

Communication empathique et prise en charge des patients réfugiés Subsahariens hospitalisés au Centre Hospitalo-universitaire Ibn Sina

Empathetic Communication and Care for Hospitalized Sub-Saharan Refugee Patients at the Ibn Sina University Hospital Center

Laarach Fatiha¹, El Ouafa Jamal²

1-Doctorante, Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, Université Mohammed V de Rabat

2Enseignant-Chercheur, Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, Université Mohammed V de Rabat

Résumé :

Cette recherche examine la perception de la communication empathique des soignants du centre hospitalier universitaire Ibn Sina par les patients réfugiés subsahariens. L'objectif est d'identifier les lacunes communicationnelles, souvent sources de conflits. Une approche qualitative a été adoptée, avec six patients réfugiés subsahariens francophones hospitalisés au moins dix jours, ainsi que six médecins résidents et six infirmiers polyvalents, pour obtenir une vue holistique des interactions en jeu.

Les entretiens semi-directifs, menés entre mai et septembre 2022, révèlent une satisfaction générale des patients quant à la prise en charge et la communication verbale, perçue de façon similaire pour les deux profils de soignants. Cependant, les patients expriment une insatisfaction concernant le manque de contact visuel, de posture adaptée, de rapprochement thérapeutique et d'empathie, des éléments essentiels pour renforcer la relation soignant/soigné et réduire les tensions génératrices d'agressions

verbales et non verbales. Les soignants expliquent ces lacunes par la pénurie de personnel et une charge de travail élevée.

Mots clés : communication empathique ; l'empathie ; la relation soignant/soigné ; prise en charge psychosociale; patients réfugiés subsahariens.

Abstract:

This research examines the perception of empathetic communication by caregivers at the Ibn Sina University Hospital Center, as perceived by Sub-Saharan refugee patients. The aim is to identify communication gaps, which are often sources of conflict. A qualitative approach was adopted, including six French-speaking Sub-Saharan refugee patients hospitalized for at least ten days, as well as six resident doctors and six polyvalent nurses, to gain a holistic view of these interactions.

Semi-structured interviews, conducted between May and September 2022, reveal general patient satisfaction with the care and verbal communication, perceived similarly across both caregiver profiles. However, patients express dissatisfaction regarding the lack of eye contact, appropriate posture, therapeutic closeness, and empathy, key elements for strengthening the caregiver-patient relationship and reducing tensions that often lead to verbal and non-verbal aggression. Caregivers attribute these gaps to staff shortages and a heavy workload.

Keywords: empathic communication; empathy; the carer/patient relationship; psychosocial care; sub-Saharan refugee patients.

Introduction

La communication interpersonnelle et les compétences communicationnelles sont essentielles dans la pratique des soins. La communication entre le soignant et le patient est un processus interactif, influencé par des variables psychologiques, sociales et cognitives. Les compétences interpersonnelles du soignant, notamment la communication empathique basée sur l'écoute active et la bienveillance, sont des qualités recherchées et participent en grande partie à la satisfaction du patient. Ces compétences déterminent la qualité de la prise en charge médicale et psychosociale (Epstein, 1993).

Dans le contexte actuel de la santé mondiale, les patients réfugiés subsahariens font face à des obstacles significatifs lors de leurs hospitalisations, en raison des traumatismes lors de leurs parcours migratoire, de leur diversité culturelle et linguistique, ainsi que des barrières structurelles et sociales auxquelles ils sont confrontés et le sentiment d'avoir subi des discriminations dans leur accès aux soins (Hamel et al., 2013). Dans le contexte marocain, en raison du manque d'information et de communication, les patients immigrés en générale et les réfugiés subsahariens en particulier, sont souvent pris dans des conflits à cause des malentendus dus à l'ignorance du circuit sanitaire marocain, et des formalités administratives que les patients subsahariens réfugiés se considèrent être mal- traités dans les services de soins marocains, alors que les soignants marocains trouvent que ces derniers sont reçus et pris en charge comme les marocains sans aucune dévalorisation sociale. Ces malentendus apparaissent souvent par faute d'information et de communication, et afin d'écartier ces sentiments négatifs, les établissements sanitaires marocaines ont organisé des séances de formations pour le personnel soignant afin d'informer et mieux expliquer aux immigrés le fonctionnement des services publics, en particulier médicaux, dans tous ces différents niveaux afin que ces derniers ne considèrent pas que les difficultés qu'ils rencontrent ne leurs sont pas systématiquement spécifiques (Linard, 2017).

En effet, le règlement intérieur des hôpitaux de 2010 déclare dans son article 57 pour les ressortissants étrangers que les patients ou blessés non marocains

sont admis, quels que soient leurs statuts, dans les mêmes conditions que les nationaux (arrêté du ministère de la Santé 465-11 (2 Rajab 1431; 6 juillet 2010)). Ce règlement exige à tous les usagers le respect de la filière de soins, c'est une organisation verticale lors de la prise en charge qui commence par le réseau des établissements de soins primaires avant d'accéder au niveau supérieur dont le dernier niveau est représenté par le Centre hospitalo-universitaire Ibn Sina (CHUIS) qui fournit les soins tertiaires. S'agissant des contraintes administratives, il y a principalement la présentation des documents attestant le droit à la gratuité et une fiche de référence des ayants droits de l'Association Marocaine de Planification Familiale (AMPF) référent du Haut-commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR), ce dernier a signé une convention avec le CHUIS le 25 juillet 2018 pour la prise en charge financière et administrative des réfugiés et les demandeurs d'asile. D'après les statistiques enregistrées par Haut Commissariat au Plan, le Maroc comme pays d'accueil et de transit a reçu 8 138 réfugiés et 5 395 demandeurs d'asile soit un total de 13533 personnes originaires de plus de 45 pays dont de nombreux pays d'origine subsahariens (HCP, 2020).

Actuellement, l'accent mis sur la qualité des soins de santé dans toutes les formations médicales a montré qu'en plus de l'aspect scientifique et technique, il est nécessaire de s'occuper de l'aspect relationnel et communicationnel, comme activité générique liée aux soins. Une activité qui influence directement la satisfaction des patients (Akhiyat et al., 2021). Ces éléments sont aussi des indicateurs d'évaluation qui différencieront un bon soignant d'un soignant moins considéré (Epstein, 1993).

Dans le cas du CHUIS les soignants, soit médecin résident ou infirmier, sont formés, et sont plus expérimentés et habitués à être en interaction quotidienne avec la diversité socioculturelle. Ce savoir-faire leur permet d'appréhender de manière générale et spéciale la prise en charge du patient avec les déterminants de la multiculturalité et de la vulnérabilité psychosociale. Un savoir qui leur permet aussi de prendre soin de leur façon de communiquer avec les patients étrangers en tenant compte de leurs

cultures variées tout en s'appuyant sur des normes tracées par la stratégie sanitaire, et des valeurs et des représentations diverses (Lehmann & Gailly, 1991). En dépit de ce savoir des malentendus relatifs à des lacunes de communication apparaissent de temps en temps sans connaître la cause. Dans ce travail, nous visons à déterminer la perception des patients subsahariens réfugiés de certaines qualités relationnelles et communicationnelles, en l'occurrence la communication empathique, pendant leurs hospitalisations au CHUIS. Cette perception est un indicateur clé dans l'évaluation de la qualité de la prise en charge (PEC) des patients dans les établissements de soins tertiaires au Maroc, et un outil de détermination des lacunes de communication dans ces établissements. Elle permet en plus de connaître l'avis des soignants sur les difficultés qui entravent la communication empathique pendant l'exercice du soin.

1. Assise théorique et conceptuelle

Dans notre recherche, nous avons adopté une approche humaniste axée sur la communication empathique. Cette méthode met en avant la reconnaissance de la valeur induite de chaque individu, accompagnée d'une volonté sincère de comprendre et de répondre à ses besoins, ses émotions et ses expériences. Développée initialement par le psychologue humaniste Carl Rogers, et poursuivie par Marshall Rosenberg, cette approche vise à améliorer la compréhension et l'empathie mutuelle. Elle est appliquée dans des domaines tels que la psychothérapie, le conseil, la résolution de conflits, et même dans les interactions quotidiennes, afin d'enrichir les relations interpersonnelles. Les principes fondamentaux de cette approche incluent l'attention, la bienveillance, l'empathie, l'authenticité, l'écoute active, l'absence de jugement et l'acceptation positive (Levinson, 2017).

Pour approfondir cette approche, il est essentiel d'explorer les concepts clés qui sous-tendent notre recherche avec quelques aperçues sur leur signification : la communication empathique, l'empathie, la relation soignant/soigné, la prise en charge, les réfugiés.

1.1 La communication empathique : La communication empathique est un mode de communication efficace, basée sur le respect de chaque personne. Elle repose sur la gestion de ses propres émotions, afin d'exprimer clairement ses attentes et de collaborer à la recherche d'une solution commune. La communication empathique également appelée communication non violente, est un processus mis au point par Marshall Rosenberg dans les années 1970 et qui s'est développé depuis au niveau mondial, dans des domaines très variés dont la santé, l'éducation, les entreprises..., visant à établir des relations fondées sur l'authenticité et l'empathie permettant ainsi d'améliorer le bien-être des personnes et d'apporter plus d'harmonie aux systèmes auxquels elles appartiennent. Il a conçu ce processus pour favoriser des relations harmonieuses et résoudre les conflits dans un esprit de bienveillance (Rosenberg, 2016). Dans le domaine de soins, la communication empathique aide les soignants à comprendre et à respecter ces limites personnelles. Cette approche empathique permet d'instaurer un climat de confiance où le patient se sent envoyé en sécurité, limitant les résistances et améliorant l'ouverture au dialogue (Rogers, 1951).

1.2 L'empathie : L'empathie est : «La capacité de détecter, comprendre et répondre aux émotions des autres» (Goleman & Piélat, 1999, p. 150). Selon Goleman, c'est une question de conscience de soi, car plus nous sommes sensibles à nos propres émotions, plus nous pouvons comprendre les émotions des autres. Il la définit comme suit : «Comprendre les sentiments et les inquiétudes des autres, adopter leurs points de vue et apprécier les différences dans leur façon de voir les choses» (Goleman & Piélat, 1999, p. 150).

Dans le domaine de soins l'empathie prend plusieurs formes : émotionnelle se concentre sur le partage immédiat des émotions ; l'empathie cognitive sur la compréhension des émotions sans partage et l'empathie mature combinent ces deux dimensions pour une action constructive. Elle requiert à la fois le

ressenti et la compréhension d'autrui, tout en impliquant une attitude proactive pour offrir un soutien efficace (Gerdes & Segal, 2011).

1.3 La relation soignant/soigné : C'est une rencontre singulière et unique, elle met en lumière l'existence et la présence d'un autre être. Chercher à nuancer le lien avec les autres est une préoccupation éthique qui incombe à chaque soignant. Tout soin, parce qu'il s'adresse à une personne ou à un groupe, comporte une dimension relationnelle qui peut s'exprimer dans différents aspects de la relation (Sala, 2018).

1.4 La prise en charge : Selon le dictionnaire médical L'internaute : « la prise en charge est le fait d'assumer une responsabilité. Celle-ci peut concerner les personnes, les objets ou les situations ».

Cette prise en charge comprend deux volets :

Le premier : la prise en charge médicale

Il s'agit de l'ensemble des activités et mesures de soins prises en relation avec le patient, dès son arrivée dans l'établissement de soins, et en cas d'hospitalisation, lui assurant une prise en charge permanente ainsi qu'un hébergement. Le patient est accueilli et fait l'objet de soins 24h/24, d'une permanence médicale et de soins soignants (RHONE, 2008).

Au sens strict, la prise en charge est un ensemble de processus et de stratégies qu'un individu ou une institution utilise pour répondre aux besoins d'une personne ou d'un groupe.

Le deuxième : la prise en charge psychosociale

C'est l'accompagnement du patient au niveau psychosocial dans le processus de traitement.

Elle implique des actions guidées par des valeurs et des compétences pour atteindre des objectifs spécifiques ; elle prend en compte le concept d'intervention sociale et de potentialisation.

Jules Perron définit l'intervention sociale comme une action organisée à l'aide de méthodes et d'approches développées par le service social qui vise à changer la nature des interactions entre les personnes et les environnements.

Focus sur les relations interpersonnelles, personnelles et collectives (Béliveau & Lajeunesse, 1987).

La potentialisation: « est un processus d'augmentation des capacités personnelles, interpersonnelles ou politiques afin que les individus, les familles et les communautés puissent prendre des mesures pour améliorer leur situation »(Couralet, 2022, p. 43).

De manière générale, la prise en charge psychologique est un processus assez long, fournissant un soutien ou une thérapie aux personnes touchées par un traumatisme suite aux différentes situations affectant les côtés psychologiques, émotionnelles, physiques et sociales, ou il faut une prise en charge holistique.

1.5 Les réfugiés : Les réfugiés en général sont des personnes qui sont à la fuite des conflits armés, des guerres et des persécutions. Leur situation est périlleuse et intolérable au point de prendre le risque de traverser des frontières internationales afin de se sentir stable et en sécurité dans d'autres pays. Les réfugiés sont par conséquent reconnus internationalement et bénéficient de l'aide des États, du haut-commissariat aux réfugiés et d'autres associations et organisations internationales. Ne pas reconnaître ces personnes autant que réfugiés aurait des conséquences dangereuses voire mortelles, car le retour dans leurs pays met leur vie en péril, et ils ont besoin d'un refuge ailleurs (Edwards, 2015).

2. Méthode et matériel de recherche

Notre recherche est une recherche descriptive transversale avec une approche qualitative utilisant des questions semi-directives structurées et validées destinées pour deux échantillons : le premier composé de six patients subsahariens réfugiés francophones de différents pays, choisis d'une manière aléatoire ; le deuxième composé de six médecins résidents et six infirmiers polyvalents, afin d'avoir une vue holistique.

Dans la phase exploratoire nous nous sommes basés sur l'analyse documentaire, l'observation directe et participante. L'accueil des réponses a

été réalisé au cours d'un entretien personnel avec six patients subsahariens réfugiés à l'AMPF, le temps moyen de ces entretiens est de 40 min. Le guide d'entretien élaboré pour recueillir les perceptions des patients subsahariens réfugiés sur les éléments suivants : La qualité de la communication entre le soignant/soigné; la nature de cette relation; les moyens de communication; les raisons empêchant les patients subsahariens réfugiés de communiquer avec les soignants; la relation avec le soignant; la communication empathique dans la PEC psychologique et sociale; influence de la communication sur l'état de santé et la prise en charge psychosociale; la disponibilité des soignants; les raisons des conflits avec les soignants; les moyens utilisés en cas de conflit avec les soignants.

En parallèle, nous avons élaboré un autre guide d'entretien destiné au personnel soignant comprenant les mêmes thèmes. Les entretiens ont été effectués dans les salles de repos, la durée moyenne de chaque entretien est de 30 min.

3. Validation du guide d'entretien

Chacun de ces éléments a fait l'objet d'une question semi-directive qui a été développée plusieurs fois et a été soumise, avant son utilisation, à un processus de validation consistant à vérifier sa validité consensuelle et sa validité logique, ainsi que l'adéquation des questions aux objectifs visés, en s'assurant que celles-ci étaient comprises par les répondants. La taille de notre échantillon patient réfugié subsaharien était limitée par plusieurs causes : les patients réfugiés subsahariens exclus de notre recherche présentant une altération des capacités cognitives, une démence, un trouble psychologique aigu ou chronique, ou toute pathologie psychiatrique empêchant la compréhension correcte de chacune des questions. Tandis que la taille des soignants était choisie selon la durée d'expérience de soins avec ces patients. Pour respecter l'éthique et la déontologie de la recherche, nous avons attribué à chaque participant un nom fictif, garantissant ainsi l'anonymat.

4. Présentations du 1^{er} échantillon : Patients réfugiés subsahariens

Tableau1 : caractéristiques sociodémographiques des patients réfugiés subsahariens

Participants	Sexe		Age	Situation familiale		Pays d'origine
	M	F		Marié	Célibataire	
Bonga		X	26		X	Sénégal
Roussaly		X	31	X		Guinée
Sicillba		X	29	X		Congo
Mamadou	X		24		X	Cameroun
Konaté	X		25		X	Côte-d'Ivoire
Kokandou		X	45		X	Congo

Parmi les six patients, le nombre de femmes dépasse celui des hommes. De plus, nous constatons que le nombre de célibataires est plus élevé que celui des mariés. La tranche d'âge des patients se situe entre 24 et 45 ans, et leurs pays d'origine incluent le Sénégal, la Guinée, le Congo, le Cameroun et la Côte d'Ivoire.

Tableau 2: La répartition selon les établissements et durée d'hospitalisation

Participants	Service d'hospitalisation	Durée d'hospitalisation
Bonga	Pneumologie (HIS)	10 jours
Roussaly	Médecine interne (HIS)	15 jours
Sicillba	Endocrinologie (HIS)	12 jours
Mamadou	Phtisiologie (HMY)	16 jours
Konaté	Pneumologie (HMY)	12 jours
Kokandou	service oncologie médicale (INO)	17 jours

A noter que ces informations ont été extraites à partir des entretiens.

Afin d'éliminer toute sorte d'influence sur les réponses de patients, nous avons choisi de les questionner au siège de l'AMPF. Nous avons aussi éliminé le mot satisfaction dans nos questions, puisque nous savons que les éléments qui englobent ce guide sont directement liés à la satisfaction du patient (Akhiyat et al., 2021), et détermine la qualité communicationnelle et relationnelle entre le personnel soignant et le malade, facteur favorisant la qualité de vie des patients et de leurs familles (Delvaux et al., 2019).

5. résentation du 2^{ème} échantillon : les soignants du CHUIS

Tableau 3 : caractéristiques sociodémographiques des médecins résidents

Participants médecins	Sexe	Age	Situation familiale		Année de spécialité	Nombre des Patients subsahariens réfugiés soignés
			Marié	Célibataire		
Meliani	X	29		X	03	02
Dioufi	X	31	X		04	03
Sayahi	X	29	X		02	02
Begnane	X	26		X	01	01
Fadili	X	30	X		04	02
Louzati	X	39	X		03	01

Tableau 4 : caractéristiques sociodémographiques des infirmiers polyvalents

Participants infirmiers	Sexe	Age	Situation familiale	ancienneté	Patients subsahariens
-------------------------	------	-----	---------------------	------------	-----------------------

			Marié	Célibataire		réfugiés soignés
	M	F				
Salihi	X	23		X	01	01
Semlani	X	31	X		08	05
Tajiri	X	29	X		07	02
Boughanbour	X	28		X	03	01
Kamil	X	30	X		09	02
Nachat	X	50	X		25	10

À noter que les entretiens des soignants sont effectués en période de repos dans leurs salles de repos, afin de garantir un environnement calme et propice à la réflexion.

Ces entretiens se sont déroulés en deux phases : la première, dont la durée est calculée, permet de recueillir des réponses générales, tandis que la deuxième, non chronométrée, a pour but d'approfondir certaines thématiques, de vérifier ou de clarifier des points spécifiques.

6. Procédure de traitement des données

Lors des entretiens, nous avons utilisé un dictaphone pour faciliter la collecte des données avec la prise de notes au besoin. Ensuite, nous avons retranscrit littéralement les enregistrements sur un document Word, ce qui représente une étape cruciale nécessitant une grande précision. Nous avons utilisé des noms fictifs des patients réfugiés subsahariens et des soignants pour garder leur anonymat, après nous avons classé et organisé les informations recueillies afin de les étudier. Cette étape constitue la première partie de l'analyse. Par la suite, nous avons tracé un tableau pour croiser les informations provenant de tous les entretiens réalisés, afin de mettre en évidence les similitudes et les différences entre les entretiens, ainsi que les différentes formes sous lesquelles les thèmes de recherche apparaissent chez les patients et les soignants interrogés.

Nous avons traité les données, question par question, en comparant les réponses entre elles. Enfin nous avons soumis les retranscriptions des

entretiens à une analyse hiérarchique descendante par thème. Pour ce faire, nous avons regroupé les réponses en thèmes relatifs à la communication empathique et la prise en charge et les éléments liés aux conflits que nous voulons évaluer tout en restant dans le cadre strict des guides d'entretiens. Dans cette optique, nous avons commenté ces analyses au fur et à mesure afin d'explorer les différentes interprétations possibles.

7. Résultats

Avant de présenter les résultats des entretiens nous présenterons d'abord nos observations sur l'interaction des malades avec le personnel soignant dans les services hospitaliers.

7.1 L'observation de l'interaction soignant/soigné :

Au niveau du médecin : Nous parlons ici de la visite du médecin, courte mais intense, dans laquelle le médecin, après avoir évalué l'évolution des soins infirmiers à travers les résultats des tests effectués, visite le patient dans sa chambre. Il est d'usage que le médecin entre dans la chambre, se présente (la première fois), demande à sa famille de sortir et reste seul avec le patient si ce dernier ne comprend pas le français le médecin sollicite un proche pour la traduction, à ce point commence l'entretien clinique et c'est là que commence le processus d'écoute active pour le médecin. Nous observons que dans tous les services d'hospitalisation plus de 90% des entretiens durent entre 5-10 minutes (moyenne : 7,2 minutes) avec un minimum de 3 minutes et un maximum de 25 minutes. La même moyenne est constatée dans les pays européens (Faymonville & Nyssen, 2014). Une fois cet entretien clinique réalisé, le médecin modifie le traitement, marque les changements et les consignes à suivre, et visitera un autre patient, le patient ne le reverra pas avant 24 heures.

Au niveau de l'infirmier : Dans les services d'hospitalisation, l'infirmier (en rotation) entretient un contact plus personnel et direct que n'importe quel autre professionnel (aides-soignants, médecins, techniciens, etc.). De façon routinière, l'infirmier, après avoir recueilli les informations du relais

précédent, procède à des techniques de soins spécifiques pour chaque cas, généralement effectuées au début du quart de travail, où le premier contact avec le patient est établi, ici déjà le processus d'« écoute active » a commencé. Par la suite, s'enchaîne des techniques permettant de maintenir cette interaction. Ainsi tout au long du quart de travail de 8h00 à 20h00, puis sur le quart de 20h00 à 8h00, le processus est similaire, ne respectant que les heures de sommeil des patients. Le temps accordé par les deux profils, médecin et infirmier, au patient est essentiel pour instaurer une relation de soins de qualité. La gestion du temps par les individus impliqués dans la relation soignant-soigné constitue un élément clé dans ce processus (Laflamme, 2017). Le médecin entre dans la chambre du patient une fois le matin et y passe entre 5 et 10 minutes en moyenne, les infirmiers le font beaucoup plus de fois et passent généralement beaucoup plus de temps avec le patient. Un constat que nous pourrions donc affirmer en notant que la relation médecin/patient et l'infirmier/patient sont dans une proportion déséquilibrée, d'où l'importance que le personnel soignant soit formé aux compétences relationnelles et communicationnelles et à utiliser l'écoute active de manière appropriée. Un autre constat que nous avons relevé après une simple question « connaissez-vous le nom de votre soignant ? », 76,4% des patients interrogés connaissaient le nom du médecin et seulement 34,7% des patients connaissaient le nom de l'infirmier, bien que nous pensons que cela est dû au fait que généralement un seul médecin traite un patient et dans le cas des soins infirmiers personnalisés, il y a pas mal d'infirmiers qui, se relayant, s'occupent du même patient.

L'interaction entre les soignants et les patients réfugiés subsahariens hospitalisés se caractérise par une communication limitée, centrée principalement sur l'évaluation de l'état de santé des patients. Les échanges se concentrent sur des questions factuelles, et il est rare de voir les soignants employer un langage plus empathique ou d'observer un rapprochement thérapeutique significatif. L'absence de contact physique visant à rassurer le

patient, tel qu'un toucher empathique, renforce une certaine distance dans la relation.

Malgré ces limites relationnelles, la prise en charge médicale demeure adéquate. Les soignants assurent une qualité de soins conforme aux protocoles, veillant à la bonne santé physique des patients. En cas de signes de réactions de détresse psychologiques marqués, le personnel soignant réagit avec attention, en mobilisant des ressources internes pour apporter un soutien ponctuel à ces patients. Toutefois, pour le soutien social, c'est le service social du CHUIS qui intervient afin de répondre aux besoins administratifs ou financiers des patients.

Par ailleurs, les interactions se déroulent dans un climat pacifique, sans tensions ni conflits apparents. La coopération des patients réfugiés subsahariens contribue également à maintenir cette harmonie, en partie par souci de respect des règles de l'établissement et de leur statut de réfugiés.

7.2 Présentation des résultats des entretiens :

Tableau 5 : Récapitulation des perceptions des patients réfugiés subsahariens sur les qualités communicationnelles et relationnelles des soignants

Thèmes	variables	médecins		Infirmiers	
		constaté	Non constaté	constaté	Non constaté
Qualité de la communication entre soignant/soigné	Simple, directe	4	2	5	1
	Adéquate, appropriée	4	2	4	2
	Compliqué, limite, technique, formel	2	4	5	1

Nature de la relation entre soignant/soigné	Limité dans le cadre du soin	2	4	3	3
	Amicales, familiales	2	4	3	3
	Sécurité (langage assertif)	4	2	4	2
	disponibilité	2	4	4	2
Moyens de communication entre soignant/soigné	Communication verbale voix/volume....etc	5	1	5	1
	Communication non verbal	Contact visuel	2	4	1
		posture	1	5	1
	Rapprochement thérapeutique	1	5	1	5
Raisons empêchant les patients de communiquer avec les soignants	Le sentiment d'infériorité par rapport aux soignants	0	6	0	6
	Niveau intellectuel (mot technique)	4	2	1	5
	L'état de santé psychologique (peur/angoisse)	3	3	1	4
Relation avec le soignant	Attitude agréable	4	2	1	5
	Proximité relationnel	1	5	2	4
	Toucher	0	6	0	6

Tableau 6 : Récapitulation de l'ensemble des perceptions sur la qualité de la PEC et la gestion de conflits

Thèmes	variables	médecins	Infirmiers
--------	-----------	----------	------------

		constaté	Non constaté	constaté	Non constaté
La communication empathique dans la PEC psychologique	Diminuer le stresse et être rassurant Attitude agréable	5	1	2	4
	Soulager la souffrance et créer une relation de confiance	5	1	5	1
La communication empathique dans PEC social	Ecoute et explication	5	1	4	2
L'effet de la communication sur la santé des individus	Amélioration de la prise en charge	3	3	4	2
	Construire les liens sociaux	3	3	2	4
	Aider à la guérison	6	0	6	0
La disponibilité des soignants	Disponible/engagement	3	3	5	1
	Pas souvent	3	3	1	5
Les raisons des conflits avec les soignants	Manque de communication	2	4	5	1
	La discrimination sociale	0	6	0	6
Les moyens utilisés en cas	Communication direct (face à face)	6	0	6	0

des conflits avec les soignants	Voir un supérieur	0	6	0	6
---------------------------------	-------------------	---	---	---	---

8. Discussion de l'analyse textuelle des entretiens

L'analyse des données mis en évidence les occurrences et les formes d'expression positives et négatives des patients réfugiés subsahariens concernant la qualité communicationnelle et relationnelle, la qualité de la prise en charge psychosociale et la gestion des conflits dans un contexte médical.

8.1 La qualité communicationnelle et relationnelle

L'importance d'une réponse appropriée dans le processus de soin mis en évidence les opinions des patients réfugiés subsahariens : Quatre patients ont exprimé leurs satisfactions quant à la qualité de la communication reçue à la fois de la part des médecins et des infirmiers. Cependant, il est à noter que deux patients ont signalé ne pas avoir reçu de réponses adéquates à leurs questions. Parmi ces patients, certains ont mentionné des difficultés à comprendre ce que les professionnels de santé disent. Par exemple, la patiente **Sicillba** a déclaré : « mon médecin parlait rapidement, parlait à un volume trop bas pour que je puisse l'entendre correctement, mais la première infirmière m'avait expliqué bien que j'avais du mal à la comprendre, surtout lorsqu'elle parlait en s'apprêtant à partir. Juste après la deuxième infirmière m'avait très bien expliqué ». La patiente **Roussaly** a rapporté que : « l'infirmier s'exprimait brièvement et lui conseillait de poser ses questions au médecin », en outre, elle a souligné que : « le médecin parlait rapidement en raison de contraintes de temps et lui conseillait de s'adresser à l'infirmière pour une meilleure explication ». En revanche les réponses des soignants sont entièrement positives d'après leurs point de vue ils expliquent mieux aux patients mais les différences du niveau culturel rend la tâche plus difficile ce qui nécessite d'après eux plus de reformulation et de répétition. Selon eux, les infirmiers expliquent mieux que les médecins en utilisant un langage clair et

simple. Les patients **Konaté** et **Kokandou** ont partagé une sensibilité similaire en déclarant : « Je comprends les mots simples, mais parfois les soignants utilisent leur propre langage étrange ». L'utilisation de termes étranges fait référence aux termes techniques qui peuvent submerger la communication entre les soignants et les patients dans les établissements hospitaliers. Certains termes techniques sont plus utilisés par les infirmiers lors de la communication avec les patients, plutôt que par les médecins qui les prescrivent. Par exemple, l'usage du terme "TDM" au lieu du terme plus familier « scanner » est répandu, mais non compris par la plupart des patients. Dans l'ensemble, bien que des efforts de reformulation soient faits, l'utilisation excessive de termes techniques demeure un obstacle à une communication claire et simple entre les soignants et les patients qui perçoivent cette communication plus formelle et compliquée, plus technique et limitée dans le cadre de soin.

En résumé, le thème met en lumière le rôle crucial d'une réponse appropriée, simple et clair dans le processus de soin, avec une majorité de patients appréciant la qualité de la communication, mais un nombre significatif signalant des difficultés de compréhension et des lacunes dans la manière dont les informations sont transmises, surtout dans les situations où la communication est rapide ou limitée.

Dans l'ensemble, la communication et les réponses appropriées dans le processus de soin sont globalement positives, mais des problèmes de compréhension et de coordination entre médecins et infirmiers sont observés pour certains patients.

D'après notre expérience professionnelle la particularité de chaque spécialité présente des difficultés pour les médecins et les infirmiers à reformuler et à résumer leurs propos en langage courant afin que ces patients comprennent mieux. Cette attitude est influencée en plus par le nombre des patients hospitalisés et le nombre des médecins et des infirmiers qui prennent en charge ces patients dans les différents établissements, et aussi quand la maladie est lourde et que le patient n'arrive pas à l'admettre.

En général, d'après les réponses de l'infirmière **Tajiri** et docteur **Louzati** qui semblaient similaire concernant les réponses appropriées: « j'ajuste mes réponses de manière appropriée aux questionnements des patients même si la culture, la personnalité et le type de la maladie diffèrent ». La classification effectuée en parallèle sur la qualité paraverbal de la communication reflète que les trois composantes (volume, vitesse, intonation) se rapprochent dans leurs classification hiérarchique descendante ce qui n'affecte pas la qualité des réponses. Le langage approprié est une qualité essentielle aux soignants pour l'explication des soins effectués aux patients, surtout si ces derniers sont de différentes cultures. Cette qualité communicationnelle permet de mettre en mot les gestes qui vont être effectués, cette compétence occupe une place majeure dans la transmission du message afin que le patient reçoit des renseignements simples à sa portée qu'il soit en mesure de les comprendre et de les accepter. Une attitude qui facilite la prise en charge. De notre point de vue, ce langage approprié dû premièrement à la maîtrise de la langue française par ces patients puisque 52,4% de l'ensemble des migrants subsahariens en parle (Haut-commissariat au plan du Maroc, 2021), et à la maîtrise parfaite du personnel soignant de cette langue ; deuxièmement parce qu'une communication adaptée ou appropriée lors d'un soin consiste en la mise en place d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné, sans cette capacité le processus de soins serait dur.

En termes de posture du soignant qui inclut la manière dont il s'approche physiquement et émotionnellement du patient, symbole de l'empathie englobant des éléments tels que la proximité physique, le contact visuel, la posture corporelle et l'expression faciale, ces composantes contribuent à l'instauration d'une atmosphère de confiance et de sécurité pour le patient. D'après les réponses, quatre patients réfugiés subsahariens n'étaient pas satisfaits des postures des infirmiers et les médecins. En ce qui concerne le maintien du contact visuel, les deux patientes **Kokandou** et **Roussaly** disaient : « il n'y a aucune différence, les médecins sont bien, au début mon médecin me regardait les yeux, pour écouter ce que je disais lorsque je me sentais mal

; mais avec le temps je le voyais toujours pressé ». D'après l'évaluation de ces réponses et notre observation, nous constatons que les infirmiers ont moins l'habitude de garder le contact visuel dans leurs pratiques avec le patient. Ils communiquent avec lui en même temps qu'ils effectuent des gestes de soin. Un constat qui montre que les infirmiers priorisent la concentration sur le geste de soin que sur le contact visuel, une réaction qui sans doute va être interprétée par un désintérêt total sur ce que dit le patient, mais il y a une compensation de la part des médecins. La majorité des patients ont confirmé que ces derniers maintiennent le contact visuel mais loin de la philosophie de Carl Rogers qui exige que le regard soit positif et inconditionnel reflétant l'empathie et la bienveillance. Le contact visuel étant un élément essentiel pour transmettre l'intérêt et l'empathie du médecin, composante essentielle dans la relation thérapeutique avec le patient.

Concernant les réponses obtenues à propos du gestuel approprié: la majorité des résultats indiquent qu'il n'y a aucune présence de posture appropriée, les réponses n'ont pas été à la hauteur seule une infirmière et un médecin communiquent avec des mouvements corporels. La majorité des patients réfugiés subsahariens disent que : « Le médecin ne se rapproche que pour examiner, il ne réagit pas par son corps, il ne bouge pas sa tête pour confirmer et me rassurer sur ce que je dis, quant à l'infirmière elle s'approche seulement si elle veut faire des soins, elle ne réagit non plus avec son corps et en plus avec la bavette je ne vois pas de différence sur leur visage seul sa voie me tranquillise ».

En général, un soignant qui se rapproche du patient de manière appropriée démontre une disponibilité et un intérêt pour le patient. Il peut se positionner à une distance respectueuse, établir un contact visuel, utiliser un langage corporel ouvert et adopter une attitude chaleureuse. Cela peut aider le patient à se sentir écouté, compris et pris en charge, favorisant ainsi une relation de soin plus solide.

Une question qui nous guide vers une faiblesse du développement de l'empathie du corps soignant qui s'est reflétée sur leur posture lors du contact

visuel avec le patient. D'après Carl Rogers, fondateur de l'approche centré sur le patient, l'écoute active est une philosophie plutôt qu'une technique que le soignant ou le thérapeute doit avoir. Elle se reflète par une posture empathique, une posture congruente et une considération positive inconditionnelle (Rogers, 2005). Une réaction qu'on peut dire qu'elle est relative au rythme rapide du travail, résultat plutôt négatif en comparaison avec les autres éléments de la communication verbale qui font également partie de l'écoute active (réponses adéquates, langage clair...) qui ont été positifs.

8.2 La qualité de la prise en charge psychosociale

Concernant la disponibilité qui se rapporte au temps consacré aux patients, la conséquence de la continuité de la logique de soins que nous avons déjà exposée se révèle à travers une étroite corrélation entre les résultats obtenus et les observations réalisées. Cette relation justifie les réponses positives des patients qui attestent d'un investissement plus important en temps de la part des infirmiers par rapport aux médecins. Cette disparité s'explique par la nature des activités spécifiques de chaque groupe: les infirmiers maintiennent un contact constant avec les patients et sont disponibles en permanence pour prodiguer les soins nécessaires, ainsi que pour communiquer l'état de santé du patient à son médecin traitant. L'accompagnement en temps est directement lié à l'activité de soins qui exige la présence continue des infirmiers qui compense le problème du non disponibilité des médecins. Mais sur le plan empathique la majorité des patients réfugiés subsahariens ont répondu que les médecins sont toujours pressés: « Parfois, ils semblaient pressés et peu disposés à écouter mes préoccupations émotionnelles.... ». D'après l'analyse des totalités des réponses des soignants, cette situation est due au nombre restreint de médecins non seulement au sein du CHUIS mais également dans l'ensemble du système de santé marocain. D'après les statistiques récentes du CHUIS, le personnel soignant comprend 2 421 médecins et 3 211 infirmiers (CHU Ibn Sina, 2022). Cependant, ce chiffre reste insuffisant face à l'augmentation continue du nombre de patients, ce qui met

sous pression les capacités de prise en charge et les ressources disponibles pour répondre aux besoins. Selon la réponse du docteur **Sayghi** : « impossible d'être disponible tout le temps juste pour écouter un patient qui cherche à bavarder, j'ai d'autres patients plus urgent, et d'autres engagements, mon devoir c'est de l'écouter quand il est gêné par sa maladie, écouter son récit de vie... désolé je n'ai pas le temps ! ». En parallèle nous trouvons une réponse semblable de l'infirmière **Semlani**: « des fois pour certains patients que j'ai déjà écouté, je vois qu'il pose les même questions je ne perds plus de temps avec eux, je donne plus de temps aux nouveaux malades ».

En dépit de ces réponses, les six patients réfugiés subsahariens ont exprimé leur admiration pour les efforts déployés par le personnel soignant, sur le plan engagement dans les soins en particulier les infirmiers qui se sont montrés disponibles en permanence. Cette disponibilité découle de la nature de leurs tâches ainsi que de leur implication personnelle et de leur sens de responsabilité. Bien que les réponses dénotent en général un dévouement positif du personnel soignant, les patients réfugiés subsahariens ont constaté une insuffisance de personnel lors des rotations d'équipes pendant leurs hospitalisations.

Deux patients réfugiés subsahariens ont réclamé avoir appelé l'infirmière mais elle a tardé à venir, les infirmiers ont expliqué ce retard par la charge du travail et le manque d'effectifs. Selon le point de vue des soignants (infirmiers et médecins), il devient impératif d'augmenter le nombre de personnel soignant, en particulier compte tenu de l'augmentation constante du nombre de patients. L'augmentation des effectifs permet de réduire la charge de travail, améliorant ainsi la qualité des interactions relationnelles et communicationnelles, et influençant positivement la qualité des soins médicaux (Hahn, 2009).

Un autre facteur observé est l'afflux de patients qui influence le temps dédié à chaque patient, qu'il soit marocain ou étranger, en accord avec la politique d'égalité d'accès aux soins du CHUIS (Errougani, 2018).

Concernant les réponses empathiques qui reflètent que le patient a reçu la bienveillance et de l'écoute active du soignant pendant leur hospitalisation. Les patients réfugiés subsahariens en général s'attendent à obtenir des réponses adéquates à leurs questions, qui expriment leurs inquiétudes concernant leur état de santé. La majorité des patients réfugiés subsahariens interrogés ont confirmé que les médecins répondent mieux à leurs préoccupations que les infirmiers, principalement parce que les médecins ont une meilleure connaissance des pathologies traitées. Cependant, il y a parfois des problèmes de communication entre les infirmiers et les patients en raison de ce constat. En général, les réponses des patients réfugiés subsahariens se ressemblent avec une légère différence : quatre patients réfugiés subsahariens ont exprimé leur satisfaction quant aux réponses adéquates qu'ils ont reçues, tandis que **Sicillba** et **Kokandou** n'ont pas trouvé de réponses adéquates à leurs inquiétudes. Il est important de noter que cette divergence ne s'explique pas essentiellement par un manque d'intérêt du personnel soignant, mais plutôt par des contraintes pratiques telles que le manque de temps dû au sous-effectif du personnel, surtout que certain patient demande plus d'attention que les autres. D'après Laila Zerrou : « Faire preuve d'empathie demande du temps et de la disponibilité » (zerrou, 2021, p. 62).

L'empathie se reflète aussi à travers l'attitude agréable, il est remarquable que la majorité des patients réfugiés subsahariens considèrent que les médecins ont une attitude plus agréable que les infirmiers. La patiente **Bonga** a dit : «mon médecin est très gentil, je me sens parler avec mon frère». Cette tendance suggère que, même avec la charge du travail, les médecins maintiennent une attitude agréable dans leurs interactions avec les patients, davantage que les infirmiers.

Cette qualité peut être liée à la personnalité de chaque professionnel de la santé. Selon Vannotti, les soignants les plus agréables tendent à être plus altruistes, à poursuivre moins d'objectifs personnels tels que la carrière ou le prestige, et à faire preuve d'une plus grande empathie (Vannotti, 2002).

Néanmoins, lors de notre pré-enquête, la majorité des réponses des infirmiers argumentent que leurs comportements ne sont en aucun cas liés à leur type de personnalité mais liés plutôt à leurs croyances, ils expliquent que : « il ne faut pas être trop agréable avec les patients en général afin de maintenir le respect et de préserver une relation professionnelle ».

Quant à la qualité de la prise en charge psychosociale, les réponses sont unanimement positives. Les résultats montrent que la majorité des patients réfugiés subsahariens ont observé que les infirmiers et/ou les médecins communiquent avec un langage assertif, et rassurant ce qui met les patients à l'aise et confiants en leurs prise en charge.

Les patients réfugiés subsahariens ont été totalement satisfaits, le témoignage du patient **Konaté** le confirme: « j'ai déjà bénéficié des consultations avec un psychologue, que mon médecin avait contacté suite à une crise d'anxiété, accompagnée des troubles de sommeil ». Les médecins ont expliqué : « nous obtenons souvent les informations de ces troubles par les consignes des infirmiers si eux qui nous avisent des comportements des patients et de toutes réactions qui portent un risque sur la santé du patient ou la santé des autres ». Docteur **Fadili** précise que : « si le cas est plus compliqué nous demandons un avis spécialisé du psychiatre soit pour traitement urgent soit pour transfert à l'hôpital Errazi ».

Pour la prise en charge sociale, dans certain cas le patient réfugié subsaharien nécessite une régularisation de sa situation administrative ce qui nécessite le contacte du service social par l'infirmier chef du service. D'après la patiente **Roussaly** qui a été hospitalisée en urgence sans sa carte ni sa fiche des ayants droit nous a raconté ceci : « l'assistante sociale est venue jusqu'à mon lit elle a pris mes coordonnées et elle a contacté l'assistante de l'AMPF pour régulariser ma situation, je suis très reconnaissante ! ». Les deux profils soignants travaillent en équipe pour assurer une approche globale et intégrée de la prise en charge du patient, en veillant à ce que les différents aspects de sa santé mentale et sociale soient pris en compte. La réponse de la patiente **Kokandou** le confirme : « l'infirmière m'a sauvé la vie, j'étais trop angoissée

et je n'arrivait plus à dormir deux jour de suite, j'étais sur le point de perdre raison, je n'ai pas de famille, ma maladie s'aggrave de jour en jour ... elle a appelé mon médecin, ce dernier a contacté le psychiatre pour avis, ensuite il m'a prescrit un calmant, le matin un médecin de la psychiatrie est venu pour me consulter et pour faire le suivi.. ; aujourd'hui je me sens beaucoup mieux, ma maladie est stable grâce à eux ». Le plus remarquable dans la communication des soignants c'est l'assertivité plus que l'empathie. Depuis les années 1940, l'assertivité est considérée comme cruciale pour le bien-être relationnel et personnel. Selon Lazarus, il s'agit d'une compétence interpersonnelle et sociale, un aspect de la communication (Richard et Lussier, 2019). Norton la décrit comme l'expression appropriée d'idées, de sentiments et de limites, tout en respectant les droits des autres, en maintenant un climat positif chez l'interlocuteur et en tenant compte des conséquences potentielles de cette expression sur celui-ci. Elle représente un cadre communicationnel que le personnel soignant doit mettre en œuvre dans sa pratique quotidienne. C'est une approche interactive où l'individu adopte une attitude authentique et ferme par rapport à ses convictions, tout en étant ouvert envers l'interlocuteur dans l'objectif de maintenir une relation positive et mutuellement compréhensive tout au long du processus de soin (Pfafman, 2017).

8.3 Stratégies de gestion des conflits

En matière de conflit, la plupart des patients réfugiés subsahariens ont jugé qu'ils étaient bien pris en charge et n'ont subi ni violence verbale ni physique pendant leur hospitalisation. Les soignants respectent la particularité de ces patients et maintiennent une éthique professionnelle dans leurs pratiques. Cependant, le patient **Konaté**, a exprimé son mécontentement en raison de douleurs à l'estomac causées par son intolérance au traitement. Il expliqua : "Depuis ce matin, j'ai demandé un traitement à l'infirmière du matin pour calmer mes douleurs, puis j'ai insisté auprès de l'infirmière de l'après midi,

mais je n'ai reçu aucune réponse." Frustré, il ajouta : "Comme je n'avais toujours pas de solution, j'ai quitté mon lit et commencé à demander de l'aide à toutes les personnes en blouse blanche que je croisais. Je voulais qu'on me soulage, je n'en pouvais plus." Cette situation, bien que pouvant être source de conflit, a été rapidement gérée grâce à l'intervention de la secrétaire, qui a pris l'initiative de coordonner avec le médecin traitant pour assurer une prise en charge rapide.

Ce genre de constat met en lumière que, malgré la disponibilité des soignants, certains patients peuvent parfois se sentir non écoutés, et leurs demandes sans suite. L'écoute active, comme décrite par Gordon, est essentielle pour désamorcer les conflits. Cela implique d'écouter avec attention, de montrer des signes de compréhension, et de clarifier les questions pour bien saisir le point de vue de l'autre. La clé est de ne pas rendre les conflits personnels, mais de prendre en compte la situation médicale et les besoins spécifiques des patients. Lorsqu'un soignant prend le temps d'écouter et de comprendre, cela permet non seulement de résoudre le conflit, mais aussi d'améliorer la qualité des soins en répondant de manière plus précise aux attentes du patient(Gordon & Edwards, 1997).

Cela peut s'expliquer par le fait que certains soignants, dans l'exercice de leurs fonctions, se concentrent davantage sur les cas les plus graves, négligeant ainsi les petites demandes des patients, ce qui renforce, selon eux, le sentiment que leur souffrance n'est pas prise au sérieux. En revanche, les soignants ont également souligné que les patients réfugiés subsahariens, dans leur grande majorité, sont perçus comme étant gentils, n'ayant pas pour but de chercher le conflit. Ils ont évoqué que ces patients ont souvent déjà subi des violences ou des traumatismes dans leurs pays d'origine, ce qui justifie d'autant plus un respect particulier dans leur prise en charge.

Même si le thème englobe plusieurs éléments stratégiques pour gérer les conflits en général, d'après les réponses des soignants, ses patients ne nécessitent pas ces interventions stratégiques.

Conclusion

Des lacunes importantes en communication ont été enregistrées, notamment la non-prise en compte du langage non verbal. Selon les recherches d'Albert Mehrabian, le langage non verbal représente 55 % de la communication, tandis que les mots et les variations vocales ne comptent que pour 7 % et 38 %, respectivement (Joly, 2014, p. 20). Ainsi, la posture et les expressions faciales des soignants, souvent ignorées, peuvent être perçues comme un manque d'empathie, influençant négativement la relation soignant-soigné. Les résultats de cette étude montrent que les patients réfugiés subsahariens, bien que satisfaits de l'écoute active et de la bienveillance des soignants, expriment des insatisfactions concernant certains aspects de la communication non verbale, tels que la posture et le contact visuel. Ces éléments, essentiels dans l'interaction soignant-soigné, ne sont pas toujours pris en compte. Cela pourrait être lié au manque de formation des soignants sur le langage corporel et à la structure même du travail, où la position debout du soignant et la position allongée du patient sont souvent interprétées comme des signes d'indifférence. Il est donc crucial que les soignants prennent conscience de l'impact de leur posture et de leur langage corporel sur la qualité de la communication, surtout dans un contexte multiculturel, ces éléments contribuent largement à la perception du patient quant à l'empathie et à l'intérêt du soignant. En plus une communication ouverte, bienveillante et attentive serait un moyen pour atténuer les conflits et augmenter, par conséquent, la satisfaction des patients en général et des patients en situation de vulnérabilité en particulier.

Pour améliorer la communication empathique dans les soins, il est recommandé de consacrer plus de temps aux patients depuis l'admission jusqu'à la sortie de l'hôpital. Une utilisation claire et simple du langage, sans termes techniques, serait bénéfique pour dissiper les doutes des patients et favoriser leur compréhension. Par ailleurs, le développement de l'empathie et l'intégration de formations sur la communication non violente ou empathique doivent devenir une priorité pour les professionnels de la santé. Ces formations pourraient inclure des techniques de gestion des émotions,

l'écoute active, la simplification des informations, ainsi que l'amélioration de la posture et du contact visuel.

Cette recherche présente plusieurs limites influençant l'étendue de ses résultats. D'abord, certains patients ont été exclus en raison de leur état de santé ou de leur refus de participer. Le refus de participation de certains soignants, souvent dû à des contraintes de temps, a limité la quantité d'informations recueillies. De plus, le manque d'expérience de certains soignants avec des patients réfugiés subsahariens a restreint la diversité des perspectives recueillies. Enfin, la durée généralement courte de la prise en charge des patients réfugiés a limité la profondeur des interactions et des observations possibles.

La communication empathique est un outil essentiel pour renforcer la relation de confiance entre le soignant et le patient, contribuant à une meilleure prise en charge. Pour la recherche future, il serait intéressant d'explorer l'impact de la communication empathique sur la guérison des patients, en particulier dans les contextes multiculturels. Des recherches comparatives entre différents établissements de santé permettront également d'analyser les facteurs contextuels qui influencent la communication, tels que la charge de travail des soignants et les ressources disponibles.

Références

- Adrian Edwards. (2015). Point de vue du HCR : « Réfugié » ou « migrant » – Quel est le mot juste ? HCR.
<https://www.unhcr.org/fr/actualites/point-de-vue-du-hcr-refugie-ou-migrant-quel-est-le-mot-juste>
- Akhiyat, N., Nordhues, B., Schmidt, T., & Nordhues, H. (2021). Improving Patient Satisfaction : Addressing Barriers To Patient-Physician Communication With Novel Empathic Communications Training. *Journal of the American College of Cardiology*, 77(18, Supplement 1), 3364. [https://doi.org/10.1016/S0735-1097\(21\)04718-5](https://doi.org/10.1016/S0735-1097(21)04718-5)
- Béliveau, G., & Lajeunesse, A. (1987). Administration sociale et services sociaux, par Jules Perron, Chicoutimi, Gaëtan Morin, 1986, 285 pages. *Service social*, 36(1), 166. <https://doi.org/10.7202/706349ar>
- Carl Rogers,. (2005). Le Développement de la personne,.
- CHU Ibn Sina. (2022). chuis—Recherche Google.
- Couralet, D. (2022). Les jeux de langage de l'empowerment : Une analyse socio-historique de ses usages dans le champ de la santé. bordeaux.
- Delvaux, N., Brédart, A., Libert, Y., Merckaert, I., Liénard, A., Delevallez, F., Hertay, A., & Razavi, D. (2019). Chapitre 12 - Communication soignant-soigné : Problématiques. In D. Razavi & N. Delvaux (Éds.), Psycho-Oncologie de L'adulte (Deuxième Édition) (p. 395-430). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-75811-9.00012-X>
- Epstein, R. M. (1993). Perspectives on Patient-Doctor Communication. *The Journal o f Family Practice*, 37(4), 12.
- Errougani, P. A. (2018). Direction et coordination : 151.
- Faymonville, M.-E., & Nyssen, A.-S. (2014). Communication soignant-soigné. *Douleur et Analgésie*, 27(4), 210-214. <https://doi.org/10.1007/s11724-014-0399-3>
- Françoise Linard, O. (2017). Rapport de l'étude sur les besoins psychosociaux des migrants et des professionnels de sante—Recherche Google (p. 11).

- Gerdes, K. E., & Segal, E. (2011). Importance of Empathy for Social Work Practice : Integrating New Science. *Social Work*, 56(2), 141-148.
<https://doi.org/10.1093/sw/56.2.141>
- Goleman, D., & Piélat, T. (1999). L'intelligence émotionnelle : Comment transformer ses émotions en intelligence. France loisirs.
- Gordon, T., & Edwards, W. S. (1997). Making the Patient Your Partner : Communication Skills for Doctors and Other Caregivers. ABC-CLIO.
- Hahn, S. R. (2009). Patient-Centered Communication to Assess and Enhance Patient Adherence to Glaucoma Medication. *Ophthalmology*, 116(11), S37-S42. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2009.06.023>
- Hamel, C., Moisy, M., & Paris-X, U. (2013). Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé. Université Paris-X, Nanterre, 190, 5.
- HCP. (2020). Enquête sur l'impact de Covid-19 sur la situation socioéconomique et psychologique des réfugiés au Maroc.
- Joly, A. (2014). Communication verbale et non verbale entre patients atteints de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées : Étude des interactions lors d'un atelier thérapeutique et rôle de l'orthophoniste.
- Laflamme, B. (2017). La Temporalité Dans Les Soins. Spiritualité santé
- Lehmann, J., & Gailly, A. (Éds.). (1991). Thérapies interculturelles : L'interaction soignant-soigné dans un contexte multiculturel et interdisciplinaire. De Boeck.
- Levinson, E. (2017). Pratiques du thérapeute de l'Approche centrée sur la personne et du facilitateur stratégique de la gestion du vivant : Une comparaison enrichissante entre développement personnel et développement durable. *Approche Centree sur la Personne. Pratique et recherche*, 24(2), 5-31.
- Mpr Rhone. (2008). Critères De Prise En Charge En Médecine Physique Et De Réadaptation
- Pfafman, T. (2017). Assertiveness. In V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Éds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (p. 1-7).

Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_1044-1

Richard et Lussier. (2019). Assertivité, professionnalisme et communication en santé. Researchgate, 7.

Rogers, C. R. (1951). Client-centered therapy; its current practice, implications, and theory (p. xii, 560). Houghton Mifflin.

Rosenberg, M. B. (2016). Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs) : Introduction à la communication non violente.

Sala, B. (2018). Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient. 72.

Vannotti, M. (2002). L'empathie dans la relation médecin – patient. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, no 29(2), 216.

zerrour, laila. (2021). Carte sanitaire au Maroc : Ces chiffres à retenir.... Aujourd'hui le Maroc, 62.