

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO**



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

Année Universitaire 2018-2019

Thèse N°

THEME :

**EVALUATION DE LA SATISFACTION DES
ACCOMPAGNANTS DES PATIENTS ADMIS
EN REANIMATION POLYVALENTE AU
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
(CHU) DU POINTG**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 31/12/2019 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie par

M. TESSOUGUE Sidiki

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (**Diplôme d'État**)

JURY

Président : Pr. Broulaye SAMAKE

Membres : Dr. MANGANE Moustapha ISSA
: Dr. Seydou DIARRA

Codirecteur : Dr. BEYE Seydina Alioune

Directeur : Pr. KEITA Mohamed

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018-2019

ADMINISTRATION

DOYEN : **Seydou DOUMBIA** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : **Ousmane FAYE** - MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL : Dr **Monzon TRAORE**- MAITRE-ASSISTANT

AGENT COMPTABLE : **Monsieur Harouna SIDIBE** – INSPECTEUR DU TRESOR

LES PROFESSEURS A LA RETRAITE

Mr Yaya FOFANA

Mr Mamadou L. TRAORE

Mr Mamadou KOUMARE

Mr Ali Nouhoum DIALLO

Mr Aly GUINDO

Mr Mamadou M. KEITA

Mr Siné BAYO

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Mr Abdoulaye Ag RHALY

Mr Boukassoum HAIDARA

Mr Boubacar Sidiki CISSE

Mr Massa SANOGO

Mr Sambou SOUMARE

Mr Abdou Alassane TOURE

Mr Daouda DIALLO

Mr Issa TRAORE

Mr Mamadou K. TOURE

Mme SY Assitan SOW

Mr Salif DIAKITE

Mr Abdourahamane S. MAIGA

Mr Abdel Karim KOUMARE

Mr Amadou DIALLO

Mr Mamadou L. DIOMBANA

Mr Kalilou OUATTARA

Mr Amadou DOLO

Mr Baba KOUMARE

Mr Bouba DIARRA

Mr Bréhima KOUMARE

Mr Toumani SIDIBE

Mr Souleymane DIALLO

Mr Sékou SIDIBE

Mr Adama SANGARE

Mr Bakoroba COULIBALY

Mr Seydou DIAKITE

Mr Amadou TOURE

Mr Mahamane Kalilou MAIGA

Mr Somita KEITA

Mme Habibatou DIAWARA

Mr Filifing SISSOKO

Mr Alhousseini Ag MOHAMED

Mr Djibril SANGARE

Mme TRAORE J. THOMAS

Mr Issa DIARRA

Hématologie

Chirurgie Générale

Pharmacognosie

Médecine interne

Gastro-Entérologie

Pédiatrie

Anatomie-Pathologie-Histoembryologie

Santé Publique

Médecine Interne

Législation

Toxicologie

Chimie Analytique

Chirurgie Générale

Orthopédie - Traumatologie

Chimie Générale et Minérale

Radiologie

Cardiologie

Gynéco-Obstétrique

Gynéco-Obstétrique

Parasitologie

Chirurgie Générale

Zoologie - Biologie

Stomatologie

Urologie

Gynéco Obstétrique

Psychiatrie

Bactériologie

Bactériologie – Virologie

Pédiatrie

Pneumologie

Orthopédie. Traumatologie

Orthopédie - Traumatologie

Psychiatrie

Cardiologie

Histo-embryologie

Néphrologie

Dermato-Léprologie

Dermatologie

Chirurgie générale

O.R.L.

Chirurgie Générale

Ophtalmologie

Gynéco-Obstétrique

EVALUATION DE SATISFACTION DES ACCOMPAGNANTS DES PATIENTS ADMIS EN REANIMATION POLYVALENTE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU POINT-G

Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire,
Génétique	
Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie Obstétrique
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynécologie Obstétrique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique

LES ENSEIGNANTS DECEDES

Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Alou BA	Ophthalmologie (DCD)
Mr Bocar SALL (DCD)	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie (DCD)
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale (DCD)
Mr Moussa TRAORE	Neurologie (DCD)
Mr Yénimégué Albert DEMBELE†	Chimie Organique (DCD)
Mr Anatole TOUNKARA †	Immunologie (DCD)
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie (DCD)
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie (DCD)
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie (DCD)
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie – Traumatologie (DCD)
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL (DCD)
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique (DCD)
Mr. Mady MACALOU	Orthopédie/ Traumatologie (DCD)
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale (DCD)
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie (DCD)
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Ibrahim ONGOIBA	Gynécologie Obstétrique (DCD)

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie – Réanimation
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Samba Karim TIMBO	ORL, Chef de D.E.R
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie

**EVALUATION DE SATISFACTION DES ACCOMPAGNANTS DES PATIENTS ADMIS EN
REANIMATION POLYVALENTE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU POINT-G**

Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie Réanimation
Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie Obstétrique
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie Obstétrique
Mr Tioukany THERA	Gynécologie Obstétrique
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mr Honoré jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Boubacar BA	Odonto-Stomatologie

3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE

Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Viscérale ou générale
Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Viscérale ou générale
Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Viscérale ou générale
Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Viscérale ou générale
Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Viscérale ou générale
Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Viscérale ou générale
Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Viscérale ou générale
Mr Issa AMADOU	Chirurgie pédiatrique
Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie pédiatrique
Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie thoracique
Mr Ibrahima SANKARE	Chirurgie thoracique et Cardiovasculaire
Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Youssouf SIDIBE	ORL
Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
Mme Aïssatou SIMAGA	Ophtalmologie

**EVALUATION DE SATISFACTION DES ACCOMPAGNANTS DES PATIENTS ADMIS EN
REANIMATION POLYVALENTE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU POINT-G**

Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie traumatologie
Mr Layes TOURE	Orthopédie traumatologie
Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie traumatologie
Mr Louis TRAORE	Orthopédie traumatologie
Mr Seydou GUEYE	Chirurgie buccale
Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie-dento-faciale
Mr Ahmed BA	Prothèse dentaire
Mr Bougadary COULIBALY	Prothèse dentaire
Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Mr Alphousseiny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
Mr abdoulaye KASSAMBARA	Odonto-Stomatologie
Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
Mr Amsalah NIANG	Odonto Preventive et Sociale
Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
Mr Amadou KOSSOGUE	Urologie
Mr Dramane Nafo CISSE	Urologie
Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie
Mr Alkadri DIARRA	Urologie
Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie Réanimation
Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
Mr Hammadoun DICKO	Anesthésie Réanimation
Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
Mr Thierno DIOP	Anesthésie Réanimation
Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
Mr Abdoul Hamidou HALMEIMOUN	Anesthésie Réanimation
Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
Mr. Mahamadou Coulibaly	Anesthésie Réanimation
Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie Obstétrique
Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie Obstétrique
Mme Aminata KOUMA	Gynécologie Obstétrique
Mr Mamadou SIMA	Gynécologie Obstétrique
Mr Seydou FANE	Gynécologie Obstétrique
Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie Obstétrique
Mr Ibrahima ousmane KANTE	Gynécologie Obstétrique
Mr Alassane TRAORE	Gynécologie Obstétrique

2. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

Mme Lydia B. SITA	Stomatologie
-------------------	--------------

**EVALUATION DE SATISFACTION DES ACCOMPAGNANTS DES PATIENTS ADMIS EN
REANIMATION POLYVALENTE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU POINT-G**

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DER
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie -Mycologie

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Bakary MAIGA	Immunologie
Mme Safiatou NIARE	Parasitologie - Mycologie
Mr Karim TRAORE	Parasitologie-mycologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie - Mycologie
Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie
Mr Mamoudou MAIGA	Bactériologie-Virologie
Mme Aminata MAIGA	Bactériologie Virologie
Mme Djeneba Bocar FOFANA	Bactériologie Virologie
Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique
Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
Mr Bourama COULIBALY	Anatomie pathologique
Mr Saidou BALAM	Immunologie
Mr Boubacar Sidiki DRAME	Biologie Médicale
Mme Arhamatoulaye MAIGA	Biochimie
Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/ Génomique
Mr Nouhoum SAKO	Hématologie/Oncologie Cancérologie
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie
Médicale	
Mr Moussa FANE	Biologie, Santé Publique, Santé-
Environnementale	
Mme Mariam TRAORE	Pharmacologie

5. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
Mr Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie
Mr Bourama KELLY	Physiologie médicale
Mme Assitan DIAKITE	Biologie
Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie

**EVALUATION DE SATISFACTION DES ACCOMPAGNANTS DES PATIENTS ADMIS EN
REANIMATION POLYVALENTE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU POINT-G**

Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr. Moussa T. DIARRA	Gastro-entérologie – Hépatologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie Chef de DER
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie/Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépto Gastro-Entérologie
Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale/Ophthalmologie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiodiagnostic imagerie médicale
Mr Bah KEITA	Pneumologie-Phtisiologie
Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr Koniba DIABATE	Radiodiagnostic et Radiothérapie
Mr Adama DIAKITE	Radiodiagnostic et Radiothérapie
Mr Aphou Sallé KONE	Radiodiagnostic et Radiothérapie
Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Djibril SY	Médecine Interne
Mme Djenebou TRAORE	Médecine Interne

**EVALUATION DE SATISFACTION DES ACCOMPAGNANTS DES PATIENTS ADMIS EN
REANIMATION POLYVALENTE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU POINT-G**

Mr Siritio BERTHE	Dermatologie
Mme N'Diaye Hawa THIAM	Dermatologie
Mr Yamoussa KARABENTA	Dermatologie
Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
Mr Massama KONATE	Cardiologie
Mr Ibrahima SANGARE	Cardiologie
Mr Youssef CAMARA	Cardiologie
Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
Mme Coumba Adiaratou THIAM	Cardiologie
Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
Mme Mariam SAKO	Cardiologie
Mme Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies métaboliques et Nutrition
Mr Hourouma SOW	Hépto-Gastro-entérologie
Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépto-Gastro-entérologie
Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépto-Gastro-entérologie
Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Yacouba CISSOKO	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Garan DABO	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Mamadou A. C. CISSE	Médecine d'Urgence
Mr Seydou HASSANE	Neurologie
Mr Guida LANDOURE	Neurologie
Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
Mr Pakuy Pierre MOUNKORO	Psychiatrie
Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
Mme Djénéba DIALLO	Néphrologie
Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
Mr Seydou SY	Néphrologie
Mr Djigui KEITA	Rhumatologie
Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
Mme Djeneba KONATE	Pédiatrie
Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
Mme Fatoumata Léonie DIAKITE	Pédiatrie
Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie
------------------------	-------------

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

**EVALUATION DE SATISFACTION DES ACCOMPAGNANTS DES PATIENTS ADMIS EN
REANIMATION POLYVALENTE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU POINT-G**

Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Hamadou SANGHO	Santé Publique, Chef de D.E.R.
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Mamadou Sounalo TRAORE	Santé Publique

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Modibo DIARRA	Nutrition

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
Mr Oumar THIERO	Biostatistique/Bioinformatique
Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
Mme Lalla Fatouma TRAORE	Santé Publique
Mr Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la recherche biomédicale
Mr Abdrahamane COULIBALY	Anthropologie médicale
Mr Chieck Abou COULIBALY	Epidémiologie

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale
Mr Bakary DIARRA	Santé publique
Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
Mr Mohamed Lamine TRAORE	Santé communautaire
Mr Yéya dit Sadio SARRO	Epidémiologie
Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
Mr. Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie
Mr Bassirou DIARRA	Recherche Opérationnelle
Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
Mr Baba DIALLO	Epidémiologie
Mr Sory Ibrahim DIAWARA	Epidémiologie
Mr Chieck O. DIAWARA	Bibliothèques
Mme Fatoumata SY	Gestion des Ressources Humaines
Mr Bakary COULIBALY	Bibliothèques

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mr Rouillah DIAKITE	Biophysique et Médecine Nucléaire
Mr Alou DIARRA	Cardiologie
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mme Assétou FOFANA	Maladies infectieuses
Mr Abdoulaye KALLE	Gastroentérologie
Mr Mamadou KAREMBE	Neurologie
Mme Fatouma Sirifi GUINDO	Médecine de Famille
Mr Alassane PEROU	Radiologie
Mr Boubacar ZIBEIROU	Physique
Mr Issa COULIBALY	Gestion
Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie
Mr Klétigui Casimir DEMBELE	Biochimie
Mr Souleymane SAWADOGO	Informatique
Mr Brahim DICKO	Médecine Légale

**EVALUATION DE SATISFACTION DES ACCOMPAGNANTS DES PATIENTS ADMIS EN
REANIMATION POLYVALENTE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU POINT-G**

Mme Tenin KANOUE	Pneumologie-Phthiologie
Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
Mme Aminata Hamar TRAORE	Endocrinologie
Mr Ibrahim NIENTAO	Endocrinologie
Mr Aboubacar Sidiki Tissé KANE	OCE
Mr Benoit Y KOUMARE	Chimie Générale
Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
Mr Boubakary Sidiki MAIGA	Chimie Organique
Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Lamine GAYE	Physiologie
-----------------	-------------



**DEDICACES &
REMERCIEMENTS**

DEDICACES

De tout mon cœur je remercie et dédie ce travail à :

« Louange à Allah, Seigneur de l'univers » sourate 1, Verset 2 (le saint courant).

Je ne vous serai jamais assez reconnaissant, ALLAH, de m'avoir accordé la grâce de réaliser ce travail. Veuillez m'accorder le privilège de vous connaître et de vous servir. Puisse votre lumière éclairer et guider mes pas.

***Notre prophète Mohamed**, paix et salut sur lui et à toute sa famille et ses compagnons et à ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.

A mon père : BOUREIMA TESSOUGUE

Ce travail est le fruit de ta rigueur. Tu m'as enseigné la discipline, le respect de l'autre. Grâce à toi j'ai su que le travail est un trésor.

Je te remercie pour ta confiance en espérant que Dieu te donne une longue vie pour que tu puisses profiter de ce travail.

A mes Mères : KADIDIA ET MAMA TESSOUGUE

Que de journées et de nuits sans repos pour vous ! Vous avez tout fait pour que je devienne ce que je suis aujourd'hui. Malgré vos modestes moyens, vous n'avez ménagé aucun effort pour me venir en aide. Je vous suis redevable de la chose la plus importante qui soit : la vie. Vous avez pris soin de nous ; vous nous avez toujours protégés. Femmes dynamiques, généreuses, loyales, sociables, attentionnées, croyantes et infatigables, vos conseils, vos encouragements, vos câlins, vos bénédictions ne m'ont jamais fait défaut. Voici le fruit de votre amour et de vos sacrifices. Je ne saurai vous remercier assez ; seul DIEU peut vous gratifier pour tout ce que vous avez fait pour nous. Qu'ALLAH vous récompense de vos biens faits et vous accorde longue vie et bonne santé. Amen !

A mon Ami : MOHAMED TESSOUGUE



Puisse ce travail te procure toutes les affections dont j'ai été incapable, en espérant que je serai fière de toi. Je me rappelle encore du moment où on s'est rencontré au village comme si c'était hier malgré tous les obstacles nous avons résisté et la relation est resté tel que le premier jour de notre rencontre merci de m'avoir accepté de partager ma vie, j'espère que les choses resteront ainsi jusqu'à ce que la mort nous séparera, merci pour ce merveille cadeau du ciel que tu m'as donné. Je vous prie de progresser dans la dignité et dans le respect des valeurs humaines. Que DIEU vous donne une longue vie pleine de réussite.

A mon oncle : SALIF TESSOUGUE

Tu demeures pour moi un exemple de droiture, de la rigueur, de responsabilité, et d'amour des autres. Tu as été toujours là quand il le fallait. Tu ne m'as pas considéré comme un neveu mais comme un fils. Je ne pourrais jamais oublier toute l'aide tant précieuse qu'indispensable que tu m'as toujours apportée dans les moments difficiles. Tu m'as tout donné sans rien me demander. Je te dédie ce travail en guise de reconnaissance.

A ma femme : ROUBETTE TESSOUGUE

Tu n'as jamais manqué à ton devoir de me soutenir aux bons et mauvais jours et de me conseiller. Merci surtout pour ta patience et tout ce que tu fais pour moi. Aujourd'hui je réitère la volonté de t'être toujours fidèlement attachée. Puisse l'éternel nous unir chaque jour davantage.

A mon fils Mohamed

Votre venu en ce monde a inondé mon cœur de joie et de fierté. Que ce travail soit le testament de ma tendresse de mon affection particulièrement de ma dévotion pour vous. Qu'Allah vous accorde le bonheur dans la paix, la prospérité, le respect des valeurs humaines et morales Amen.

A toutes les familles des patients qui sont admis en réanimation du CHU du PT-G ! Sans votre accord votre patience et votre courage ce travail qui est le

**EVALUATION DE SATISFACTION DES ACCOMPAGNANTS DES PATIENTS ADMIS EN
REANIMATION POLYVALENTE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU POINT-G**

vôtre n'aura pas eu lieu. Trouver ici mes sincères considérations. Combattants de la vie, l'espoir est réel. Que dans vos cœurs, triomphe l'amour et dans vos pensées, triomphe l'espérance. C'est à vous aussi que je dédie ce travail.

REMERCIEMENTS

A la Famille Poudiougou de Sikasso

Je vous exprime toute ma gratitude pour le soutien moral, matériel et l'assistance que vous avez faite montre à mon égard. Que DIEU vous accorde une bonne santé et une longue vie.

A mon frère Moumine et sa famille

Votre disponibilité, votre soutien moral et vos conseils ont été déterminants durant ce long parcours. Trouvez ici mes sincères remerciements.

A mes frères et collègues Housseini, Youssouf, Mamadou et Yaya Oumar dit Baba

Mes chers frères le mot me manque pour vous dire merci pour tout votre soutien, trouvez ici ma profonde reconnaissance. Ce travail est le vôtre.

A la famille CHERIFLA AU GUIDE SPIRITUEL DES ANÇAR ASEID CHERIF OUSMANE MADANE HAIDARA ET SA NOBLE FAMILLE

Merci pour la bonne éducation, le savoir vivre, le respect, l'amour envers son prochain. Que Dieu vous donne longue et toute la famille chérif-la vive l'islam authentique vive les ançars et vive le CAMUS.

Aux membres du CAMUS :

Merci pour le soutien et la bonne collaboration

A Tous mes maitresses et maitres de la fondamentale jusqu'à l'université :

C'est aujourd'hui que j'apprécie mieux le métier combien fatiguant mais combien noble d'enseignant. Sans vous que sera l'humanité : une immense obscurité. Qu'Allah bénisse davantage cette profession.

A Toute la famille TEME : Ce travail est aussi le vôtre. Puisse Dieu davantage consolider les liens d'amour et de fraternité qui nous unissent.

A mes Amis de la Faculté : Karim Bakayoko, Moussa Tembely, David, Kalifa, Oumar, Ousmane Sissoko, Barda, Yaya Kalifa, Joël, Zoumana : Merci pour tout votre soutien, trouvez ici ma profonde reconnaissance.

A Toute la neuvième promotion du numerus clausus : merci

A mes maîtres du SAR de l'hôpital du point-G :

Au Professeur COULIBALY Youssouf :

Votre amour de la droiture, du respect de la vie humaine, du travail bien fait et votre rigueur sont les qualités qui m'ont marqué à jamais ; et m'ont poussé à devenir un de vos élèves. Grace à vous j'ai compris que l'essentiel de la médecine se résume dans l'amour et le respect absolu de la vie humaine. Plus qu'un enseignant vous êtes un père éducateur, un modèle à suivre. Vous nous avez formé pendant les staffs enrichis, non seulement sur le plan professionnel mais aussi sur le plan développement personnel. À vos côtés j'ai bien compris que la première victoire de l'homme, c'est la victoire sur soi même. Merci infiniment pour vos enseignements. Qu'Allah vous bénisse à perpétuité.

Au Professeur KEITA Mohamed :

Merci pour votre disponibilité, les conseils et l'encadrement. J'ai beaucoup apprécié votre sens du partage et la proximité que vous avez avec les gens qui vous entourent. Vous êtes très méticuleux et cela a contribué à améliorer mes rapports avec les autres. Cher Maître vous resterez pour nous un modèle. Veuillez accepter toute notre gratitude et notre profonde admiration.

Au Professeur DOUMBIA Djénéba :

Nous ne savons comment vous témoigner notre immense gratitude. Nous avons eu la chance de figurer parmi vos élèves et de bénéficier de vos remarquables qualités d'enseignante. Vous n'avez ménagé aucun effort à nous conseiller et orienter sur les réalités de ce travail. Votre ouverture d'esprit nous a rendu à tout

point de vue le chemin moins épineux. Ce sera peut-être pour nous la meilleure manière de vous dire « merci pour tout chère maître, nous sommes et resterons votre débiteur ».

Au Docteur BEYE Seydina Alioune

C'est un grand honneur que vous nous avez fait en nous acceptant comme élève. Les mots nous manquent pour exprimer tout le bien que nous pensons de vous. Tout au long de ce travail, vous avez forcé notre admiration tant par vos talents scientifiques que par vos multiples qualités humaines. Votre éloquence dans l'enseignement, votre sens aigu du travail bien accompli, du respect et de la discipline font de vous un modèle. Nous saisissons l'occasion pour vous rendre un brillant hommage.

Au Docteur DICKO Hammadoun :

Votre bonne humeur et votre joie de vivre contagieuse facilitent notre formation et font de vous un maître exemplaire. Merci pour votre disponibilité et tous les enseignements reçus. Que Dieu vous donne ce que votre cœur désire.

Au Docteur DIALLO Boubacar :

Le privilège d'avoir comme encadreur un homme de science aussi modeste et rigoureux que vous, est pour nous une leçon de vie. Votre grande humanité et votre sens élevé du travail bien fait nous ont impressionnés. Merci pour votre courage contagieux et votre disponibilité, que Dieu vous couvre de ses grâces.

Au Dr Keita Lanseny et sa famille.

Au Dr Doumbia Yaya ; Abdramane Traoré et Koné Drissa.

A mes aînés médecins et DES du SAR : merci

A mes collègues internes du service :

NIARE Adama, Mouizz Deen, Dramane MARIKO Nina BAKAYOKO KLECHLOR Thaïs Adriel et SACKO. Nous avons partagé des bons mais aussi

des moments difficiles au SAR. Je suis convaincu que notre amitié continuera au-delà de l'hôpital.

A tout le Personnel infirmier, Assistants Médicaux en anesthésie-réanimation et aux Techniciens de surface du dit Service.

A tout le personnel du CHU du Point G.

- ✓ Aux corps Professoral de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) et de la Faculté de Pharmacie (FPH) :
Nous remercions tout le corps professoral de la FMOS et de la FPH pour la qualité de l'enseignement dispensée et sa disponibilité entière.
- ✓ A ma très chère patrie, le MALI pour l'éducation reçue.
- ✓ A tous ceux qui m'ont soutenu moralement et financièrement

Ma profonde gratitude

A tout ce dont je ne pourrai citer les noms



**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À notre Maître et Président du jury

PROFESSEUR BROULAYE SAMAKE

- ↪ **Maitre de conférences agrégé à la Faculté de Médecine et d’Odontostomatologie (FMOS)**
- ↪ **Praticien hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire de Gabriel Touré CHU GT**
- ↪ **Membres de la société d’anesthésie réanimation médecine d’urgence (SARMU) MALI**
- ↪ **Membre de la société d’Anesthésie Réanimation d’Afrique Francophone (SARAF)**
- ↪ **Membre de la fédération Mondiale d’Anesthésie Réanimation (WFSA)**

Cher Maître

Nous avons été touché par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Vos qualités humaines et scientifiques ont suscité en nous une grande admiration. Votre rigueur scientifique, votre amour du travail bien fait et votre capacité de transmettre vos connaissances font de vous un maître exemplaire. Soyez assuré de notre profonde gratitude.

À notre Maître et Juge

Dr MANGANE Moustapha Issa

- ↪ **Maitre-assistant en anesthésie réanimation à la FMOS**
- ↪ **Praticien hospitalier au CHU GT**
- ↪ **Chef de service du bloc opératoire CHU GT**
- ↪ **Ancien interne des hôpitaux de Bamako Mali**
- ↪ **Membres de la société d'anesthésie réanimation médecine d'urgence
(SARMU) MALI**
- ↪ **Membre de la société d'Anesthésie Réanimation d'Afrique
Francophone (SARAF)**
- ↪ **Membre de la fédération Mondiale d'Anesthésie Réanimation**

Cher Maître,

Vous nous faites un immense honneur en acceptant de prendre part à ce jury. Nous ne saurions assez-vous remercier pour votre participation au perfectionnement de ce travail. A vos côtés, nous avons été marqués par votre courtoisie, votre humilité et votre sacrifice pour le bien être de vos patients ; qualités qui font de vous un maitre exemplaire. Veuillez trouver ici, cher Maitre, le témoignage de notre profonde gratitude.

À notre Maître et Juge

Dr Seydou Diarra

- ↪ **Assistant en anthropologie médicale à la Faculté de Médecine et d’Odontostomatologie (FMOS)**
- ↪ **Responsable des cours d’anthropologie médicale et de la santé à la Faculté des sciences humaines et des sciences de l’éducation Département socio anthropologie Université des lettres et des sciences humaines de Bamako (ULSHB)**
- ↪ **Chercheur sur les politiques et système de santé et les politiques sur la gratuité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de zéro à cinq ans et les femmes enceintes au Mali**
- ↪ **Responsable des cours d’anthropologie médicale et de la santé à la Faculté de Médecine et d’Odontostomatologie (FMOS)**
- ↪ **Enseignant à l’école de santé publique**
- ↪ **Chargé de cours d’anthropologie médicale et de la santé à l’Institut National de formation en science de la santé (INFSS)**

Cher Maître,

Avec indulgence et gentillesse, vous avez accepté de juger ce travail.

Vous nous faites un grand honneur.

Votre disponibilité, votre rigueur scientifique et votre abord facile ont forcé notre admiration.

Veillez trouver ici, Cher Maître, l’expression de notre profond respect.

À notre Maître et Co-directeur de thèse

Docteur Seydina Alioune BEYE

↳ **Spécialiste en Anesthésie- Réanimation**

↳ **Maitre-assistant en Anesthésie-Réanimation à la Faculté de Médecine
et d'Odontostomatologie (FMOS)**

↳ **Praticien hospitalier en anesthésie- réanimation au Centre
Hospitalier Universitaire du Point G**

↳ **Ancien chef de service Anesthésie-réanimation et des urgences à
l'hôpital régional Nianankoro Fomba de Ségou**

Cher Maître,

Les mots nous manquent pour exprimer avec exactitude notre profonde admiration et notre profond respect. Vous nous avez inspirés, suivi et guidé dans l'élaboration de ce travail. Votre connaissance, votre rigueur scientifique et votre dévouement sans limite dans le travail sont des qualités que nous nous efforcerons d'approcher. En ce moment solennel, l'occasion nous est offerte de vous réitérer cher maître, notre profonde admiration.

À notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Mohamed KEITA

- ↪ **Maitre de conférences en Anesthésie et Réanimation à la FMOS**
- ↪ **Praticien hospitalier au CHU du Point G**
- ↪ **Chef de service d'anesthésie du CHU du point G**
- ↪ **Membre la Société d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence du Mali (SARMU)**
- ↪ **Membre de la Société d'Anesthésie-Réanimation d'Afrique Francophone (SARAF)**
- ↪ **Membres de la Fédération mondiale d'anesthésie Réanimation (WFSA)**

Cher Maître

C'est un grand honneur que vous nous avez fait en acceptant de nous encadrer. Au-delà de vos qualités de pédagogue reconnu par tous, nous avons découvert en vous un homme plein de générosité, rigoureux dans le travail dont l'esprit scientifique ne cessera jamais d'émerveiller tant vos collaborateurs que vos étudiants. La formation de qualité que vous vous êtes évertués à nous donner nous servira évidemment dans notre carrière.

Recevez ici cher maître, nos sentiments les plus distingués.

Puisse Dieu vous accordez santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenant puissent bénéficier de la qualité de votre enseignement. Amen !



LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

ATCD	: Antécédents
Art	: Article
AVC	: Accident Vasculaire Cérébral
CAMUS	: Collectifs des Ançars en Milieu Universitaire et Scolaire
CHU PTG	: Centre Hospitalier Universitaire point G
CHU GT	: Centre Hospitalier Universitaire de Gabriel Touré
CS Réf	: Centre de santé de référence
CSCOM	: Centre de Santé Communautaire
CI	: Commune Une
CII	: Commune deux
CIII	: Commune trois
CIV	: Commune quatre
CV	: Commune cinq
CVI	: Commune six
DES	: Diplôme d'étude spécialisé
Dr	: Docteur
FMOS	: Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
FPH	: Faculté de Pharmacie
GCS	: Glasgow Coma Scale
HB	: Hors Bamako
HPTG	: Hôpital Point G
INFSS	: Institut National de Formation en science de santé
MAR	: Médecins anesthésistes réanimateurs
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PEC	: Prise en Charge
Pourcentage	: %
SAR	: Service d'anesthésie Réanimation
SFAR	: Société Française d'anesthésie réanimation
SARMU	: société d'Anesthésie Réanimation Médecine d'urgence
SARAF	: Société d'anesthésie Réanimation d'Afrique Francophone
ULSHB	: Université des lettres et des sciences humaines de Bamako
WFSA	: Fédération mondiale Anesthésie Réanimation



LISTE DES TABLEAUX

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patients en fonction du sexe	28
Tableau II : Répartition des patients en fonction de tranche d'âge.....	28
Tableau III : Répartition des patients en fonction d'ethnie	29
Tableau IV : Répartition des patients en fonction de profession	29
Tableau V : Répartition des patients en fonction de résidence	30
Tableau VI : Répartition des patients en fonction du statut matrimonial	30
Tableau VII : Répartition des patients en fonction du niveau d'étude	30
Tableau VIII : Répartition des patients en fonction du motif d'admission	31
Tableau IX : Répartition des patients en fonction de provenance	31
Tableau X : Répartition des patients en fonction de durée de séjour.....	32
Tableau XI : Répartition des patients en fonction de l'état de santé antérieur	32
Tableau XII : Répartition des patients en fonction du glasgow coma scale.....	32
Tableau XIII : Répartition des patients en fonction du recours à la ventilation.....	33
Tableau XIV : Répartition des patients en fonction de la sédation.....	33
Tableau XV : Répartition des familles en fonction de l'âge	33
Tableau XVI : Répartition des Familles en fonction du sexe	34
Tableau XVII : Répartition des Familles en fonction de profession	34
Tableau XVIII : Répartition des familles en fonction de résidence	35
Tableau XIX : Répartition des Familles en fonction du niveau d'étude.....	35
Tableau XX : Répartition des Familles en fonction de lien de parenté.....	35
Tableau XXI : Répartition de la satisfaction en fonction de l'état de santé	36
Tableau XXII : Répartition de satisfaction en fonction de l'information.....	36
Tableau XXIII : Répartition de satisfaction en fonction de la clarté d'information.....	36
Tableau XXIV : Répartition de la satisfaction en fonction de la courtoisie	37
Tableau XXV : Répartition de la satisfaction en fonction de se sentir seul ou isolé	37
Tableau XXVI : Répartition de satisfaction en fonction du moment de solitude.....	37
Tableau XXVII : Répartition de la satisfaction en fonction de PEC	38
Tableau XXVIII : Répartition de la satisfaction en fonction de l'amélioration de PEC	38
Tableau XXIX : Répartition de la satisfaction selon les indicateurs de structure	39
Tableau XXX : Répartition de la satisfaction selon les indicateurs d'organisation.....	40
Tableau XXXI : Répartition de la satisfaction selon les indicateurs de procédure	41
Tableau XXXII : Répartition en fonction de la satisfaction globale.....	42

EVALUATION DE SATISFACTION DES ACCOMPAGNANTS DES PATIENTS ADMIS EN
REANIMATION POLYVALENTE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU POINT-G

Tableau XXXIII : Répartition des patients en fonction de la satisfaction globale et le sexe .	42
Tableau XXXIV : Répartition des patients en fonction de la satisfaction globale et la Tranche d'âge	42
Tableau XXXV : Répartition patients en fonction de la satisfaction globale et la profession	43
Tableau XXXVI : Répartition des patients en fonction de la satisfaction globale et le statut matrimonial	43
Tableau XXXVII : Répartition des patients en fonction de la satisfaction globale et le niveau d'étude	44
Tableau XXXVIII : Répartition des patients en fonction de la satisfaction globale et le motif d'admission.	44
Tableau XXXIX : Répartition des patients en fonction de la satisfaction globale et la durée de séjour	44
Tableau XL : Répartition des familles en fonction de la satisfaction globale et la tranche d'âge	45
Tableau XLI : Répartition des familles en fonction de la satisfaction globale et le sexe	45
Tableau XLII : Répartition des familles en fonction de la satisfaction globale et le niveau d'étude	45
Tableau XLIII : Répartition de la satisfaction selon les indicateurs de structure <i>et la satisfaction globale</i>	46
Tableau XLIV : Répartition de la satisfaction selon les indicateurs d'organisation et la satisfaction globale	47
Tableau XLV : Répartition de la satisfaction selon les indicateur de procédure et la satisfaction globale	48



TABLES DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
I. OBJECTIFS	3
Objectif général :.....	3
Objectifs spécifiques :.....	3
II. GENERALITES	4
III. METHODOLOGIE	22
IV. RESULTATS	28
1. Caractéristiques des patients.....	28
2. Caractéristiques des accompagnants.....	33
3. Caractéristiques sur la satisfaction.....	36
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	49
1. Fréquences globales.....	49
2. Analyse des patients.....	49
3. Caractéristiques des accompagnants (Tableau XV à XX).....	51
4. Caractéristiques des enquêtes de la satisfaction.....	52
5. Description sur la partie de la satisfaction des différents indicateurs.....	53
6. Facteurs lié à la satisfaction.....	55
VI. CONCLUSION	56
VII. RECOMMANDATIONS	57
VIII. REFERENCES	59
ANNEXES	63

INTRODUCTION

L'amélioration de la qualité des soins représente une priorité et un thème commun que l'on retrouve dans différents programmes de santé de différents pays. La prise de conscience de l'importance de l'amélioration de la qualité des soins est la conséquence de l'attention croissante accordée à la sécurité des patients, à la réduction des erreurs médicales et les efforts entrepris pour réduire le gaspillage afin de s'assurer que les ressources limitées du secteur de la santé soient utilisées de manière convenable pour obtenir un impact maximum [1].

A travers le monde, des efforts impressionnants sont en cours dans les différentes organisations de santé publique et privée pour améliorer la qualité des soins. La qualité des soins n'est pas un luxe que seuls les pays riches peuvent se permettre, c'est un impératif pour les organisations de soin du monde entier [1].

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini l'évaluation de la qualité des soins en 1982 comme étant une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soin [2]. Cette dernière définition a introduit la satisfaction des patients comme une notion essentielle dans les démarches d'amélioration de la qualité des soins dans les différentes structures sanitaires et a propulsé l'évaluation de la satisfaction comme indicateur de qualité. Mais, qu'en est-il de l'évaluation de la qualité des soins et de la satisfaction des patients en réanimation ? En milieu de réanimation, la qualité des soins s'est focalisée sur le soignant, le processus de soin et le devenir du patient. En effet, l'objectif de la médecine intensive est de prendre en charge les affections aiguës médicales et chirurgicales qui menacent le pronostic vital des patients [3].

L'hospitalisation d'un patient en réanimation représente une agression physique et psychologique. Durant son séjour, où le patient et son entourage est dépendant d'équipements techniques et de compétences humaines pour le support d'au moins une fonction vitale. Ce contexte particulier fait que la plupart des patients ne sont pas en mesure d'être informés ou de communiquer leurs souhaits concernant leur prise en charge. Ainsi les équipes de réanimation s'adressent spontanément aux proches des patients pour le recueil des informations et la communication sur la prise en charge de celui-ci.

L'information du patient, condition indispensable de son consentement libre et éclairé, constitue pour tout médecin une obligation morale et légale. La nécessité de l'information et le recueil de ce consentement du patient sont fondés sur les principes du droit garantissant le respect de la dignité de la personne humaine. Cette règle fondamentale est rappelée par la loi hospitalière >> [4] et la loi relative au prélèvement et à la greffe d'organe, de tissus et de cellules humains [5] Cependant le séjour en réanimation se distingue par la fréquente impossibilité de fournir cette information au patient lui-même. Dans les pays en développement en général, et particulièrement au Mali le poids des traditions, l'illettrisme et la carence de culture hospitalière des populations, l'absence de document d'information, de textes législatifs précis sur la satisfaction présentent souvent un frein puissant au développement de cette pratique. Par ailleurs malgré la multitude des plaintes de population aucune étude ni projet de loi ne vient éclaircir cette ambiguïté qui persiste. C'est pourquoi nous nous sommes proposés de mener ce travail dans le but de :



OBJECTIFS

I. OBJECTIFS

Objectif général :

Évaluer la satisfaction des accompagnants des patients admis en réanimation.

Objectifs spécifiques :

- Décrire les profils psycho-socio-démographiques des accompagnants des patients admis en réanimation.
- Préciser les facteurs déterminants leur satisfaction en réanimation
- Identifier les facteurs liés à la satisfaction



GENERALITES

II. GENERALITES

1- Définitions opérationnelles

Réanimation ; satisfaction ; accompagnants ; patients ; évaluation ; indicateurs de procédures ; indicateurs de structure

2- Historiques

3- les types d'information délivré aux accompagnants

III 1-1 Définitions :

- a) **Réanimation** : c'est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour pallier la défaillance aiguë d'une ou plusieurs fonctions vitales dans l'attente de la guérison soit pour surveiller des malades menacés des telles défaillances du fait d'une maladie, d'un traumatisme ou d'une intervention chirurgicale [6]. C'est une discipline qui s'attache à prendre en charge les patients présentant ou susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances viscérales
- b) **Satisfaction** : est le nom donné à l'état d'âme ou du corps qui accompagne l'accomplissement d'un désir ou l'assouvissement d'un besoin [Wikipédia]
- c) **Accompagnant** : est une communauté de personne humaine réunie par les liens de parenté existant dans toutes les sociétés humaines selon l'anthropologue Claude Lévi-Strauss.

Personne ne qui accompagne cela conduit à définir quatre responsabilités qui caractérise la fonction de l'accompagnante dans ce projet : accueillir, soutenir guider, et aimer
- d) **Patient** : En médecine un patient est une personne physique recevant une attention médicale ou qui a prodigué un soin (qui a reçu un soin)

- e) **Evaluation** : c'est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'action atteint avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.
- f) **Les indicateurs de structure** : Ils représentent tous les composants d'un département d'anesthésie réanimation en personnel, en locaux, et équipement. Ces éléments structurels sont faciles à mesurer. Le personnel, qualifié, en nombre suffisant et reparti de façon adéquate entre anesthésie –réveil- réanimation- contrôle de la douleur post opératoire- gardes et astreintes. Il y a une autre composante des indicateurs de structure le « degré de compétence », des infirmières anesthésistes ou le repos de sécurité joue également un rôle de structure. On pourra rattacher à ces indicateurs la présence et la précision de la documentation (techniques réalisées et la gestion des équipements). Les indicateurs mesurent certaines propriétés du département leur absence est significative d'un défaut de qualité, mais l'inverse n'est pas vrai. Leur évaluation n'a d'intérêt que s'ils sont reliés aux résultats.
- g) **Les indicateurs de procédure** : Ils permettent de mesurer ce qui est fait et comment. Plus difficile à mettre en place est cette surveillance de l'utilisation appropriée des agents anesthésiques, du respect des indications et contre-indications des différentes techniques car les standards de pratique varient dans le temps et d'une région à une autre. Il ne faut pas les confondre avec les indicateurs de documentation des soins, qui ont été longtemps les seuls moyens accessibles pour la mesure des procédés de réalisation des soins anesthésique et réanimation [7].

2-Historiques :

La législation a placé la famille comme un interlocuteur indispensable et incontournable lorsque le malade est incompetent. La prise en compte des choix

du patient est impérative pour respecter le principe d'autonomie. L'information en réanimation, au-delà de l'obligation juridique, est une nécessité médicale et une exigence éthique. La participation des accompagnants aux décisions médicales est influencée par la qualité de la communication avec les médecins. La communication avec les accompagnants doit être activement recherchée et soutenue par des documents écrits. Il est possible de mieux répondre aux besoins des proches et de réduire les troubles psychologiques des accompagnants en modifiant les pratiques, les organisations et les comportements des soignants. L'amélioration de la communication et la prise en compte de la satisfaction des accompagnants sont des objectifs qui s'intègrent dans l'amélioration globale de la qualité des soins en réanimation. La restriction des visites en durée et en nombre de visiteurs est encore largement appliquée dans le monde. Rien dans la littérature ne justifie cette politique. Un accès H24, avec des modalités adaptées en fonction de l'état du malade et de ses souhaits, en tenant compte des besoins des accompagnants et des impératifs de soins a des effets bénéfiques pour les malades, les accompagnants et les soignants. L'objectif est d'établir un contrat de confiance réciproque entre les visiteurs et les soignants. Les accompagnants en réanimation ne doivent pas être considérés comme des invités mais comme des partenaires dans le processus de soin. 2010 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits Réservés.

Les équipes de réanimation doivent se former et s'organiser pour délivrer des soins optimaux aux malades. Les soignants doivent aussi respecter les droits des malades et aider les familles à faire face aux souffrances qu'induit l'hospitalisation de leur proche. Longtemps perçues comme difficilement conciliables, ces deux missions apparaissent aujourd'hui synergiques et indissociables. Parmi les facteurs associés à une augmentation de la satisfaction des accompagnants et à leur capacité à comprendre l'information délivrée, la

qualité de la relation et de la communication avec les soignants ainsi que l'organisation de l'accès des visiteurs apparaissent au premier plan.

3- les types d'information délivré aux accompagnants :

Dispositions légales et réglementaires relatives à l'obligation d'information

:

En matière de soins et de recherche biomédicale, le principe de l'information constitue un droit du malade, il repose sur le respect de l'autonomie du patient. Ce droit est encadré par des dispositions réglementaires et légales, renforcées par des recommandations institutionnelles. Les dispositions ne diffèrent quasiment plus entre exercice privé et public [8].

La loi hospitalière : [9]

La loi N° 02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière souligne l'obligation d'information au chapitre I : des dispositions générales ; sous-section VII : autres obligations des établissements hospitaliers publics et des établissements privés participant au service public hospitalier et précise à son article 29 que : « *dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des hôpitaux assurent l'information des personnes prises en charge en tenant compte de leur niveau de compréhension. Les infirmiers et les sages-femmes participent à cette information dans leurs domaines de compétence et dans le respect des leurs règles professionnelles.*

Tout séjour dans un hôpital doit être considéré par la direction et le personnel comme une occasion privilégiée pour élever les niveaux de connaissance des usagers en matière de santé afin de promouvoir la prévention et d'améliorer le traitement.» [9]

La charte du malade hospitalisé [10] :

Au Mali, l'Arrêté N° 08-2716/MS-SG du 06 octobre 2008 portant charte du malade hospitalisé détermine les droits et devoirs essentiels des patients

accueillis dans les établissements hospitaliers conformément aux lois et règlements en vigueur. Cette charte est affichée dans tous les services de l'établissement hospitalier [9]. Elle formule à son article 13 que : « *le malade a le droit d'être informé de ce qui concerne son état. C'est l'intérêt du malade qui doit être déterminant pour l'information à lui donner. Cette information doit lui permettre d'obtenir un aperçu complet de tous les aspects médicaux et autres, de son état et de prendre lui-même les décisions ou de participer aux décisions pouvant avoir des conséquences sur son bien-être.* » [8]

Loi relative au prélèvement et à la greffe d'organes, de tissus et de cellules humains [11]

En matière de texte relatif à l'information du patient la loi N° 09-017 du 26 juin 2009 relative au prélèvement et à la greffe d'organe, tissus et de cellules humains est très novatrice. Elle spécifie la qualité de cette information à l'article 6, à l'alinéa 2, et dispose que : « *... L'information donnée par l'établissement ou le médecin doit être simple, intelligible, loyale et accessible à tous les patients.*

Elle doit être adaptée aux éventuelles difficultés de communication ou de compréhension des patients afin de garantir à tous l'égalité d'accès à l'information. Le secret médical n'est pas opposable au patient. L'information porte sur :

-Toutes les conséquences prévisibles d'ordre physique et psychique du prélèvement ainsi que les répercussions éventuelles de ce prélèvement sur la vie personnelle, familiale et/ou professionnelle du donneur ;

-Tous les résultats qui peuvent être attendus de la greffe par le receveur. »

Serment d'Hippocrate :

Le serment d'Hippocrate fixe un cadre éthique à l'intervention du médecin. Il a également pour fonction de marquer le moment de passage du statut d'étudiant (d'interne) à celui de médecin proprement dit. En ce sens, on peut aussi

considérer son énonciation, devant ses pairs, ses proches, et ses maîtres, comme un véritable rite de passage [12]. Ce serment a été réactualisé en 1996 par le Pr. Bernard HOERNI [13], son passage ci-dessous propose le devoir d'informer le patient, afin qu'il comprenne l'ensemble des soins qui vont lui être administrés, et donc de le laisser acteur de sa santé : « ...J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs Conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences... »

Le code de déontologie médicale : [14]

Au Mali le code de déontologie médicale est un code annexé à la Loi 86 35 / AN-RM portant institution de l'ordre national des médecins. Il comprend : 6 titres et 55 articles, Article 24 du titres II : devoirs envers les malades ; pose le principe du contrat des soins, qui est un véritable contrat moral Entre le malade et son médecin, il stipule que :

« Le médecin ou chirurgien-dentaire, dès lors qu'il accepte prendre un malade en charge s'oblige :

- *A lui donner au besoin ou avec l'aide d'un tiers qualifié tous les soins médicaux que requiert son état.*

- *A toujours se comporter avec correction et douceur envers le malade ».*

Cependant il n'aborde pas le sujet de l'information du patient de façon claire de même il ne mentionne à aucun moment le consentement libre et éclairé du patient.

Jurisprudence française :

L'arrêt Mercier [15] a fondé le caractère contractuel de la responsabilité médicale et l'obligation de moyens dans le secteur hospitalier privé et en médecine libérale. De même, l'arrêt Teyssier [16] a fondé le devoir d'information du patient par son médecin. L'arrêt Hédreul [17] précise que " le

recueil du consentement éclairé est la condition même du droit conféré au médecin d'agir sur la personne humaine ". Mais c'est surtout l'inversion de la charge de preuve qui marque d'une pierre blanche l'évolution du droit médical car désormais il appartient au médecin d'apporter la preuve de l'information donnée au patient. Il ne précise pas les conditions et les moyens de délivrance de cette information.

Particularités de la réanimation : circonstances et limites de l'obligation d'information en réanimation. L'hospitalisation d'un malade en réanimation est une agression physique et psychologique. Durant son séjour, le malade est dépendant d'équipements techniques et de compétences humaines pour le support d'au moins une fonction vitale. Ce contexte particulier fait que la plupart des patients ne sont pas en mesure d'être informés ou de communiquer leurs souhaits concernant leur prise en charge [18 ;19] Face à ce déficit contextuel de possibilité d'information, et en dehors des cas où le patient avait exprimé le souhait que l'équipe soignante (médecins et équipe paramédicale) ne communique pas d'information à ses proches, les équipes de réanimation s'adressent spontanément aux proches des patients [20]. Les difficultés du patient à communiquer et sa représentation par les membres de la famille, ne doivent néanmoins pas mener les réanimateurs à se soustraire aux principes généraux et aux exigences de l'information, chaque fois que possible.

L'évolution actuelle des recommandations sur l'information au patient impose une mise en question de la nature " paternaliste " encore appliquée au Mali de la relation médecin-malade. L'autonomie du malade doit être valorisée, recherchée et prise en compte [21]. Si l'application des dispositions légales et réglementaires en matière d'information est impossible en pratique, le patient de réanimation reste un sujet de droit, et la relation médecin-malade ne doit pas être rompue pour autant [18,19].

Mais le médecin peut apprécier assez librement d'après la charte du malade hospitalisé (Art 14 et 12) et le code de déontologie ("*dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes (...) en toute conscience (...) et sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination*"), dans quelles circonstances le patient peut être laissé dans l'ignorance d'un diagnostic ou pronostic grave. Les mêmes textes soulignent quatre circonstances que le médecin seul évalue, pouvant justifier l'exonération du devoir d'informer le patient :

- a) impossibilité ;
- b) refus d'être informé ;
- c) intérêt (thérapeutique, ou moral) ; et
- d) les situations d'urgence.

Une telle preuve s'avère délicate à fournir concrètement dans ces quatre situations. La charte du malade hospitalisé (art 12) prévoit que si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin doit informer les proches. Il ne dit pas qu'ils doivent être "consultés". C'est donc l'équipe médicale qui prend les décisions pour le patient, tant que celui-ci n'a pas retrouvé ses capacités mentales. " Au risque d'ailleurs que " le malade reprenant conscience signifie qu'il est en désaccord avec ces soins « [22]. Il ne s'agit donc pas de substituer l'avis de tiers à celui de la personne (majeure et juridiquement capable) mais, pour le médecin, de prendre la décision qui paraît la plus adéquate pour la personne compte tenu de son état et, lorsqu'elle l'avait exprimé, de son point de vue, recueilli auprès des proches [23].

Les proches :

Pour les patients qui ne peuvent pas être informés, le devoir d'information s'applique a priori aux proches, qui doivent être considérés comme les interlocuteurs des réanimateurs. En dehors des cas où le patient avait exprimé le souhait que les informations le concernant soient tuées à tout ou partie de sa

famille, les membres de la famille doivent être informés du diagnostic de l'affection aiguë ayant conduit le patient en réanimation, du pronostic et des principaux traitements dont bénéficie le patient. Dans les pays anglo-saxons, l'implication des accompagnants dans les décisions médicales est courante, d'autant plus qu'il s'y mêle un impératif financier, puisque c'est souvent l'accompagnant qui honore la facture d'hospitalisation. [35]. Au Mali, les décisions sont assumées le plus souvent par l'équipe médicale, les proches étant peu informés, quelquefois consultés, mais moins souvent impliqués dans les décisions. Le déficit de système de couverture sociale nous incombe d'aller vers l'implication des accompagnants dans les décisions médicales. L'application du secret médical reste entière en réanimation : les employeurs, les caisses d'assurance, ou encore des personnes qui ne sont pas directement impliquées dans la situation des malades ne doivent en aucun cas être informés. A ce titre, les informations téléphoniques doivent être l'objet d'une vigilance particulière. L'information apportée aux accompagnants repose sur le principe que celles-ci auraient été prévenues et informées par le patient s'il avait été compétent ("consentement présumé" du patient). L'annonce d'un pronostic grave à la famille (code de déontologie) doit être complétée par l'annonce des motifs connus de cette mise en jeu du pronostic (sauf interdiction légale ou déontologique), et par l'annonce des traitements principaux mis en œuvre. La multiplicité des membres de la famille justifie souvent qu'il soit demandé de désigner un interlocuteur privilégié. Cette attitude permet de concentrer les efforts réalisés pour l'information et d'en améliorer la qualité. Dans la mesure du possible, le conjoint du patient hospitalisé est prioritaire, et doit être considéré a priori comme l'interlocuteur privilégié. [36] Les réanimateurs doivent s'engager à recommander au représentant familial de faire circuler l'information au sein de l'ensemble des membres de la famille [37,38] Il convient d'inviter la famille, seule capable de désigner le représentant familial, à tenir compte des symptômes d'anxiété et/ou de dépression des personnes concernées.

Principe et contenu de l'information

Malgré l'actualité judiciaire pouvant laisser croire que l'objet de l'information médicale est essentiellement focalisé sur les risques encourus (relation médecin-plaignant potentiel), c'est bien d'une information globale dont les textes réglementaires traitent.

Information sur la pathologie du patient et la cause du séjour en réanimation.

Les interlocuteurs (médecin spécialisé, interne, infirmière, ...) doivent se présenter pour permettre aux accompagnants d'identifier la personne à qui elle a à faire. Dans la mesure du possible, l'infirmière en charge du patient assiste à l'entretien entre l'accompagnant et le médecin, ce qui donne l'image d'un travail d'équipe, permet à l'infirmière de prolonger les explications et réduit le risque de contradictions dans le discours. En cas de difficulté linguistique, un interprète doit être recherché, si possible parmi les proches, sinon auprès de l'établissement, voire des autorités du pays d'origine.

Information initiale.

Pour l'information initiale, il faut chercher à expliciter les principes de la prise en charge d'un malade en réanimation, sa pathologie ainsi que les particularités du service. Comme généralement peu d'informations sont comprises à la phase initiale de la prise en charge, il faut rester concis mais savoir prendre le temps nécessaire en s'efforçant d'établir un climat de confiance entre les proches et l'équipe soignante. Cette information doit être donnée par un médecin, au moins lors de la première entrevue, elle doit être sincère et loyale. C'est une occasion importante pour connaître le mode de vie et les souhaits du patient et de son entourage.

Les liens entre les proches et le patient doivent être formellement précisés à cette occasion, afin de savoir en particulier à qui donner des nouvelles. La désignation d'un interlocuteur privilégié est utile pour assurer non seulement la

confidentialité de l'information mais aussi sa cohérence dans le temps. La maladie du patient et les principales étapes diagnostiques doivent être décrites, en présentant les certitudes et les incertitudes du moment. Il est indispensable d'envisager les complications avérées ainsi que les risques de complications ou de séquelles, liées à la pathologie ou aux techniques utilisées. « Le malade ou son représentant a le droit d'être complètement informé à l'avance des risques que peut présenter toute prestation en vue du diagnostic ou du traitement » [38] Il est admis que la vérité ne doit pas être masquée aux proches mais expliquée, souvent de façon progressive, et mise en perspective des faits. Les limites des techniques utilisées doivent être envisagées, chaque fois que cela semble nécessaire. Seule une fraction de ce qui est dit sera mémorisée. C'est pour cette raison que l'information immédiate doit être concise, en donnant une perspective simple de l'évolution. Une mention large du temps de réanimation permet de fixer les idées, surtout pour des pathologies connues pour leur évolution longue. L'information sera détaillée et renouvelée au fur et à mesure du cheminement en réanimation [39].

Informations ultérieures

Lors des échanges ultérieurs, il faut tenir compte des connaissances des proches afin de leur permettre de comprendre l'évolution de l'état de santé et les traitements proposés. ... Les praticiens des hôpitaux assurent l'information des personnes prises en charge en tenant compte de leur niveau de compréhension [43] La question habituelle : " Que vous a-t-on dit depuis... " Permet de cerner le niveau actuel d'information et évite de fâcheux quiproquos. Les termes difficilement compréhensibles ou ambigus pour un naïf, comme "pronostic, ventilateur, iatrogénie, cathéter, perfusion, transfusion, réveil (au lieu de l'arrêt des médicaments de la sédation)", sont à éviter soigneusement. Il convient de s'assurer que les informations données ont été comprises. Devant un patient en situation critique et fortement sédaté, il sera rassurant pour la famille de savoir

que l'on est sûr de peu de choses en médecine, mais que l'on est sûr que le patient ne sent rien et n'a pas mal. L'information doit se garder de raccourcis inadaptés comme : "il va bien" (car le point de vue du réanimateur est à cet égard diffère de celui des proches), qui sera avantageusement remplacé par : "son état est stationnaire". De même, tout événement inopiné (intervention, dégradation etc.) nécessite une information particulière. En cas de décès, le service doit s'assurer qu'au moins un des proches en a été informé, avec tact. L'envoi d'un avis d'aggravation, avant la communication du décès, permet à la famille de se préparer à cette nouvelle. A l'inverse, lorsque le patient, antérieurement dans l'incapacité de recevoir les informations, recouvre cette faculté, il est important de lui expliquer quel a été son état et ce qui lui a été fait. Ceci mérite d'être vérifié avant son départ de réanimation.

Informations techniques sur les moyens utilisés

Celles-ci doivent être données de façon appropriée, en sachant anticiper. L'environnement instrumental doit être décrit succinctement, tout comme la possibilité de recourir à des techniques supplémentaires. Par exemple, le risque, le mécanisme et les moyens de prévention des infections nosocomiales doivent être schématiquement expliqués. Toute nouvelle technique significative sera décrite dans son principe et sa finalité. Il est recommandé d'envisager l'inconfort pour le patient, engendré par ces techniques, et les moyens utilisés pour l'atténuer. Le principe de la sédation-analgésie doit être évoqué et expliqué, car il modifie la capacité du patient à communiquer avec son entourage.

Complications iatrogènes (CI) et infections nosocomiales (IN)

L'information préalable (dès l'admission) du patient et de ses proches est ici encore capitale car elle assure la crédibilité de l'équipe médicale qui l'effectue. Les complications iatrogènes doivent être restituées dans ce contexte en expliquant qu'à chaque moment le rapport risque-bénéfice sera évalué. Parler d'infection nosocomiale permet de préciser les facteurs de risque auxquels le

patient est soumis et les moyens utilisés pour leur prévention. Il faut souligner que le risque zéro n'existe pas. Lorsque survient une CI ou une IN il faut rappeler l'information antérieure, expliquer le mécanisme de survenue, les modalités de prise en charge et les conséquences prévisibles. Lorsqu'un signalement est nécessaire, le patient ou ses proches doivent en être informés [40].

Gestion de l'anxiété des proches

La pathologie justifiant une hospitalisation en réanimation et le contexte technique sont source d'anxiété pour le patient et son entourage. Cette anxiété est naturelle ; elle doit être prise en compte. Il est important de la mentionner lors des entretiens avec les proches et/ou le patient, en soulignant que l'équipe soignante s'efforcera de la diminuer par un souci d'information loyale et une attention renouvelée à leur égard. La reconnaissance de la souffrance des proches de ce patient fortement sédaté est une des premières formes de compassion et d'empathie à leur égard.

Informations à caractère social

Les familles seront informées des démarches administratives concourantes à la prise en charge administrative du patient, et orientées si nécessaire vers une assistance sociale.

Cas des enfants mineurs

L'hospitalisation d'un enfant en réanimation présente certaines spécificités. L'information des proches est difficile compte tenu du contexte affectif particulier qui accompagne le séjour en réanimation des enfants. Elle revêt de plus un caractère obligatoire, car les accompagnants exerçant l'autorité parentale doivent donner leur consentement pour les gestes thérapeutiques. La charte européenne des enfants hospitalisés affirme le droit de l'enfant à recevoir une information adaptée [42]. Celle-ci se caractérise par sa délicatesse, une réserve

et une simplicité certaines. Il est important de disposer de documents préétablis pour les autorisations nécessaires et de s'assurer que les deux accompagnants exerçant l'autorité parentale reçoivent une information équivalente. Ce qui est dit aux représentants légaux de l'enfant est comparable à ce qui est fait chez l'adulte. Dans certains cas, ces représentants ne souhaitent pas qu'une information exhaustive soit fournie à l'enfant. Il convient alors, en concertation avec l'équipe soignante, de trouver les termes que les accompagnants jugent acceptables et qui fournissent à l'enfant une information suffisante.

Refus de soins et urgence vitale

Lorsqu'un patient a clairement fait état d'un refus de soins, il y a lieu de respecter ce refus. Cependant, ce principe peut être en contradiction avec la finalité même de l'activité médicale, en cas d'urgence vitale. Ainsi, l'obligation faite au médecin de toujours respecter la volonté du malade, si elle puise son fondement dans les principes d'inviolabilité et d'intégrité du corps humain, n'en trouve pas moins sa limite dans l'obligation qu'a également le médecin, de protéger en dernier ressort la vie de l'individu [45]. Par conséquent, ne peut être considéré comme fautif le médecin qui, devant une urgence vitale et en l'absence d'alternative thérapeutique, pratiquent les actes indispensables à la survie du patient, fût-ce en opposition à la volonté préalablement exprimée par celui-ci [44]. En d'autres termes, deux devoirs existent, celui de préserver la vie et celui de respecter la volonté de la personne. Tout doit être tenté pour respecter la volonté du patient et c'est faute de solution alternative que le médecin peut être amené à faire prévaloir son premier devoir sur l'autre en cas de menace vitale urgente.

Preuve de l'information

La charge pour le médecin de faire la preuve de l'information a été établi par l'Arrêt Hedreul. Le médecin, à l'instar de tous professionnels doit donner une information adéquate au patient afin qu'il puisse effectuer un choix éclairé. Il

doit faire la preuve qu'il l'a bien donnée. Rappelons que l'arrêt Hédreul ne statue pas sur les moyens de la preuve (la question n'était pas posée à la Cour de cassation). Les sociétés savantes vont mettre l'accent sur deux points : la quasi-certitude que les médecins recourront à un écrit qu'ils feront signer au patient alors qu'aucun texte ne l'exige et l'incidence d'une telle pratique sur la relation patient-médecin reste méconnu. [56] Si les auteurs expliquent la solution par le souci du juge de protéger la partie la plus faible et sur le fait qu'il est plus facile au médecin de prouver qu'il a informé le patient qu'à ce dernier de démontrer qu'il ne l'a pas fait [47], ils pensent que « l'obligation pour le médecin débouchera inéluctablement sur un écrit » [48], l'écrit étant considéré comme le seul moyen de se préconstitué une telle preuve. On relèvera que souvent la remise d'un document d'information écrit est confondue avec la constitution d'une preuve écrite, signée par le patient aux termes de laquelle il affirme avoir reçu l'information. En outre, cette évolution est considérée comme une source possible d'effets pervers pour deux raisons essentielles : 1°- la dimension émotive de tout ce qui touche à son corps, à sa santé, à sa vie peut entraîner une mauvaise compréhension de ce qui aura été dit au patient, et 2°- la signature d'un écrit témoigne que la confiance ne règne pas entre le médecin et le malade. On remarquera toutefois que cette manière d'aborder la question en termes psychologiques occulte celle de savoir comment les intérêts du patient sont les mieux pris en considération : par lui-même ou par le médecin [49].

Place de l'information orale

Le dialogue qu'implique l'information nécessite qu'elle soit transmise oralement. L'information orale est primordiale car elle peut être adaptée au cas de chaque personne. Il est nécessaire d'y consacrer du temps et de la disponibilité, et, si nécessaire, de la moduler en fonction de la situation du patient. Elle requiert un environnement adapté. Elle s'inscrit dans un climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes du patient. Elle peut nécessiter d'être délivrée de manière progressive. Lorsque la personne est étrangère, il est recommandé de recourir si besoin à un traducteur.

L'information écrite :

Un complément possible à l'information orale Lorsque des documents écrits existent, il est souhaitable qu'ils soient remis au patient pour lui permettre de s'y reporter et/ou d'en discuter avec toute personne de son choix, notamment avec les médecins qui lui dispensent des soins. La fonction du document d'information est exclusivement de donner au patient des renseignements par écrit et ce document n'a pas vocation à recevoir la signature du patient. De ce fait, il ne doit être assorti d'aucune formule obligeant le patient à y apposer sa signature [49].

Problèmes éthiques posés par le recueil du consentement libre et éclairé en Afrique.

D'après l'OMS, la santé est « un état de parfait bien-être physique, mental et social ». Malgré sa brièveté, cette définition ne manque pas de pertinence. Elle néglige cependant une dimension essentielle, à savoir la santé comme état d'un groupe social déterminé, vivant dans une situation économique et politique donnée. En Afrique Subsaharienne, la maladie n'est pas vécue uniquement comme un mal physique touchant un individu mais également comme un mal touchant et modifiant la cohésion du corps social, dans la mesure où l'apparition de la maladie remet en question l'ordre et l'équilibre social. Elle ne peut dès lors

plus être considérée uniquement au travers d'une pensée scientifique, au travers du corps [physique] malade. Ainsi la plupart des maladies obéissent « au principe de la double causalité » qui consiste à s'intéresser, aux causes naturelles de la maladie, aux origines d'ordre surnaturel.

Les patients et leur entourage tenteront de comprendre et d'expliquer leurs maux en terme de malheur, de sanctions dues à la transgression d'interdits, ou encore en évoquant une agression liée à la sorcellerie.

A propos du Consentement éclairé :

Dans les pays en développement, le poids de la communauté et le respect des traditions représentent souvent un frein puissant au développement de cette pratique. Au Mali dans le contexte traditionnel la société est avant tout communautaire et le chef y a tout pouvoir : sa décision prime sur celle du chef de famille et celle de sa famille sur celui du patient. Ainsi le consentement éclairé individuel, est presque impossible à obtenir dans certains pays africains où le sujet, demeure un sujet communautaire. Cependant il n'est pas rare d'obtenir un consentement collégial donné par le chef de famille, l'intéressé lui-même n'étant pas toujours informé. En effet dans la relation des soins la confiance du malade peut osciller entre celle qu'il accorde au médecin et celle qu'il accorde au guérisseur local [50]. De la désignation des représentants légaux. En ce qui concerne les sujets mineurs, juridiquement, leurs accompagnants ou représentants légaux doivent donner leur consentement aux soins. Il est nécessaire de discuter de ces deux termes (parent et représentant/tuteur légal) car ce sont des réalités complexes et différentes selon les contextes. Dans le contexte occidental, en matière de père, il n'existe que le père biologique. Le concept de père est toujours employé au singulier parce qu'il n'y en a qu'un et un seul, celui biologique. Or, en Afrique, "pères" peut être utilisé au pluriel car le père biologique et le père social peuvent être confondus. Les pères sont en effet toutes les personnes âgées du village dont

relève l'enfant. Ils peuvent intervenir dans son éducation ou dans la transmission de la tradition. Dans la conception africaine, les ' 'pères'', concerne l'ensemble de tous ceux qui sont considérés comme pères de l'enfant selon la tradition locale, c'est-à-dire ses pères géniteurs et adoptifs, ses oncles, amis des parents, etc.

Dans le sens occidental le terme de père a une visée restrictive, alors qu'en Afrique il est inclusif. En effet, les Africains en font un emploi large et lui donnent un contenu très étendu. Les particularités des termes fils et fille sont, dans le français d'Afrique noire, en rapport avec les particularités des relations traditionnelles entre les "enfants" et les "parents". Dans ce cas, le fils n'est pas seulement l'enfant naturel d'un homme et d'une femme, mais aussi le neveu, (car l'oncle y est considéré en tant que père, et la tante en tant que mère) et le fils d'un ami ou d'une amie (dans le sens africain de ces termes).

La parenté est conçue très largement et met en exergue la force de la solidarité africaine. Au moment du recueil du consentement des mineurs, toutes ces considérations doivent être prises en compte [51].



METHODOLOGIE

III- METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Notre étude s'était déroulée dans le service réanimation du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point-G. Il est situé à 8 km du centre-ville, sur la colline du Point G. C'est un hôpital de troisième niveau de la pyramide sanitaire du Mali. Il compte actuellement 19 services médicaux et chirurgicaux.

Le service de réanimation comporte :

- ❖ Une unité de réanimation dotée d'un équipement permettant d'effectuer une réanimation polyvalente avec une capacité de 9 lits.
- ❖ Le personnel de Réanimation est composé de :
 - 6 médecins anesthésistes- réanimateurs (MAR) dont :
 - 01 professeur
 - 02 maitres de conférences
 - 02 maitres-assistants
 - 01 chargé de recherche
 - 12 assistants médicaux
 - 03 techniciens supérieurs de santé
 - 03 techniciens de santé
 - 05 aides-soignants
 - 12 aides de bloc
 - 12 techniciens de surface
 - Des étudiants thésards, des stagiaires de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) et des médecins en cours de spécialisation.

2. Type et période de l'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique à collecte prospective sur une période de trois mois de janvier à mars 2019 au service de Réanimation polyvalente du CHU de point G

3. La population de l'étude :

Notre étude portait sur l'ensemble des accompagnants des patients hospitalisés dans l'unité de réanimation polyvalente du CHU point G durant la période d'étude

4 : Echantonnage

4.1 Critères d'inclusion :

Les accompagnants des patients ayant séjourné au moins 48 heures dans le service dont la famille a donné son consentement libre et éclairé.

4.2 Critères de non inclusion :

N'ayant pas été inclus après 48 heures d'admission ; accompagnants qui ne parlaient pas la langue française et /ou bamanankan, ou qui ont refusé de participer à l'étude.

5. Méthodes

5-1 Matériels utilisés

5- 2 : Déroulement de l'enquête :

Les accompagnants des patients étaient sollicités après l'admission du patient en réanimation. Une fiche d'enquête a été élaborée contenant des informations, précises, détaillées, délivrées de façon intelligible et loyale portant sur les points suivants : La pathologie, les raisons de recours à la réanimation, les alternatives thérapeutiques et les conséquences des thérapeutiques proposées.

5-3. Les variables recueillies :

↳ Variables qualitatives

- Sexe
- Profession
- Statut matrimonial
- Résidence
- Provenance
- Niveau d'étude
- Lien de parenté
- Le diagnostic retenu à l'admission
- L'état de santé antérieur évalué par L'index Mac Cabe [24], c'est un index pondéré qui évalue la morbidité pré-hospitalière. Il permet de classer les patients en trois catégories de comorbidités croissantes :
 - L'index 0 indique l'absence de maladie sous-jacente affectant le pronostic vital.
 - L'index 1 indique la présence d'une maladie engageant le pronostic vital sur un délai apprécié de 5 ans.
 - L'index 2 indique la présence d'une maladie fatale à 1 an d'évolution
- Le recours à la ventilation mécanique au moment de l'interview.
- L'usage de la sédation au moment de l'interview.

↳ Variables quantitatives

- Age
- La durée du séjour (en jours)
- Le Glasgow Coma Scale (GCS) au moment de l'interview.

6. Evaluation de la satisfaction des accompagnants des patients admis en réanimation :

6.1. Les questionnaires utilisés :

Les questions posées ont été tiré d'un questionnaire utilisé au cours d'une étude réalisée Au centre hospitalier de Boulogne sur Mer en France []

1) Êtes-vous satisfait :

- de l'accueil par l'équipe de réanimation oui ? non ?

2) Avez-vous été rapidement informé de l'état de santé de votre proche par le médecin ?? oui ? non

3) Êtes-vous satisfait des informations qui vous ont été apportées par :

- les médecins oui ? non ?

- les infirmière(e)s et aides-soignants(e)s oui ? non ?

4) Les explications données étaient-elles claires ? oui ? non

5) Êtes-vous satisfait de :

- la courtoisie de l'équipe soignante oui ? non ?

- la disponibilité de l'équipe soignante oui ? non ?

6) Vous est-il arrivé de vous sentir seul ou isolé ? oui ? non

Si oui, à quel(s) moment(s) :

? Accueil ; ? Annonce d'une complication

? Annonce d'une maladie ; ? Transfert vers un autre service

7) Si oui, un accompagnement psychologique vous a-t-il été proposé ? oui ? non

8) En cas de transfert vers un autre service ou de sortie, avez-vous été informé ?
oui ? non ?

9) Êtes-vous satisfait de la prise en charge de votre proche par l'équipe

Soignante oui ? non ?

10) Pensez-vous que des éléments de la prise en charge par l'équipe

Soignante pourraient être améliorés oui ? non

si oui, lesquels :

6.2 Indicateurs

Nous avons utilisé certains indicateurs que nous avons tiré d'une étude réalisée dans le service de réanimation chirurgicale et médicale du centre hospitalo-universitaire de Poitiers. Afin de cibler cet audit clinique, plusieurs axes d'intérêt ont été choisis et regroupés en indicateurs de structure, d'organisation ou de procédure.

6.2 .1. Indicateurs de structure :

Les indicateurs de structure sont les suivants :

- le calme et le confort de la salle d'attente ;
- la qualité du livret d'information fourni ;
- le soutien psychologique et matériel apporté aux familles durant l'hospitalisation ;
- le gêne occasionné par le niveau sonore.

6.2.2. Indicateurs d'organisation :

Les indicateurs d'organisation sont les suivants :

- les horaires des visites ;
- le délai d'attente avant les visites ;
- la disponibilité des équipes médicales et infirmières ;
- la rapidité de l'équipe à répondre aux besoins des patients.

6.2.3. Indicateurs de procédure :

- la clarté de l'information délivrée ;
- l'attente avant le compte rendu des examens complémentaires aux familles ;
- le respect du secret médical et de l'intimité des patients ;
- la prise en compte des souhaits des familles ;
- la lutte contre la douleur et contre l'anxiété des patients ;

- la qualité des soins délivrés.

7 Analyse des données :

Les données ont été recueillies à partir d'une fiche d'enquête (annexe) établie en se basant sur un questionnaire utilisé au cours d'une étude réalisée Au centre hospitalier de Boulongne sur Mer en France et d'une étude réalisée dans le service de réanimation chirurgicale et médicale du centre hospitalo-universitaire de Poitiers.

La saisie et l'analyse des données a été effectuée avec le logiciel IBM SPSS STATISTIC 23, le traitement de texte a été réalisé avec le logiciel Microsoft Office Word 2016, les tableaux et figures avec Microsoft Office Excel 2016. Les tests statistiques utilisés ont été ceux du Chi² corrigé de Yates, le test exact de Fisher. Avec une probabilité $P \leq 0,05$ retenue significative.



RESULTATS

IV- RESULTATS

1. Caractéristiques des patients

Tableau I : Répartition des patients en fonction du sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	35	43,8
Féminin	45	56,3
Total	80	100,0

Sex-ratio (M/F) = 0,78

Nos patients étaient majoritairement du sexe féminin avec un taux de 56,3% soit un sex-ratio de 0,78.

Tableau II : Répartition des patients en fonction de tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
Moins de 20 ans	19	23,8
[20 - 40[	35	43,8
[40 - 60[	12	15,0
60 ans et plus	14	17,5
Total	80	100,0

Min = 5 ans ; max = 82 ans ; âge moy = **36,95 ± 19,23** ans

Les patients d'âge compris entre 20 et 40 ans ont dominé notre étude avec 43,8% des cas. L'âge moyen a été de **36,95 ± 19,23** ans avec des extrêmes de 5 et 82 ans.

Tableau III : Répartition des patients en fonction d'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	20	25,0
Malinké	20	25,0
Peulh	16	20,0
Sarakolé	10	12,5
Dogon	4	5,0
Sénoufo	3	3,8
Sonrhäï	3	3,8
Autre*	4	5,1
Total	80	100,0

* : Minianka (2), Bobo (1), Bozo (1)

Les ethnies bambara et malinkés ont dominé notre étude avec des parts de **25%** chacune

Tableau IV : Répartition des patients en fonction de profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Femme au foyer	38	47,5
Commerçant (e)	15	18,8
Etudiant (e)	8	10,0
Chauffeur	4	5,0
Fonctionnaire	4	5,0
Autre à préciser	11	13,8
Total	80	100,0

Les femmes au foyer avec **47,5%** ont été les plus représentées.

Tableau V : Répartition des patients en fonction de résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
CI	7	8,8
CII	1	1,3
CIII	7	8,8
CIV	6	7,5
CV	8	10,0
CVI	17	21,3
HB	34	42,5
Total	80	100,0

Nos patients provenaient majoritairement (**42,5%**) hors de Bamako.

Tableau VI : Répartition des patients en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Marié(e)	62	77,5
Célibataire	17	21,3
Divorcé(e)	1	1,3
Total	80	100,0

La majorité soit **77,5%** de nos patients était marié (e).

Tableau VII : Répartition des patients en fonction du niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage
Primaire	22	27,5
Secondaire	14	17,5
Supérieur	7	8,8
Non scolarisé	37	46,3
Total	80	100,0

Prêt des $\frac{3}{4}$ de nos patients soit **73,8%** avait un niveau d'au plus du primaire.

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction du motif d'admission

Motifs d'admission	Effectif	Pourcentage
Altération de la conscience	34	42,5
PEC post-opératoire	34	42,5
Détresse respiratoire	12	15,0
Total	80	100,0

Les principaux motifs d'admission de nos patients était l'altération de la conscience et la prise en charge post-opératoire avec **42,5%** chacun.

Tableau IX : Répartition des patients en fonction de provenance

Structure de Provenance	Effectif	Pourcentage
Hôpital	66	82,5
CS Réf	8	10,0
CSCOM	1	1,3
Domicile	3	3,8
Autre	2	2,5
Total	80	100,0

La grande majorité de nos patients soit **82,5%** provenait de l'intérieur de l'hôpital du Point G

Les deux autres provenaient directement hors Bamako

Tableau X : Répartition des patients en fonction de durée de séjour

Durée de séjour	Effectif	Pourcentage
Moins de 4 jours	56	70,0
4 – 7	14	17,5
Plus de 7 jours	8	10,0
Non déterminé	2	2,5
Total	80	100,0

Min = 1 jour ; max = 32 jours ; durée moy = 4,04 ± 4,462 jours

La grande partie de nos patients soit **70%** ont fait un séjour de moins de 4 jours. La durée de séjour moyenne était de **4,04 ± 4,462** jours avec des extrêmes de **1 et 32** jours.

Tableau XI : Répartition des patients en fonction de l'état de santé antérieur

Etat de santé antérieur	Effectif	Pourcentage
Inde0	46	57,5
Inde1	28	35,0
Inde2	6	7,5
Total	80	100,0

L'index 0 était évalué chez **57,5%** de nos patients

Tableau XII : Répartition des patients en fonction du Glasgow coma scale

Glasgow coma scale	Effectif	Pourcentage
[3 – 8]	8	10
[9 – 12]	14	17,5
[13 – 15]	58	72,5
Total	80	100,0

Parmi les patients inclus, **58 (72,5%)** avaient un score de Glasgow comprise entre **[13-15]**

Tableau XIII : Répartition des patients en fonction du recours à la ventilation

Recours à la ventilation	Effectif	Pourcentage
Oui	11	13,8
Non	69	86,3
Total	80	100,0

86,3% de nos patients n'ont pas été ventilés

Tableau XIV : Répartition des patients en fonction de la sédation

Sédation	Effectif	Pourcentage
Oui	14	17,5
Non	66	82,5
Total	80	100,0

La sédation a concerné **17,5%** de nos sujets.

2. Caractéristiques des accompagnants

Tableau XV : Répartition des accompagnants en fonction de l'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
Moins de 30 ans	20	25,0
[30 - 40[	21	26,3
[40 - 50[	18	22,4
50 ans et plus	21	26,3
Total	80	100,0

Min = 18 ans ; max = 66 ans ; âge moy = **36,21 ± 11,35** ans

La moyenne d'âge de nos accompagnants a été de **36,21 ± 11,35** ans et les plus de 30 ans ont représenté **75%** des cas.

Tableau XVI : Répartition des accompagnants en fonction du sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	52	65,0
Féminin	28	35,0
Total	80	100,0

Sex-ratio (M/F) = 1,86.

Les accompagnants étaient à **65%** de sexe masculin

Tableau XVII : Répartition des accompagnants en fonction de profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Commerçant(e)	36	45,0
Femme au foyer	9	11,3
Etudiant(e)	8	10,0
Fonctionnaire	7	8,8
Chômeur	2	2,5
Chauffeur	1	1,3
Aide-ménagère	1	1,3
Autre à préciser	12	15,0
NI	4	5,0
Total	80	100,0

Les commerçants avec **45%** étaient les plus représentés.

Tableau XVIII : Répartition des accompagnants en fonction de résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
CI	8	10,0
CII	2	2,5
CIII	6	7,5
CIV	5	6,3
CV	8	10,0
CVI	17	21,3
HB	34	42,5
Total	80	100,0

Les accompagnants (**42,5%**) tout comme nos patients résidaient principalement hors de Bamako et ceux qui résidaient à Bamako venaient majoritairement de la commune VI.

Tableau XIX : Répartition des accompagnants en fonction du niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage
Primaire	18	22,5
Secondaire	17	21,3
Supérieur	16	20,0
Non scolarisé	29	36,3
Total	80	100,0

36,3% des accompagnants enquêtées étaient non scolarisés.

Tableau XX : Répartition des accompagnants en fonction de lien de parenté

Lien de parenté	Effectif	Pourcentage
Conjoint	28	35,0
Parent(père ou mère)	22	27,5
Enfant	12	15,0
Frère ou sœur	16	20,0
Ami	2	2,5
Total	80	100,0

Nos patients étaient dans **35%** des cas accompagnés par leur conjoint.

3. Caractéristiques sur la satisfaction

Tableau XXI : Répartition de la satisfaction en fonction de l'état de santé

Rapidement informé de l'état de votre proche par le médecin	Effectif	Pourcentage
Oui	77	96,3
Non	3	3,8
Total	80	100,0

96,3% des accompagnants de nos patients ont affirmé avoir été rapidement informé de l'état de leur malade.

Tableau XXII : Répartition de satisfaction en fonction de l'information

Satisfaction des informations	Effectif (n=80)	Pourcentage
Médecins	79	98,8
Infirmier(e)s et aide-soignante(es)	78	97,5

98,8% de nos accompagnants ont affirmé avoir été satisfaits des informations données par les médecins ; les infirmier(e)s et aide-soignante(es) **97,5%**.

Tableau XXIII : Répartition de satisfaction en fonction de la clarté d'information

Clarté des informations	Effectif	Pourcentage
Oui	80	100,0
Total	80	100,0

Les informations étaient toujours claires pour tous nos enquêtés.

Tableau XXIV : Répartition de la satisfaction en fonction de la courtoisie

	Effectif (n=80)	Pourcentage
Courtoisie de l'équipe soignante	80	100,0
Disponibilité de l'équipe soignante	80	100,0

Tous nos enquêtés étaient satisfaits de la courtoisie du personnel médical.

Tableau XXV : Répartition de la satisfaction en fonction de se sentir seul ou isolé

Se sentir seul ou isolé	Effectif	Pourcentage
Oui	67	83,8
Non	10	12,5
Ne sait pas	3	3,8
Total	80	100,0

83,8 % de nos enquêtés ont affirmé s'être senti seul ou isolé

Tableau XXVI : Répartition de satisfaction en fonction du moment de solitude

Moment de solitude ou isolement	Effectif	Pourcentage
Accueil	59	88,0
Annnonce d'une maladie	4	6,0
Annnonce d'une complication	4	6,0
Total	67	100,0

Des **67** accompagnants qui se sont senti isolé ou seul, **59 soit 88%** l'étaient au moment de leur accueil

Tableau XXVII : Répartition de la satisfaction en fonction de PEC

Satisfait de la PEC de votre proche par l'équipe soignante	Effectif	Pourcentage
Oui	78	97,5
Non	2	2,5
Total	80	100,0

97,5% de nos enquêtés ont affirmé être satisfaits de la prise en charge de leur proche par l'équipe soignante.

Tableau XXVIII : Répartition de la satisfaction en fonction de l'amélioration de PEC

Eléments de PEC par l'équipe soignante pourraient être améliorés	Effectif	Pourcentage
Non	75	93,8
Oui	5	6,3
Total	80	100,0

5 familles avaient proposé une amélioration de la PEC par rapport aux points suivants : Qualité de prise en charge ; rapidité de prise en charge ; surveillance.

Tableau XXIX : Répartition de la satisfaction selon les indicateurs de structure

Indicateur de structure	Effectif	Pourcentage
Calme dans la salle d'attente		
Très satisfait	8	10,0
Satisfait	67	83,8
Insatisfait	5	6,2
Qualité de livret d'information		
NON RENSEIGNE		
Gène occasionné par le niveau sonore		
Très satisfait	18	22,5
Satisfait	62	77,5
Soutien psychologique		
NON RENSEIGNE		
Soutien matériel		
Très satisfait	38	47,5
Satisfait	42	52,5

Le gêne occasionné par le niveau sonore et le soutien matériel ont été au **minimum satisfaisant** pour tous nos enquêtés. Le calme dans la salle d'attente l'a été pour **93,8%** et non satisfaisant pour **6,2%**.

Tableau XXX : Répartition de la satisfaction selon les indicateurs d'organisation

Indicateur d'organisation	Effectif	Pourcentage
Rapidité de l'équipe à répondre au besoin		
Très satisfait	67	83,8
Satisfait	13	16,3
Disponibilité de l'équipe infirmière		
Très satisfait	56	70,0
Satisfait	23	28,7
Insatisfait	1	1,3
Disponibilité de l'équipe médicale		
Très satisfait	64	80,0
Satisfait	16	20,0
Horaires de visites		
Très satisfait	56	70,0
Satisfait	22	27,5
Insatisfait	2	2,5
Délais de réponse en salle d'attente		
Très satisfait	50	62,5
Satisfait	28	35,0
Insatisfait	2	2,5

83,8% de nos enquêtés avaient affirmé avoir été **très satisfait** de la rapidité de l'équipe à répondre au besoin, **70%** de la disponibilité de l'équipe infirmière, **80%** de la disponibilité de l'équipe médicale, **70%** de l'horaires de visites et **62,5%** du délais de réponse en salle d'attente.

Tableau XXXI : Répartition de la satisfaction selon les indicateur de procédure

Indicateur de procédure	Effectif	Pourcentage
Qualité des soins		
Très satisfait	70	87,5
Satisfait	10	12,5
Respect de l'intimité		
Très satisfait	71	88,8
Satisfait	9	11,3
Clarté de l'information médicale		
Très satisfait	69	86,3
Satisfait	11	13,8
Lutte contre la douleur		
Très satisfait	72	90,0
Satisfait	8	10,0
Respect du secret médical		
Très satisfait	68	85,0
Satisfait	11	13,8
Insatisfait	1	1,3
Prise en comptes des souhaits familiaux		
Très satisfait	64	80,0
Satisfait	16	20,0
Attente avant rendu des examens complémentaires		
Très satisfait	66	82,5
Satisfait	13	16,3
Insatisfait	1	1,3

Les accompagnants étaient très satisfaites plus dans la lutte contre la douleur, le respect de l'intimité et la qualité de soins avec respectivement **90%**, **88,8%** et **87,5%**.

Tableau XXXII : Répartition en fonction de la satisfaction globale

Satisfaction globale	Effectif	Pourcentage
Satisfait (26 – 36)	11	13,8
Très satisfait (> 36)	69	86,3
Total	80	100,0

Score : Min = 30 ; max = 45 ; moy = 40,32 ± 4,08.

Sur un score total de 51 points, **69 (86,3%)** ont pu être jugé très satisfaits.

Tableau XXXIII : Répartition des patients en fonction de la satisfaction globale et le sexe

Sexe	Satisfaction globale		Total (%)
	Satisfait (%)	Très satisfait (%)	
Masculin	8	27	35 (43,8)
Féminin	3	42	45 (56,3)
Total	11 (13,8)	69 (86,3)	80 (100,0)

Correction de Yates = 3,09 ; ddl = 1 ; **p = 0,03**

Il existe un lien statistique entre le sexe des patients et la satisfaction globale de leur accompagnant.

Tableau XXXIV : Répartition des patients en fonction de la satisfaction globale et la Tranche d'âge

Tranche d'âge	Satisfaction globale		Total (%)
	Satisfait (%)	Très satisfait (%)	
Moins de 20 ans	3	16	19 (23,8)
[20 - 40[	4	31	35 (43,8)
[40 - 60[	1	11	12 (15,0)
60 ans et plus	3	11	14 (17,5)
Total	11 (13,8)	69 (86,3)	80 (100,0)

Test exact de Fisher = 1,35 ; ddl = 3 ; **p = 0,77**

Tableau XXXV : Répartition patients en fonction de la satisfaction globale et la profession

Profession	Satisfaction globale		Total (%)
	Satisfait (%)	Très satisfait (%)	
Femme au foyer	3	35	38 (47,5)
Commerçant (e)	5	10	15 (18,8)
Etudiant (e)	1	7	8 (10,0)
Chauffeur	1	3	4 (5,0)
Fonctionnaire	0	4	4 (5,0)
Autre à préciser	1	10	11 (13,8)
Total	11 (13,8)	69 (86,3)	80 (100,0)

Test exact de Fisher = 6,39 ; ddl = 5 ; **p = 0,18**

Tableau XXXVI : Répartition des patients en fonction de la satisfaction globale et le statut matrimonial

Statut matrimonial	Satisfaction globale		Total (%)
	Satisfait (%)	Très satisfait (%)	
Marié(e)	7	55	62 (77,5)
Célibataire	3	14	17 (21,3)
Divorcé(e)	1	0	1 (1,3)
Total	11 (13,8)	69 (86,3)	80 (100,0)

Test exact de Fisher = 4,89 ; ddl = 2 ; **p = 0,06**

Tableau XXXVII : Répartition des patients en fonction de la satisfaction globale et le niveau d'étude

Niveau d'étude	Satisfaction globale		Total (%)
	Satisfait (%)	Très satisfait (%)	
Primaire	4	18	22 (27,5)
Secondaire	1	10	14 (17,5)
Supérieur	0	7	7 (8,8)
Non scolarisé	6	31	37 (46,3)
Total	11 (13,8)	69 (86,3)	80 (100,0)

Test exact de Fisher = 1,54 ; ddl = 3 ; **p = 0,70**

Tableau XXXVIII : Répartition des patients en fonction de la satisfaction globale et le motif d'admission.

Motifs d'admission	Satisfaction globale		Total (%)
	Satisfait (%)	Très satisfait (%)	
Altération de la conscience	5	29	34 (42,5)
Détresse respiratoire	1	11	12 (15,0)
Autres à préciser	5	29	34 (42,5)
Total	11 (13,8)	69 (86,3)	80 (100,0)

Test exact de Fisher = 0,27 ; ddl = 2 ; **p = 0,29**

Tableau XXXIX : Répartition des patients en fonction de la satisfaction globale et la durée de séjour

Duré de séjour	Satisfaction globale		Total (%)
	Satisfait (%)	Très satisfait (%)	
Moins de 4 jours	7	49	56 (70,0)
4 – 7	2	12	14 (17,5)
Plus de 7 jours	1	7	8 (10,0)
Non déterminé	1	1	2 (2,5)
Total	11 (13,8)	69 (86,3)	80 (100,0)

Test exact de Fisher = 2,69 ; ddl = 3 ; **p = 0,48**

Caractéristiques des accompagnants

Tableau XL : Répartition des accompagnants en fonction de la satisfaction globale et la tranche d'âge

Tranche d'âge	Satisfaction globale		Total (%)
	Satisfait (%)	Très satisfait (%)	
Moins de 30 ans	2	18	20 (25,0)
[30 - 40[	2	19	21 (26,3)
[40 - 50[	5	13	18 (22,5)
50 ans et plus	2	19	21 (26,3)
Total	11 (13,8)	69 (86,3)	80 (100,0)

Test exact de Fisher = 3,25 ; ddl = 3 ; p = 0,32

Tableau XLI : Répartition des accompagnants en fonction de la satisfaction globale et le sexe

Sexe	Satisfaction globale		Total (%)
	Satisfait (%)	Très satisfait (%)	
Masculin	8	44	52 (65,0)
Féminin	3	25	28 (35,0)
Total	11 (13,8)	69 (86,3)	80 (100,0)

Correction de Yates = 0,05 ; ddl = 1 ; p = 0,81

Tableau XLII : Répartition des accompagnants en fonction de la satisfaction globale et le niveau d'étude

Niveau d'étude	Satisfaction globale		Total (%)
	Satisfait (%)	Très satisfait (%)	
Primaire	3	15	18 (22,5)
Secondaire	1	16	17 (21,3)
Supérieur	3	13	16 (20,0)
Non scolarisé	4	25	29 (36,3)
Total	11 (13,8)	69 (86,3)	80 (100,0)

Test exact de Fisher = 1,48 ; ddl = 3 ; p = 0,74

Tableau XLIII : Répartition de la satisfaction selon les indicateurs de structure et la satisfaction globale

Indicateur de structure	Satisfaction globale		Total (%)
	Satisfait (%)	Très satisfait (%)	
Calme dans la salle d'attente			
Très satisfait	0 (0,0)	8 (100)	8 (10,0)
Satisfait	9 (13,4)	58 (86,6)	67 (83,8)
Insatisfait	2 (40,0)	3 (60,0)	5 (6,2)
Test exact de Fisher = 3,475 ; ddl = 2 ; p = 0,155			
Gène occasionné par le niveau sonore			
Très satisfait	0 (0)	18 (100)	18 (22,5)
Satisfait	11 (17,7)	51 (82,3)	62 (77,5)
Test exact de Fisher = 6,099 ; ddl = 1 ; p = 0,062			
Soutien matériel			
Très satisfait	1 (2,6)	37 (97,4)	38 (47,5)
Satisfait	10 (23,8)	32 (76,2)	42 (52,5)
Khi ² = 7,545 ; ddl = 1 ; p = 0,006			

Il existe un lien statistiquement significatif entre la satisfaction globale et le soutien matériel.

Tableau XLIV : Répartition de la satisfaction selon les indicateurs d'organisation et la satisfaction globale

Indicateur d'organisation	Satisfaction globale		Total (%)
	Satisfait (%)	Très satisfait (%)	
Rapidité de l'équipe à répondre au besoin			
Très satisfait	4 (6,0)	63 (94,0)	67 (83,8)
Satisfait	7 (53 ;8)	6 (46,2)	13 (16,3)
Test exact de Fisher = 15,81; ddl = 1 ; $p < 10^{-3}$			
Disponibilité de l'équipe infirmière			
Très satisfait	1 (1,8)	55 (98,2)	56 (70,0)
Satisfait	9 (39 ,1)	14 (60,9)	23 (28,7)
Insatisfait	1 (100,0)	0(0,0)	1 (1,3)
Test exact de Fisher = 22,49; ddl = 2 ; $p < 10^{-3}$			
Disponibilité de l'équipe médicale			
Très satisfait	1 (1,6)	63 (98,4)	64 (80,0)
Satisfait	10 (62,5)	6 (37,5)	16 (20,0)
Test exact de Fisher = 32,59 ; ddl = 1 ; $p < 10^{-3}$			
Horaires de visites			
Très satisfait	2 (3,6)	54 (96,4)	56 (70,0)
Satisfait	8 (36 ,4)	14 (62,6)	22 (27,5)
Insatisfait	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (2,5)
Test exact de Fisher = 15,70 ; ddl = 2 ; $p < 10^{-3}$			
Délais de réponse en salle d'attente			
Très satisfait	1 (2,0)	49 (98 ;0)	50 (62,5)
Satisfait	9 (32,1)	19 (67,9)	28 (35,0)
Insatisfait	1 (50,0)	1 (50 ;0)	2 (2,5)
Test exact de Fisher = 15,28 ; ddl = 1 ; $p < 10^{-3}$			

Il existe un lien statistiquement significatif entre la satisfaction globale et les indicateurs d'organisation

Tableau XLV : Répartition de la satisfaction selon les indicateur de procédure et la satisfaction globale

Indicateur de procédure	Satisfaction globale		Total (%)
	Satisfait (%)	Très satisfait (%)	
Qualité des soins			
Très satisfait	3 (4,3)	67 (95,7)	70 (100,0)
Satisfait	8 (80,0)	2 (20,0)	10 (100,0)
Test exact de Fisher = 29,28 ; ddl = 1 ; $p < 10^{-3}$			
Respect de l'intimité			
Très satisfait	3 (4,2)	68 (95,8)	71 (88,8)
Satisfait	8 (88,9)	1 (11,1)	9 (11,3)
Test exact de Fisher = 32,92 ; ddl = 1 ; $p < 10^{-3}$			
Clarté de l'information médicale			
Très satisfait	2 (2,9)	67 (97,1)	69 (86,3)
Satisfait	9 (81,8)	2 (18,2)	11 (13,8)
Test exact de Fisher = 35,52 ; ddl = 1 ; $p < 10^{-3}$			
Lutte contre la douleur			
Très satisfait	3 (4,2)	69 (95,8)	72 (90,0)
Satisfait	8 (100,0)	0 (0,0)	8 (10,0)
Test exact de Fisher = 15,28 ; ddl = 1 ; $p < 10^{-3}$			
Respect du secret médical			
Très satisfait	3 (4,4)	65 (95,6)	68 (85,0)
Satisfait	7 (63,6)	4 (36,4)	11 (13,8)
Insatisfait	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (1,3)
Test exact de Fisher = 15,28 ; ddl = 1 ; $p < 10^{-3}$			
Prise en comptes des souhaits familiaux			
Très satisfait	2 (3,1)	62 (96,9)	64 (80,0)
Satisfait	9 (56,3)	7 (43,8)	16 (20,0)
Test exact de Fisher = 24,33 ; ddl = 1 ; $p < 10^{-3}$			
Attente avant rendu des examens complémentaires			
Très satisfait	4 (6,0)	63 (94,0)	66 (82,5)
Satisfait	7 (58,3)	5 (41,7)	13 (16,3)
Insatisfait	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (1,3)
Test exact de Fisher = 17,79 ; ddl = 1 ; $p < 10^{-3}$			

Il existe un lien entre la satisfaction globale et les indicateurs de procédures



**COMMENTAIRES
& DISCUSSION**

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Fréquences globales

Durant notre période de l'étude, 123 patients étaient hospitalisés dont 31 patients décédés. Parmi les 80 patients recensés soit un taux de participation 65%. Aucun patient n'a été exclu. Au total, 80 patients auxquels correspondaient 80 accompagnants ont participé à l'étude.

2. Analyse des patients

2.1 Caractéristiques sociodémographiques

○ Sexe

Parmi les 80 patients inclus, il y avait 45 femmes (56,3%) et 35 hommes (43,8%), soit sex-ratio (F/M) = 1,29. Nos résultats étaient superposables à ceux de Maiga O et Ouedrago N et al. Qui avaient rapporté des taux respectifs de 47,88% et 73% [25,26].

Par contre, Maiga CAK dans son étude sur la démarche qualité des soins en anesthésie réanimation à l'hôpital de Kati en 2008 avait rapporté une prédominance masculine avec 63% soit un sex-ratio de 1,7. Cette prédominance masculine par la très grande activité du service de traumatologie qui est le principal service à gérer les AVP [27].

○ Âge

Tous les âges étaient concernés par notre série. Les patients de la tranche d'âge 20 à 40 ans ont dominé avec un taux de 43,8%, l'âge moyen était de $36,9 \pm 19,2$ ans avec des extrêmes allant de 5 à 82 ans. Ce résultat est similaire avec celui de Niaré L. [28] qui avait retrouvé un taux plus élevé d'admission se situait dans la tranche d'âge de 21 à 40 ans soit 34,70%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que cette population est la plus active de la population.

○ Profession

Durant notre étude, 38 patients 47,5 % étaient femme au foyer. La plupart des admissions du service de réanimation du Point G provenant du service de gynécologie avec comme la pré-éclampsie et ses complications comme principal motif d'admission en réanimation.

En effet Kanta K dans son étude sur l'utilisation des services de santé et la perception de la qualité des soins par les populations à l'aire de santé de Segué rapportait une prédominance des Femmes au Foyer avec 48,7% [29].

○ Niveau d'études

Le niveau d'études, retrouvé comme facteur influençant la qualité du jugement de la satisfaction d'un patient, la majorité de nos patients à concerner 46,3% non scolarisés, 26,3% avaient un niveau supérieur au secondaire et 27,5% du niveau primaire, il faut constater que : 73,8% avait un niveau d'au plus du primaire.

○ Diagnostique à l'admission

Les principaux motifs d'hospitalisation de nos patients étaient l'altération de la conscience suivi la prise en charge post-opératoire avec 42,5% des cas chacun. Ces résultats se superposent avec la série de Niaré L [28] qui a retrouvé une altération de la conscience motif dans 38,77% suivi de la prise en charge post opératoire et des traumatismes crâniens avec respectivement 27,9% et 20,4%. L'altération de la conscience étant le motif d'admission le plus fréquent en réanimation pourrait expliquer ces taux.

Dans notre étude, 12 (15%) avaient une détresse respiratoire à l'admission, 58 (72,5%), un score de Glasgow entre [13-15] et 69 (86,3%) n'avaient pas bénéficié d'une assistance ventilatoire, 14 (17,5%) avaient été sédaté.

○ Durée de séjour

La durée au sein du service pouvant être facteur déterminant pour qu'un patient connaisse amplement les lieux et leur fonctionnement son analyse est primordiale.

En effet, près des $\frac{3}{4}$ de nos patients soient 70% d'une durée d'au moins 4 jours au sein de notre service. La durée de séjour moyenne était de $4,04 \pm 4,462$ jours avec des extrêmes de 1 et 32 jours.

○ Etat de santé antérieure

L'état de santé antérieur évalué par l'index Mac Cabe [24], est un index pondéré qui évalue la morbidité pré-hospitalière. Il permet de classer les patients en trois catégories de comorbidité croissantes : L'index 0 indique l'absence de maladie sous-jacente affectant le pronostic vital. L'index 1 indique la présence d'une maladie engageant le pronostic vital sur un délai apprécié de 5 ans. L'index 2 indique la présence d'une maladie fatale à 1 an d'évolution.

Concernant l'état de santé antérieur évalué par l'index de Mac Cabe [24] 46 patients (57,5%) avaient index 0.

3. Caractéristiques des familles (Tableau XV à XX)

Parmi les 80 accompagnants inclus correspondant aux 80 patients, il y avait 28 femmes (35%) et 52 hommes (65%) sex-ratio (M/F) = 1,86. L'âge moyen était de $36,21 \pm 11,351$ ans. Concernant la profession des accompagnants, 36 participants (45%) étaient commerçants. La résidence des membres des accompagnants, 34 participants (42,5%) résidaient hors Bamako, 29 participants (36,3%) étaient non scolarisés (aucun niveau d'étude ou coranique), 18 participants (22,5%) avaient un niveau primaire, 17 participants (21,3 %) avaient un niveau secondaire et 16 participants (20%) de niveau d'étude supérieur.

Concernant le lien de parenté avec les patients, 28 participants (35%) étaient des conjoints, 22 des accompagnants (27,5%), 12 des enfants (15%), 16 des frères et sœurs (20%), et 2 des amis (2,5%).

Soumaré N et al. Quant à eux avaient rapporté pour 120 accompagnants de patients hospitalisés en réanimation une prédominance de la tranche d'âge des 25 à 59 ans (72%) et les liens de parenté les plus représentés étaient les enfants et les conjoints et époux avec respectivement 37% et 27% [30].

4. Caractéristiques des enquêtes de la satisfaction

Dans le contexte des soins, la satisfaction est indissociable de la démarche qualité, dont elle est un des indicateurs.

L'évaluation de la qualité des soins correspond à celle de la structure, du processus, et des résultats. La satisfaction des patients est un élément important dans les résultats de prise en charge. Elle ne constitue pas toujours une priorité pour de nombreux soignants. Cependant, l'amélioration continue de la qualité de soins doit être un souci constant de toutes les structures sanitaires contemporaines.

Aujourd'hui, l'indicateur réel pour évaluer la performance d'un centre de santé n'est pas seulement son plateau technique mais surtout sa capacité à satisfaire les besoins et les attentes des patients de façon globale. Le patient est un être vivant avec une composante physique, psychique, sociale et culturelle à prendre en compte.

Durant notre période d'étude 80 accompagnants de patients inclus dans notre étude ont été interrogés sur leur niveau de satisfaction en termes de procédures, résultats et contacts humains à l'intérieur du service de réanimation du CHU Point G.

Différents points ont été très satisfaisant pour ses accompagnants, tels que :

- La clarté des informations données par le personnel soignant, la courtoisie de l'équipe soignante et la disponibilité de l'équipe soignante ont été satisfaisant pour la totalité (100%) de nos enquêtés.
- S'en suivent : les informations données par les médecins (98,8%), les Infirmier(e)s et aide-soignante(es) (97,5%), la qualité de la PEC du proche par l'équipe soignante (97,5%).

Au point où que cinq (5) accompagnants soient 6,3% ont trouvé qu'on pourrait améliorer des éléments (Qualité de prise en charge ; rapidité de prise en charge ; surveillance) de PEC.

Néanmoins, une grande majorité d'accompagnant de patient soient 67 accompagnants (83,8%) ont affirmé s'être sentie seul ou isolé à un certain moment durant leur passage dans le service, et 59 soient 88,1% d'entre eux l'ont été au moment de l'accueil (88%), à l'annonce d'une maladie (6%) ou d'une complication (6%).

Dans la série Amadou H et coll. Rapporté une satisfaction de patients sur un plan accueil de la part du personnel soignant dans 75,77%, d'accessibilité au service dans 72,69%, de prise en charge dans 54,63% et de communication soignant-patient dans 63% et incriminait le temps d'attente dans 41,41% [31].

5. Description sur la partie de la satisfaction des différents indicateurs

✧ Indicateur de structure

Notre enquête auprès des 80 accompagnants de patients hospitalisés vous a révélé que le gêne occasionné par le niveau sonore et le soutien matériel étaient jugés satisfaisant par la totalité des accompagnants avec respectivement 77,5% de satisfaits et 22,5% de très satisfait et 52,5% de satisfaits et 47,5% très satisfaits par contre 6,2% des accompagnants avaient jugé insatisfaisant le calme dans la salle d'attente, 83,8% satisfaisant et 10% très satisfaisant.

En revanche, notre questionnaire a souligné des lacunes avec l'absence de données sur la qualité de livret d'information et le soutien psychologique.

Soumaré N et al dans son étude sur la satisfaction de famille de patients hospitalisés en réanimation rapportaient comme principaux indicateurs de structure le calme dans la salle d'attente (80% de très satisfaits et 16% moyennement satisfaits), la qualité du livret d'information (76% de très satisfaits et 11% moyennement satisfaits) et le gêne occasionné par le niveau sonore (74% de très satisfaits et 16% moyennement satisfaits)

✧ **Indicateur d'organisation**

Concernant la rapidité de l'équipe à répondre au besoin 83,8% des accompagnants ont affirmé être très satisfait et 16,3% satisfait. Pour la disponibilité de l'équipe infirmière 70% de très satisfait, 28,7% de satisfait et 1,3% d'insatisfait et celle de l'équipe médicale 80% de très satisfait 20% de satisfait.

Soumaré N et al rapportaient les mêmes indicateurs aux proportions des très satisfaits de 83,8% pour la rapidité de l'équipe à répondre au besoin, 80 pour la disponibilité de l'équipe infirmière et 72% pour la disponibilité de l'équipe médicale.

✧ **Indicateur de procédure**

Concernant les indicateurs de procédure, le mieux satisfaisant a été la lutte contre la douleur avec 90% de très satisfait et 13,8% de satisfaits, suivi du respect de l'intimité avec 88,8% de très satisfaits et 11,3% de satisfaits et la qualité des soins avec 87,5% des accompagnants très satisfaits et 12,5% satisfaits. Le respect du secret médical et l'attente avant rendu des examens complémentaires sont les seuls indicateurs à avoir présenté des insatisfaits à des proportions de 1,3% chacun.

Contrairement à nos résultats, Soumaré N et al. Rapportaient une plus forte représentativité de la qualité des soins (92% de très satisfaits et 88% de moyennement satisfaits) suivi du respect de l'intimité (88% de très satisfaits et 8% de moyennement satisfaits) et de la clarté de l'information médicale (86% de très satisfaits et 7s% de moyennement satisfaits)

6. Facteurs liés à la satisfaction

Dans un sens global, l'ensemble des accompagnants étaient soit satisfaits (13,8%) soit très satisfaits (86,3%) et cette satisfaction globale a été principalement associée dans notre étude au sexe ($p = 0,037$). Le sexe féminin avec un taux de très satisfait de 93,3% était plus satisfait dans notre étude que le sexe masculin (71,7%) cela pourrait expliquer par le fait que les femmes étaient plus présente et du fait de leur plus grande sensibilité sont très voyeuses sur certains indicateurs tels que les : les indicateurs de structure (calme dans la salle d'attente, gêne occasionnée par le niveau sonore, soutien psychologique et matériel) et d'autre indicateurs d'organisation et de procédure (disponibilité de l'équipe infirmière et médicale, carté de l'information, lutte contre la douleur, etc....)

Adamou et al dans leur étude sur les facteurs de satisfaction des patients aux urgences chirurgicales avaient rapporté un taux de satisfaction globale de 54,63%, Garga et al [32] au Cameroun lui avait trouvé un taux de 51,5%, Brodsky et al [33] et de Damghi et al [34] avaient noté respectivement une satisfaction de 69% et 76,5%.

Adamou et al avaient corrélé statistiquement la satisfaction globale des usagers à un bon accueil ($p < 0,001$) et une bonne perception des soins administrés ($p < 0,001$) et ses principaux facteurs associés à l'insatisfaction étaient : la mauvaise communication soignant-patient ($p < 0,0001$), un délai long avant les soins ($p < 0,0001$), la difficulté d'accessibilité ($p < 0,001$) l'environnement inadéquat et insalubre ($p < 0,001$) [32].



CONCLUSION & RECOMMENDATIONS

VI. CONCLUSION

Au terme de notre étude nous pouvons tirer plusieurs enseignements. L'évaluation de la satisfaction des accompagnants est possible même dans des pays peu nantis comme le Mali malgré certaines difficultés. La satisfaction des accompagnants des patients découle de plusieurs indicateurs. La satisfaction des accompagnants en réanimation est une entité évolutive dans le temps. Des études plus larges sont souhaitables afin de suivre la progression de la satisfaction des accompagnants et étudier ses facteurs déterminants. Le grand défi pour les recherches futures est d'établir une stratégie de communication et un programme d'information destiné à évaluer les besoins des accompagnants en réanimation et améliorer leur satisfaction.

VII. RECOMMANDATIONS

Au regard des résultats et de la conclusion de notre étude, les recommandations suivantes ont été formulées et s'adressent respectivement :

Aux autorités législatives

Textes législatifs sur l'information du patient.

Aux autorités Sanitaires :

Amélioration des infrastructures hospitalières.

- Salle d'attente confortable.
- Salle d'information des accompagnants
- Confection des toilettes
- Création d'un accueil standard pour la sensibilisation et l'information

Aux Réanimateurs :

Information globale orale associée à un complément écrit.

- Traçabilité de l'information dans l'observation médicale
- Livret d'accueil et distribution

Information apportée aux accompagnants des patients hospitalisés

Information coordonnée, apportée par une équipe structurée et visible

- Connaissance par les accompagnants du rôle des soignants
- Salle d'attente et salle réservée à l'information au service.

Pédagogie de communication avec les accompagnants.

- Accorder du temps
- Réserver une salle à l'information
- Contenu de l'information
- Contextualité et temporalité de l'information

Accessibilité du service de réanimation.

- Horaires des visites
- Médecin traitant



REFERENCES

VIII. REFERENCES

1. Claveranne J-P, Vinot D, Fraisse S, Robelet M, Candel D, Dubois D, Marchaudon P. Les perceptions de la qualité chez Les professionnels des établissements de santé, Rapport pour la Direction de L'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins 2003.
2. Tjam FS. Technology assessment and transfer in district health systems. World Hosp Health Serv 1994; 30: 3-8.
3. Flaatten H, Kvale R. Survival and quality of life 12 years after ICU. A comparison with the general Norwegian population. Intensive Care Med 2001; 27: 1005-1011.
4. Decret N° 02-050 du 22 juillet 2002. Portant loi hospitaliere en republique du Mali.
5. Loi N° 09-017/26 juin 2009 relative au prelevement et a la greffe d'organe, tissus et de cellules humains en republique du Mali.
6. MOTVO
7. FALCON D. Evaluation de la qualité de remplissage des dossiers d'anesthésie au CHU de Grenoble Thèse présentée à l'université de
8. Joseph Fournier Faculté de Médecine de Grenoble juin6. Simon M. : déontologie médicale ou des devoirs et des droits des médecins dans l'état actuel de la civilisation, Bailliere, Paris, 1985.
9. Décret N° 02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière en république du Mali.
10. Ministère de la santé du Mali. Arrête n°08-2716/MS-SG du 6 octobre 200 portant charte du malade dans les établissements hospitaliers
11. La loi N° 09-017/26 juin 2009 relative au prélèvement et à la greffe d'organe, tissus et de cellules humains
12. Larue A. Diagnostic grave dissimulé au patient à la demande des proches : réflexions éthique ; mémoire de Dipl inter-Univ NANCYF&STRASBOURG 2006. p 26
13. HOERNI Bernard, Bulletin de l'Ordre des Médecins français, Avr 1996, n°4.
14. Code de déontologie médicale du Mali : décret N° 86-35/AN.RM portant institution de l'ordre national des médecins
15. L'arrêt Mercier : Cour de Cassation, 20-mai-1936
16. Req. 28-janvier-1942 arrêt Teyssier D.C.1942 p.63
17. Arrêt HEDREUL, civ. 1 re ,25 février 1997,Gaz. Pal.27-29 avr. 1997, P.22 rapport sargos, note Guigue, Rennes, France
18. Cohen LM, McCue JD, Green GM. Do clinical and formal assessments of the capacity of patients in the intensive care unit to make decisions agree ? Arch Intern Med 1993 ; 153 : 2481-5.

EVALUATION DE SATISFACTION DES ACCOMPAGNANTS DES PATIENTS ADMIS EN REANIMATION POLYVALENTE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU POINT-G

19. Jacob DA. Family members' experiences with decision making for incompetent patients in the ICU : a qualitative study. *Am J Crit Care* 1998 ; 7 : 30-6.
20. Molter NC. Families are not visitors in the critical care unit. *Dimens Crit Care Nurs* 1994 ; 13 : 2-3.
21. Cook D. Patient autonomy versus parentalism. *Crit Care Med* 2001 ; 29 : N24-5.
22. Azoulay E, Cattaneo I, Ferrand E, Pochard F. Informations au patient de Réanimation et à ses proches, *Ann Fr Anesth Réanim* 2001 ; 20:fi129-39
23. Informations aux patients de réanimation et à leurs proches *Ann Fr Anesth Réanim* 2001 ; 20 :fi119-28
24. Mc Cabe WR, Jackson GG. Gram –negative bacteremia, Etiology and ecology. *Arch Intern Med* 1963; 110: 847- 855.1. MAIGA O. Mortalité et morbidité dans le service des soins intensifs de l'hôpital du Point G : intérêt des scores de gravité. Thèse de Méd, Bamako, 1999, N°13
25. Ouedrago N, Niakera A, Somne A, Barro S, Ouedrago H, Saou J. Cahier d'étude et de recherche francophone/santé. Numéro12, volume 4, 375-82, Octobre – Décembre 2002
26. Maiga CAK. Démarche qualité des soins en anesthésie réanimation à l'hôpital de Kati. Thèse de Méd, Bamako, 2008, N°282. p97.
27. Niaré L. Morbidité et mortalité en réanimation au CHU de Kati. Thèse de Méd, Bamako, 2012, N°45. p87
28. Kanta K. Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de Segué (Cercle de Kolokani). [Thèse de Médecine], Bamako 2007 ; p211, N°165.
29. Soumaré N, Levrat Q, Frasca D, Dahyot C, Pinsard M, Debaene B et al. Enquête de satisfaction de famille de patients hospitalisés en réanimation. Elsevier Masson SAS 2011, Doi: 10.1016/j.annfar.2011.05.015 ; 30(2011):894-8.
30. Adamou H, Magagi AI, Habou O, Halidou M, Karimou S, Sani R et al. Satisfaction des patients, élément important dans la globalité des soins : cas d'un service des urgences chirurgicales au Niger. *Mali Médical* 2015 ; 32 (2) :20-6.
31. Garga H, Ongolo-Zogo P. Améliorer l'accueil et la prise en charge dans les services d'accueil des urgences (SAU) des hôpitaux nationaux et régionaux au Cameroun. Note d'Information Stratégique SURE. Yaoundé, Cameroon : CDBPS. 2013. <http://www.evipnet.org/sure>.
32. **Brodsky D, Gallet M.** Satisfaction de la clientèle du service d'accueil et d'urgences d'un Hopital general. *Rean. Urg.* 1994 ; 3(4), 413-16.
33. **Damghi N, Armel B, Louriz M, Zekraoui A, Benchekroun AB, Abouqal A.** La satisfaction des patients consultants aux urgences dans un hopital Universitaires marocain. *J Eur Urg.* 2009; 22(S2) :A36—A39.

EVALUATION DE SATISFACTION DES ACCOMPAGNANTS DES PATIENTS ADMIS EN REANIMATION POLYVALENTE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU POINT-G

34. Informations aux patients de réanimation et à leurs proches Ann Fr AnesthRéanim2001; 20:fi119-28
35. Pirard M, Janne P, Installe E, Reynaert C. Patient, family, nurses and intensive care unit : review of the literature and state of a practice "in the field". Ann Med Psychol (Paris) 1994 ; 152 : 600-8.
36. Pochard F, Grassin M, Le Roux N, Herve C. Medical secrecy or disclosure in HIV transmission : a physician's ethical conflict. Arch Intern Med 1998 ;158 : 1716 -9.
37. Pochard F, Grassin M, Herve C. Palliative options at the end of life. Jama1998 ; 279 : 1065-6 ; discussion 1066-7.
38. Ministère de la santé du Mali. Arrête n°08-2716/MS-SG du 6 octobre 2008 portant charte du malade dans les établissements hospitaliers.
39. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, F Lemaire, M Mokhtari, JR Le Gall, et al. Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. Am J Respir Crit Care Med 2001 ; 163 : 135-9.
40. http://www.elsevier.fr/SFAR/information_patient_en_reanimation. Consulté le 29/04/2009 à 11h : 02 min
41. Christophe Perrey, « Le consentement à la recherche biomédicale dans les pays en développement : de l'information à la décision » in Éthique de la recherche et des soins dans les pays en développement, Espace éthique, Vuibert, 2005, pp. 101-113.
42. Charte Européenne des enfants hospitalisés. JO des Communautés Européennes. 16.06.1986
43. Décret N° 02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière en république du Mali.
44. Lienhart A. Refus de soins et urgence vitale : un conflit entre la finalité de l'exercice médical et l'obligation de respecter la volonté de la personne. Ann Fr AnesthRéanim2000;19:fi42-4
45. Code de déontologie médicale du Mali : décret N° 86-35/AN.RM portant institution de l'ordre national des médecins
46. « On entend par doctrine des opinions émises par les auteurs dans leurs ouvrages... » ; « c'est la littérature du droit » :J. Carbonnier, Droit civil, introduction. Paris :PUF ;1997,265.
47. En ce sens, C. Lapoyade-Deschamps, Les médecins à l'épreuve (à propos de l'arrêt de la 1re chambre civile du 25 février 1997), Resp. civ. et ass. Avril 1997, 4.
48. Dubouis L. La preuve de l'information du patient incombe au médecin : progrès ou régression de la condition des patients ? note sous Cass. 1re civ., 25 févr. 1997, Rev. dr. san. et soc. 1997, 288.

**EVALUATION DE SATISFACTION DES ACCOMPAGNANTS DES PATIENTS ADMIS EN
REANIMATION POLYVALENTE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU POINT-G**

49. [http : //www.anaes.fr/](http://www.anaes.fr/) service des recommandations et références professionnelles/
Information des patients : recommandations destinées aux médecins. Mars 2000.
Consulte le 29/05/2009
50. Azoulay, Elie MD; Chevret, Sylvie MD, PhD; Leleu, Ghislaine MD: Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians
Crit Care Med 2000; 28:3044-3049
51. Kopp N. : éthique médicale interculturelle : regards francophones 1 e édit. Harmatan, Lyon1. 2006 225p



ANNEXES

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

1-IDENTIFICATION

DOSIER N°.....

Age (en année) /__/

1) [16-25] 2)]25-35] 3)]35-45] 4) >45

Sexe : /__/ 1) masculin 2) féminin

Ethnie : /__/ 1) Bambara 2) Malinké 3) Bobo 4) Minianka 5) senoufo 6) Sarakolé
7) Sonhaï 8) Dogon 9)Bozo 10) Kassonké 11) Peulh 12) Touareg 13) Maure
14) ethnies étrangères

Profession : /__/ 1) étudiant(e) 2) commerçant(e) 3) militaire 4) chauffeur 5)
femme au foyer 6) fonctionnaire 7) chômeur 8) aide-ménagère 9) retraite 10) autre ≥ à
préciser :

Adresse.....

Statut Matrimonial : /__/ 1) marié(e) 2) célibataire
3) divorce(e) 4) veuf(Ve)

Régime matrimonial: /__/ 1) monogame 2) polygame

Niveau d'étude : /__/ 1) primaire 2) secondaire 3) supérieur 4) non scolarisé

2-Motifs d'admission: /__/

1) altération de la conscience 2) détresse respiratoire 3) tentative d'autolyse 4)
autres (à préciser)

3-Provenance: /__/ 1) Hôpital 2) clinique 3)
CS Réf

4) CSCOM 5) domicile 6) autre.....

Diagnostic a l'admission :

Dure de séjour : : /__/ 2jr 3jr 4jr 5jr 6jr

Etat de santé antérieur : : /__/ 1) indice 0 2) indice 2 3) indice 2

Sévérité de la maladie :

Glasgow coma scale:.....

Recours à la ventilation : : /__/ 1) oui 2) non

Sédation : : /__/ 1) oui 2) non

EVALUATION DE SATISFACTION DES ACCOMPAGNANTS DES PATIENTS ADMIS EN REANIMATION POLYVALENTE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU POINT-G

Caractéristiques des familles :

Age (en année) : /__ / 1) [16-25] 2) [25-35] 3) [35-45] 4) >45

Sexe : /__ / 1) masculin 2) féminin

Profession : /__ / 1) étudiant (e) 2) commerçant(e) 3) militaire 4) chauffeur 5) femme de foyer 6) fonctionnaire 7) chômeur 8) aide-ménagère 9) retraite 10) autre ≥ à préciser :

..... **Adresse**.....

Niveau d'étude : /__ / 1) primaire 2) secondaire 3) supérieur 4) non scolarisé

Lien de parenté : /__ / 1) conjoint 2) parent 3) enfant 4) frère ou sœur 5) autre

1) Êtes-vous satisfait :

- de l'accueil par l'équipe de réanimation Oui Non

2) Avez-vous été rapidement informé de l'état de santé de votre proche par le médecin ?

Oui Non

3) Êtes-vous satisfait des informations qui vous ont été apportées par :

- les médecins ? Oui Non

- les infirmier(e)s et aides-soignants(es) ? Oui Non

4) Les explications données étaient-elles claires ? Oui Non

5) Êtes-vous satisfait de :

- la courtoisie de l'équipe soignante ? Oui Non

- la disponibilité de l'équipe soignante ? Oui Non

6) Vous est-il arrivé de vous sentir seul ou isolé ?

Si oui, à quel(s) moment(s) ?

- Accueil Annonce d'une maladie
 Annonce d'une complication Transfert vers autre service

7) Si oui, un accompagnement psychologique vous a-t-il été proposé ? Oui Non

8) En cas de transfert vers un autre service ou de sortie avez-vous été informé ? Oui Non

9) Êtes-vous satisfait de la prise en charge de votre proche par l'équipe soignante ? Oui Non

10) Pensez-vous que des éléments de la prise en charge par l'équipe soignante pourraient être améliorés ? oui non si oui, lesquels :

**EVALUATION DE SATISFACTION DES ACCOMPAGNANTS DES PATIENTS ADMIS EN
REANIMATION POLYVALENTE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU POINT-G**

	TRES SATISFAIT	SATISFAIT	INSATISFAIT
INDICATEUR DE STRUCTURE			
Calme dans la salle d'attente			
Qualité de livret d'information			
Gene occasionne par le niveau sonore			
Soutien psychologique			
Soutien matériel			
INDICATEUR D'ORGANISATION			
Rapidité de l'équipe a répondre au besoin			
Disponibilité de l'équipe infirmière			
Disponibilité de l'équipe médicale			
Horaires de visites			
Délais de réponse en salle d'attente			
INDICATEUR DE PROCEDURE			
Qualité de soins			
Respect de l'intimité			
Clarté de l'information médicale			
Lutte contre la douleur			
Respect du secret médical			
Prise en comptes des souhaits familiaux			
Attente avant rendu des examens complémentaires			

FICHE SIGNALETIQUE

NOM : TESSOUGUE Sidiki

ADRESSE : TEL : 78276272 E-mail : sidiktess23@gmail.com

TITRE DE LA THESE : Evaluation de la satisfaction des accompagnants des patients admis en réanimation polyvalente du CHU du point G.

ANNEE : 2018-2019

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako (MALI)

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : bibliothèque de la FMOS

SECTEUR D'INTERET : M2dicine légale, réanimation, Ethique, Santé Public.

RESUME

L'évaluation de la satisfaction des accompagnants est une nécessité médicale et une part essentielle de la responsabilité des praticiens en réanimation.

OBJECTIF : Evaluer la satisfaction des accompagnants des patients admis en réanimation.

Méthodes : Notre étude était descriptive et analytique à collecte prospective sur une période de trois mois allant de janvier à mars 2019.

Résultats : Il y avait 28 femmes (35%) et 52 hommes (65%) sex-ratio (M/F) =1,86. L'âge moyen était de 36,21 ± 11,35 ans. Concernant la profession des accompagnants, 36 participants (45%) étaient commerçants.

28 accompagnants (35%) étaient des conjoints, 22 des accompagnants (27,5%), 12 des enfants (15%), 16 des frères et sœurs (20%), et 2 des amis (2, 5%). La clarté des informations données par le personnel soignant, la courtoisie de l'équipe soignante et la disponibilité de l'équipe soignante qui ont été satisfaisant pour la totalité (100%) de nos enquêtés. Les informations données par les médecins (98,8%), les Infirmier(e)s et aide-soignante(es) (97,5%) étaient très satisfaits. La qualité de la prise en charge (PEC) du proche par l'équipe soignante (97,5%) étaient très satisfaits.

Une grande majorité d'accompagnant soit 67 (83,8%) ont affirmé s'être senti seul ou isolé à un certain moment durant leur passage dans le service, et 59 soient 88,1% d'entre eux l'ont été au moment de l'accueil (88%), à l'annonce d'une maladie (6%) ou d'une complication (6%).

Dans un sens global, l'ensemble des accompagnants étaient soit satisfaites (13,8%) soit très satisfaites (86,3%) et cette satisfaction globale a été principalement associée dans notre étude au sexe ($p = 0,03$).

CONCLUSION : La satisfaction des accompagnants en réanimation est une entité évolutive dans le temps. Des études plus larges sont souhaitables afin de suivre la progression de la satisfaction des familles et étudier ses facteurs déterminants. Le grand défi pour les recherches futures est d'établir une stratégie de communication et un programme d'information destiné à évaluer les besoins des accompagnants en réanimation et améliorer leur satisfaction.

Mots clés : **Satisfaction, accompagnant, admission, patient, réanimation.**

ABSTRACT

Assessing the satisfaction of carers is a medical necessity and an essential part of the responsibility of resuscitation practitioners.

OBJECTIVE: To assess the satisfaction of the carers of patients admitted to intensive care.

Methods: Our study was descriptive and analytical with prospective collection over a period of three months from January to March 2019.

Results: There were 28 women (35%) and 52 men (65%) sex ratio (M / F) = 1.86. The mean age was 36.21 ± 11.35 years. Regarding the profession of carers, 36 participants (45%) were traders.

28 caregivers (35%) were spouses, 22 caregivers (27.5%), 12 children (15%), 16 siblings (20%), and 2 friends (2.5%). clarity of the information given by the nursing staff, the courtesy of the nursing team and the availability of the nursing team which were satisfactory for all (100%) of our respondents. The information given by the doctors (98.8%), the nurses and nursing assistants (97.5%) was very satisfied. The quality of the relative's PEC by the healthcare team (97.5%) was very satisfied.

A large majority of caregivers (67.83%) said they felt alone or isolated at some point during their stay in the service, and 59 (88.1%) were time of reception (88%), when an illness (6%) or a complication (6%) is announced.

In a global sense, all the carers were either satisfied (13.8%) or very satisfied (86.3%) and this overall satisfaction was mainly associated in our study with sex ($p = 0.03$).

CONCLUSION: The satisfaction of the resuscitation companions is an evolving entity over time. Larger studies are desirable in order to monitor the progression of family satisfaction and study its determining factors. The big challenge for future research is to establish a communication strategy and an information program intended to assess the needs of support staff in intensive care and improve their satisfaction.

Keywords : Satisfaction, companion, admission, patient, resuscitation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure!!!!