reference hospital in Bunia. Sampling will be stratified random proportional, and data will be collected using a structured questionnaire with a Likert scale. Analyses will include bivariate tests (chi-square) and multivariate logistic regression ( $p < 0.05$ ).

**Expected results:** The study should reveal a correlation between the perceived quality of the carer-patient relationship and factors such as communication, listening, respect, availability of carers and consideration of patients' economic, cultural and psychosocial realities.

**Discussion and conclusion:** The expected results will provide a better understanding of the determinants of relationships in an Iturian hospital context marked by tensions. The study will provide concrete avenues for strengthening the therapeutic relationship and improving patient satisfaction. It will thus contribute to a sustainable improvement in the quality of care in Ituri hospitals.

**Key words:** healthcare provider-patient relationship, patient perception, quality of care, hospital care, influencing factors, Bunia General Reference Hospital, DRC

## 1. INTRODUCTION

La relation entre le patient et le soignant est plus compliquée qu'elle ne semble à première vue. Elle change selon les personnes qui la forment, les politiques publiques qui la régissent et comment les acteurs la perçoivent et en parlent. Comme dans toute relation, il y a deux ou plusieurs acteurs, ce qui distingue cette relation sont les positions initiales opposées : l'un interrogatif, l'autre affirmatif, l'un observateur, l'autre prudent, l'un debout, l'autre allongé (Pelsy & Sibue-DeCaigny, 2006a). La relation soignant-soigné se situe dans un cadre particulier, celui de la santé, elle n'est donc pas identique à une simple interaction entre les individus, le contexte est un élément essentiel pour une relation soignante de qualité. L'objectif de la relation entre le soignant et le patient est de favoriser une relation thérapeutique afin d'aider le patient à reprendre le contrôle de sa vie rapidement après la thérapie (Hirbec & Hesbeen, s. d.). Les liens familiaux, les interactions positives ou négatives, les tensions, les secrets, les remords, les expériences personnelles de chaque intervenant ont une influence sur les relations dans le domaine médical. Il est important de reconnaître que les défis relationnels dans les hôpitaux sont influencés par les différents systèmes en jeu : le patient, sa famille, le groupe familial/proches, ainsi que les soignants avec leur propre vécu personnel et professionnel (Blandine & Sandrine, 2021). Il serait préférable de créer un environnement hospitalier équilibré et chaleureux pour favoriser une relation soignant-patient humaine, rassurante et épanouissante, étant donné que les hôpitaux sont naturellement stressants. Dans ce cadre les soignants doivent développer le sens d'écoute active et des compétences spécifiques en relation d'aide pour répondre au mieux aux besoins des patients (Bonso, 2023).

Depuis de nombreuses années déjà, la profession infirmière a fait de la relation soignant-soigné un élément central des soins. L'attitude relationnelle des soignants dans les activités de soins est très importante, mais reste complexe, car elle nécessite d'une part, que l'infirmier ait identifié au préalable les comportements de son malade, ce qui reste très difficile et d'autre part, l'acquisition des attitudes relationnelles de soignant se construit par l'expérience, par confrontation personnelle fondée sur des situations vécues en milieu hospitalier. Pour se faire les soignants doivent être formés continuellement sur les approches relationnelles dans les soins, Ceci explique qu'une part non négligeable des budgets hospitaliers (Formarier, 2007). Au-delà de la dimension médicale et technique, la prise en charge du patient est un équilibre relationnel qui déterminera la suite de soins, qu'il recevra durant son séjour en milieu hospitalier. Un bon soin sans un apport relationnel n'aboutira pas au résultat escompté (Groud et al., 2022).

Actuellement les différentes associations du domaine de santé mettent accent sur l'éducation pour la santé en milieu de soins, cela sans doute nécessite d'avoir une notion de base sur la relation soignant-soigné. Cette approche ne se limite pas à un simple échange avec les malades, mais exige que les soignants aient du temps de s'asseoir en face du malade qui pourra éventuellement souhaiter d'être accompagné (Guillet, 2001). Pour la réussite d'une relation soignant-soigné de confiance tout acte de soins doit tenir compte de facteur social et culturel des participants (Jusseume et al., 2015). Il est à noter que la religion dans la relation soignant-

soigné peut être source de mésentente lorsque celle-ci diffère de celle du soignant, car certaines religions imposent le respect strict des valeurs, des croyances, des comportements, des interdits et des rituels qui nuisent à la relation soignante-soignée (Kemken & Makamwe Ntounkam, 2013). Dans une relation de soins, il est de même important que l'infirmier remette en question ses attitudes dont il peut parfois être inconscient, mais susceptible de générer le conflit qui par la suite peut nuire à la relation soignant-soigné (Kuntz, s. d.).

Dans toute relation entre le soignant et le patient, instaurer un lien de confiance est essentiel. On doit souligner que divers éléments contribueraient à instaurer une relation de confiance dans le secteur médical : la communication, la présence et l'accessibilité du personnel soignant, l'écoute active, la concentration, la sûreté, etc. et d'autres éléments pourraient nuire : Les émotions négatives, le manque d'expérience de l'infirmier, les traits personnels du personnel et du patient, ainsi que les conflits interprofessionnels (Lourenço et al., 2012, Bleusez & Larcher, 2011). Le processus de soin à l'hôpital débute dès le moment où le soignant rencontre le patient, il est donc essentiel qu'il prenne le temps d'observer et d'écouter le patient tout en respectant ses dimensions culturelles, psychologiques, sociales et économiques, ainsi le professionnel de la santé mettra de côté ses propres croyances et anticipations afin de chercher à comprendre celles du patient (Nitschelm, 2015). La relation soignant-soigné s'appuie sur plusieurs facteurs (social, psychologique, culturelle...). Le malade doit être considéré comme un expert à son propre sujet, car il se connaît mieux que le soignant. Le soignant fera appel au soigné pour que celui-ci devienne acteur principal de sa santé (Schneider-Harris, 2007). Le malade ne doit pas être considéré comme un récepteur passif de la culture médicale, mais le soignant en consultation doit s'assurer d'avoir abordé tous les problèmes qui rongent le malade sans se limiter uniquement aux aspects biologiques (Suremain, 2007, Blandine & Sandrine, 2021).

En France, la gestion des individus défavorisés entretient un rapport complexe entre le professionnel de santé et le patient. Selon les informations du registre des sinistres, 60% des incidents de détérioration de la relation entre soignant et soigné sont dus à une communication déficiente, ce qui présente un risque plus grand qu'une erreur technique. Les experts soutiennent que les éléments socioculturels, économiques et les processus destinés à soutenir les patients en situation de précarité dans l'accès aux soins médicaux, ainsi que des émotions telles que la honte, la culpabilité, l'agressivité et la méfiance envers les professionnels de santé, ont un impact défavorable notable sur la relation patient-soignant (Pelsy & Sibue-DeCaigny, 2006b).

La maladie provoque des modifications psychologiques, sociales et économiques chez les malades et leurs proches, ce qui influence par la suite la dynamique entre le professionnel de santé et le patient (Bouchon, 2006). La relation soignant-soigné détient de nombreux avantages (elle permet de révéler les éventuelles tensions au cours de champs thérapeutique, mais aussi permet d'individualiser le soin.) (Bourgeon, 2007), ce pendant il s'observe une difficulté relationnelle lors que les soignants sont contraints aux pressions exercées par les malades en fonction de leurs pathologies, leurs douleurs, leurs handicaps ou urgences en milieu hospitalier (Brient\*, 2007). C'est pourquoi il est essentiel que les professionnels de santé fassent preuve d'empathie envers les patients, sans négliger leur mission principale qui est de prodiguer des soins (assistance au malade) (Cauchon, 2012, Bonneville & Grosjean, 2009). D'après une étude menée par Cedric Calvignac (2020) portant sur « Que change le port du masque dans la relation soignant-soigné ? », il a démontré que certains patients se sentent perturbés par le fait que les soignants portent des masques, car cela les empêche d'entendre ce que disent les soignants pendant leurs interactions. Le port de masque par les soignants est un obstacle à la communication pour les patients malentendants qui lisent sur les lèvres pour compenser leur perte auditive, entraînant ainsi des difficultés relationnelles (Calvignac, 2020).

En Afrique subsaharienne la hiérarchie des relations sociales est très marquée, particulièrement dans le secteur de la santé. Les malades se voient d'un statut inférieurs aux soignants et n'osent même pas contredire les prestataires de soins ou de leurs adresser des questions pendant les consultations (Berepa et al., s. d.), alors que la communication est essentielle pour établir une relation de soins efficace en hôpital. Cependant lorsque le personnel de santé ne comprend pas le principe de communication et la culture du patient, cela peut causer des problèmes relationnels grave entre ces derniers (Uysal, 2010).

La Relation soignant-patient constitue un des piliers majeurs des soins infirmiers ; en outre, elle est très insignifiante dans la profession des infirmiers. Dans un bon nombre d'hôpitaux de la République Démocratique du Congo les soignants des services de garde ne tiennent pas compte de leurs malades (Bonso, 2023, Skukuru lossa, 2024). Les patients reprochent aux professionnels de santé de les interrompre fréquemment lors des consultations et de ne pas prendre le temps de les écouter. La majorité des patients ne sont pas mis au courant de leur diagnostic et des traitements à suivre, et sont préoccupés par l'utilisation de termes médicaux par les professionnels de santé, ce qui complique leur compréhension (kafumbi, 2024, Skukuru lossa, 2024).

### **1.1.Problématique de la recherche**

Le lien entre le professionnel de santé et le patient représente un élément crucial pour la qualité des soins médicaux. Elle est influencée par divers éléments de nature humaine, organisationnelle, culturelle, économique etc. République Démocratique du Congo, un pays qui fait face à des enjeux considérables au sein de son système de santé (financement insuffisant, manque de professionnels qualifiés, saturation des établissements hospitaliers, etc.), cette relation est quotidiennement associée à des tensions. En particulier, L'Hôpital Général de référence de Bunia, implanté au cœur de la province de l'Ituri reçoit les patients venant des différents territoires de cette province. Mais sa particularité est qu'il se trouve dans une province en forte tensions sociopolitiques et culturelles, ainsi qu'une forte demande de service de santé. Ces aspects pourraient nuire à l'adhésion au traitement, à la satisfaction des patients de soins administrés et reçus et potentiellement influencer la relation de soins. Dans ce cadre, il s'avère important de comprendre comment les patients en milieu hospitalier perçoivent leur interaction avec le personnel soignant et quels éléments agissent sur cette relation. L'analyse de ce lien, en se basant sur la perspective des patients, permettrait non seulement d'identifier les besoins insatisfaits, mais aussi de suggérer des approches précises pour renforcer l'harmonisation des soins dans le contexte hospitalier de la province de l'Ituri.

### **1.2. Questions de recherche**

- Quelle est la perception des malades hospitalisés à l'Hôpital Général de référence de Bunia à propos de leur relation avec les soignants ?
- Quels sont les facteurs (économiques, psychosociaux, culturels, etc.) qui influencent la qualité de cette relation ?
- De quelle manière la qualité de la relation soignant-soigné affecte-t-elle la satisfaction globale des patients durant leur séjours à l'Hôpital Général de référence de Bunia?

### **1.3. But principal de recherche**

Cette recherche aura pour objectif général d'analyser les éléments qui affectent la qualité de la relation entre le soignant et le patient, en se basant sur la perception des patients hospitalisés à l'Hôpital Général de Référence de Bunia.

### **1.4.Objectif spécifiques de recherche**

Cette recherche s'attachera à atteindre les objectifs spécifiques suivants :

1. Décrire la manière dont les patients hospitalisés perçoivent leur rapport avec le personnel soignant.
2. Repérer les facteurs clés influençant la qualité de cette relation au sein de l'Hôpital Général de Référence de Bunia
3. Examiner l'influence de la qualité de cette relation sur la satisfaction générale des patients en hospitalisation.

### **1.5.Hypothèse de recherche**

Les patients hospitalisés à l'Hôpital Général de Référence de Bunia percevraient une influence significative sur la qualité de leur interaction avec les soignants en fonction de facteurs tels que la capacité communicative du personnel, le respect accordé à la dignité du patient, l'accessibilité des soignants. Une relation considérée comme positive est liée à une plus grande satisfaction vis-à-vis des soins dispensés.

## **2. Méthodologie d'étude**

### **2.1.Description du terrain d'étude**

La présente étude se déroulera à l'Hôpital Général de Référence(HGR) de Bunia, situé en République Démocratique du Congo, dans la province de l'Ituri, dans la ville de Bunia ; il est implanté dans la Zone de Santé urbano-rurale de Bunia plus précisément au quartier Bigo sur l'avenue du plateau médical.

HGR de Bunia est limité par les Zones de Santé rurale suivantes :

- A l'est par la Zone de Santé de Tchomia ;
- Au nord-est par la Zone de Santé de Lita ;
- Au nord par la Zone de Santé de Bambu-nizi ;
- Au sud-ouest par la Zone de Santé rurale de Rwampara

### **2.2.Type d'étude**

Pour mener à bien cette recherche, nous allons effectuer une étude quantitative descriptive transversale à visée analytique.

### **2.3.Population cible d'étude**

Cette étude ciblera les patients admis dans les départements de médecine, chirurgie et gynéco-obstétrique de l'Hôpital Général de Référence (HGR) de Bunia pendant la durée de l'enquête. Pour être admissibles, ces patients devront avoir séjourné à l'hôpital pendant au moins 48 heures pour avoir une interaction suffisamment prolongée avec le personnel médical.

### **1.4.Technique d'échantillonnage et détermination de la taille de l'échantillon**

Le choix des échantillons se fera via un échantillonnage stratifié aléatoire dans lequel la proportionnalité sera respectée. Chaque département hospitalier (médecine, chirurgie, gynéco-obstétrique) représentera une strate, et le nombre de participants reflétera le nombre moyen de lits occupés par service. Les échantillons seront recueillis de façon systématique jusqu'à obtenir l'effectif d'échantillon souhaité.

La formule de William G. Cochran sera utilisée pour déterminer la taille de l'échantillon.

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot (1-P)}{d^2}$$

Où :

n= taille de l'échantillon,

Z=1.96 (seuil alpha=95 %)

P= Estimation du pourcentage de la population cible possédant la caractéristique recherchée (fréquemment fixé à 0,5 si non déterminé).

d= marge d'erreur. La marge d'erreur, pour un niveau de confiance de 95% est de 5% soit d=0,05.

### **2.5.Critères d'inclusion qui seront pris en compte dans l'étude :**

Seront pris en compte:

Les patients hospitalisés depuis au moins 48 heures ;

Les patients âgés de 18 ans et plus ;

Les patients capables à comprendre et à répondre au questionnaire ;

Les patients ayant donné leur consentement libre pour participer à l'étude.

### **2.6.Variables d'étude**

#### **Variable dépendante :**

La variable dépendante sera la perception des patients au sujet de la qualité de la relation entre le professionnel de santé et le patient (jugée à l'aide d'un score ajusté selon l'échelle de Likert, se basant sur des critères tels que l'écoute, le respect, l'empathie, la disponibilité et la communication).

#### **Variables indépendantes :**

Les variables indépendantes seront constituées des caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, adresse, état civil, niveau d'étude, profession, séjours) ; facteurs organisationnels ; psychosociaux, économiques et culturels

### **2.7.Outils et procédure de collecte des données**

Les données seront collectées sur base d'un questionnaire. Des enquêteurs formés administreront un questionnaire structuré préalablement testé. Le questionnaire s'articule autour de deux parties : une sur les informations sociodémographiques ; une autre axée sur l'appréciation de la relation entre le professionnel de santé et le patient. Un pré-test sera effectué sur une portion de 10 % du public ciblé dans un autre établissement hospitalier comparable, afin d'évaluer la clarté et la pertinence des questions. Les modifications requises seront effectuées avant de commencer les enquêtes proprement dites.

### **2.8.Traitement et analyse des données collectées**

Les données collectées seront d'abord saisies et traitées avec le logiciel Excel, puis l'analyse statistique sera faite avec le logiciel Stata 15.

**Quant à l'Analyse descriptive :** l'analyse déterminera la fréquence, la moyenne et l'écart-type pour les variables quantitatives.

**Analyse bi variée** : Le test du chi carré sera utilisé pour déterminer les liens entre la qualité perçue de la relation et diverses variables indépendantes.

**Analyse multivariée** : La régression logistique sera utilisée pour déterminer les indicateurs associés à la qualité perçue de la relation entre le soignant et le patient. Le niveau de signification statistique sera déterminé à  $p < 0,05$ .

## 2.9.Considérations éthiques

Dans le cadre de cette recherche, nous solliciterons l'approbation du comité d'éthique de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Nyankunde à Bunia. Après l'aval du comité d'éthique sur le protocole de recherche, une lettre sera soumise aux autorités administratives de l'HGR de Bunia afin de faciliter l'accès à l'établissement. Cela nous donnera l'occasion de nous présenter aux personnes qui seront interrogées, de leur démontrer le besoin et l'importance de cette recherche, tout spécialement à l'HGR-Bunia. Dans le cadre de cette recherche, nous viserons à garantir aux patients la confidentialité et le respect total de leur intégrité, dans le but d'obtenir leur consentement éclairé et leur approbation pour participer à cette étude.

## LES REFERENCES

- [1] Blandine, V., & Sandrine, P. (2021). Constat amer d'un dérapage dans la relation soignant-soigné-famille/proches ou quand la COVID-19 nous ouvre les yeux. *Revue de Bioéthique de Nouvelle-Aquitaine*, 8, p-9.
- [2] Bleusez, A., & Larcher, V. (2011). Influence des représentations inconscientes sur la relation de soins en gériatrie. *Le Journal des psychologues*, 4, 35-39.
- [3] Bonneville, L., & Grosjean, S. (2009). L'ordinateur portable en soins à domicile : L'espace interactionnel soignant/soigné en mutation. *Questions de communication*, 15, 261-278.
- [4] Bonso, S. K. N. W. (2023). Déterminants de la mauvaise qualité des relations soignants-soignés dans des formations sanitaires, cas de l'Hôpital général de référence de Tshikapa. *International Journal of Social Sciences and Scientific Studies*, 3(6), 3280-3297.
- [5] Bouchon, M. (2006). Les soignants en souffrance : Les difficultés émotionnelles des soignants en interaction avec la douleur, la maladie et la mort dans un service de pathologies lourdes et chroniques à l'hôpital national du point G de Bamako (Mali). *Face à face. Regards sur la santé*, 9. <https://journals.openedition.org/faceaface/184>
- [6] Bourgeon, D. (2007). Le don et la relation de soin : Historique et perspectives... *Recherches en soins infirmiers*, 2, 4-14.
- [7] Brient\*, P. (2007). Du regard à la parole : La relation soignant-soigné en psychiatrie. *Cahiers de psychologie clinique*, 1, 61-68.
- [8] Calvignac, C. (2020). Que change le port du masque dans la relation soignant-soigné? *Sciences humaines*. <https://hal.science/hal-02904432/>
- [9] Cauchon, M. (2012). *À l'écoute du soignant : Relation de soins et considérations éthiques dans la pratique des soins psychiatriques communautaires*. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/8371>
- [10] Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherches en soins infirmiers*, 2, 33-42.



- [11] Groud, P.-F., Gourinat, V., & Dalibert, L. (2022). Les enjeux de la relation soignant-soigné sur les processus d'appropriation de la prothèse : Tensions, collaborations, évolutions. *Livre des communications*, 24.
- [12] Guillet, P. (2001). Droits des malades, information et responsabilité. *ADSP: actualité et dossier en santé publique*, 36, 1.
- [13] Hirbec, W., & Hesbeen, W. (s. d.). *Avoir de la tenue dans sa tenue professionnelle : Étude qualitative sur l'impact de la tenue vestimentaire des professionnels en soins infirmiers dans la relation soignant/soigné*. Consulté 6 avril 2024, à l'adresse [https://dial.uclouvain.be/downloader/downloader.php?pid=thesis%3A35982&datastream=PDF\\_01&cover=cover-mem](https://dial.uclouvain.be/downloader/downloader.php?pid=thesis%3A35982&datastream=PDF_01&cover=cover-mem)
- [14] Jusseume, A., Marquis, P., & Rossigneux-Meheust, M. (2015). Le soin comme relation sociale : Bilan historiographique et nouvelles perspectives. *Histoire, médecine et santé*, 7, 9-15.
- [15] Kemken, L. M., & Makamwe Ntounkam, N. (2013). *La prévention des infections sexuellement transmissibles auprès des requérants d'asile à Genève*. <https://sonar.ch/hesso/documents/315287>
- [16] Kuntz, C. (s. d.). *Quand la violence impacte la relation soignant-soigné*. Consulté 6 avril 2024, à l'adresse <https://www.memoireonline.com/08/21/12148/Quand-la-violence-impacte-la-relation-soignant-soigne.html>
- [17] Lourenço, C., Pereira, C., Fonseca, C., Nunes, I., Almeida, M. P., Mendes, O., Lopes, M. J., Toletti, G., Gândara, M., & Pinto, A. (2012). La confiance dans la relation de soins. *Perspective Soignante*, 44, 133-142.
- [18] Nitschelm, E.-J. (2015). *Soignant-soigné, trouver l'accordage pour entrer en résonance*. <https://www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2015-4-page-47.htm>
- [19] Pelsy, D. H. B., & Sibue-DeCaigny, C. (2006a). Accès aux soins des populations défavorisées : La relation soignant-soigné. *Laennec*, 53(2), 18-30.
- [20] Pelsy, D. H. B., & Sibue-DeCaigny, C. (2006b). Accès aux soins des populations défavorisées : La relation soignant-soigné. *Laennec*, 53(2), 18-30.
- [21] Schneider-Harris, J. (2007). Counselling centré sur la personne et non directif et la relation soignant. E-soigné. *E. Recherches en soins infirmiers*, 2, 52-57.
- [22] Shukuru lossa. D, Milabyo.K.P, Bwinja.M.H, Grace. K.J (2024) Communication interpersonnelle dans la prise en charge des malades à l'Hôpital Général de Référence de Bagira en République Démocratique du Congo. In International Journal of Novel Research and Development ISSN :2456-4184. Volume9|Issue12|December-2024. <https://ijnrd.org/viewpaperforall.php?paper=IJNRD2412116>
- [23] Suremain, C.-É. de. (2007). Heurts et malheurs de l'alliance thérapeutique. La relation soignant-soigné durant la consultation pédiatrique (Bolivie). *Face à face. Regards sur la santé*, 10. <https://journals.openedition.org/faceaface/127>
- [24] Uysal, A. (2010). *Les différences culturelles et leur impact sur la relation soignant-soigné*. <https://sonar.ch/erodoc/24930>

## Questionnaire d'enquête

### 1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtes

Age :  
 Sexe :  
 Etat civil :  
 Service :  
 Adresse :  
 Niveau d'étude :  
 Profession :  
 Durée de séjours :

### 2. Questions fondamentales

Réponses en base de l'échelle de Likert à 5 niveaux : 1) Pas du tout d'accord 2) pas d'accord  
 3) Neutre/ sans réponses 4) d'accord 5) Tout à fait d'accord

### Objectif spécifique 1 : Décrire la perception de la relation soignant-soigné

<b>Communication avec le soignant</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Je suis écouté(e) avec attention par les soignants, lors que je m'exprime.					
2. Les soignants m'expliquent clairement les soins qu'ils me donnent					
3. Je comprends les informations données sur ma maladie.					
4. Je me sens libre de poser des questions sans être interrompu.					
5. Toutes mes questions sont répondues par les soignants					
<b>Respect, Empathie et humanisme envers les patients</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6. Les soignants me traitent avec respect					
7. Ils sont accueillant, polis et bienveillants avec moi.					
8. Je suis traité(e) de manière équitable comme les autres patients					
9. Mes informations médicales sont traitées avec confidentialité					
10. Les soignants respectent mon intimité pendant les soins					
11. Je sens que les soignants se soucient vraiment de mon bien-être					
12. Les soignants prennent en compte mes émotions et mon vécu					

**Objectif spécifique 2 : Identifier les déterminants de la qualité de la relation (Facteurs influençant la relation soignant-soigné)**

<b>Facteurs organisationnels et institutionnels</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
13. Il y a suffisamment de soignants pour s'occuper des patients.					
14. Les soignants sont disponibles quand j'ai besoin d'eux.					
15. Le personnel répond rapidement à mes appels.					
16. Il y a une bonne coordination dans la prise en charge des soins					
17. Je fais confiance aux compétences des soignants.					
18. Je me sens en sécurité ici.					
19. les matériels de soins sont suffisants					
20. les médicaments sont suffisants					
21. Les espaces sont suffisantes pour accueillir les patients					
<b>Facteurs culturels</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
22. Les soignants respectent mes croyances et pratiques culturelles.					
23. Je me sens compris(e) par les soignants malgré les différences culturelles.					
24. Le personnel évite de porter des jugements sur mes habitudes de vie.					
25. Les soignants prennent en compte mes valeurs traditionnelles dans les soins					
<b>Facteurs psychosociaux</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
26. Les soignants s'intéressent à ma situation familiale ou sociale.					
27. Je me sens soutenu(e) moralement par l'équipe soignante.					
28. Mon état psychologique est pris en compte dans les soins.					
29. Je me sens à l'aise pour parler de mes problèmes personnels aux soignants					
<b>Facteurs économiques</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
30. Ma situation financière est prise en compte dans l'organisation de mes soins.					
31. Les soignants ne me discriminent pas à cause de ma situation financière.					
32. J'ai reçu des conseils pour gérer mes soins malgré mes moyens limités.					
33. Je sens que le coût des soins influence la manière dont je suis traité					

**Objectif spécifique 3 : Satisfaction globale**

<b>Satisfaction globale</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
34. Je suis satisfait(e) de la manière dont les soignants interagissent avec moi.					
35. Je me sens considéré(e) comme une personne à part entière, pas juste un malade					
36. Grâce à cette relation, je me sens motivé(e) à suivre le traitement					

37. Pourriez-vous conseiller à votre proche de venir se soigner prochainement dans cet hôpital en raison de la qualité de la relation entre le personnel soignant et le patient ?

1. Oui 2. Non 3. Je ne sais pas

38. Selon vous, quels aspects de la relation entre les soignants-soignés devraient être perfectionnés ?

39. Au final comment évaluer vous votre relation avec les soignants ?

1. Bonne (très bonne, bonne) 2. Mauvaise (assez bonne, pas du tout bonne)