

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



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°.....

THESE

**ETUDE DE LA SATISFACTION DES
USAGERS AU SERVICE D'ACCUEIL DES
URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE POINT G**

Présentée et soutenue publiquement le .../.../2023 devant la Faculté de
Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : M. Moctar KONE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'État)

Jury

Présidente : Mme. Diénéba DOUMBIA, *Professeur honoraire*

Membre : M. Hammadoun DICKO, *Professeur*

Co-directeur : M. Brahima Adama DIALLO, *Attaché de Recherches*

Directeur : M. Sounkalo DAO, *Professeur*

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Louange à Allah Seigneur des mondes, maître du jour de la rétribution....

Al Hamdu Lilah, Al Hamdu Lilah, Al Hamdu Lilah ... Lequel donc des bienfaits de votre Seigneur nierez-vous ? **S55.V13**

Cette aventure m'a permis d'augmenter en foi et de me rapprocher de mon Seigneur.

Je suis satisfait de toi comme Seigneur, satisfait de l'Islam comme religion satisfaite du Prophète Muhammad (SAW) comme Prophète et messenger.

Par ta grâce j'ai pu terminer ce travail, par ta grâce je serai un médecin en acte.

Je dédie ce travail à :

Notre très cher père : feu Mamadou KONE qui vient de nous quitter malheureusement. Une personne exceptionnelle avec un cœur pur. Aujourd'hui j'ai réalisé ton souhait et je sais que tu es tout aussi fier de moi de là haut. Merci pour tout ton amour et cette bonne éducation. Je te dédie mon travail papa.

A nos très chères mères : Aminata KONE et Fanta FOFANA

Vos prières et vos bénédictions m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études. Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que vous méritez. Qu'Allah vous préserve et vous accorde santé, bonheur, longévité afin que vous profitiez du fruit de ce travail. Je ne vous remercierai jamais assez.

A Mes frères et sœurs

Merci pour votre assistance au quotidien que Dieu vous récompense.

A mon frère Bocar KONE

Je te dédie ce modeste travail avec beaucoup d'affection. Merci pour tout !

A mon épouse : Sanamba SAMAKE

T'épouser est la meilleure chose qui me soit arrivé car tu me rends tellement heureux qu'il me serait impossible de l'expliquer et ton amour est ce qui me permet de tenir quand tout va mal.

Tu es toujours près de moi, dans les moments de joie comme de peine.

Merci de me soutenir et de m'encourager à donner le meilleur de moi-même en toutes circonstances. Merci pour ces précieux enfants (**Massan, Alassane, Boubacar KONE**) !

Qu'Allah nous accorde une longue vie ensemble et nous aide à réaliser nos projets communs.

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette thèse a été possible grâce aux concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance. Je tiens à remercier tous mes professeurs, pour le partage de leurs expériences, leur savoir et leurs conseils.

A mes oncles, tontons et tantes

Merci pour votre soutien, vos inquiétudes à mon égard.

A mes cousins et à mes cousines

Je me garde de citer vos noms au risque d'oublier, recevez ici toute ma reconnaissance et ma profonde gratitude.

A mes neveux et nièces

Je me garde de citer vos noms au risque d'oublier. Soyez rassurés de mon amour.

A Mr Alassane GUINDO et sa famille

Merci pour l'hospitalité, et pour tout ce que vous avez fait et vous continuez de faire pour moi depuis mon enfance. Qu'ALLAH vous récompense et vous accorde une longue vie ! Amen !

A Mr Diadié FOFANA et sa famille et à Mr Adama KONE et sa famille

Vos différents soins m'ont marqué. Recevez le fruit de votre tendresse. Qu'ALLAH vous comble et vous accorde le meilleur, ce que vous désirez de plus cher.

A mes amis : Baya LAH ; Dr Oumar SIDIBE ; etc...

Merci pour l'affection portée à ma personne. Qu'ALLAH facilite vos parcours respectifs

Au personnel du service des urgences du Point G

Merci pour votre accueil chaleureux et votre contribution à la réalisation de ce travail.

A mes collègues internes du service des urgences du Point G : Mamadou KONE, Ibrahima BERTHE, Soumaïla SOUNTOURA

Merci pour ces moments de partage. Puissions-nous rester solidaires !

A toute la neuvième promotion du numerus clausus FMOS/Bamako

Merci pour ces temps passés ensemble. Ces 7 années, ont été pour moi une joie. Que Dieu fasse de nous de très bons médecins pour nos parents et pour nos différentes nations. Bonne continuation !

A tous mes maîtres du premier cycle jusqu'à l'Université

Merci pour l'enseignement reçu. Puisse le bon Dieu vous combler de Ses innombrables bienfaits.

A toute l'équipe CAT-Stat (Centre d'Analyse et de Traitement des données Statistique)

Merci pour les services rendus

J'adresse une pensée intime de prompt rétablissement à tous les malades à quelques points du globe terrestre où ils se trouvent.

Enfin, merci à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail dont je n'ai pas pu citer les noms. Qu'Allah vous préserve !

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Présidente de jury

Professeur Diénèba DOUMBIA

- ✓ Première femme anesthésiste-réanimatrice au Mali,
- ✓ Première femme Maître de Conférences en anesthésie réanimation et médecine d'urgence et de catastrophe à la FMOS,
- ✓ Ancienne Cheffe de service des urgences médico-chirurgicales du CHU du Point-G,
- ✓ Membre de la Société Française d'anesthésie-Réanimation : SFAR,
- ✓ Membre fondatrice de la Société d'Anesthésie Réanimation et de Médecine d'Urgence du Mali : SARMU-MALI,
- ✓ Membre fondatrice de la Société de Télémédecine du Mali,
- ✓ Membre de la Société d'Anesthésie Réanimation d'Afrique Noire Francophone : SARANE,
- ✓ Cheffe de filière des assistants médicaux en Anesthésie-Réanimation à l'Institut national de formation en science de la sante : INFSS

Honorable Maître,

Votre abord facile, votre esprit de critique et votre rigueur scientifique nous ont beaucoup marqué. Vous êtes un exemple palpable pour nous les jeunes futur médecins. Vous un Maître respecté et admiré.

Merci d'avoir accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Veillez agréer cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.

Qu'Allah vous garde encore longtemps auprès de nous ! Amen !

A notre Maître et Juge

Professeur Hammadoun DICKO

- ✓ Maître de Conférences en Anesthésie-réanimation ;
- ✓ Chef de service du bloc opératoire du CHU Point G
- ✓ Membre de la société d'anesthésie réanimation et de médecine d'urgence du Mali SARMU Mali ;
- ✓ Membre de la société d'anesthésie réanimation de l'Afrique francophone SARAF

Cher Maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations, nous honore et témoigne de toute l'attention que vous nous portez. Votre humanisme, votre intégrité, votre rigueur dans le travail bien fait, votre contact facile est autant de qualités irréfutables qui font de vous un maître respecté et admiré. Cher maître, soyez rassuré de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Co-directeur de thèse

Docteur Bréhima Adama Diallo

- ✓ Spécialiste en santé Publique internationale ; Orientation santé et Développement ;
- ✓ Spécialiste en management et Gestion de ressource humaine ;
- ✓ Ancien médecin chef praticien au centre de santé de référence de la commune II ;
- ✓ Ancien chef de division Santé Publique à l'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux ;
- ✓ Directeur Général Adjoint du CHU point G depuis 2018.

Cher Maître,

Avec indulgence et gentillesse, vous avez accepté de codiriger ce modeste travail. Vous nous faites un grand honneur. Vos qualités intellectuelles, votre rigueur dans le travail, votre disponibilité et votre dynamisme font de vous un maître admirable.

Veillez accepter, cher maître, l'expression de notre grande estime et de notre gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Soukalo DAO

- ✓ Professeur titulaire de maladies infectieuses à la FMOS ;
- ✓ Investigateur clinique au centre Universitaire de Recherche Clinique (URC) ;
- ✓ Investigateur clinique au Centre de Recherche et de Formation sur le VIH et la Tuberculose (SEREFO) ;
- ✓ Président de la Société Malienne de Pathologies Infectieuses et Tropicales (SOMAPIT) ;
- ✓ Membre de la Société de Pathologies Infectieuses de Langue Française ;
- ✓ Membre de la Société Africaine de Pathologie Infectieuse (SAPI) ;
- ✓ Chef de service du service des maladies infectieuses du CHU Point G.

Cher maitre,

Nous sommes très honorés de compter parmi vos élèves. Nous ne cesserons jamais de vous remercier de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre rigueur scientifique et votre sens social élevé font de vous un maitre admiré de tous. Nous espérons avoir été à la hauteur de l'estime placée en nous. Trouvez ici, cher maitre toute notre gratitude

LISTE DES ABREVIATIONS

ATCD : Antécédents

Art : Article

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

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 I

CII : Commune II

CIII : Commune III

CIV : Commune IV

CV : Commune V

CVI : Commune VI

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 FIGURES :

Figure 1 : Répartition des patients en fonction du sexe 31
Figure 2 : Répartition des patients en fonction de la résidence 32
Figure 3 : Répartition des patients mariés en fonction du régime matrimonial.. 33
Figure 4 : Répartition des accompagnateurs en fonction de la tranche d'âge 36
Figure 5 : Répartition des accompagnateurs en fonction du sexe..... 37

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau I : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge	30
Tableau II : Répartition des patients en fonction de l'ethnie	31
Tableau III : Répartition des patients en fonction de la profession	32
Tableau IV : Répartition des patients en fonction du statut matrimonial	33
Tableau V : Répartition des patients en fonction du niveau d'étude	34
Tableau VI : Répartition des patients en fonction du mode d'admission	34
Tableau VII : Répartition des patients en fonction du motif d'admission	35
Tableau VIII : Répartition des patients en fonction du diagnostic à l'admission	35
Tableau IX : Répartition des patients en fonction de la durée de séjour	36
Tableau X : Répartition des accompagnateurs en fonction de la profession	37
Tableau XI : Répartition des accompagnateurs en fonction du niveau d'étude .	38
Tableau XII : Répartition des accompagnateurs en fonction du lien de parenté	38
Tableau XIII : Répartition de la satisfaction des accompagnateurs en fonction de leur accueil par l'équipe soignante à l'entrée	39
Tableau XIV : Répartition de la satisfaction des accompagnateurs en fonction de l'attente devant les urgences avant d'y avoir un lit.....	39
Tableau XV : Répartition des accompagnateurs en fonction de la rapidité d'information.....	40
Tableau XVI : Répartition des accompagnateurs en fonction de leur satisfaction par rapport aux informations apportées par les agents de santé.	40
Tableau XVII : Répartition de la satisfaction des accompagnateurs en fonction de la clarté de l'explication donnée.....	41
Tableau XVIII : Répartition de la satisfaction des accompagnateurs en fonction de la courtoisie des soignants	41
Tableau XIX : Répartition de la satisfaction des accompagnateurs en fonction de la disponibilité de l'équipe soignante.....	41
Tableau XX : Répartition des accompagnateurs en fonction qu'ils se soient sentis seuls ou isolés	42
Tableau XXI : Répartition de la satisfaction des accompagnateurs en fonction de la prise en charge de leur proche par l'équipe soignante	42

Tableau XXII : Répartition des accompagnateurs en fonction des éléments de prise en charge par l'équipe soignante qui pourraient être améliorés.....	43
Tableau XXIII : Répartition de la satisfaction des accompagnateurs en fonction des indicateurs de structure	44
Tableau XXIV : Répartition de la satisfaction des accompagnateurs en fonction des indicateurs d'organisation.....	45
Tableau XXV : Répartition de la satisfaction des accompagnateurs en fonction des indicateurs de procédure	46
Tableau XXVI : Répartition des accompagnateurs en fonction de la satisfaction globale	47
Tableau XXVII : Relation entre la satisfaction globale des accompagnateurs et leurs tranches d'âge	47
Tableau XXVIII : Relation entre la satisfaction globale des accompagnateurs et leurs sexes.....	48
Tableau XXIX : Relation entre la satisfaction globale des accompagnateurs et la provenance des malades	48
Tableau XXX : Relation entre la satisfaction globale des accompagnateurs et le diagnostic des malades	49
Tableau XXX : Relation entre la satisfaction globale des accompagnateurs et le diagnostic des malades	50

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS	4
III. GENERALITES	6
IV. METHODOLOGIE.....	24
V. RESULTATS	30
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	52
VII. CONCLUSION.....	59
VIII. RECOMMANDATIONS	60
IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	62
X. ANNEXES	68

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé : « L'évaluation de la qualité des soins est 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 » [1].

La satisfaction du patient est une composante de l'évaluation de la qualité des soins [1]. La mesure de la satisfaction des patients s'inscrit dans un contexte global de montée de la place de l'utilisateur dans l'organisation du système de santé et la place croissante des démarches qualité [1].

Le service rendu au client et donc son appréciation tiennent une place centrale [2]. Les patients sont aujourd'hui des partenaires actifs des soins qui leur sont proposés et leur satisfaction est considérée comme un indicateur de la qualité des soins [3]. Le recueil de leur point de vue est nécessaire pour évaluer la qualité d'un système de soins au même titre que les considérations techniques que pourront livrer les professionnels de santé [2]. La qualité de cette nouvelle relation entre le patient et son médecin et de la satisfaction qu'en exprime le patient doit être évaluée afin d'apporter une amélioration continue [3].

L'hospitalisation d'un patient représente une nuisance qui porte atteinte à l'intégrité physique et psychologique de la personne. Ce contexte particulier fait que certains patients ne sont pas en mesure d'être informés ou de communiquer leurs souhaits concernant leur prise en charge. Ainsi le personnel soignant a tendance à s'adresser spontanément aux proches des patients pour le recueil des informations et la communication sur la prise en charge de celui-ci.

La mesure de la satisfaction des usagers s'appuie sur des moyens multiples : les plaintes, les questionnaires de sortie mais aussi des enquêtes spécifiques ou générales menées à l'initiative des établissements de santé [2]. Bien qu'elle soit présente dans les textes réglementaires un peu partout dans le monde, la satisfaction du patient est un élément qui reste encore trop négligé par les

praticiens [4]. L'analyse de la littérature a montré que les études réalisées sur la satisfaction des patients et accompagnateurs aux **Etats-Unis**, dans les pays nordiques et en **Europe** avaient un taux compris entre 68 et 98% en 2004 [5]. En Afrique, les études sont moins nombreuses. La Tunisie notait un taux de satisfaction de 51% en 2005 [6]. En Afrique de l'Ouest, elles sont encore plus rares. **Yameogo AR et al** [7] dans le service de cardiologie du CHU Yalgado Ouedraogo au **Burkina Faso** ont noté un taux de satisfaction de 78,3%.

Au **Mali**, dans l'étude de **Cissoko AK** [8] au Service des Maladies infectieuses et tropicales (SMIT) du CHU de Point G, 98,5% des accompagnateurs ont pu être jugé très satisfaits.

QUESTION DE RECHERCHE

Les accompagnateurs des patients admis aux urgences du Point G sont-ils satisfaits de la qualité de soins de leurs patients ?

HYPOTHESE DE RECHERCHE

Les indicateurs de structure, d'organisation et de procédure sont satisfaisants dans le Service d'Accueil des Urgences du CHU du Point G.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

1. Objectif général :

Évaluer la satisfaction des usagers du service d'accueil des urgences du
CHU Point G.

2. Objectifs spécifiques :

- ✓ Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients et/ou accompagnateurs admis en consultation et/ou hospitalisés dans le SAU du Point G ;
- ✓ Identifier les caractéristiques cliniques des patients ;
- ✓ Apprécier les éléments de satisfaction des patients et/ou accompagnateurs présents dans le service des urgences ;
- ✓ Déterminer le niveau de satisfaction des patients et/ou accompagnateurs au SAU.

GENERALITES

III.GENERALITES

1. Définitions [8] :

a) **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.

b) **Usagers** : La notion d'usagers s'applique non seulement à la personne malade et à ses proches mais, plus largement, à tout utilisateur avéré ou potentiel du système de santé, dans les domaines sanitaire et médico-social, en établissement comme en ambulatoire.

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) **Évaluation** : 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.

2-Historiques :

La législation a placé la famille comme un interlocuteur indispensable et incontournable lorsque le malade est incompétent. 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 sagesfemmes 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 : [12]

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 tues 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. [24]. 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. À 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 [25]. 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 [26, 27]. 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 » [27]. 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 [28].

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 [29] 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 différent 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 [30].

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 [31]. 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 [32]. 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 [33]. 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 établie 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 quasicertitude 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. [34] 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 [35], ils pensent que « l'obligation pour le médecin débouchera inéluctablement sur un écrit » [36], l'écrit étant considéré comme le seul moyen de se préconstituer 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 [37].

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 [37].

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 termes de malheur, de sanctions dues à la transgression d'interdits, ou encore en évoquant une agression liée à la sorcellerie.

À 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 [38]. 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 [39].

METHODOLOGIE

IV.METHODOLOGIE

1. Cadre et lieu d'étude :

Le CHU du point-G est situé à 8km du centre-ville de Bamako et composé de 22 services cliniques, 5 services médico-techniques et 3 services techniques.

L'étude a été réalisée dans le service d'accueil des urgences du CHU du Point-G. Le service d'accueil des urgences comporte un paquet minimum d'équipement d'urgence :

- Dix-neuf (19) lits équipés chacun d'un moniteur mobile multiparamétrique
- Quatre (04) chariots d'urgence ;
- Du matériel d'aspiration de mucosecretions ;
- Du matériel d'aspiration respiratoire et circulatoire ;
- Un défibrillateur semi-automatique pour chaque lit ;
- Un appareil d'ECG ;
- Des seringues électriques.

La ressource humaine du service d'accueil des urgences compte :

- Un (1) professeur anesthésiste réanimateur, Chef de service ;
- Deux (02) médecins titulaires ;
- Un (1) assistant médical anesthésiste réanimateur, major de service ;
- Quatre (4) médecins généralistes bénévoles ;
- Deux (2) techniciens supérieurs de santé (TSS) ;
- Trois (3) techniciens de santé (TS)
- Quatre (4) aides-soignants ;
- Six (6) techniciens de surface appelés GS ;
- Des stagiaires (étudiants de la FMOS-FAPH et des écoles de santé de la place).

2. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à visée évaluative d'une série de patients admis au service d'accueil des urgences sur une période de 06 mois allant du 1^{er} Juillet au 31 Décembre 2022.

3. Population d'étude :

Cette étude a concerné les patients et/ou accompagnateurs des patients en consultation et/ou hospitalisation au service d'accueil des urgences durant la période d'étude.

4. Échantillonnage :

Nous avons mené un échantillonnage exhaustif de tous les accompagnateurs et les patients vus en consultation et /ou hospitalisés au service d'accueil des urgences.

La taille de notre échantillon est estimée à travers la formule suivante :

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{Z^2 * p * q + (N - 1) * i^2}$$

- **n** : taille de l'échantillon
- **p** : la proportion attendue des malades satisfaits : 50%. **p = 0,5**
- **q** : 1-p = **0,5**
- **i** : la précision absolue souhaitée = **±5%**
- **Z** : valeur dépendante du risque d'erreur alpha (pour alpha=0,05 ; **Z=1,96**)
- **N** : nombre de patients reçus pendant la période d'étude (N = 1115)

$$n = \frac{1,96^2 * 0,5 * 0,5 * 1115}{1,96^2 * 0,5 * 0,5 + 1114 * 0,05^2} = 194$$

$$n = 194$$

La taille minimum de notre échantillon est donc de 194. Par commodité, nous avons ajouté 6 pour compléter à 200 cas.

❖ **Critères d'inclusion :**

Ont été inclus dans l'étude tous patients et/ou accompagnateurs des patients en consultation et/ou hospitalisés au SAU du Point G pendant la période d'étude et ayant accepté de participer à l'enquête.

❖ **Critères de non inclusion :**

N'ont pas été inclus dans l'étude :

- Les patients et/ou accompagnateurs qui ont refusé de participer à l'enquête ;
- Les cas sociaux (patients qui n'ont pas d'accompagnateurs) ;
- Patients non vus au SAU.

5. Matériels et méthode :

5.1. Déroulement de l'enquête :

Les patients et/ou leurs accompagnateurs ont été sollicités après l'admission du patient au service d'accueil des urgences. Une fiche d'enquête a été élaborée contenant des informations, précises, détaillées, délivrées de façon intelligible dans l'anonymat et loyale portant sur les points suivants : les données socio démographiques des patients et leurs accompagnateurs, les indicateurs de structure, d'organisation et de structure.

Pendant la période d'étude, nous avons enregistré 1115 admissions. Les patients qui ne pouvaient pas s'exprimer ont été remplacés par leurs accompagnateurs.

5.2. 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
- Sévérité de la maladie

❖ **Variables quantitatives**

- Age
- La durée du séjour (en jours)
- Temps d'attente

6. Évaluation de la satisfaction des accompagnateurs des patients admis au service d'accueil des urgences

6.1. Questionnaires utilisés (voir annexe)

Les principales variables retrouvées dans le questionnaire ont été les suivantes :

- Accueil par le personnel
- Temps d'attente
- Information sur la maladie
- Condition de séjour
- Transfert dans d'autre service après séjour au SAU
- Qualité de l'équipe soignante dans la prise en charge

6.2. Les indicateurs

Nous avons utilisé certains indicateurs dans le but d'avoir un argument dans l'échelle de satisfaction au SAU.

Plusieurs axes d'intérêt ont été choisis et regroupés en indicateur de structure et en indicateur d'organisation et de procédure.

Ces indicateurs ont été notés sur une échelle de 1 à 10. La satisfaction a été de 0 à 4 pour les non satisfaits, de 5 à 7 les satisfaits et de 8 à 10 les très satisfaits.

a) 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 / ou matériel (service sociale, appui du SMIT) apporté aux familles durant l'hospitalisation ;
- le gêne occasionné par le niveau sonore.

b) Indicateurs d'organisation et de procédure :

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.
- la clarté de l'information délivrée ;
- l'attente avant le compte rendu de certains 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. La saisie et analyse des données :

Les données recueillies sur la fiche d'enquête ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS 26.0. La rédaction a été faite à l'aide du logiciel Microsoft Word2016. Les corrélations entre variables qualitatives ont été recherchées par le test exact de Fisher avec une significativité fixée à 5%.

8. Considération éthique :

Les données ont été collectées dans le strict respect de la confidentialité (en gardant l'anonymat des enquêtés). Un consentement libre et écrit a été obtenu auprès de tous les enquêtés et une assurance leur a été donnée que les résultats issus de l'étude serviront à améliorer la prise en charge des patients.

RESULTATS

V. RESULTATS

Durant les 6 mois d'étude, sur les 1115 patients vus en consultation et/ou hospitalisés au SAU répondant à nos critères d'inclusion, seulement 194 patients ont accepté de participer à notre étude soit un taux de participation de 17,4%. Par commodité, nous avons ajouté 6 pour compléter à 200 cas. A chaque patient correspondait un accompagnateur.

1. Les données sur les patients :

a) Les données sociodémographiques :

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

Tranche d'âge (en année)	Effectif	Pourcentage
< 20	46	23,0
20-30	38	19,0
31-40	69	34,5
41-50	30	15,0
51-60	10	5,0
> 60	7	3,5
Total	200	100,0

L'âge moyen de nos patients était de $42,05 \pm 11,4$ ans avec des extrêmes de 17 et 64 ans.

La tranche d'âge 31-40 ans était la plus représentée soit 34,5%.

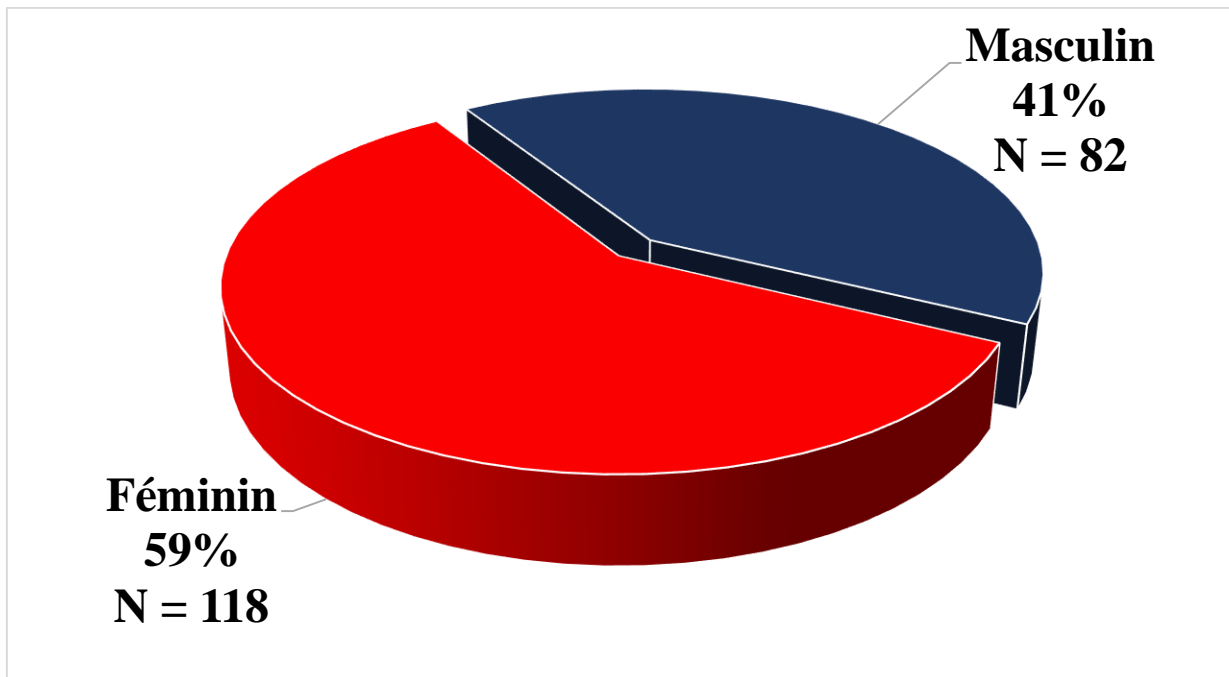


Figure 1 : Répartition des patients en fonction du sexe

Le sexe féminin était majoritaire soit 59% avec un sexe-ratio (H/F) de 0,69.

Tableau II : Répartition des patients en fonction de l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	56	28,0
Bozo	21	10,5
Malinké	32	16,0
Soninké	25	12,5
Senoufo	10	5,0
Dogon	43	21,5
Peulh	13	6,5
Total	200	100,0

Les bambaras étaient les représentés soit 28,0%.

Tableau III : Répartition des patients en fonction de la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Élève/Étudiant	7	3,5
Commerçant	51	25,5
Ménagère	89	44,5
Fonctionnaire	36	18,0
Aide-ménagère	5	2,5
Retraité	8	4,0
Autres*	4	2,0
Total	200	100,0

Autres* : Cultivateur (2) ; Maçon (1) ; Chauffeur (1)

Les ménagères ont dominé notre étude avec 44,5%.

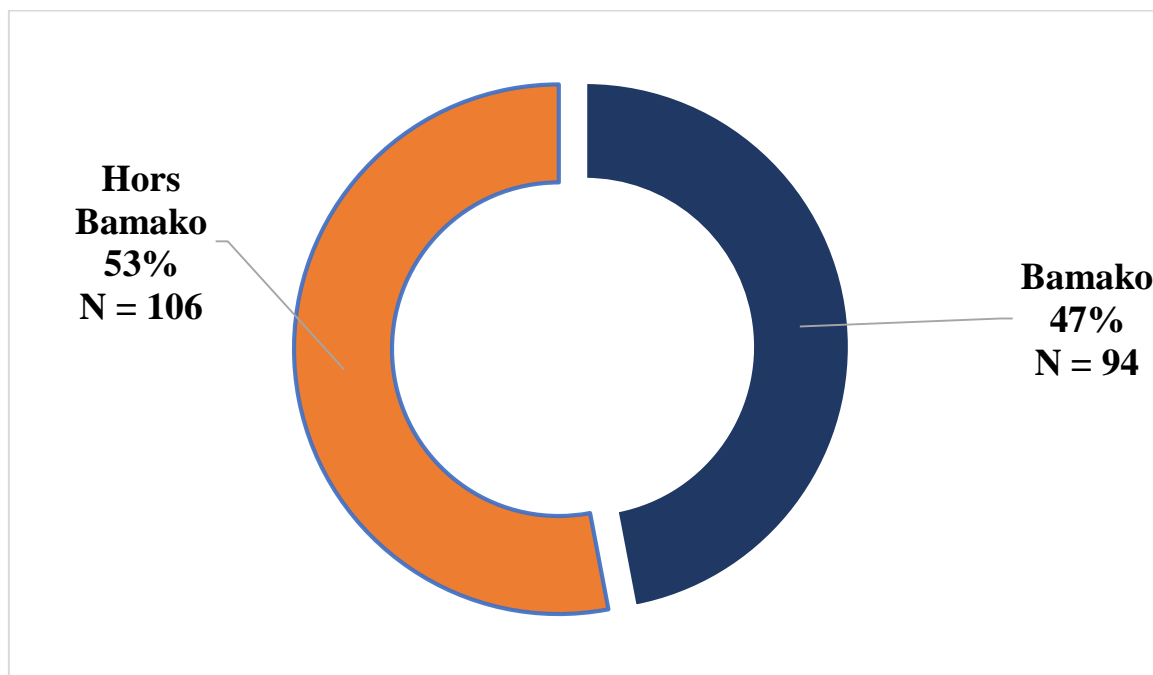


Figure 2 : Répartition des patients en fonction de la résidence

La majorité de nos patients résidait hors Bamako soit 53,0%.

Tableau IV : Répartition des patients en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Marié (e)	115	57,5
Célibataire	69	34,5
Divorcé (e)	5	2,5
Veuf (ve)	11	5,5
Total	200	100,0

La majorité de nos patients était marié soit 57,5%.

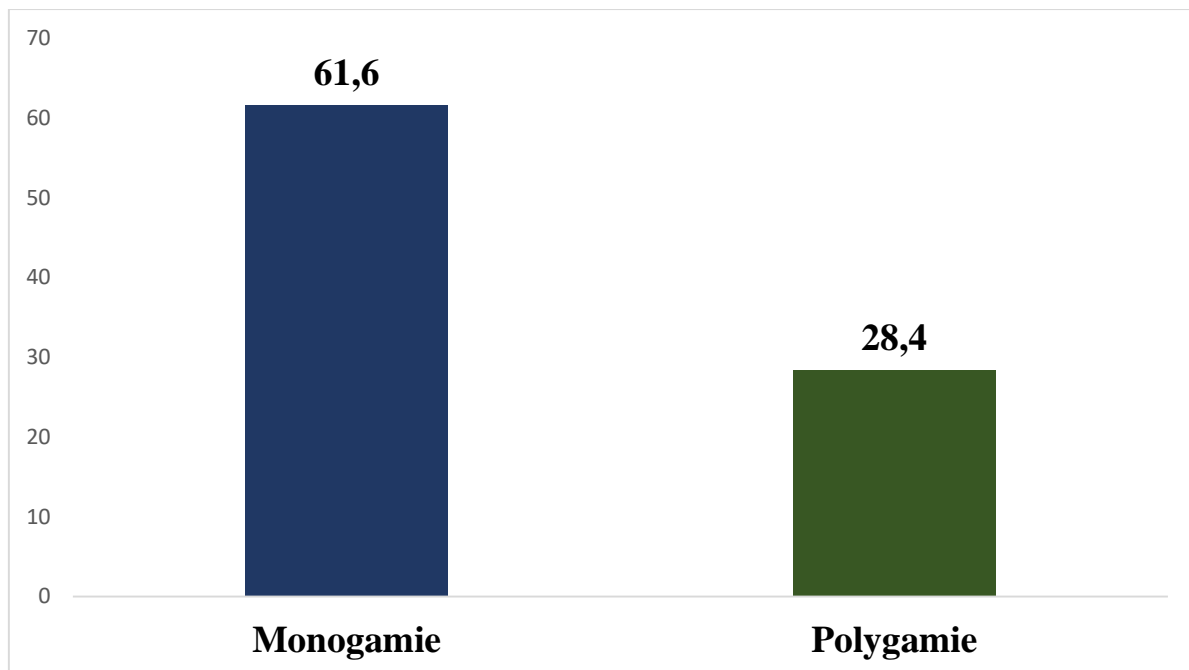


Figure 3 : Répartition des patients mariés en fonction du régime matrimonial

La majorité de nos patients mariés avait un régime monogamique soit 61,6% (71/115).

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

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage
Primaire	7	3,5
Secondaire	4	2,0
Supérieur	46	23,0
Non scolarisé	143	71,5
Total	200	100,0

Plus de la moitié de nos patients n'était pas scolarisé soit 71,5%.

b) Données cliniques :

Tableau VI : Répartition des patients en fonction du mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Référé	163	81,5
Évacué	30	15,0
Venu de lui-même	7	3,5
Total	200	100,0

Plus de la moitié de nos patients avait été référé soit 81,5%.

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

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
Altération de l'état générale	47	23,5
Hémiplégie	33	16,5
OMI	21	10,5
Hématémèse	2	1,0
Altération de la conscience	71	35,5
Détresse respiratoire	6	3,0
Hypoglycémie	11	5,5
Tuméfaction des membres	6	3,0
Autres*	3	1,5
Total	200	100,0

Autres* : Syndrome ulcéreux (1) ; Syndrome anémique (1) ; Néo du col (1)

L'altération de la conscience était le motif d'admission le plus représenté soit 35,5%.

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction du diagnostic à l'admission

Diagnostic à l'admission	Effectif	Pourcentage
AVC	111	55,5
HIV	10	5,0
Insuffisance rénale	51	25,5
Pneumopathie	6	3,0
Hypoglycémie	11	5,5
Érysipèle	4	2,0
Autres*	7	3,5
Total	200	100,0

Autres* : Ulcère gastroduodéal (1) ; Anémie décompensée (1) ; Encéphalite (1) ; Gangrène des membres (1) ; Thrombophlébite (1) ; Néo du col (1) ; AOMI (1)

L'AVC a été le diagnostic à l'admission de 55,5% de nos patients.

Tableau IX : Répartition des patients en fonction de la durée de séjour

Durée de séjour	Effectif	Pourcentage
< 5 jours	97	48,5
5-10 jours	61	30,5
> 10 jours	42	21,0
Total	200	100,0

La durée moyenne de séjour était de $4,9 \pm 1,6$ jours avec des extrêmes de 1 et 11 jours.

Presque la moitié de nos patients avait une durée de séjour inférieure à 5 jours soit 48,5%.

2. Les données sur les accompagnateurs :

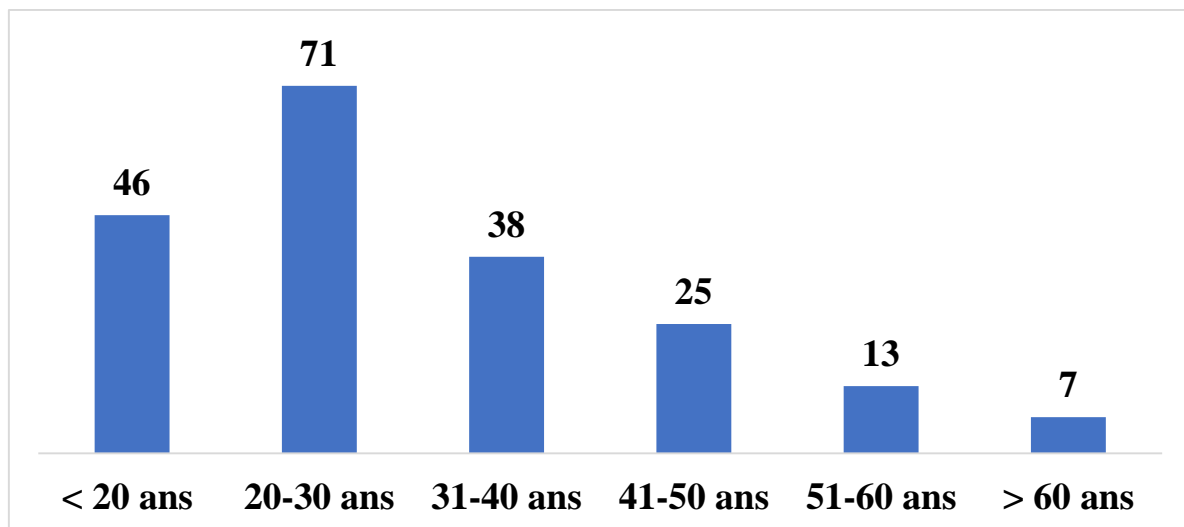


Figure 4 : Répartition des accompagnateurs en fonction de la tranche d'âge

L'âge moyen de nos accompagnateurs était de $28,6 \pm 9,1$ ans avec des extrêmes de 18 et 63 ans.

La tranche d'âge 20-30 ans était la plus représentée soit 35,5% (71/200).

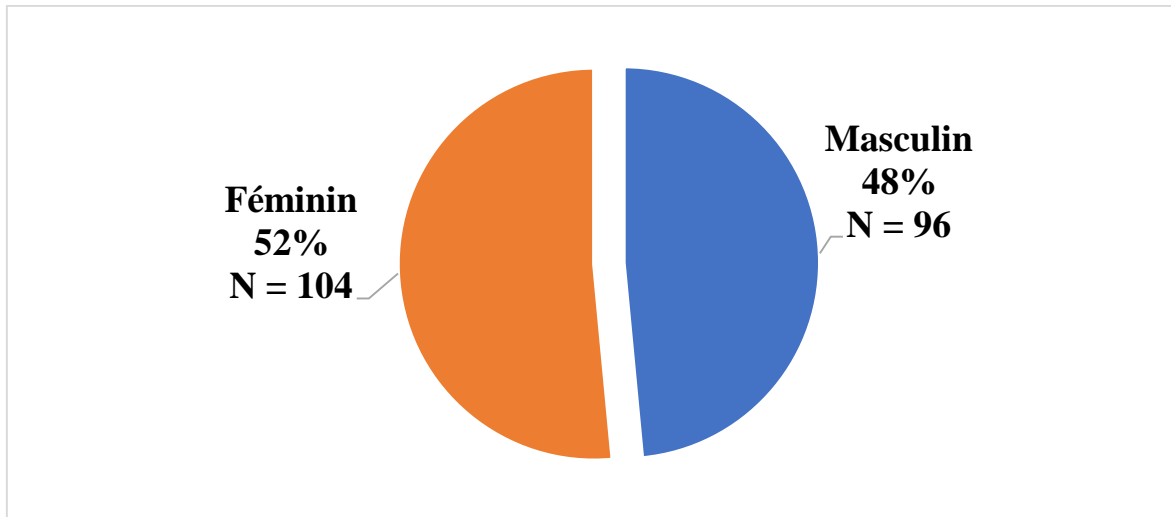


Figure 5 : Répartition des accompagnateurs en fonction du sexe

Le sexe féminin était majoritaire soit 52% avec un sexe-ratio (H/F) de 0,92.

Tableau X : Répartition des accompagnateurs en fonction de la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	88	44,0
Chômeur	6	3,0
Élève/Étudiant	19	9,5
Fonctionnaire	41	20,5
Commerçant	43	21,5
Autres*	3	1,5
Total	200	100,0

Autres* : Électricien (1) ; Chauffeur (1) ; Cultivateur (1)

Parmi les accompagnateurs, les ménagères étaient les plus représentées soit 44,0%.

Tableau XI : Répartition des accompagnateurs en fonction du niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage
Primaire	21	10,5
Secondaire	19	9,5
Supérieur	53	26,5
Non scolarisé	107	53,5
Total	200	100,0

Plus de la moitié de nos accompagnateurs n'était pas scolarisé soit 53,5%.

Tableau XII : Répartition des accompagnateurs en fonction du lien de parenté

Lien de parenté	Effectif	Pourcentage
Conjoint (e)	106	53,0
Parent (père ou mère)	7	3,5
Enfant	67	33,5
Frère ou sœur	20	10,0
Total	200	100,0

Plus de la moitié de nos patients était accompagner par leurs conjoints soit 53,0%.

3. Les données sur la satisfaction :

Tableau XIII : Répartition de la satisfaction des accompagnateurs en fonction de leur accueil par l'équipe soignante à l'entrée

Satisfait de l'accueil par l'équipe soignante	Effectif	Pourcentage
Oui	181	90,5
Non	19	9,5
Total	200	100,0

Presque la totalité de nos accompagnateurs soit 90,5% ont affirmé avoir été satisfaits de l'accueil par l'équipe soignant.

Tableau XIV : Répartition de la satisfaction des accompagnateurs en fonction de l'attente devant les urgences avant d'y avoir un lit

Satisfait de l'attente devant les urgences	Effectif	Pourcentage
Oui	78	39,0
Non	122	61,0
Total	200	100,0

Plus de la moitié de nos accompagnateurs soit 61,0% ont affirmé n'avoir pas été satisfaits de l'attente devant les urgences avant d'y avoir un lit.

Tableau XV : Répartition des accompagnateurs en fonction de la rapidité d'information

Rapidement informé de l'état santé de votre proche	Effectif	Pourcentage
Oui	179	89,5
Non	21	10,5
Total	200	100,0

Presque la totalité de nos accompagnateurs soit 89,5% ont affirmé avoir été rapidement informés de l'état de santé de leur malade.

Tableau XVI : Répartition des accompagnateurs en fonction de leur satisfaction par rapport aux informations apportées par les agents de santé.

Satisfait des informations qui vous ont été apportées par les :	Effectif (N = 200)	Pourcentage
Médecins	196	98,0
Infirmiers et aides-soignants	175	87,5

Presque la totalité de nos accompagnateurs soit 98,0% ont affirmé avoir été satisfaits des informations données par les médecins.

Tableau XVII : Répartition de la satisfaction des accompagnateurs en fonction de la clarté de l'explication donnée

Clarté de l'explication donnée	Effectif	Pourcentage
Oui	198	99,0
Non	2	1,0
Total	200	100,0

Presque la totalité de nos accompagnateurs soit 99% ont affirmé les explications données étaient toujours claires.

Tableau XVIII : Répartition de la satisfaction des accompagnateurs en fonction de la courtoisie des soignants

Satisfait de la courtoisie des soignants	Effectif	Pourcentage
Oui	186	93,0
Non	14	7,0
Total	200	100,0

Presque la totalité de nos accompagnateurs soit 93% ont affirmé avoir été satisfaits de la courtoisie des soignants

Tableau XIX : Répartition de la satisfaction des accompagnateurs en fonction de la disponibilité de l'équipe soignante

Satisfait de la disponibilité de l'équipe soignante	Effectif	Pourcentage
Oui	197	98,5
Non	3	1,5
Total	200	100,0

Presque la totalité de nos accompagnateurs soit 98,5% ont affirmé avoir été satisfaits de la disponibilité de l'équipe soignante.

Tableau XX : Répartition des accompagnateurs en fonction qu'ils se soient sentis seuls ou isolés

Se sentir seul ou isolé	Effectif	Pourcentage
Oui	1	0,5
Non	199	99,5
Total	200	100,0

Seulement un seul accompagnateur soit 0,5% a affirmé s'être sentir seul. Et c'est au moment de l'annonce d'une complication qu'il l'était.

Tableau XXI : Répartition de la satisfaction des accompagnateurs en fonction de la prise en charge de leur proche par l'équipe soignante

Satisfait de la prise en charge	Effectif	Pourcentage
Oui	196	98,0
Non	4	2,0
Total	200	100,0

Presque la totalité de nos accompagnateurs soit 98% ont affirmé avoir été satisfaits de la prise en charge de leur proche par l'équipe soignante.

Tableau XXII : Répartition des accompagnateurs en fonction des éléments de prise en charge par l'équipe soignante qui pourraient être améliorés

Éléments de PEC par l'équipe soignante pourraient être améliorés	Effectif	Pourcentage
Oui	8	4,0
Non	192	96,0
Total	200	100,0

Huit (08) accompagnateurs avaient proposé une amélioration de la prise en charge par l'équipe soignante par rapport aux points suivants : Augmentation du nombre de lit ; augmentation du nombre de personnel soignant ; rapidité de prise en charge.

Tableau XXIII : Répartition de la satisfaction des accompagnateurs en fonction des indicateurs de structure

Indicateur de structure	Effectif (N = 200)	Pourcentage
Calme dans la salle d'attente		
Très satisfait	191	95,5
Satisfait	9	4,5
Insatisfait	0	0,0
Qualité de l'information donnée sur sa maladie		
Très satisfait	196	98,0
Satisfait	3	1,5
Insatisfait	1	0,5
Gêne occasionné par le niveau sonore dans la salle d'hospitalisation		
Très satisfait	199	99,5
Satisfait	1	0,5
Insatisfait	0	0,0
Soutien psychologique		
Très satisfait	178	89,0
Satisfait	18	9,0
Insatisfait	4	2,0
Soutien matériel en argent ou appui du service social		
Très satisfait	182	91,0
Satisfait	16	8,0
Insatisfait	2	1,0

Le calme dans la salle d'attente et la gêne occasionnée par le niveau sonore ont été au minimum satisfaisant pour tous nos enquêtés.

Tableau XXIV : Répartition de la satisfaction des accompagnateurs en fonction des indicateurs d'organisation

Indicateur d'organisation	Effectif (N = 200)	Pourcentage
Rapidité de l'équipe à répondre au besoin		
Très satisfait	199	99,5
Satisfait	1	0,5
Insatisfait	0	0,0
Disponibilité de l'équipe infirmière		
Très satisfait	198	99,0
Satisfait	2	1,0
Insatisfait	0	0,0
Disponibilité de l'équipe médicale		
Très satisfait	196	98,0
Satisfait	4	2,0
Insatisfait	0	0,0
Horaires de visites		
Très satisfait	181	90,5
Satisfait	19	9,5
Insatisfait	0	0,0
Délais de réponse en salle d'attente		
Très satisfait	178	89,0
Satisfait	22	11,0
Insatisfait	0	0

Tous les indicateurs d'organisation ont été au minimum satisfaisant pour tous nos enquêtés

Tableau XXV : Répartition de la satisfaction des accompagnateurs en fonction des indicateurs de procédure

Indicateur de procédure	Effectif (N = 200)	Pourcentage
Qualité des soins		
Très satisfait	197	98,5
Satisfait	3	1,5
Insatisfait	0	0,0
Respect de l'intimité		
Très satisfait	198	99,0
Satisfait	2	1,0
Insatisfait	0	0,0
Clarté de l'information médicale		
Très satisfait	185	92,5
Satisfait	13	6,5
Insatisfait	2	1,0
Lutte contre la douleur		
Très satisfait	199	99,5
Satisfait	1	0,5
Insatisfait	0	0,0
Respect du secret médical		
Très satisfait	195	97,5
Satisfait	5	2,5
Insatisfait	0	0,0
Prise en comptes des souhaits familiaux		
Très satisfait	189	94,5
Satisfait	10	5,0
Insatisfait	1	0,5
Attente avant rendu des examens complémentaires		
Très satisfait	190	95,0
Satisfait	10	5,0
Insatisfait		0

Les accompagnateurs étaient très satisfaits plus dans la lutte contre la douleur, le respect de l'intimité et la qualité de soins avec respectivement 99,5% ; 99% et 98,5%.

Tableau XXVI : Répartition des accompagnateurs en fonction de la satisfaction globale

Satisfaction globale	Effectif	Pourcentage
Insatisfait (< 26)	0	0,0
Satisfait (26 – 36)	9	4,5
Très satisfait (> 36)	191	95,5
Total	200	100,0

Le score moyen de satisfaction était de $42,36 \pm 3,1$ avec des extrêmes de 32 et 50.

Sur un score total de 51 points, 95,5% ont pu être jugé très satisfaits.

Tableau XXVII : Relation entre la satisfaction globale des accompagnateurs et leurs tranches d'âge

Tranche d'âge des accompagnateurs	Satisfaction globale		Total
	Satisfait	Très satisfait	
< 20	3	43	46
20-30	1	70	71
31-40	0	38	38
41-50	1	24	25
51-60	2	11	13
> 60	2	5	7
Total	9	191	200

Test exact de Fisher = 0,031

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le niveau de satisfaction des accompagnateurs et leurs tranches d'âge ($P < 0,05$).

Parmi les accompagnateurs très satisfaits, 36,6% avaient un âge compris entre 20-30 ans (70/191).

Tableau XXVIII : Relation entre la satisfaction globale des accompagnateurs et leurs sexes

Sexe des accompagnateurs	Satisfaction globale		Total
	Satisfait	Très satisfait	
Masculin	1	81	82
Féminin	8	110	118
Total	9	191	200

Test exact de Fisher = 0,071

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le niveau de satisfaction des accompagnateurs et leurs sexes ($P < 0,05$).

La majorité des accompagnateurs très satisfaits était de sexe féminin soit 57,6% (110/191).

Tableau XXIX : Relation entre la satisfaction globale des accompagnateurs et la provenance des malades

Provenance des malades	Satisfaction globale		Total
	Satisfait	Très satisfait	
Hors Bamako	9	97	106
Bamako	0	94	94
Total	9	191	200

Test exact de Fisher = 0,006

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le niveau de satisfaction des accompagnateurs et la provenance des malades ($P < 0,05$).

Les accompagnateurs des malades provenant de Bamako étaient très satisfaits dans la totalité des cas.

Tableau XXX : Relation entre la satisfaction globale des accompagnateurs et le diagnostic des malades

Diagnostic à l'admission	Satisfaction globale		Total
	Satisfait	Très satisfait	
AVC	1	110	111
HIV	6	4	10
Insuffisance rénale	1	50	51
Pneumopathie	0	6	6
Hypoglycémie	0	11	11
Érysipèle	1	3	4
Autres*	0	7	7
Total	9	191	200

Test exact de Fisher = 0,000

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le niveau de satisfaction des accompagnateurs et le diagnostic des malades ($P < 0,05$).

Les accompagnateurs des malades qui avaient le VIH comme diagnostic n'étaient très satisfaits que dans 40% des cas (4/10).

Tableau XXX : Relation entre la satisfaction globale des accompagnateurs et le diagnostic des malades

Durée d'hospitalisation	Satisfaction globale		Total
	Satisfait	Très satisfait	
< 5 jours	0	97	97
5-10 jours	3	58	61
> 10 jours	6	36	42
Total	9	191	200

Test exact de Fisher = 0,019

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le niveau de satisfaction des accompagnateurs et la durée d'hospitalisation ($P < 0,05$).

Les accompagnateurs des malades qui avaient une durée de séjour inférieure à 5 jours étaient très satisfaits dans la totalité des cas.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Fréquence et limite d'étude

Nous avons mené une étude transversale descriptive à viser évaluative afin pour déterminer le niveau de satisfaction des usagers au SAU du CHU Point G sur une période de 06 mois allant du mois de juillet à décembre 2022.

Durant cette étude, nous avons été confrontés à certaines limites et/ou difficultés, qui étaient principalement le refus de certains enquêtés à se soumettre au questionnaire et les biais de mémoire dans certaines réponses ; car sur les 1115 patients hospitalisés au SAU pendant notre période d'étude et répondant à nos critères d'inclusion, seulement 194 patients ont accepté de participer à notre étude soit un taux de participation de 17,4%. **Cissoko AK [9]**, dans le Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) du CHU Point G a retrouvé en 2021 un taux de participation de 87,92%.

2. Les données sur les patients

2.1. Caractéristiques sociodémographiques

❖ Age :

Dans notre étude, l'âge moyen de nos patients était de $42,05 \pm 11,4$ ans avec des extrêmes de 17 et 64 ans. La tranche d'âge 31-40 ans était la plus représentée soit 34,5%. Notre résultat concorde avec celui de **l'INSTAT [40]** qui rapporte que la population malienne est relativement jeune, 48,95% de la population ont un âge compris entre 15 et 45 ans.

Cissoko AK [8] dans son étude a trouvé un résultat similaire au nôtre avec un taux de 45% pour la tranche d'âge moins de 40 ans. Cela pourrait s'expliquer par le fait que cette couche est la plus active de la population.

❖ **Sexe :**

Dans notre étude, le sexe féminin était majoritaire soit 59% avec un sexe-ratio (H/F) de 0,69. Nos résultats sont similaires avec ceux de la littérature [8 ; 41].

Sidiki T [42] dans son étude sur l'évaluation de la satisfaction des accompagnants des patients admis en réanimation au CHU du Point G en 2019, a rapporté un taux de 56,3% de sexe féminin.

Dans l'étude de **Ouédraogo N et al [43]**, le sexe féminin dominait l'échantillon avec une fréquence de 73%.

Nos résultats corroborent avec les données de l'OMS, qui renseigne que les femmes et les filles ont davantage recours aux services de soins de santé que les hommes car leur santé est influencée par les différences biologiques liées au sexe et d'autres déterminants sociaux. Selon la même source, les femmes sont les plus exposées aux maladies sexuellement transmissibles, elles représentent la majorité des personnes vivant avec le VIH dans le monde [44].

❖ **Profession :**

Les ménagères ont dominé notre étude avec 44,5%. Notre résultat est similaire à celui de **Cissoko AK [8]** qui a rapporté un taux de 40,5 % de femmes au foyer et de celui de **Sidiki T [42]** qui a trouvé 47,5% de ménagères.

Ces résultats montrent le taux faible de scolarisation des filles au Mali, comme rapporté par l'UNICEF, qui renseigne que plus de moitié de la population féminine au Mali sont des femmes au foyers et que seulement 73.8% des filles sont inscrites dans l'enseignement primaire de base et au moment où elles atteignent l'enseignement secondaire, la proportion de filles scolarisées n'est que de 15% [45]. Ces données doivent pousser les autorités à s'impliquer davantage dans la scolarisation des filles.

2.2. Caractéristiques cliniques :

Dans notre étude, plus de la moitié de nos patients avait été référé soit 81,5%, l'altération de la conscience était le motif d'admission le plus représenté soit 35,5% et l'AVC a été le diagnostic à l'admission de 55,5% de nos patients. Notre

résultat est en concordance avec ceux de **Sidiki T [42]** et de **Niaré L [46]** qui ont rapporté respectivement un taux de 42,5% et 38,77% pour l'altération de la conscience. L'altération de la conscience étant le motif d'admission le plus fréquent en urgence et réanimation pourrait expliquer ces taux.

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

Dans notre étude, la durée moyenne de séjour était de $4,9 \pm 1,6$ jours avec des extrêmes de 1 et 11 jours. Presque la moitié de nos patients avait une durée de séjour inférieure à 5 jours soit 48,5%. Des résultats similaires ont été retrouvés par **Sidiki T [42]** qui rapporte que près des $\frac{3}{4}$ des patients soient 70% ont duré moins de 4 jours au sein du service. Dans son étude, la durée de séjour moyenne était de $4,04 \pm 4,462$ jours avec des extrêmes de 1 et 32 jours.

3. Les données sur les accompagnants :

À chacun des 200 patients, correspondait à un accompagnateur soit 200 accompagnateurs au total. Parmi eux, l'âge moyen était de $28,6 \pm 9,1$ ans avec des extrêmes de 18 et 63 ans. La tranche d'âge 20-30 ans était la plus représentée soit 35,5%. Le sexe féminin était majoritaire soit 52% avec un sexe-ratio (H/F) de 0,92. Parmi les accompagnateurs, les ménagères étaient les plus représentées soit 44,0% et plus de la moitié n'était pas scolarisé soit 53,5%.

Concernant le lien de parenté avec les patients, plus de la moitié soit 53,0% étaient des conjoints ; 33,5% étaient des enfants ; 10,0% des frères ou sœurs et 3,5% étaient des parents (pères ou mères).

Soumaré et al [47] quant à eux avaient rapporté pour 120 accompagnateurs 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%.

4. Les données sur la satisfaction des enquêtés :

La satisfaction du patient et de son accompagnant est une composante de l'évaluation de la qualité des soins. L'évaluation de la qualité des soins correspond à celle de la structure, du processus, et des résultats. Elle permet de décrire la prise en charge du point de vue patient, d'identifier les problèmes et d'y apporter dans le cas échéant des solutions.

- Ainsi dans notre étude, sur les 200 accompagnants, presque la totalité soit 90,5% ont affirmé avoir été satisfaits de l'accueil par l'équipe soignant.

Dans l'étude de **Yameogo AR et al [7]** au Burkina Fasso, 68,1% des accompagnants étaient satisfaits de l'accueil.

Au CHU du Point G, dans le SMIT, **Cissoko AK [8]** a rapporté que les accompagnants étaient satisfaits de l'accueil et la disponibilité de l'équipe soignant dans 98,5% des cas.

L'accueil du patient et de sa famille dans un service de soin demeure un facteur primordial. C'est pour eux un temps fort, un moment d'imprégnation où ils sont sensibles et vulnérables.

- Beaucoup d'autres points ont été très satisfaisants pour nos accompagnateurs, tels que :
 - La rapidité des informations données par le personnel soignant a été satisfaisante dans 89,5% des cas ;
 - 99% des accompagnateurs ont affirmé que les explications données étaient toujours claires ;

- 98% ont affirmé avoir été satisfaits de la prise en charge de leur proche par l'équipe soignante.

Par ailleurs sur les 200 accompagnateurs, huit (08) avaient proposé une amélioration de la prise en charge par l'équipe soignante par rapport aux points suivants : augmentation du nombre de lit ; augmentation du nombre de personnel soignant ; rapidité de prise en charge.

Dans leur série, **Amadou H et al [48]** ont 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%.

5. Les données sur la satisfaction des différents indicateurs

❖ Indicateur de structure

Notre enquête auprès des 200 accompagnateurs de patients hospitalisés au SAU nous a révélé que le calme dans la salle d'attente et la gêne occasionnée par le niveau sonore ont été au minimum satisfaisant pour tous nos enquêtés. Le calme dans la salle d'attente a été très satisfaisant dans 95,5% et satisfaisant dans 4,5% ; et quant à la gêne occasionnée par le niveau sonore, elle a été satisfaisante dans 99,5% des cas et satisfaisante dans 0,5%.

Par ailleurs, la qualité de livret d'information, le soutien psychologique et le soutien matériel en argent ou appui du service social ont été jugés insatisfaisants dans respectivement 0,5% ; 2,0% et 1,0% des cas.

Soumaré N et al [47] 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**

Tous les indicateurs d'organisation ont été au minimum satisfaisant pour tous nos enquêtés. La rapidité de l'équipe à répondre au besoin était très satisfaisant dans 99,5% des cas et satisfaisant dans 0,5%. La disponibilité de l'équipe médicale a été très satisfaisante dans 99,0% des cas et satisfaisante dans 1,0%.

Nos données se rapproche à celles retrouvées par **Cissoko AK [8]**. Dans son étude, la rapidité de l'équipe à répondre au besoin, la disponibilité de l'équipe médicale, les horaires de visites et le délai de réponse en salle d'attente ont été jugés très satisfaisants par 98,5% des accompagnateurs et satisfaisants par 1,5%. Pour la disponibilité de l'équipe infirmière 94,7% ont affirmé être très satisfaits et 5,3% être satisfaits.

❖ **Indicateur de procédure**

Concernant les indicateurs de procédure, les accompagnateurs étaient très satisfaits plus dans la lutte contre la douleur, le respect de l'intimité et la qualité de soins avec respectivement 99,5% ; 99% et 98,5%.

Notre résultat corrobore avec celui de **Sidiki T [42]**, chez qui, les mieux satisfaisants parmi les indicateurs de procédure ont 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.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION

La mesure de la satisfaction des patients et accompagnants est aujourd'hui une préoccupation générale de tous les établissements de santé. Elle constitue une source d'informations pour l'amélioration de la qualité de soins. Les résultats obtenus dans notre étude sur la satisfaction des accompagnants au SAU du CHU Point G sont encourageants. Cependant, plusieurs propositions d'amélioration de la prise en charge par l'équipe soignante ont été faites par certains accompagnants, notamment l'augmentation du nombre de lit ; l'augmentation du nombre de personnel soignant ; la rapidité de prise en charge. Ces aspects peuvent nettement être améliorés si des mesures correctives sont entreprises. Les études de satisfaction constituent donc un aspect important que nos hôpitaux et doivent inscrire pour une démarche qualité.

VIII. RECOMMANDATIONS

À la fin de notre étude, nous formulons les suivantes :

❖ **Aux autorités sanitaires du Mali**

- ✓ Amélioration des infrastructures hospitalières : Il faut
 - Une salle d'information des accompagnateurs
 - La confection des toilettes adaptées aux personnes à mobilité réduite
 - Création d'un accueil standard pour la sensibilisation et l'information des accompagnateurs.

❖ **Au personnel de santé du CHU du Point G :**

- ✓ Information globale orale associée à un complément écrit.
 - Traçabilité de l'information dans l'observation médicale
- ✓ Information apportée aux accompagnateurs des patients hospitalisés
- ✓ Information coordonnée, apportée par une équipe structurée et visible
 - Connaissance par les accompagnateurs du rôle des soignants
 - Salle d'attente et salle réservée à l'information au service.
- ✓ Comment communiquer avec les accompagnateurs.
 - Réserver une salle à l'information
 - Contenu de l'information
 - Contextualité et temporalité de l'information

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Agence Nationale d'Accréditation en Santé (ANAES)**. La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé, revue de la littérature médicale. Paris : ANDEM/Service Évaluation Hospitalière; 1996. [Google Scholar]
2. **Inspection Générale des Affaires Sociales**. La mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé. Paris : IGAS; 2007. [Google Scholar]
3. **Barlési F, Chabert-Greillier L, Loundou A, et al**. Validation de la version française du Princess Margaret Hospital Patient Satisfaction with Doctor Questionnaire (PMH/PSQ-MD): le F-PMH/PSQ MD. Rev Mal Respir. 2006;23(3):227–36. [PubMed] [Google Scholar]
4. **Vanninneuse A**. La satisfaction du patient en orthopédie-traumatologie. E-Mém Académie Natl Chir. 2004;3(4):9–13. [Google Scholar]
5. **Gasquet I**. Satisfaction des patients et performance hospitalière. Presse Med. 1996;28(29):1610–3. [PubMed] [Google Scholar]
6. **Bougmiza I, Ghardallou ME, Zedini C, et al**. Evaluation de la satisfaction des patientes hospitalisées au service de gynécologie obstétrique de Sousse, Tunisie. Pan Afr Med J. 2011;8:44.
7. **Yameogo AR, Millogo GRC, Palm AF, Bamouni J, Mandi GD, Kologo JK, et al**. Évaluation de la satisfaction des patients dans le service de cardiologie du CHU Yalgado Ouedraogo. Pan Afr Med J. 2017;28:267.
8. **Cissoko Abdoul Karim**. Évaluation de la satisfaction des accompagnateurs des patients admis en hospitalisation dans le Service de Maladies infectieuses et tropicales (SMIT) du CHU de Point G. Thèse de Med (FMOS) : Juin 2021 ; N°21M165 ; 104p.
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 NANCY & STRASBOURG 2006. p26
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.
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. DimensCrit Care Nurs 1994 ; 13 : 2-3.
21. **Cook D.** Patient autonomy versus parentalism. C Care Med 2001;29:24-5.
22. **Azoulay E, Cattaneo I, Ferrand E, Pochard F.** Informations au patient de Réanimation et à ses proches, Ann Fr AnesthRéanim2001; 20:fi129-39
23. **Informations aux patients de réanimation et à leurs proches.** Ann Fr AnesthRéanim 2001 ; 20 :fi119-28

- 24.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.
- 25.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.
- 26.Pochard F, Grassin M, Herve C.** Palliative options at the end of life. *Jama* 1998 ; 279 : 1065-6 ; discussion 1066-7.
- 27.CHU de Liège. Décret N°04/323.00.00** portant charte du malade usager de l'hôpital.
- 28.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.
- 29.Loi N° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90** du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée
- 30.Azoulay É.** L'information au patient en réanimation et à ses proches : le point de vue de la SRLF. *EM-Consulte*. 2001;10(6):571-81.
- 31.Charte Européenne des enfants hospitalisés.** JO des Communautés Européennes.16.06.1986
- 32.Code de déontologie médicale du Mali : décret N° 86-35/AN.RM** portant institution de l'ordre national des médecins
- 33.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 Anesth Réanim* 2000;19:fi42-4
- 34.Kopp N. :** éthique médicale interculturelle : regards francophones 1 e édit. Harmatan, Lyon1. 2006 225p
- 35.Deschamps CL.** 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.

- 36.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.
- 37.ANES.** Service des recommandations et références professionnelles/. Information des patients : recommandations destinées aux médecins. Mars 2000. Disponible sur : [http : //www.anaes.fr/](http://www.anaes.fr/)
- 38.Azoulay E ; Chevret S ; Leleu G.** Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians Crit Care Med 2000; 28:3044-3049
- 39.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. Disponible sur : <http://www.evipnet.org/sure>.
- 40.Institut National de Statistique du Mali.** Enquête modulaire et permanente auprès des ménages (EMOP). Rapport d'analyse premier passage Novembre 2019. P74.
- 41.Samake F.** Profil des pathologies en hospitalisation dans un Service de Maladies Infectieuses et Tropicales à l'ère du VIH : cas de Bamako. [Thèse Med] FMOS 2015, p101, N°15M166.
- 42.Sidiki Tessougué.** EVALUATION DE LA SATISFACTION DES ACCOMPAGNANTS DES PATIENTS ADMIS EN REANIMATION POLYVALENTE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) DU POINT-G. Thèse de Med (FMOS) 2019 ; N°19M452 ; 107p.
- 43.Ouedrago N, Niakera A, Somne A, Barro S, Ouedrago H, Saou J.** Cahier d'étude et de recherche francophone/santé : 2002. 12(4) : 375-82.
- 44.OMS.** Santé des femmes. Septembre 2018. [En ligne]. [cité le 2 avril 2023]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>

- 45.** UNICEF. Éducation des enfants. 2020. [En ligne]. [cité le 2 avril 2023].
Disponible : <https://www.unicef.org/mali/%C3%A9ducation>
- 46.** Niaré L. Morbidité et mortalité en réanimation au CHU de Kati. Thèse de Méd, Bamako, 2012, N°45. p87
- 47.** 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.
- 48.** 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.

ANNEXES

X. ANNEXES

- **Fiche signalétique**

Nom : KONE

Prénom : Moctar

Email : konemoctar272@gmail.com

Titre de la thèse : Etude de la satisfaction des usagers au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire Point G

Centre d'intérêt : Urgence ; Santé publique

Année universitaire : 2022-2023

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Résumé :

La satisfaction du patient est une composante de l'évaluation de la qualité des soins. La mesure de la satisfaction des patients s'inscrit dans un contexte global de montée de la place de l'utilisateur dans l'organisation du système de santé et la place croissante des démarches qualité. Notre objectif était d'évaluer la satisfaction des usagers du service d'accueil des urgences du CHU Point G. Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à visée évaluative d'une série de patients admis au service d'accueil des urgences sur une période de 06 mois allant du 1^{er} Juillet au 31 Décembre 2022. Durant les 6 mois d'étude, sur les 1115 patients vus en consultation et/ou hospitalisés au SAU répondant à nos critères d'inclusion, seulement 194 patients ont accepté de participer à notre étude soit un taux de participation de 17,4%. Par commodité, nous avons ajouté 6 pour compléter à 200 cas. A chaque patient correspondait un accompagnateur. L'âge moyen de nos patients était de 42,05±11,4 ans avec des extrêmes de 17 et 64 ans. La tranche d'âge 31-40 ans était la plus représentée soit 34,5%. Le sexe féminin était majoritaire soit 59% avec un sexe-ratio (H/F) de 0,69. Plus de la moitié de nos patients avait été référé soit 81,5%. L'AVC a été le diagnostic à l'admission de 55,5% de nos patients. Presque la moitié de nos patients avait une durée de séjour inférieure à 5 jours soit 48,5%. Presque la totalité de nos accompagnateurs soit 90,5% ont affirmé avoir été satisfaits de l'accueil par l'équipe soignante. Plus de la moitié soit 61,0% ont affirmé n'avoir pas été satisfaits de l'attente devant les urgences avant d'y avoir un lit. Presque la totalité soit 89,5% ont affirmé avoir été rapidement informés de l'état de santé de leur malade. Presque la totalité soit 98,0% ont affirmé avoir été satisfaits des informations données par les médecins. Presque la totalité soit 98,5% ont affirmé avoir été satisfaits de la disponibilité de l'équipe soignante. Presque la totalité soit 98% ont affirmé avoir été satisfaits de la prise en charge de leur proche par l'équipe soignante. Huit (08) accompagnateurs avaient proposé une amélioration de la prise en charge par l'équipe soignante par rapport aux points suivants : Augmentation du nombre de lit ; augmentation du nombre de personnel soignant ; rapidité de prise en charge. Le calme dans la salle d'attente et la gêne occasionnée par le niveau sonore ont été au minimum satisfaisant pour tous nos enquêtés. Tous les indicateurs d'organisation ont été au minimum satisfaisant pour tous nos enquêtés. Les accompagnateurs étaient très satisfaits plus dans la lutte contre la douleur, le respect de l'intimité et la qualité de soins avec respectivement 99,5% ; 99% et 98,5%. Le score moyen de satisfaction était de 42,36±3,1 avec des extrêmes de 32 et 50. Sur un score total de 51 points, 95,5% ont pu être jugé très satisfaits. Nous avons trouvé une relation statistiquement

significative entre le niveau de satisfaction des accompagnateurs et leurs tranches d'âge (**P = 0,031**). Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le niveau de satisfaction des accompagnateurs et la provenance des malades (**P = 0,006**). Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le niveau de satisfaction des accompagnateurs et la durée d'hospitalisation (**P = 0,019**). Les accompagnateurs des malades qui avaient une durée de séjour inférieure à 5 jours étaient très satisfaits dans la totalité des cas.

Mots clés : Satisfaction ; Usagers ; SAU

- **Data sheet**

Last name: KONE

First Name: Moctar

Email: konemoctar272@gmail.com

Title of thesis: Etude de la satisfaction des usagers au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire Point G

Area of interest: Emergency ; Public health

Academic year: 2022-2023

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine, Pharmacy and Odontostomatology.

Summary:

Patient satisfaction is a component of the evaluation of the quality of care. Measuring patient satisfaction is part of a global context in which the role of the user in the organisation of the healthcare system is increasing and quality approaches are becoming more and more important. Our aim was to assess the satisfaction of users of the emergency department at the Point G University Hospital. This was a descriptive cross-sectional study aimed at evaluating a series of patients admitted to the emergency department over a period of 6 months, from 1 July to 31 December 2022. During the 6 months of the study, of the 1115 patients seen in consultation and/or hospitalised in the emergency department who met our inclusion criteria, only 194 patients agreed to take part in our study, i.e. a participation rate of 17.4%. For convenience, we added 6 to complete the 200 cases. Each patient was assigned a companion. The mean age of our patients was 42.05 ± 11.4 years, with extremes of 17 and 64 years. The 31-40 age group was the most represented (34.5%). The majority of patients were female (59%), with a sex ratio (M/F) of 0.69. More than half of our patients had been referred, i.e. 81.5%. Stroke was the diagnosis on admission for 55.5% of our patients. Almost half of our patients (48.5%) had a length of stay of less than 5 days. Almost all of our carers (90.5%) said they were satisfied with the way they were greeted by the nursing team. More than half (61.0%) said they were not satisfied with the wait outside emergency before being offered a bed. Almost all (89.5%) said they had been quickly informed of their patient's state of health. Almost all (98.0%) said they were satisfied with the information given by doctors. Almost all (98.5%) said they were satisfied with the availability of the healthcare team. Almost all (98%) said they were satisfied with the way their relative was looked after by the healthcare team. Eight (08) carers suggested that the care provided by the nursing team should be improved in the following areas: Increase in the number of beds; increase in the number of nursing staff; speed of care. Quietness in the waiting room and noise levels were at least satisfactory for all our respondents. All organisational indicators were at least satisfactory for all our respondents. Caregivers were most satisfied with pain control, respect for privacy and quality of care, with scores of 99.5%, 99% and 98.5% respectively. The average satisfaction score was 42.36 ± 3.1 , with extremes of 32 and 50. Out of a total score of 51 points, 95.5% were considered very satisfied. We found a statistically significant relationship between the level of satisfaction of carers and their age group ($P = 0.031$). We found a statistically significant relationship between caregiver satisfaction and patient origin ($P = 0.006$). We found a statistically significant relationship between caregiver satisfaction and length of hospitalisation ($P = 0.019$). Companions of patients with a length of stay of less than 5 days were very satisfied in all cases.

Key words: Satisfaction; Users; SA

• **Fiche d'enquête :**

Dossier N°....

1. Données sur le malade

1.1. Données sociodémographiques

Age(en année)Sexe: 1) masculin 2) féminin

Ethnie : /_/ 1°) Bamako 2°) Malinké 3°) Bozo 4°) Soninké,

5°) Senoufo 6°) Bobo 7°) Minianka 8°) Sonhaï 9°) dogon 10°)

Kassonke 11°) Peulh 12°) Mossi 13°) Autre---²

Profession : 1°) Elève/étudiant(e) ; 2°) Commerçant (e) ;

3°) fonctionnaire ; 4°) ; Profession libérale ; 5°) Femme du foyer

6°) Aide-ménagère 7°) Retraité ; 8°) Autre

Résidence : 1°) Bamako ; 2°) Hors Bamako .

Statut matrimonial : 1. Marié ; 2. Célibataire ; 3. Divorcé (e) ;

4°) Veuf (Ve)

Régime matrimonial : 1°) Monogame 2°) Polygame .

Niveau d'étude : 1. Primaire ; 2. Secondaire ; 3. Supérieur ;

4. Non scolarisé.

1.2. Condition d'admission du malade :

Motifs d'admission : -----

Modèle de référence : 1. Venu de lui-même ; 2. Référé ;

3. Evacué .

1.3 Données clinique et évolutive du malade :

Diagnostique à l'admission : -----

Durée de séjour : ----- jours

Etat de santé antérieur : -----

Sévérité de la maladie : -----

ATCD d'hospitalisation : 1°) Oui ; 2°) Non Si oui, service -----

coût total : ----- FCFA.

2. Caractéristique des accompagnateurs :

2.1 Données sociodémographiques :

Age (en année) : -----Sexe : 1. Masculin 2. Féminin

Profession : 1°) Elève/étudiant(e) ; 2°) Commerçant (e) ;

3°) fonctionnaire ; 4°) ; Profession libérale ; 5°) Femme au foyer
; 6°) Aide-ménagère ; 7°) Retraité ; 8°) Autre .

Résidence : -----

Niveau d'étude :

1. Primaire ; 2. Secondaire ; 3. Supérieur ;

4. Non scolarisé (e) .

Lien de parente : 1°) Conjoint (e) ; 2. Père ; 3°) Mère 4°) Enfant

5°) frère ou sœur ; 6°) Autre à préciser.....

2.2. Etat de satisfaction :

2.2.1. Êtes-vous satisfait :

✓ De l'accueil de l'équipe soignante 1°) Oui 2°) Non

✓ De l'attente devant les urgences avant d'y avoir un lit ? 1°) Oui
2°) Non

2.2.2. Avez-vous été rapidement informé de l'état de santé de votre proche par le médecin ? 1°) Oui 2°) Non .

2.2.3. Etes-vous satisfaits des informations qui vous ont été apportées par :

-Les médecins ? 1°) Oui 2°) Non .

-Les infirmier (e) s et aide soignants (es) ? 1°) Oui ; 2°) Non .

2.2.4. Les explications données étaient-ils claires ? 1°) Oui 2°) Non

2.2.5. Etes-vous satisfait de :

▪ La courtoisie des soignante ? 1°) Oui 2°) Non .

▪ La disponibilité de l'équipe soignante ? 1°) Oui 2°) Non

2.2.6. Vous-est-il arrivé de vous sentir seul ou isolé ? 1°) Oui 2°) Non

Si oui, à quel (s) moment (s). ?

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

2.2.7. Un accompagnement psychologique vous a-t-il été proposé ? 1°) Oui
2°) Non .

2.2.8. Etes vous satisfait des conditions de transfert dans un autre service ?

1°) Oui 2°) Non .

2.2.9. Etes-vous satisfait de la prise en charge de votre proche par l'équipe de soignante, 1°) Oui 2°) Non .

2.2.10. Pensez-vous que les éléments de la prise en charge par l'équipe soignante pourraient être améliorés ? 1°) Oui 2°) Non Si oui, les quels : -----

2.2.11. Etes vous satisfait de l'état d'hygiène du structure 1°) Oui

2°) Non

2.2.12. Etes vous satisfait de :

- ✓ Du coût des médicaments 1°) Oui 2°) Non .
- ✓ Coûts des examens complémentaires 1°) Oui 2°) Non .
- ✓ Du rythme des examens 1°) Oui 2°) Non .

2.2.13. Si Décès :

- ✓ Etes vous satisfait de la façon de l'annonce 1°) Oui 2°) Non .
- ✓ Etes-vous satisfait des conditions de transfert du corps à la morgue ?
1°) Oui 2°) Non .

**ETUDE DE LA SATISFACTION DES USAGERS AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES DU CENTRE
HOSPITALIER UNIVERSITAIRE POINT G**

	Satisfait	Non Satisfait
Indicateur de structure		
Calme dans la salle d'attente		
Qualité livret d'information		
Gene occasionné par le niveau de sonore		
Soutien psychologique		
Soutien matériel		
Indicateur d'organisation		
Rapidité de l'équipe à répondre au besoin		
Disponibilité de l'équipe de l'infirmière		
Disponibilité de l'équipe médicale		
Horaires de visites		
Délais de réponse en salle d'attente		
Indicateur de procédure		
Qualité de soin		
Respect de l'intimité		
Clarté de l'information médicale		
Lutte contre la douleur		
Respect du secret médical		
Prise en compte des souhaits familiaux		
Attente avant rendu des examens complémentaires		

• **Serment d'Hippocrate**

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et 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 audessus 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 leur père.

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.