

MINISTRE DE L'EDUCATION  
NATIONALE



REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple - Un But - Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE  
BAMAKO (USTTB)  
FACULTE DE PHARMACIE (FAPH)

Année universitaire 2017 – 2018

N°.....

## THEME :

*Etude de la satisfaction des patients en Hémodialyse  
dans le service de Néphrologie du CHU du Point G,  
Bamako Mali*

## THESE

Présentée et soutenue publiquement, le 29 /12 /2018 devant la Faculté de  
Pharmacie de Bamako, MALI

**Par M. Badra Aliou DEMBELE**

Pour obtenir le grade de Docteur en Pharmacie

(Diplôme d'Etat)

## JURY

Président :

Professeur Elimane MARIKO

Membres :

Docteur Hamadoun YATTARA

Docteur Aboubacar Alassane Oumar

Co-Directeur :

Docteur Issa COULIBALY

Directeur :

Professeur Saibou MAIGA

**LISTE DES MEMBRES DE L'ADMINISTRATION ET DU CORPS ENSEIGNANT A  
LA FACULTÉ DE PHARMACIE  
ANNEE UNIVERSITAIRE 2017-2018.**

**ADMINISTRATION**

**DOYEN :** M. Boubacar TRAORE, Professeur

**VICE-DOYEN :** M. Ababacar MAIGA, Professeur

**SECRÉTAIRE PRINCIPAL :** M. Seydou COULIBALY, Administrateur Civil

**AGENT COMPTABLE :** M. Famalé DIONSAN, Contrôleur des Finances.

**LES PROFESSEURS HONORAIRES**

M. Boubacar	Sidiki CISSE	Toxicologie
M. Mahamadou	CISSE	Biologie
M. Daouda	DIALLO	Chimie Générale et Minérale
M. Souleymane	DIALLO	Bactériologie, Virologie
M. Kaourou	DOUCOURE	Physiologie
M. Boulkassoum	HAÏDARA	Législation
M. Moussa	HARAMA	Chimie Organique (décédé)
M. Gaoussou	KANOUTE	Chimie Analytique
M. Alou A.	KEÏTA	Galénique
M. Mamadou	KONE	Physiologie
M. Mamadou	KOUMARE	Pharmacognosie
M. Brehima	KOUMARE	Bactériologie/Virologie
M. Abdourahamane S.	MAÏGA	Parasitologie
M. Elimane	MARIKO	Pharmacologie

**DER : SCIENCES BIOLOGIQUES ET MEDICALES**

**1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE**

M. Mounirou	BABY	Hématologie
M. Bakary M.	CISSE	Biochimie
M. Abdoulaye	DABO	Biologie/Parasitologie
M. Alassane	DICKO	Santé Publique
M. Amagana	DOLO	Parasitologie-Mycologie

M. Ousmane	KOITA	Biologie-Moléculaire
M. Mahamadou	DIAKITE	Immunologie-Génétique
M. Akory	Ag IKNANE	Santé Publique/Nutrition
M. Boubacar	TRAORE	Parasitologie-Mycologie

## **2. MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRE DE RECHERCHE**

M. Flabou	BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
M. Abdoulaye	DJIMDE	Parasitologie-Mycologie
M. Bourèma	KOURIBA	Immunologie, Chef de DER
M. Ousmane	TOURE	Santé Publique/ Santé environnement

## **3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE**

M. Mohamed	AG BARAIKA	Bactériologie-virologie
M. Charles	ARAMA	Immunologie
M. Boubacar	Tiétié BISSAN	Biologie clinique
M. Seydou Sassou	COULIBALY	Biochimie clinique
Mme.Djénèba Koumba	DIABITAO	Biologie moléculaire
M. Laurent	DEMBELE	Biotechnologie microbienne
M.Klétigui Kasimir	DEMBELE	Biochimie clinique
M. Seydina S. A.	DIAKITE	Immunologie
M. Yaya	GOÏTA	Biochimie clinique
M. Aldjouma	GUINDO	Hématologie
M. Ibrahima	GUINDO	Bactériologie Virologie
M. Kassoum	KAYENTAO	Santé Publique/ Bio statistiques
Mme. Aminatou	KONE	Biologie Moléculaire
M. Birama Apho	LY	Santé publique
M. Dinkorma	OUOLOGUEM	Biologie cellulaire
M. Issaka	SAGARA	Santé Publique/ Bio statistiques
M. Samba Adama	SANGARE	Bactériologie
M. Fanta	SANGHO	Santé publique/ Santé communautaire
M. Mahamadou S.	SISSOKO	Santé Publique/ Bio statistiques
M. Djibril Mamadou	COULIBALY	Biochimie clinique
M. Souleymane	DAMA	Parasitologie entomologie Med

M. Oumar SANGHO Epidémiologie

#### **4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE**

M. Djeneba	COULIBALY	Nutrition/Diététique
M. Issa	DIARRA	Immunologie
M. Mamadou Lamine	DIARRA	Botanique –Biologie végétale
Mme. Fatou	DIAWARA	Epidémiologie
Mme Merepen dit Agnès	GUINDO	Immunologie
M. Oumar	GUINDO	Epidémiologie
M. Falaye	KEÏTA	Santé publique/Santé environnement
Mme. N'Deye Lailah Nina	KOITE	Nutrition
M. Yacouba	MAÏGA	Bio Statistique
M. Amadou Birama	NIANGALY	Parasitologie-Mycologie
M. Diakaridja	TRAORE	Hématologie

### **DER : SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

#### **1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE**

M. Drissa	DIALLO	Pharmacognosie
M. Saïbou	MAÏGA	Législation
Mme. Rokia	SANOGO	Pharmacognosie Chef de DER

#### **2. MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRE DE RECHERCHE**

Néant

#### **3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE**

M. Loséni	BENGALY	Pharmacie hospitalière
M. Bakary M.	CISSE	Galénique
M. Yaya	COULIBALY	Législation
M. Issa	COULIBALY	Gestion
Mme Balla F.	COULIBALY	Pharmacie Hospitalière
M. Hama Boubacar	MAÏGA	Galénique
M. Moussa	SANOGO	Gestion
Mme. Adiaratou	TOGOLA	Pharmacognosie

M. Antoine DARA Biologie Moléculaire

#### **4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE**

M. Seydou L	COULIBALY	Gestion Pharmaceutique
M. Daouda L.	DEMBELE	Pharmacognosie
M. Adama	DENOU	Pharmacognosie
M. Sekou	DOUMBIA	Pharmacognosie
M. Mahamane	HAÏDARA	Pharmacognosie
Mme Assitan	KALOGA	Législation
M. Ahmed	MAÏGA	Législation
Mme Aïchata B. A.	MARIKO	Galénique
M. Aboubacar	SANGHO	Législation
M. Bourama	TRAORE	Législation
M. Karim	TRAORE	Sciences Pharmaceutiques
M. Sylvestre	TRAORE	Gestion Pharmaceutique
Mme Aminata T.	TRAORE	Pharmacie Hospitalière
M. Mohamed dit S.	TRAORE	Pharmacie Hospitalière

### **DER : SCIENCES DU MÉDICAMENT**

#### **1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE**

M. Ousmane	DOUMBIA	Pharmacie Chimique
M. Benoit	Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
M. Ababacar I.	MAÏGA	Toxicologie

#### **2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE**

M Sékou	BAH	Pharmacologie, Chef de DER
---------	-----	----------------------------

#### **3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE**

M. Dominique P.	ARAMA	Pharmacie Clinique
M. Mody	CISSE	Chimie Thérapeutique
M. Ousmane	DEMBELE	Chimie Thérapeutique
M. Tidiane	DIALLO	Toxicologie

M. Hamadoun Abba	TOURE	Bromatologie
M. Ousmane	DEMBELE	Chimie Thérapeutique

#### **4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE**

M. Mahamadou	BALLO	Pharmacologie
Mme Dalaye B.	COULIBALY	Chimie Analytique
M. Blaise	DACKOOU	Chimie Analytique
Mme Fatoumata	DAOU	Pharmacologie
M. Abdourahamane	DIARA	Toxicologie Bromatologie
M. Aiguerou dit A.	GUINDO	Pharmacologie
M. Madani	MARIKO	Chimie Analytique
M. Mohamed E. B.	NACO	Chimie Analytique
M. Mahamadou	TANDIA	Chimie Analytique
M. Dougoutigui	TANGARA	Chimie Analytique

### **DER : SCIENCES FONDAMENTALES**

#### **1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE**

M. Moctar	DIALLO	Biologie / Chef de DER
M. Cheick F	TRAORE	Biologie/ Entomologie
M.Mamadou	TRAORE	Génétique

#### **2. MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRE DE RECHERCHE**

M.Lassana	DOUMBIA	Chimie appliquée
-----------	---------	------------------

#### **3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE**

M. Abdoulaye	KANTE	Anatomie
M. Boureima	KELLY	Physiologie Médicale

#### **4. ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE**

M. Seydou	SIMBO DIAKITE	Chimie Organique
M. Modibo	DIALLO	Génétique
M. Moussa	KONE	Chimie organique
M. Massiriba	KONE	Biologie Entomologie

### **CHARGES DE COURS (VACATAIRES)**

M. Cheick O.	BAGAYOKO	Informatique Médicale
M. Babou	BA	Anatomie
M. Adourahamane	COULIBALY	Anthropologie Médicale
M. Souleymane	COULIBALY	Psychologie Clinique
M. Bouba	DIARRA	Bactériologie
M. Modibo	DIARRA	Nutrition
M. Moussa I	DIARRA	Biophysique
M. Babacar	DIOP	Chimie
M. Atimé	DJIMDE	Bromatologie
M. Yaya	KANE	Galénique
M. Boubacar	KANTE	Galénique
M. Aboubakary	MAÏGA	Chimie Organique
M. Massambou	SACKO	SCMP/SIM
M. Modibo	SANGARE	Anglais
M. Sidi B.	SISSOKO	Histologie-Embryologie
Mme Fatoumata	SOKONA	Hygiène du Milieu
M. Fana	TANGARA	Maths
M. Abdel K.	TRAORE	Pathologies Médicales
M. Boubacar	ZIBEÏROU	Physique

## DEDICACES

Nous dédions ce travail à DIEU le Tout Puissant, le Tout Miséricordieux, le Tout Clément ; Qui nous a permis de voir ce jour. Cet aboutissement introduit un autre chapitre dans notre vie.

### **A ma famille**

Toutes ces années passées loin de vous ont été pour moi longues, dures et riches  
En expérience et en maturité.

Seuls votre amour et votre soutien m'ont donné la force de continuer sans fléchir.

Ce travail est le fruit de vos efforts, de vos sacrifices et de vos bénédictions. Il vous est entièrement dédié et trouvez-en lui l'expression de toute ma reconnaissance et de mon grand amour envers vous.

Nous dédions cette thèse aussi à nos parents en témoignage de tous les sacrifices consentis pour leur progéniture :

A mon père, **Keta DEMBELE** : vous nous avez toujours montré le chemin de l'humilité, la droiture, de l'honnêteté et du travail bien fait. Ta rigueur dans l'éducation a guidé nos pas. Vous êtes le père qui à tout moment de notre existence a été présent et disponible.

A ma mère, **Adama DIALLO** : mère soucieuse du devenir et de l'avenir de ses enfants, mère dont les prières et bénédictions n'ont jamais failli, recevez tout notre profond amour.

Chères parents, nous ne vous trouverons jamais les mots justes pour vous exprimer toutes nos reconnaissances. Ce travail est le fruit de votre combat et de votre patience. Qu'Allah vous prête longue et bonne vie pour le savourer.

A mon épouse **Aissa Tembely**, dont l'assistance ne m'a jamais manqué.



## REMERCIEMENTS

Nous remercions sincèrement le corps professoral de la Faculté de Pharmacie pour le savoir, le savoir être et le savoir-faire transmis. Qu'il retrouve ici l'expression de notre gratitude.

A ma maman, Adama Diallo : Mère attentive et affective, votre dévouement, votre sacrifice, votre amour pour nous fait de vous une mère exemplaire. Que Dieu te prête une longue vie afin que vous puissiez goûter aux fruits de ce travail.

A mes tontons et tantes : Votre sympathie, votre soutien moral m'ont aidé pour ce travail.

A tous mes frères et sœurs et à tous mes remerciements s'adressent :

A la 10<sup>e</sup> promotion du numerus clausus pour leur soutien et encouragement recevez ici tous mes remerciements.

A tout le personnel de la Pharmacie Vigil Pharma Merci pour vos soutiens et votre accompagnement.

A tout le personnel du service de Néphrologie et d'hémodialyse, recevez ici mes remerciements les plus profonds pour la réussite de ce travail.

A tous mes amis de la faculté et à mes proches.

A tous ceux qui ont apporté leur soutien moral et matériel pour la réalisation de ce travail et que nous avons omis de citer. Nous les remercions de tout cœur. Merci pour votre soutien.

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DE JURY**

**A notre maître et Président du jury**

**Pr Elimane MARIKO**

**Professeur honoraire de pharmacologie,**

**Président de l'association Domba yiriwaton,**

**Ancien Directeur du Service de Santé des Armées,**

**Ancien coordinateur de la cellule sectorielle de Lutte Contre le SIDA du  
Ministère de la défense et des anciens combattants,**

**Premier pharmacien des Nations Unis en République Démocratique du  
Congo,**

**Officier de l'ordre national du Mali,**

Cher maître, votre disponibilité nous a permis d'apprécier, vos imminentes qualités humaines et scientifiques. Nous ne saurions jamais trouver assez de mots pour témoigner notre reconnaissance, non seulement pour l'intérêt que vous portez à notre travail mais aussi la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de le diriger. Votre rigueur dans la démarche scientifique et votre amour pour le travail bien fait font de vous un maître exemplaire. Veuillez accepter cher maître, le témoignage de notre profond respect et de notre sincère gratitude.

Honorable Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre spontanéité à accepter la présidence de ce jury, votre grande culture scientifique, vos qualités de bon enseignant expliquent l'estime que tous les étudiants que vous avez enseigné à la faculté vous portent.

Trouvez cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

**A notre maître et Directeur de thèse**

**Pr Saibou MAIGA**

**Professeur titulaire en législation à la FAPH,**

**Membre du comité national de la pharmacovigilance,**

**Pharmacien titulaire de l'officine du point G,**

**Membre du comité d'éthique de la FAPH/FMOS,**

**Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali.**

Cher Maître vous forcez l'admiration de tous par votre grande expérience dans la recherche de vos connaissances encyclopédiques et particulièrement en pharmacie.

Votre disponibilité, votre rigueur scientifique, la clarté de votre enseignement, et votre éloquence font de vous une personnalité internationale et un maître admiré des étudiants, de vos collaborateurs et de vos petits malades.

Nous remercions le ciel d'avoir croiser votre chemin tout en nous glorifiant d'avoir bénéficier de votre savoir.

Puisse Le Tout Puissant vous guider aussi longtemps que possible auprès de nous afin que nous, et d'autres puissions bénéficier de la Légende vivante que vous êtes.

**A notre Maître et Codirecteur de thèse**

**Dr Issa COULIBALY**

**Maître-assistant en gestion FMOS/FAPH,**

**Chef de service des examens FMOS/FAPH,**

**Membre du laboratoire de recherche en stratégie organisation et GRH/ESP**

**Dakar,**

**Membre du groupe de recherche sur le secteur public en Afrique GRAPA,**

**Ancien président de l'ordre des pharmaciens de Koulikoro,**

Cher Maître, votre abord facile, votre simplicité, votre amabilité, votre rigueur dans le travail, votre disponibilité, nous ont profondément impressionné. Nous gardons de vous l'image d'un maître soucieux de la formation de ses disciples. Permettez-nous, cher maître, de vous réitérer toute notre reconnaissance et veuillez trouver ici notre profond respect et nos sincères remerciements.

**A notre maître et membre du jury**

**Dr Hamadoun YATTARA**

**Maître-assistant en néphrologie à la FMOS**

**Médecin spécialiste en néphrologie**

**Praticien hospitalier au CHU du Point G**

Votre calme, votre rigueur scientifique, vos qualités de bon enseignant nous ont motivé à aller vers vous pour juger ce travail. La spontanéité avec laquelle vous avez accepté ce travail à attirer notre attention. Nous vous assurons de notre respect et de notre profonde reconnaissance.

**A notre maître et membre du jury**

**Dr Aboubacar Alassane Oumar**

**PhD en pharmacologie clinique**

**Maître-assistant en pharmacologie à la FMOS**

**Membre de la société internationale de pharmacovigilance**

**Membre de la société américaine de pharmacologie expérimentale et thérapeutique**

**Chercheur senior à SEREFO-UCRC**

Nous sommes très honorés de vous avoir dans ce jury, nous admirons vos qualités scientifiques, humaines de courtoisie et de sympathie qui témoignent de votre grande disponibilité. Veuillez recevoir ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre respect.

## Table des matières

<b>I – OBJECTIFS</b> .....	23
1. Objectif Général .....	23
2. Objectifs Spécifiques .....	23
<b>II-GENERALITES</b> .....	24
1-Evolution du secteur de la santé au Mali [7] : .....	24
1.1-Avant l’Indépendance [8] : .....	25
1.2-Après l’Indépendance [9]. .....	27
2-Politique sectorielle de santé et de la population [10].....	32
3-Cadres conceptuels. ....	33
3.1-La santé : .....	33
3.2-L’insuffisance rénale chronique [13] : .....	34
3.3-L’Hémodialyse : .....	34
3.3.1. Rappel anatomique du rein.....	35
3.3.2. Définition de l’Hémodialyse [15] : .....	35
3.4-La dialyse péritonéale : .....	41
3.5-Rôle du patient et de l’infirmier dans la conduite du traitement : .....	43
3.6-Quelques définitions des termes en Hémodialyse [31] : .....	44
3.6.1.-Dialysat : .....	44
3.6.2-Péritoine : .....	44
3.6.3-Cathéter de dialyse : .....	44
3.6.4-Circuit sanguin extracorporel : .....	44
3.6.5-Dialyseur : .....	44
3.6.6-Fistule artérioveineuse : .....	45
3.6.7-Clairance de la créatinine : .....	45
3.6.8-Érythropoïétine (EPO) : .....	45
3.6.9- La transplantation rénale : .....	45
3.7- La satisfaction [19] : .....	46
<b>III-METHODOLOGIE</b> .....	50
1.Lieu d’étude : .....	50
2. Type et période d’étude : .....	51
3. Population d’étude : .....	51
3.1. Critères d’inclusion : .....	51

3.2. Critères de non inclusion : .....	51
4. Echantillonnage de l'étude : .....	51
5- Recueil et analyse des données : .....	51
6-Variables de l'étude : .....	52
6.1. Variables dépendantes : .....	52
6.2. Variables indépendantes : .....	52
7-Aspects éthiques : .....	52
<b>IV-RESULTATS :</b> .....	<b>53</b>
<b>V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION</b> .....	<b>70</b>
1-Les caractéristiques sociodémographiques. ....	70
2-L'activité professionnelle et économique. ....	71
3-Analyse bi variée .....	71
4-Perception des patients hémodialysés de leur prise en charge par le néphrologue .....	72
5-Perception des patients hémodialysés de leur prise en charge par les infirmiers.....	72
6- Perception des patients selon la qualité de l'hémodialyse .....	72
7-Perception de la satisfaction globale .....	73
<b>VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :</b> .....	<b>74</b>
1. Conclusion : .....	74
2. Recommandations : .....	75
2.1- Aux autorités politiques .....	75
2.2- Aux soignants .....	75
2.3- Aux patients hémodialysés .....	75
<b>VII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :</b> .....	<b>76</b>
<b>VIII. ANNEXES</b> .....	<b>81</b>
<b>IX. FICHE SIGNALETIQUE</b> .....	<b>84</b>



## Listes des Tableaux

Tableau I : Evolution du nombre des infrastructures .....	26
Tableau II : Evolution des indicateurs de moyens .....	27
Tableau III: Evolution du budget des services de santé au sein du budget de la colonie .....	27
Tableau IV: Répartition des patients selon l'âge .....	53
Tableau V : Répartition des patients selon l'ethnie .....	54
Tableau VI : Répartition des patients selon la zone d'habitation .....	54
Tableau VII: Répartition des patients selon la situation matrimoniale.....	55
Tableau VIII : Répartition des patients selon le niveau d'instruction .....	55
Tableau IX :Répartition des patients selon leur fonction.....	56
Tableau X :Répartition des patients selon le niveau de revenu mensuel.....	56
Tableau XI: Perception des patients enquêtés de la qualité de l'accueil du service.....	57
Tableau XII: Perception des patients selon la disponibilité du personnel de santé .....	57
Tableau XIII :Perception des patients de la collaboration d'interprofessionnelle .....	58
Tableau XIV: Perception des patients selon la capacité d'accueil de la salle.....	58
Tableau XV : Perception des patients selon la disponibilité du matériel d'hémodialyse .....	59
Tableau XVI : Perception des patients selon l'hygiène dans la salle .....	59
Tableau XVII Perception des patients selon la luminosité et aération des salles de dialyse.....	60
Tableau XVIII: Perception des patients de la de la prise en charge par le néphrologue .....	60
Tableau XIX : Perception des patients hémodialysé de la prise en charge par les infirmiers du centre .....	61

Tableau XX: Perception des patients de la qualité de l'information donnée sur leur dialyse .....	61
Tableau XXI : Perception des patients selon l'accessibilité du centre de dialyse .....	62
Tableau XXII: Perception des patients du respect des heures de dialyse .....	62
Tableau XXIII : Perception des patients selon le niveau de bruit de la salle de dialyse.....	63
Tableau XXIV: Perception des patients qualité du fauteuil ou le lit d'hémodialyse .....	63
Tableau XXV: Perception des patients selon la qualité de l'hémodialyse. ....	64
Tableau XXVI: Appréciation des patients de leur état après l'hémodialyse. ....	64
Tableau XXVII : Répartition des patients en fonction de l' Age et de la Qualité de l'hémodialyse.....	65
Tableau XXVIII : Répartition des patients en fonction de l'Age et de l'Appréciation de leur état après l'hémodialyse.....	66
Tableau XXIX : Répartition des patients en fonction du Niveau d'instruction et de la Qualité de l'hémodialyse .....	67
Tableau XXX : Répartition des patients en fonction de l'activité du patient et de la prise en charge par les infirmiers .....	68
Tableau XXXI : Perception des patients en fonction de la qualité du fauteuil ou au lit de dialyse et la qualité de l'hémodialyse. ....	69

## **Listes des figures**

Figure I : Anatomie du Rein .....	35
Figure II: Principe de l'hémodialyse.....	36
Figure III: Générateur d'hémodialyse .....	37
Figure IV : Technique de Dialyse péritonéale .....	42
Figure V : Cadre conceptuel des facteurs influençant la satisfaction des soins chez les patients hémodialysés .....	47
Figure VI :Pyramide des besoins .....	48
Figure : VII Répartition des patients selon le sexe .....	53

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

AMI : Assistance Médicale Indigène

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSCCom : Centre de Santé Communautaire

DAT : Dispensaire Anti –Tuberculeux

EER : Epuration Extra Rénale

EPO : Érythropoïétine

FAPH : Faculté de Pharmacie

FAV : Fistule Artério-Veineuse

FMOS : Faculté de Médecine et Odontostomatologie

HAS : Haute Autorité de Santé

IB : Initiative de Bamako

IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

IRA : Insuffisance Rénale Aigue

IRC : Insuffisance Rénale Chronique

IRCT : Insuffisance Rénale Chronique Terminal

MEG : Médicament Essentiel Générique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladie de l'Enfant

PDDSS : Plan Décennal de Développement Socio- Sanitaire

PMI : Protection Maternelle Infantile

PSSP : Politique Sectorielle de Santé et de Population

RDC : Recouvrement Des Coûts

SSP : Soins de Santé Primaire

## INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *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, au meilleur coût pour le meilleur résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins P2* » [1].

De nos jours, la satisfaction des patients est retenue comme faisant partie des indicateurs de performance des hôpitaux.

Elle est considérée comme « un résultat des soins et même un élément de l'état de santé lui-même » ou comme un indicateur de performance des programmes des soins de santé et du personnel, contribuant ainsi à identifier les dysfonctionnements dans les services de santé. Elle est aussi un indicateur d'évaluation des actions visant à améliorer la qualité des soins [2].

L'analyse de la littérature sur la satisfaction des patients hémodialysés à travers le monde montre aux Etats-Unis et en Europe respectivement des taux de 68% et 98% en 2004[2]. En Afrique de l'Ouest, principalement au Sénégal et au Mali une étude de la satisfaction des patients en hémodialyse ont permis de noter un score moyen général de satisfaction respectivement de 56,5% et 61% [3-4].

Dès lors la satisfaction est devenue un défi majeur pour les pays Africain à l'instar du reste du Monde et particulièrement au Mali chez les patients atteints de maladie chroniques.

L'insuffisance rénale chronique (IRC) qui est une altération de la fonction rénale de façon progressive et définitive, est devenue un problème de santé publique

par sa fréquence, sa lourdeur, et le coût de sa prise en charge.

En Côte d'Ivoire, l'IRC représente la deuxième cause de mortalité dans le service de médecine interne du CHU du Treichville.

Au Burkina Faso, au centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo elle représente 4 à 20% des décès.

Au Mali, l'insuffisance rénale chronique représente 23,65% des causes d'admission dans le service de néphrologie du CHU du Point G [5].

Cette méthode d'épuration extra rénale (EER) qui a démarré au Mali en Avril 1998 dans le service de Néphrologie et d'Hémodialyse du Point G.

La sélection des malades en vue de l'hémodialyse doit s'appuyer sur des données objectives et fiables car c'est un traitement contraignant et onéreux, greffé de multiples complication [6].

En attendant la transplantation rénale, les patients en IRC au stade terminale sont soumis à l'hémodialyse [4].

Face à cette situation pénible, le Gouvernement du Mali a décidé d'accorder une subvention pour permettre à un plus grand nombre de malades d'accéder au traitement. Dès lors les autorités publiques avec l'appui de certains partenaires ont rendu la prise en charge de l'hémodialyse quasi gratuite.

Un hémodialysé devrait retrouver une vie normale ou subnormale c'est à dire se prendre en charge dans les gestes de la vie quotidienne et éventuellement reprendre une activité rémunérée.

A nos jours, beaucoup d'études ont été faites sur les pathologies chroniques rénales, cependant, il faut reconnaître que très peu se sont intéressées à la satisfaction des malades sous hémodialyse.

De ce fait nous avons jugé utile de mener la présente étude pour combler ce déficit.

## **I – OBJECTIFS**

### **1. Objectif Général**

Etudier la satisfaction des patients en hémodialyse dans le service de néphrologie du CHU du Point G.

### **2. Objectifs Spécifiques**

- Décrire le profil sociodémographique des patients en hémodialyse ;
- Identifier les facteurs de satisfaction des patients hémodialysés ;
- Enumérer les problèmes du centre d'hémodialyse.

## **II-GENERALITES**

### **1-Evolution du secteur de la santé au Mali [7] :**

Il s'agit d'analyser et de porter un jugement sur la santé publique au Mali et clarifier la place qu'y occupent les hôpitaux. La difficulté principale réside d'abord dans le sens que recouvre la notion de santé publique. Pour la clarté du débat dans une large acception du terme il s'agit de « comprendre, de décrire et d'analyser les différentes logiques socio-sanitaires dans la société, d'appréhender, de restituer et de traduire dans toute sa diversité l'activité de soins et les contraintes au quotidien qui sont celles des individus, des familles, des collectivités et des professionnels de santé ».

Ce concept recouvre deux notions :

- a) la médecine individuelle qui s'intéresse d'abord et surtout à l'individu.
- b) la santé publique qui s'intéresse à la prise en charge du groupe (la famille, le village, le pays).

Il s'agit simplement d'établir des priorités.

Les outils d'analyse et de compréhension ont trait à :

- l'épidémiologie ;
- les systèmes de soins (CSCOM, Hôpitaux publics ou privés, tout ce qui produit des soins préventifs ou curatifs) ;
- l'hygiène ;
- l'urbanisation ;
- les mutuelles et la sécurité sociale ;
- l'éducation ;
- l'aménagement du territoire ;
- les routes ;



- les moyens modernes de communication.

On comprend donc aisément que la politique de santé n'est pas seulement l'apanage du Ministère de la santé.

Dans notre étude nous analyserons le chemin parcouru de l'indépendance du Mali à nos jours. Bien entendu nous ferons un rapide survol de ce qui a été fait pendant la période coloniale.

### **1.1-Avant l'Indépendance [8] :**

De l'arrivée des premiers médecins français à la fin du 19<sup>e</sup> siècle jusqu'à l'indépendance, le Soudan français a bénéficié d'une suite de décisions politiques et stratégiques qui ont conduit à l'amélioration du système de santé. Ces décisions avaient pour objectifs d'améliorer l'état de santé des populations en fonction des connaissances et des ressources du moment.

Dès leur arrivée les troupes coloniales étaient accompagnées de médecins et d'infirmiers dont la mission était d'apporter des soins aux combattants. Ils ont affronté des problèmes de santé grave qui sont : paludisme, fièvre jaune, dysenterie, maladies parasitaires, à un moment où les moyens de traitement étaient encore dérisoires ; bien entendu les malades indigènes aussi ont bénéficié de leur soin. La première formation sanitaire fixe fut « Ambulance » de Kayes (l'actuel Hôpital Régional) qui fut ouvert en 1890. En 1906 fut posée la première pierre de l'Hôpital du Point G. Les premiers bénéficiaires des soins furent les ressortissants français et les indigènes qui travaillaient auprès d'eux. Mais rapidement et progressivement les populations qui vivaient dans leur entourage furent intéressées. Au début des années 1890 fut créée l'Assistance Médicale Indigène (AMI) qui fut un pilier essentiel de la stratégie sanitaire de l'époque. La gratuité des soins était assurée à tous.

Malgré la faiblesse des moyens on assista à une extension du réseau de formations sanitaires fixes. Chaque Cercle créa son centre de santé.

**Tableau I : Evolution du nombre des infrastructures**

	1936	1946	1956
Hôpitaux	2	2	5
Centres médicaux	27	35	33
Dispensaires	29	42	167
Maternités	18	23	35
Nombre de lits	1213	1949	2293

Il fallut rapidement former des personnels indigènes. En 1918 fut créée à Dakar l'Ecole Africaine de Médecine et de Pharmacie qui forma des médecins auxiliaires, des pharmaciens auxiliaires et des sages-femmes. Cette école reçut sa dernière promotion en 1950, année de la création de l'Ecole Préparatoire de Médecine et de Pharmacie. De 1918 à 1950 cette Ecole Africaine de Médecine et de Pharmacie a formé 514 médecins, 50 pharmaciens et 481 sages-femmes.

Comme structures pharmaceutiques, il existait la pharmacie d'approvisionnement et deux pharmacies privées (Pharmacie BRUHANT et Pharmacie Soudanaise).

La progression des moyens disponibles par habitant fut constante.

**Tableau II : Evolution des indicateurs de moyens**

Nombre moyen	1936	1956
Habitants par médecin 000	58 900	41
Habitants par dispensaire	123 860	25 102
Lits pour 10 000 habitants	8,2	13,3

Pour conduire ces activités le budget de santé ont connu une progression régulière.

**Tableau III: Evolution du budget des services de santé au sein du budget de la colonie**

Années	Budget Santé	Budget Colonie	Taux
1925	1 604 182	33 950 350	4,7 %
1936	8 518 222	118 178 900	7,2 %
1946	16 210 086	138 312 730	12 ,2%
1956	45 490 726	335 337 400	13,6 %

Cette vision de l'action sanitaire pendant la période coloniale jeta les bases de la démarche de santé publique poursuivie jusqu'à nos jours [8].

L'ensemble du système reposait sur une organisation administrative rigoureuse qui mettait l'accent sur le respect du règlement et de la hiérarchie militaire.

### **1.2-Après l'Indépendance [9].**

Les systèmes de santé dans de nombreux pays sont souvent non adaptés aux besoins croissants des populations.

Malgré les efforts accomplis depuis l'indépendance, le taux de fréquentation des formations sanitaires de même que le taux de couverture sont encore faibles.

Quelques données des années 90 mettent en évidence ces faiblesses :

- 32 % de grossesses ayant bénéficié d'une consultation prénatale (79 % à Bamako).
- 30,4 % d'accouchements ayant eu lieu dans une maternité (78,8 % à Bamako).
- 0,8 % des accouchements se sont achevés par une césarienne (2,4 % à Bamako).
- 31,7 % des femmes enceintes sont correctement vaccinées contre le tétanos (61 % à Bamako).
- 31,5 % d'enfants de 12 à 23 mois sont complètement vaccinés contre les 6 maladies cibles du PEV (54,2 % à Bamako).
- 15,7 % des diarrhées déclarées ont été traitées par réhydratation par voie orale (44,1 % à Bamako).
- 49,8 % des hommes déclarent avoir déjà utilisé un préservatif (73,5 % à Bamako).

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé l'Accord de Crédit IDA N°2217/MLI du 3 mai 1991 d'un montant de 152298824 FCFA n'est entré en vigueur que le 26 mars 1992 sans que les conditions de mobilisation soient satisfaites. Certains partenaires n'ont pas emboîté le pas et n'ont procédé à aucune mobilisation de ressources financières.

Ainsi naît le Plan de Développement Sanitaire et Social (PDSS) qui dessine un cadre général d'intervention de tous les partenaires, maliens et étrangers. Il définit les grandes priorités nationales et les options stratégiques du Mali. Tous les acteurs du système de soins (Administration, Collectivités locales, Etablissements publics et privés, ONG, Bailleurs de Fonds) doivent agir ensemble et potentialiser ainsi leurs efforts.

La mise en œuvre de ce plan a débuté en janvier 1999 par le lancement d'un Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) d'un coût total

de 81 milliards de francs CFA pour 5 ans. Les ressources du PRODESS proviennent de :

- budget de l'Etat,
- partenaires extérieurs du secteur santé et actions sociales,
- financements locaux des communes et des usagers des services

Il faut souligner que le financement du PRODESS est fortement soutenu par la Banque Mondiale qui pour ce faire a accordé au Mali un crédit de 40 millions de US dollars. Le contenu du PRODESS est regroupé en 8 sous-programmes :

- lutte intégrée contre la maladie (vaccination, paludisme, sida, tuberculose, etc) et le développement de la santé de reproduction (réduction de la mortalité maternelle et infantile, planification des naissances, etc),
- l'extension de la couverture sanitaire et l'amélioration de la qualité de soins.
- l'amélioration de la qualité des services hospitaliers.
- le renforcement du secteur pharmaceutique.
- la lutte contre l'extrême pauvreté et l'exclusion sociale.
- le développement des formes et des modalités de financements alternatifs de la santé (mutuelles, prise en charge des personnes démunies, etc).
- la mobilisation sociale.
- le développement des ressources humaines.
- le renforcement institutionnel.

En effet, la sécurité et la qualité des traitements médicamenteux restent une préoccupation émergente des médecins, pharmaciens à travers le monde.

La réponse à ses préoccupations exige une coordination des actions de synergie dans la pratique de l'art des médecins, pharmaciens et paramédicaux dans un système de santé adapté c'est pourquoi, en 1960 le système de santé du Mali comptait :

- 75 Médecins
- 8 Pharmaciens

- 1 Dentiste
- 61 Sages-femmes
- 97 Agents de santé
- 651 Infirmiers et Infirmières.

Notre pays disposait aussi de :

- 5 Hôpitaux (Kayes, Mopti, Markala, Hôpital du Point G, Hôpital Gabriel Touré)
- 16 Centres Médicaux avec Médecins
- 36 Maternités
- 15 Centres de PMI
- 162 Dispensaires d'état
- 1 Dispensaire Anti –Tuberculeux (DAT)
- 16 Laboratoires dont 10 à Bamako
- 1 Pharmacie Centrale d'Approvisionnement.

Le Gouvernement affirme le droit à la santé de tous les maliens, la gratuité des soins et prend des mesures tendant à étendre la couverture sanitaire à l'ensemble du pays. L'option socialiste du pays fait de l'offre de soins un monopole de l'administration. En 1965 on pouvait déjà constater les résultats des premiers efforts quant à l'évolution des ressources humaines.

Le pays disposait par ailleurs de 26 spécialistes :

- 13 Chirurgiens
- 4 Ophtalmologistes
- 2 Pneumo-Phtisiologues
- 1 Dermatologue
- 1 Obstétricien
- 2 Biologistes
- 1 Radiologue
- 1 Médecin de travail
- 1 Médecin de santé publique.

La formation des Médecins, Pharmaciens, Chirurgiens-dentistes était assurée à l'étranger. A l'Ecole Secondaire de la Santé créée en 1963 étaient formées des Sages-femmes, des Infirmiers/Infirmières d'Etat, des Techniciens Sanitaires, des Techniciens de laboratoires, des Assistantes Sociales et des Secrétaires Médicales.

En ce qui concerne des établissements de soins le Mali disposait de :

- 8 Hôpitaux (les 5 premiers plus Ségou, Gao et Nioro)
- 35 Centres Médicaux
- 52 Maternités
- 266 Dispensaires d'Etat.

Au plan des infrastructures

l'ensemble de la pyramide sanitaire préconisée fut réalisé ; la création de la Pharmacie Populaire avec ses multiples succursales permit d'améliorer la disponibilité des médicaments au niveau du grand public complétant fort heureusement les efforts de la Pharmacie d'Approvisionnement ; la formation professionnelle par la conception de l'Ecole Nationale des Assistants Médicaux qui n'ouvrit cependant ses portes qu'en 1969 et qui devint par la suite l'Ecole Nationale de la Médecine et de Pharmacie puis la Faculté de Médecine et de Pharmacie au sein de l'Université du Mali a été une réussite.

## **2-Politique sectorielle de santé et de la population [10].**

Elle se caractérise par 4 grandes étapes :

- Les années 1960 – 1969 : Médecine de masse gratuite avec un système de santé centralisé reposant sur un système fortement centralisé. Démarrage du 1<sup>er</sup> plan décennal de développement des services de santé (1966 – 1976)
- Les années 1969 – 1980 : Organisation et priorités sanitaires conservées jusqu'en 1978 avec les SSP et la participation communautaire
- Les années 1980-1990 : Privation de la santé, 2<sup>ème</sup> Plan Décennal de Développement Socio- Sanitaire PDDSS (1981-1990), Projet PDS (1984-1990) et Participation communautaire au système de santé.
- Les années 1990-à nos jours : Politique Sectorielle de Santé et de Population (PSSP).

La Politique sectorielle de santé basée sur la stratégie des Soins de Santé Primaire (SSP) et l'Initiative de Bamako (IB) repose sur 4 grands principes :

- Offre de soins de qualité ;



- Participation communautaire dans la définition et la gestion des soins de santé ;
- Disponibilité et accessibilité des Médicaments Essentiels Générique ;
- Système de Recouvrement Des Coûts (RDC) dont les excédents générés réinvestissement pour l'amélioration de l'offre de services [10].

La déclaration de la PSSP a pour objet d'exposer la politique de santé et de population du Mali qui sert de cadre à la réalisation des plans, projets et stratégies de développement du secteur de la santé.

La constitution du Mali garantit le droit à la santé. La politique de santé du Mali est conforme non seulement aux grands principes de l'OMS, mais aussi aux réalités sociales, économiques et culturelles du Mali.

La politique sectorielle du Mali est fondée sur le principe d'universalité qui fait de la santé un droit fondamental et une œuvre sociale de solidarité [32].

### **3-Cadres conceptuels.**

#### **3.1-La santé :**

Selon l'OMS, la santé se définit comme étant un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité [11].

Pour Golbert, la santé est décrite comme étant la capacité de bien fonctionner, l'état de capacité optimale d'un individu au regard de l'accomplissement efficace des rôles et des tâches pour lesquelles il a été socialisé [12].

Ces deux définitions mettent en valeur les caractéristiques physiques et psychologiques de l'individu comme étant les déterminants de la santé.

Nous savons aussi que la santé est tout élément qui participe au maintien, à la restauration ou à l'amélioration de la santé des individus ou des groupes humains.

### **3.2-L'insuffisance rénale chronique [13] :**

L'insuffisance rénale chronique est une altération progressive des fonctions excrétrices et endocrines du parenchyme rénal, conséquences des lésions anatomiques irréversibles. Jusqu'aux stades extrêmes de réduction de la filtration glomérulaire, l'insuffisance rénale chronique est compatible avec un équilibre du bilan de l'eau, du sodium, du potassium, du phosphore et des déchets azotés. Cette période est celle du traitement dit : « conservateur ».

Lorsque la filtration glomérulaire descend en dessous de 5 ml/ mn et parfois même avant, les variations quotidiennes, même minimales des entrées, ainsi que le métabolisme cellulaire, conduisent à des variations de la composition et du volume des liquides extracellulaires qui ne sont plus compatibles avec la survie : c'est à ce stade que se trouvent indiqués les procédés d'épuration extra rénale.

L'insuffisance rénale chronique comme toutes les maladies chroniques, engendre une atteinte psychologique et sociale, un coût indirect important au patient, à sa famille et aux milieux professionnels du patient.

### **3.3-L'Hémodialyse :**

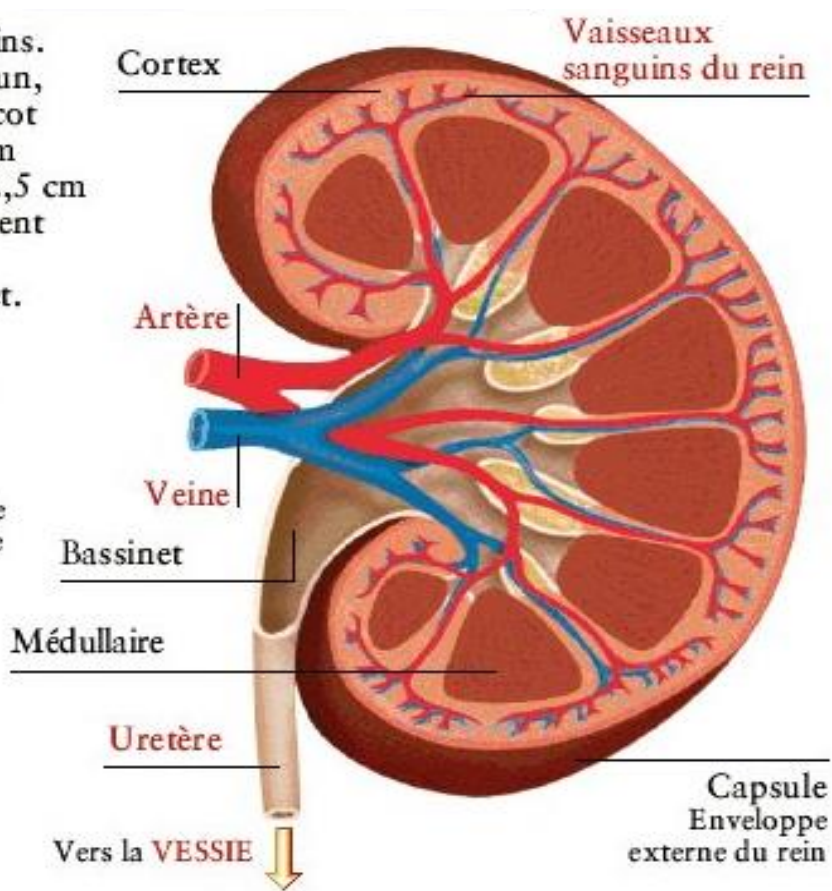
### 3.3.1. Rappel anatomique du rein

**N**OUS AVONS deux reins. De couleur rouge-brun, ils ont la forme d'un haricot et mesurent environ 10 cm de long, 5cm de large et 2,5 cm d'épaisseur. Ils comprennent trois parties : le cortex, la médullaire et le bassinet.

**Cortex**  
Contient des pelotons de vaisseaux filtrant le sang

**Médullaire**  
Contient des millions de petits tubes produisant l'urine

**Bassinets**  
En forme de tunnel, il récupère et canalise l'urine



**Figure I : Anatomie du Rein [14]**

**Source : Mahamadou Diarra.** Evaluation du Traitement de l'Insuffisance Rénale Chronique Terminale le Service de Néphrologie et d'Hémodialyse du CHU du Point-G. Thèse de médecine 2008-2009, Bamako.

### 3.3.2. Définition de l'Hémodialyse [15] :

L'hémodialyse est un procédé mécanique extracorporel pour nettoyer votre sang.

Le sang est amené au moyen d'une machine à un filtre qui élimine les toxines et la quantité d'eau excédentaire.

Après le passage dans ce circuit, le sang épuré est restitué dans l'organisme

Pour avoir accès à votre sang, nous utilisons une veine ayant un débit suffisant d'où le nom d'accès vasculaire »

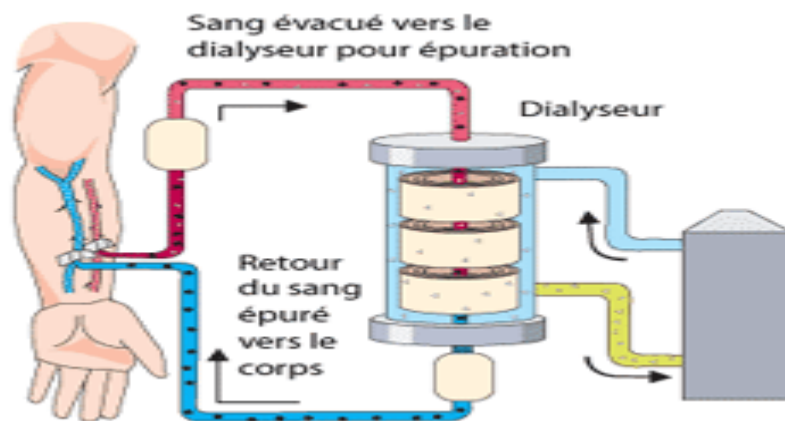
Il existe deux types d'accès vasculaire :

- La fistule artérioveineuse
- Le cathéter central veineux.

La dialyse peut être naturelle (péritoine) ou artificielle (rein artificiel) appelé hémodialyse.

L'équipement de l'hémodialyse comprend trois parties :

- Le système de distribution du sang,
- Le système de composition et de distributions du bain de dialyse,
- Le dialyseur lui-même.



**Figure II: Principe de l'hémodialyse[39]**

**Source :** B Canaud. Principes et modalités d'application de l'hémodialyse au traitement de l'insuffisance rénale chronique. Néphrologie et Thérapeutique 2009

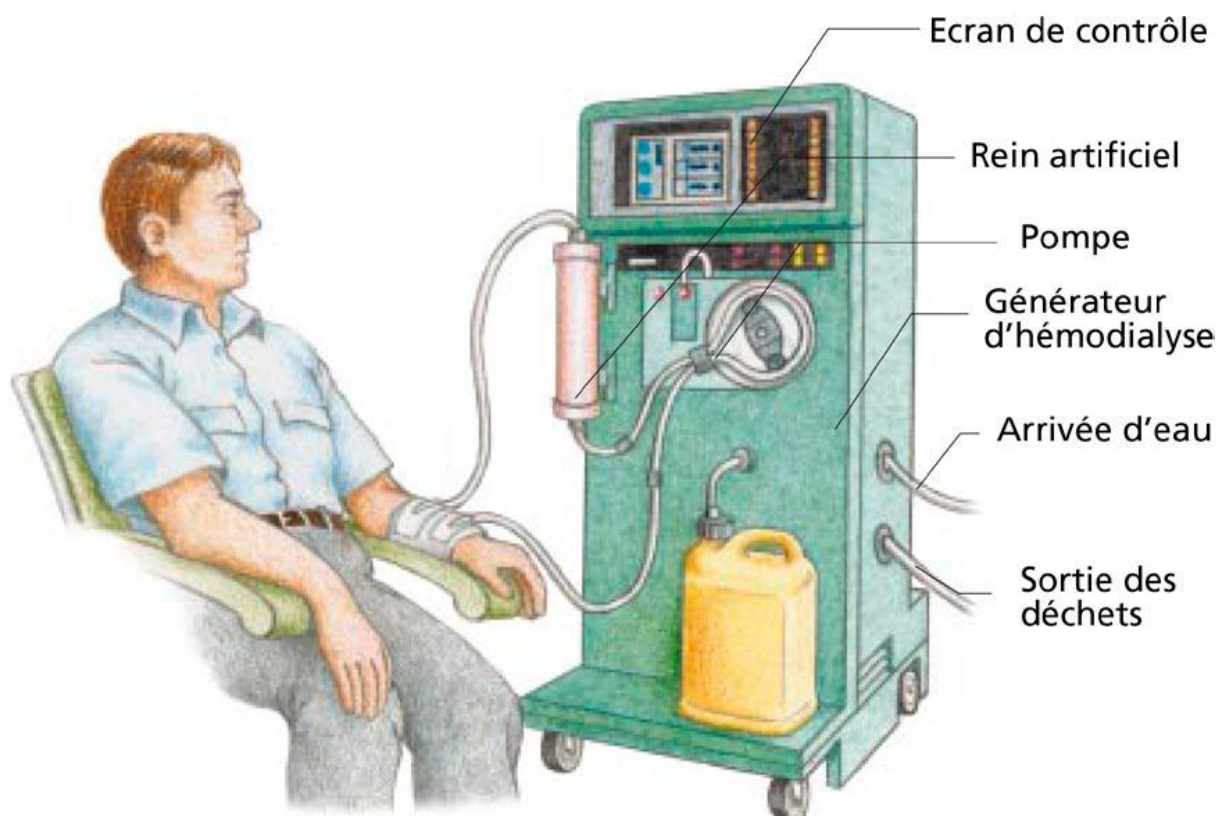
### 3.3.3. Générateur d'hémodialyse.

Les générateurs d'hémodialyse sont les machines qui rendent possible la séance de dialyse. Ce sont des dispositifs complexes et coûteux (plusieurs dizaines de millier d'euros) qui assurent simultanément :

- La production du dialysat et son ajustement à la prescription médicale ;
- La circulation du dialysat à travers le dialyseur ;
- La circulation du sang dans le circuit extra corporel ;

- Le maintien de l'ensemble du circuit à la température du corps du patient ;
- Le contrôle en continu de la composition du dialysat, de la quantité de liquide retirée au patient.

À ces fonctions "basiques" s'ajoutent désormais des modules optionnels qui permettent également de mesurer en continu différents paramètres pour s'assurer de la qualité de la dialyse [30].



**Figure III: Générateur d'hémodialyse[30]**

**Source :** [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com): Claude Jacobs: La suppléance de la fonction rénale par l'hémodialyse. Un siècle et demi d'histoire. Document électronique

### 3.3.4-Qualités de vie des Hémodialysés :

#### ▪ Aspects psychologiques :

L'entrée en dialyse survient de deux (2) manières :

- Soit brusquement, chez une personne peu sensibilisée à la maladie jusqu'alors, qui soudainement doit accepter les contraintes des séances de dialyse, se rend

compte tout à coup que la mort est proche, suspendu certes mais quelque chose de grave se joue.

- Soit progressivement, faisant suite à une longue familiarisation avec la maladie. Ici le patient a été préparé à la mise en dialyse. Quoiqu'il soit, même, après cette période transitoire de préparation, l'épreuve de réalité est là, le patient devra l'assumer. Dès que se pose le problème de la maladie chronique, la référence à la mort est permanente.

#### ▪ **Le vécu du dialysé**

Après une phase d'espoir et de satisfaction liée à l'amélioration procurée par les séances de dialyses, l'anxiété s'accroît.

L'angoisse peut devenir très prégnante : angoisse de mort ou angoisse pour la vie, appréhension de l'avenir. Cette angoisse peut se manifester sous une forme plus ou moins revendicative :

- « où va-t-on me dialyser ? »

- « aurai-je une place ? »

Il s'agit parfois d'une angoisse au sujet de ses propres réactions :

- « Est-ce que je vais bien supporter les séances ? »

- « Et si la fistule se bouche ? »

- « Si la machine tombe en panne ? »

- « Quand est-ce que se sera fini ? »

A ce propos, un auteur rapportant dans la littérature le cas d'une patiente de 63ans qui, si elle n'était pas branchée très exactement à l'heure prévue, commençait à se sentir mal, puis à ressentir une oppression thoracique, et à gémir nécessitant l'intervention du médecin [16].

#### ▪ **L'inventaire des manques : [17]**

- **La frustration du temps :**

Une partie plus ou moins importante du temps, 9 à 12h par semaine est consacrée aux séances d'hémodialyse. Ce temps est suspendu, il permet le maintien en vie mais en lui-même est un temps perdu. Rares sont les personnes qui le mettent réellement à profit. La plupart essaie de dormir ou amène des journaux ou un baladeur pour « passer le temps ».

- **La frustration physique :**

Même pour les patients ayant une bonne adaptation à la dialyse et ayant conservé une activité professionnelle et une vie « comme avant », l'asthénie est présente. D'une façon générale la résistance à la fatigue est moindre. L'anémie joue un rôle important dans la genèse de cette asthénie. Mais suivant la manière dont le sujet considère sa maladie, suivant l'idée qu'il s'en fait, il peut déjà se comporter comme un invalide, cette asthénie peut être un moyen d'échange avec son entourage lui permettant de retirer des bénéfices secondaires : de l'attention, des soins vigilants de la part de la famille.

- **La frustration du régime :**

Un « poids sec » est déterminé pour chaque malade, et l'écart par rapport à ce poids devra être perdu pendant la séance de dialyse. La restriction hydrique et l'éviction d'aliments riches en potassium sont vécues difficilement par certains. Le malade doit accepter la frustration orale que présente le respect du régime. Mise à part ceux dont les écarts peuvent être mis sur le compte d'un manque d'informations, chaque fois qu'un patient prend du poids de façon alarmante, cette transgression a valeur de symptômes psychologiques. Citons l'exemple d'une patiente de 50 ans hémodialysée depuis 6 ans qui avoue facilement ne pas faire de restriction hydrique. Elle prend jusqu'à 4,5 kg pendant le week-end quand elle est en société, elle ne pense pas à boire, mais dès qu'elle est seule, elle boit beaucoup d'eau fraîche : « ce n'est pas seulement par soif mais aussi parfois par vice ».

Soulignons la discordance entre le poids des contraintes, des frustrations et la carence des moyens de compensation dont disposent les dialysés : l'asthénie leur interdit et le recours à l'activité physique.

▪ **La vie professionnelle et sociale :**

La vie professionnelle est perturbée, rarement, le travail est repris à plein temps, ou alors des professions plus intellectuelles que manuelles ou lorsque cet investissement affectif est très important. Quant à la vie sociale de ce malade, elle subit diverses restrictions : un abandon forcé de projet à long terme, vacances lointaines difficiles.

▪ **Vie en famille [18] :**

Elle est basée sur une recherche d'équilibre entre les problèmes personnels et les bénéfices secondaires.

Bien souvent, le conjoint est obligé de se mettre au travail aggravant le sentiment d'inutilité et d'impuissance de l'autre. Le conjoint masculin malade a pris le rôle de « mère au foyer ».

Dans le cas de la maladie de la mère, celle-ci souffre de retrouver des enfants chaque fois plus indépendants, après une hospitalisation, ou une période de fatigue. Les relations s'appauvrissent, les sorties sont rares, surtout les femmes qui acceptent difficilement d'aller ailleurs que dans la famille proche.

L'équilibre des couples est difficile à conserver. L'impuissance est fréquente, ainsi que la frigidité, en partie expliquée par l'anémie et par l'état dépressif plus ou moins latent souvent retrouvé.

Néanmoins, certains couples se trouvent plus unis, plus fusionnés par cette épreuve. Le risque de mort, même non exprimé, permet dans ce cas de mesurer la place que tient l'autre dans sa propre économie et explique certaines réactions d'hyper protection, de mise en dépendance totale de l'un vers l'autre.

La vie quotidienne des hémodialysés est faite de privations, de frustrations, pouvant occasionner une pathologie dépressive « réactionnelle », d'autant plus



aigüe que les mécanismes de décharge habituelles sont impossibles : activité, sport, alcool, sexe.

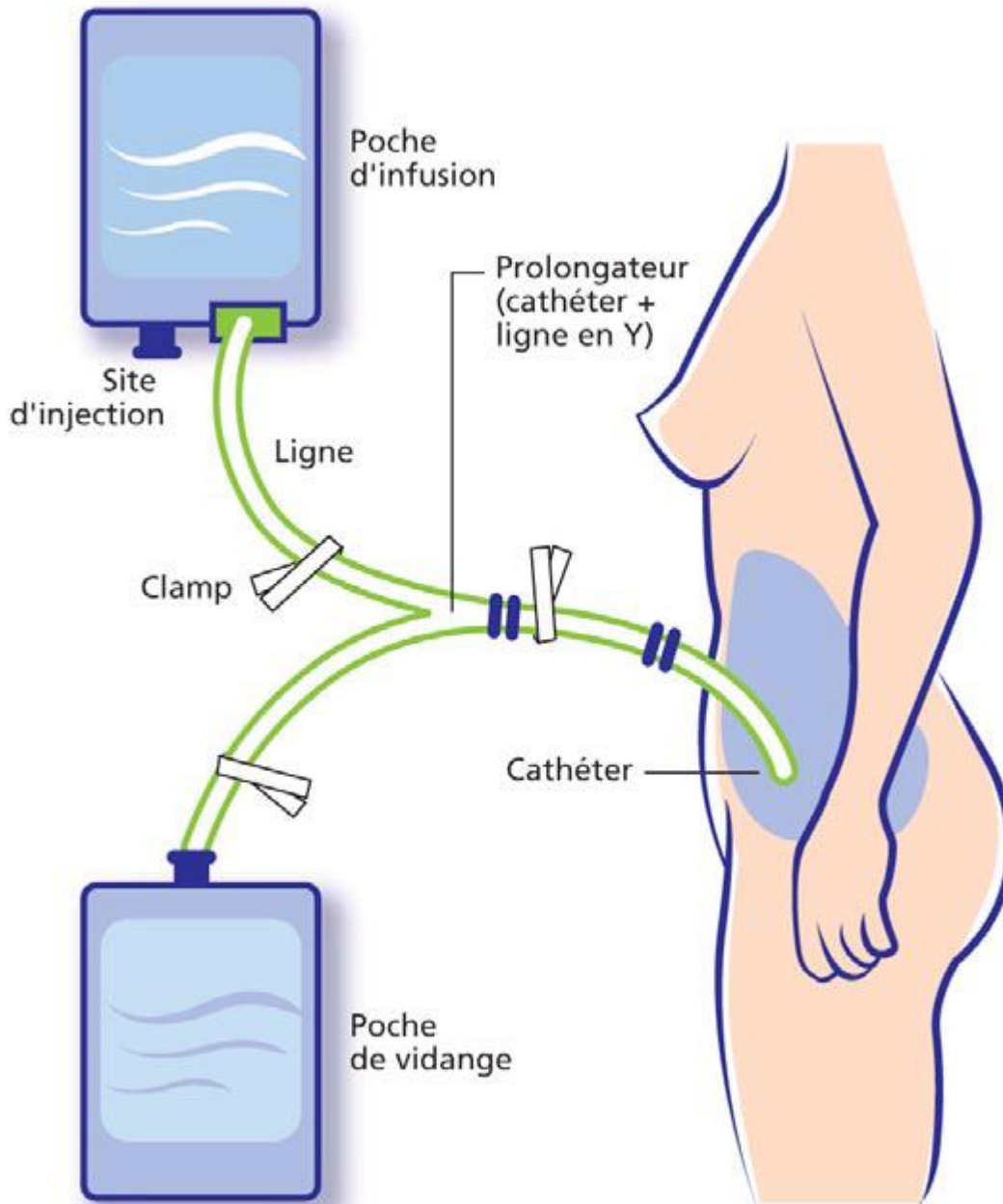
### **3.4-La dialyse péritonéale :**

Technique de dialyse utilisant comme membrane d'échange et de filtration une enveloppe interne du corps, le péritoine. Les échanges s'effectuent alors entre le sang contenu dans les capillaires péritonéaux et le dialysat. Elle nécessite l'insertion d'un cathéter dans la cavité péritonéale d'où le risque élevé d'infections péritonéales et l'altération progressive de la membrane péritonéale qui incite plutôt à l'hémodialyse.

Il existe différents types de dialyse péritonéale :

\*La dialyse péritonéale continue ambulatoire réalise 4 fois par jour en des séances de 4 heures.

\* La dialyse péritonéale automatisée qui utilise un appareil appelé cycleur qui permet la réalisation de plusieurs cycles d'échanges successifs pendant la nuit durant le sommeil du patient [29].



**Figure IV : Technique de Dialyse péritonéale [31]**

**Source :** Société de Néphrologie - Commission de Dialyse. Information des patients : la dialyse ; (2006)29–31.

### **3.5-Rôle du patient et de l'infirmier dans la conduite du traitement :**

Le patient a un rôle important dans la conduite du traitement.

Le maintien d'un état de santé satisfaisant dépend de la bonne observance du traitement par dialyse, du suivi des règles hygiéno-diététiques et du traitement (médicaments, vaccinations...).

Le patient devra également respecter l'organisation de la structure de dialyse et les consignes d'hygiène qui lui sont données [31].

La Société francophone de néphrologie dialyse et transplantation c'est totalement opposé à toute modification des décrets de 2002 qui irait dans le sens d'une diminution des effectifs infirmiers et médicaux dans les unités de dialyse. Cette diminution altérerait profondément la qualité de la prise en charge des patients, et ce pour plusieurs raisons :

-Les temps de branchement des dialyses n'ont pas diminué : l'ergonomie et la sécurité des générateurs ont été améliorées mais sans pour autant permettre de réduire le temps de branchement et de débranchement des patients. Celui-ci reste dépendant du temps nécessaire à l'installation, à la préparation et à la ponction de l'accès vasculaire. Il est au minimum de 15 minutes pour les fistules et de 20 minutes pour les cathéters. Ces temps sont nécessaires pour garantir le respect des mesures d'hygiène indispensables pour la prévention des infections associées aux soins (nosocomiales) et pour la prévention des accidents d'exposition au sang. Le temps consacré à l'abord vasculaire s'est même accru depuis 2002[25]. En effet, le pourcentage des patients porteurs de cathéters croît régulièrement depuis cette période. Selon l'étude DOPPS (Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study) [26], il était en France de 7 % en 1996–2000, de 11 % en 2002–2003, de 14 % en 2005–2007 et de 17 % en 2012 [27]. Parmi les nouveaux patients pris en charge en hémodialyse en 2013, la première voie d'abord a été un cathéter pour 57 % [28] ;

- On ne peut substituer aux moyens en personnels des objectifs de qualité. Nous considérons qu'atteindre les objectifs des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de qualité des soins (IPAQSS), définis par la Haute Autorité de santé (HAS), ne représente pas une garantie de qualité suffisante [25].

### **3.6-Quelques définitions des termes en Hémodialyse [31] :**

#### **3.6.1.-Dialysat :**

Liquide de dialyse préparé pendant la séance pour l'hémodialyse ou liquide de dialyse contenu dans les poches à infuser dans la cavité péritonéale pour la dialyse péritonéale.

#### **3.6.2-Péritoine :**

Membrane située dans la cavité abdominale et tapissant les intestins.

#### **3.6.3-Cathéter de dialyse :**

Tuyau en plastique particulier introduit dans la cavité péritonéale (dans le cas de Dialyse péritonéale) ou dans une grosse veine (dans le cas de l'Hémodialyse) pour procéder à la Dialyse.

#### **3.6.4-Circuit sanguin extracorporel :**

Ensemble de tubulures plastiques, dans lesquelles circule le sang entre le patient et le dialyseur.

#### **3.6.5-Dialyseur :**

Rein artificiel composé d'une coque à l'intérieur de laquelle se trouve une membrane synthétique avec une porosité étudiée permettant de séparer le sang du liquide de dialyse mais autorisant les échanges thérapeutiques recherchés entre le sang et le liquide de dialyse.

### **3.6.6-Fistule artério-veineuse :**

Communication réalisée chirurgicalement entre une artère et une veine, à l'avant-bras le plus souvent ou au bras. Elle permet de dilater la veine, de la rendre plus accessible aux ponctions et d'obtenir un débit sanguin suffisant pour la dialyse de qualité.

### **3.6.7-Clairance de la créatinine :**

Examen biologique permettant d'évaluer le degré de l'insuffisance rénale. Elle est calculée à partir des dosages dans le sang et parfois dans les urines des 24 heures, de la créatinine (substance d'origine musculaire, circulant dans le sang, éliminée par les reins).

### **3.6.8-Érythropoïétine (EPO) :**

Hormone qui stimule la moelle osseuse à produire des globules rouges.

### **3.6.9- La transplantation rénale :**

La dialyse permet de suppléer les fonctions rénales, il assure certes la survie du patient mais il s'accompagne de nombreuses contraintes. C'est pourquoi chaque fois que cela est possible, une greffe de rein est pratiquée, ce qui permet à ces patients de mener une existence pratiquement normale.

La transplantation rénale se définit comme le transfert d'un des reins d'un sujet donneur sur un malade receveur dont les reins ne fonctionnent plus.

Le rein à greffer est le plus souvent prélevé sur une personne décédée accidentellement ou en état de mort cérébrale, mais il peut également l'être sur un adulte consentant vivant (parent direct ascendant ou frères et sœurs d'un insuffisant rénal). Le patient est soumis à un traitement immunosuppresseur visant à éviter le rejet du greffon [40].

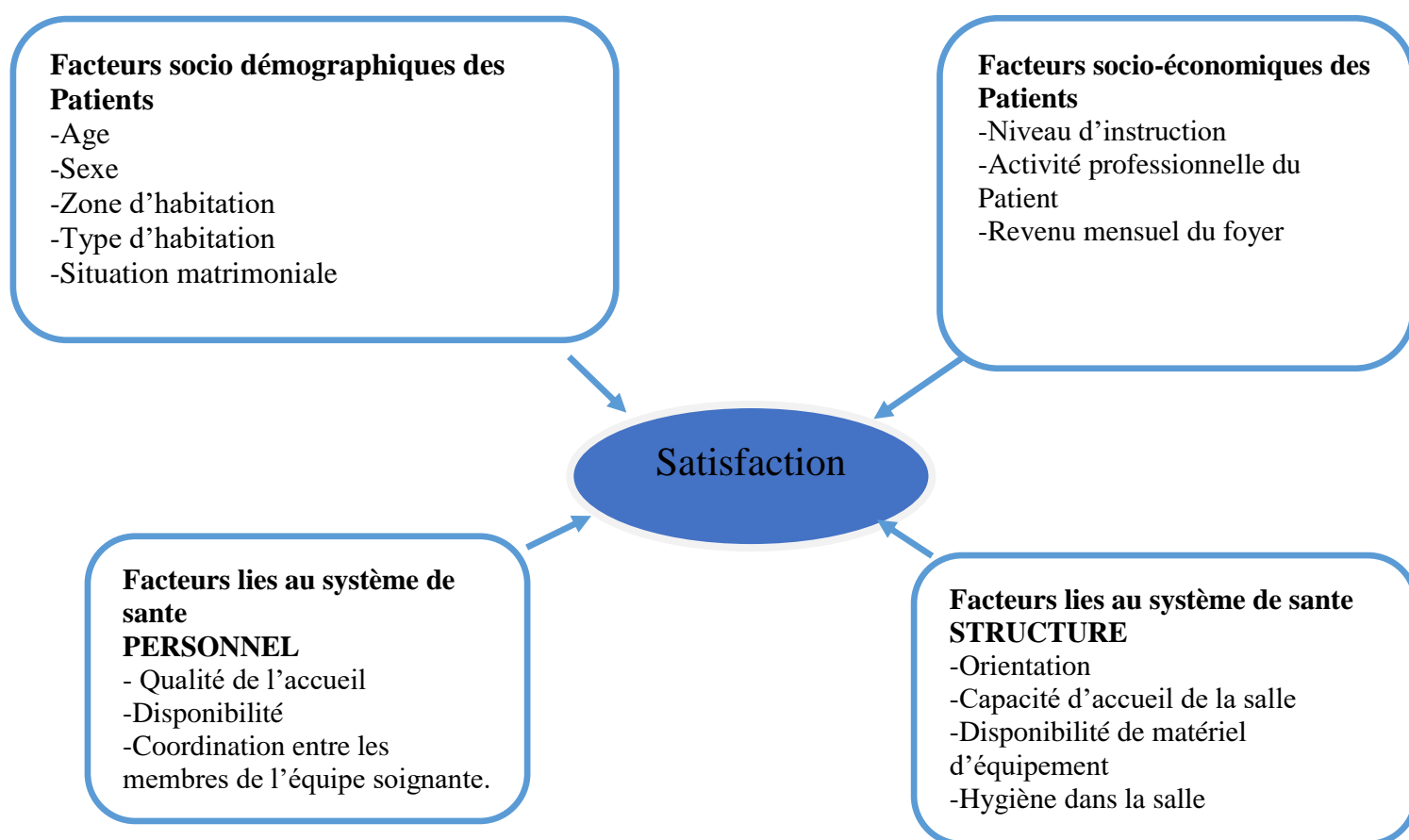
### 3.7- La satisfaction [19] :

Selon le dictionnaire LAROUSSE, la satisfaction est définie comme « l'action de satisfaire un besoin, un désir, une demande, une tendance ; contentement, joie résultant en particulier de l'accomplissement d'un désir, d'un souhait ».

Elle semble donc dépendre du degré de conformité entre l'attente et la réalisation.

La satisfaction est un concept individuel, subjectif, à multiples facettes, ce qui la rend difficile à mesurer et à interpréter. En effet, elle comprend des aspects cognitifs, affectifs, mais également des aspects culturels et sociodémographiques.

C'est ainsi que l'étude de satisfaction est un outil intéressant pour élever le niveau de satisfaction des patients. Ces dernières années ont vu naître un intérêt croissant pour l'évaluation de la satisfaction des patients par rapport aux soins médicaux, paramédicaux et aux services de soins de santé.



**Figure V : Cadre conceptuel des facteurs influençant la satisfaction des soins chez les patients hémodialysés [19].**

La satisfaction est parfois considérée comme une émotion, parfois comme une appréciation cognitive, souvent comme un mélange des deux.

Elle peut être définie comme l'impression positive ou négative ressentie par un client vis-à-vis d'une expérience d'achat et / ou de consommation. Elle résulte d'une comparaison entre ses attentes à l'égard du produit et sa performance perçue.

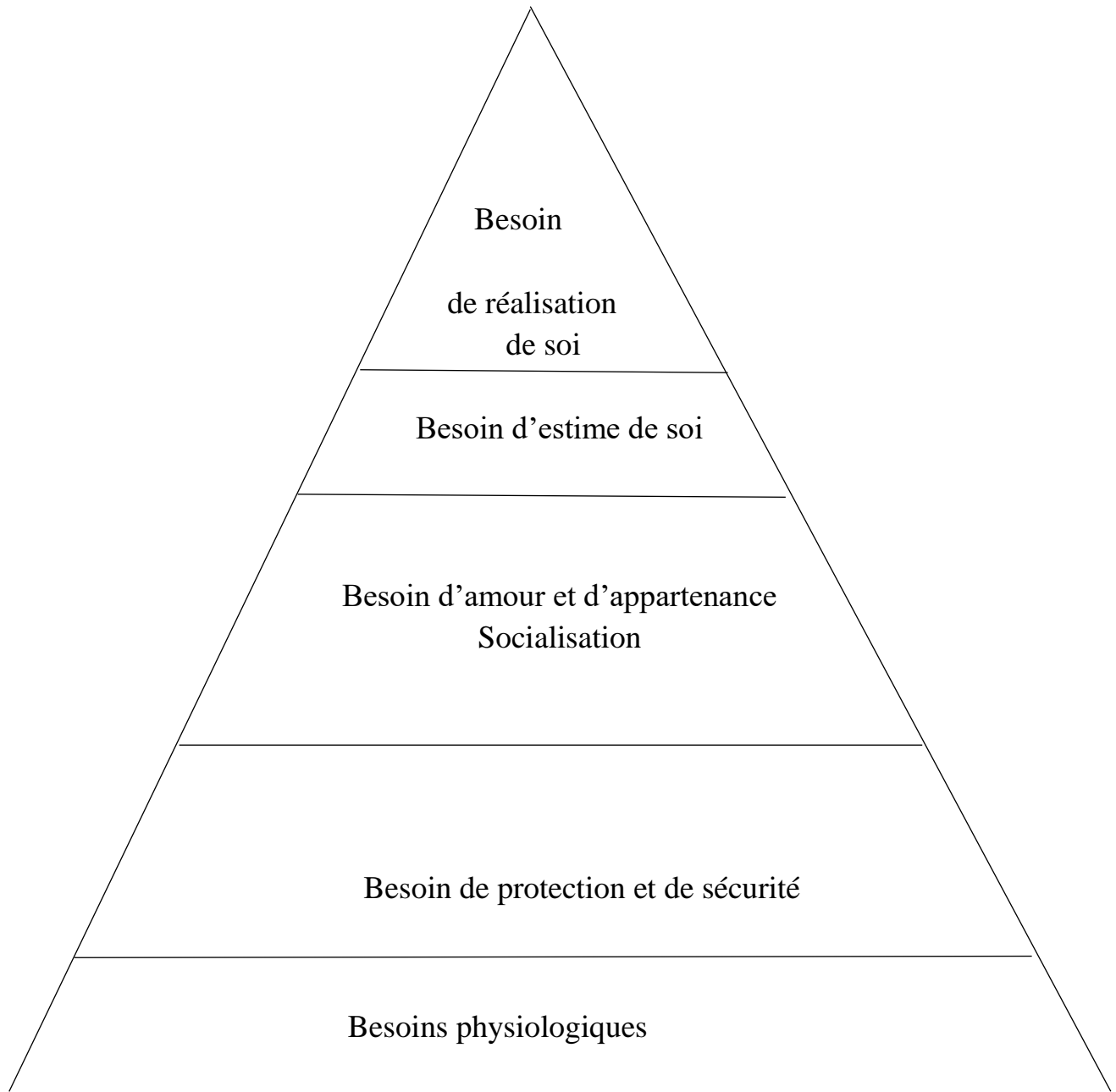
Trois situations peuvent apparaître :

Les performances sont en deçà des attentes (déception et mécontentement), à leur niveau (satisfaction) ou au-delà (enthousiasme) ;

La surprise et l'inattendu peuvent créer l'enthousiasme, notamment lorsque la satisfaction dépasse déjà un certain seuil préalable, d'autres efforts seraient jugés plus pertinents par des clients et l'on n'observe pas d'impact de la surprise sur le niveau de satisfaction.

La plupart du temps, la satisfaction est vue comme un continuum allant d'une grande satisfaction à une grande insatisfaction [23].

Maslow a schématisé la hiérarchie des besoins à l'intérieur d'une pyramide à cinq paliers. Selon lui, la satisfaction d'un besoin ne peut être réalisée que si les besoins de niveau inférieur sont eux-mêmes satisfaits. Ainsi, un individu ne peut se sentir en sécurité que si les besoins de niveaux inférieurs sont eux-mêmes satisfaits.



**Figure VI :Pyramide des besoins [24].**

Cette pyramide est composée de cinq niveaux. Selon cette théorie, nous recherchons d'abord à satisfaire les besoins situés aux niveaux inférieurs avant de penser aux besoins situés aux niveaux supérieurs de la pyramide. Ainsi on



rechercherait à satisfaire les besoins physiologiques avant les besoins de sécurité.

Maslow définit l'être humain comme un tout présentant des aspects physiologiques, psychologiques, sociologiques et spirituels. Chacun de ces aspects est relié à certains besoins humains [24].

### **III-METHODOLOGIE**

#### **1.Lieu d'étude :**

L'étude s'est réalisée dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point G.

Le CHU du Point G est un centre de troisième niveau de référence. Il est situé à 8 km du centre-ville de Bamako, sur la colline du Point G. Présentement l'hôpital regroupe 18 services dont le service de Néphrologie et d'hémodialyse.

Le service de néphrologie est l'unique au Mali, il accueille tous les malades sans distinction d'âge, de sexe et de race provenant de la ville de Bamako et de l'intérieur du pays.

Le service de néphrologie a été créé en 1981 et l'unité d'hémodialyse a été ouverte en février 1997.

Le service comprend deux unités d'hospitalisation et trois unités d'hémodialyse. Les unités d'hospitalisation comprennent :

Un pavillon « principal » de néphrologie comportant 18 lits d'hospitalisation tous de première catégorie.

Un pavillon « annexe » de néphrologie comportant 18 lits de première, deuxième et troisième catégorie.

Les unités d'hémodialyse disposent chacune d'une capacité de dix (10) générateurs d'hémodialyse conventionnelle assurant une série de trois séances de dialyse par jour, du lundi au samedi.

Le personnel est composé :

Un Professeur titulaire en néphrologie

Deux Maîtres-Assistants en néphrologie

Des néphrologues

Des étudiants en spécialisation

Etudiants en année de thèse

Des infirmiers d'Etat

Les activités du service sont :

Activités de soins : consultations et visites

Activités de recherche : Thèses, travaux de recherche

Activités pédagogiques : Formation des spécialistes, assurer l'enseignement de la néphrologie à la faculté, encadrement des élèves et étudiants.

Médecins en formation pour obtenir le diplôme d'état spécialisé (DES)

## **2. Type et période d'étude :**

Il s'agit d'une étude transversale descriptive, qui a porté sur la satisfaction des hémodialysés du service néphrologie et d'hémodialyse du Centre Hospitalier Universitaire(CHU) du Point G allant d'Aout à Septembre 2018 portant sur les patients hémodialysés chroniques.

## **3. Population d'étude :**

L'étude a porté sur les patients hémodialysés chroniques du CHU Point G.

### **3.1. Critères d'inclusion :**

Nous avons sélectionné tous les patients hémodialysés chroniques ayant accepté de faire partie de l'étude.

### **3.2. Critères de non inclusion :**

Patients dialysés pour insuffisance rénale aiguë (IRA), les vacanciers et les refus de faire partie de l'étude.

## **4. Echantillonnage de l'étude :**

L'échantillonnage est de type raisonné, non probabiliste de 200 patients hémodialysés dans le service de néphrologie et d'hémodialyse pour insuffisance rénale chronique terminale répondant aux critères d'inclusion.

## **5- Recueil et analyse des données :**

Le recueil de données a été effectué à partir d'une fiche d'enquête individuelle pour chaque patient hémodialysé chronique. Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS 25.

## **6-Variables de l'étude :**

Elles seront regroupées en deux catégories : les variables dépendantes et les variables indépendantes.

### 6.1. Variables dépendantes :

Notre variable dépendante aura deux modalités : satisfaction et insatisfaction.

### 6.2. Variables indépendantes :

-Les facteurs sociodémographiques : retenus dans l'étude seront : âge, zone d'habitation urbaine, zone d'habitation rurale, mariée, veuve, célibataire.

- Les facteurs socioéconomiques des ménages : niveau d'instruction, activité professionnelle du patient, le revenu mensuel du foyer, activité professionnelle du conjoint, nombre de personnes en charge du conjoint.

- Les facteurs liés au système de santé :

Structure : Orientation, capacité d'accueil, disponibilité du matériel et équipement, hygiène et salubrité dans les salles, luminosité de la salle, l'aération de la salle.

Personnel soignant : Qualité de l'accueil, disponibilité du personnel, coordination entre les membres de l'équipe.

## **7-Aspects éthiques :**

La participation à l'enquête était volontaire après une explication détaillée de l'enquête et un consentement verbal a été obtenu avant l'inclusion des patients.

La confidentialité des réponses a été respectée.

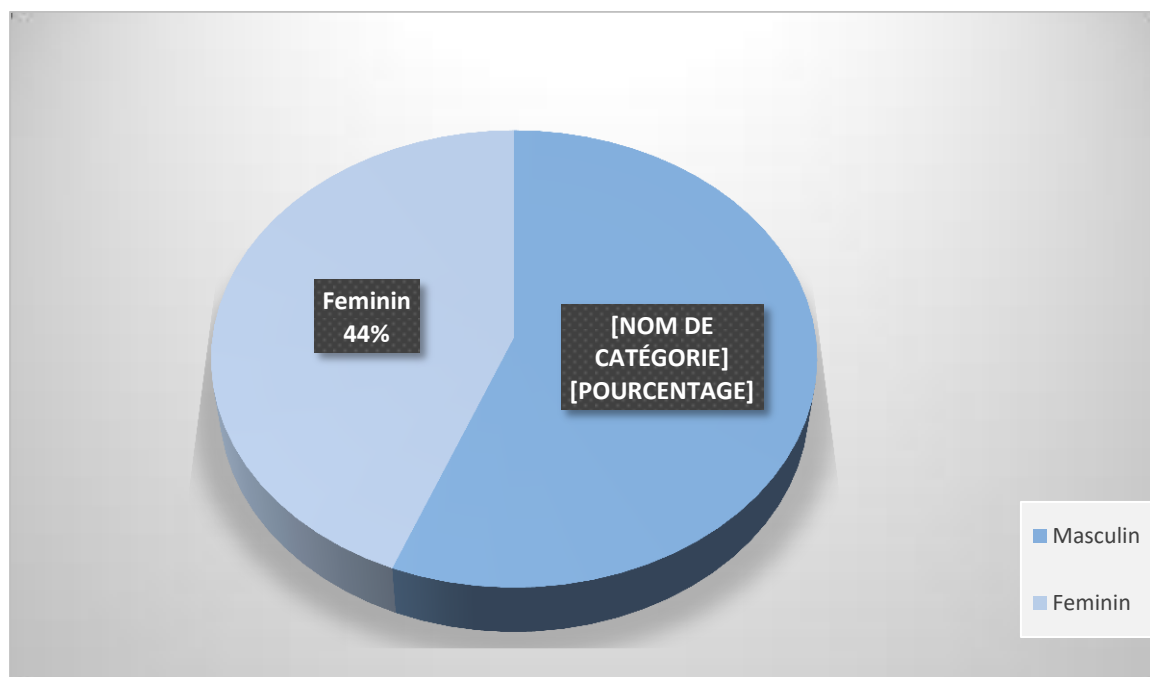
## IV-RESULTATS :

Les résultats suivants ressortis des questionnaires administrés au cours de l'étude selon les objectifs spécifiques sont regroupés ci-après :

**Tableau IV: Répartition des patients selon l'âge**

Age	Fréquence	Pourcentage
0-20	3	1,5
20-40	73	36,5
40-60	82	41,0
> 60	42	21,0
Total	200	100,0

La tranche d'âge 40-60 représentait la majorité dans notre échantillon.



**Figure VII : Répartition des patients selon le sexe**

Le sexe masculin était le plus représenté et de sex ratio de 1,27.

**Tableau V : Répartition des patients selon l'ethnie**

<b>Ethnie</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Bambara	46	23,0
Peulh	37	18,5
Sarakolé	43	21,5
Malinké	16	8,0
Sonrai	21	10,5
Senoufo	9	4,5
Dogon	17	8,5
Bozo	3	1,5
Autre	8	4
Total	200	100,0

L'ethnie Bambara représentait 23% des cas, suivie des Sarakolé et l'ethnie minoritaire était Bozo.

**Tableau VI : Répartition des patients selon la zone d'habitation**

<b>Zone d'habitation</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Urbaine	166	83,0
Rurale	34	17,0
Total	200	100

l'essentiel des patients enquêtés vivaient dans le villes.

**Tableau VII: Répartition des patients selon la situation matrimoniale**

<b>Situation Matrimoniale</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Mariée	168	84,0
Veuve	15	7,5
Célibataire	19	9,5
Total	200	100,0

Les patients mariés étaient majoritaires, suivis des célibataires.

**Tableau VIII : Répartition des patients selon le niveau d'instruction**

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Jamais scolarisée	49	24,5
Ecole coranique	48	24,0
Primaire (niveau Def )	60	30,0
Secondaire (niveau Bac)	18	9,0
Supérieur	25	12,5
Total	200	100,0

Les patients ayant un niveau primaire était majoritaire suivi des non scolarisée.

**Tableau IX : Répartition des patients selon leur fonction**

<b>Activité du patient</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Fonctionnaire	20	10,0
Commerçant	31	15,5
Ménagère	52	26,0
Scolaire	4	2,0
Retraité	8	4,0
Cultivateur	5	2,5
Chauffeur	2	1,0
Eleveur	2	1,0
Sans emplois	76	38,0
Total	200	100,0

La majorité des patients dialysés enquêtés n'avaient pas de boulot.

**Tableau X : Répartition des patients selon le niveau de revenu mensuel**

<b>Revenu mensuel</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
< 40 000 Fcfa	105	52,5
[40 000 à 100 000 Fcfa ]	40	20,0
]100 000 à 160 000 Fcfa ]	41	20,5
> à 160 000 Fcfa ]	14	7,0
Total	200	100,0



Les patients qui avaient un revenu inférieur à 40 000Fcfa étaient les plus nombreux.

**Tableau XI: Perception des patients enquêtés de la qualité de l'accueil du service**

<b>Qualité de l'accueil</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Très satisfait	8	4,0
Satisfait	116	58,0
Peu satisfait	44	22,0
Non satisfait	32	16,0
Total	200	100,0

La majorité des patients étaient satisfaits de la qualité de l'accueil suivi des peu satisfait.

**Tableau XII: Perception des patients selon la disponibilité du personnel de santé**

<b>Disponibilité</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Très satisfait	4	2,0
Satisfait	98	49,0
Peu satisfait	58	29,0
Non satisfait	40	20,0
Total	200	100,0

Les patients (98 /200) ont déclaré être satisfait de la disponibilité du personnel soignant. Ils étaient suivis par des patients peu satisfait (58/200).

**Tableau XIII : Perception des patients de la collaboration d'interprofessionnelle**

<b>Collaboration interprofessionnelle</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Très satisfait	4	2,0
Satisfait	130	65,0
Peu satisfait	58	29,0
Non satisfait	8	4,0
Total	200	100,0

Plus de la moitié des patients enquêtés étaient satisfaits de la collaboration entre les différents professionnels.

**Tableau XIV: Perception des patients selon la capacité d'accueil de la salle.**

<b>Capacité d'accueil de la salle</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Très satisfait	8	4,0
Satisfait	96	48,0
Peu satisfait	54	27,0
Non satisfait	42	21,0
Total	200	100,0

Les dialysés étaient satisfaits à 48% des cas de la capacité d'accueil de la salle.

**Tableau XV : Perception des patients selon la disponibilité du matériel d'hémodialyse**

<b>Disponibilité du matériel d'hémodialyse</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Très satisfait	4	2,0
Satisfait	88	44,0
Peu satisfait	42	21,0
Non satisfait	66	33,0
Total	200	100,0

Les patients satisfaits de la disponibilité du matériel d'hémodialyse étaient les plus nombreux soit 44% des cas.

**Tableau XVI : Perception des patients selon l'hygiène dans la salle**

<b>Hygiène dans la salle</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Très satisfait	8	4,0
Satisfait	84	42,0
Peu satisfait	44	22,0
Non satisfait	64	32,0
Total	200	100,0

La majorité des patients étaient satisfaits de l'hygiène dans la salle d'hémodialyse soit 42% des cas.

**Tableau XVII Perception des patients selon la luminosité et aération des salles de dialyse**

<b>Luminosité et aération de la salle</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Très satisfait	6	3,0
Satisfait	108	54,0
Peu satisfait	68	34,0
Non satisfait	18	9,0
Total	200	100,0

La grande partie des interrogés ont trouvé que les salles étaient bien aérées et éclairées.

**Tableau XVIII: Perception des patients de la de la prise en charge par le néphrologue**

<b>Prise en charge par le néphrologue</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Très satisfait	6	3,0
Satisfait	106	53,0
Peu satisfait	74	37,0
Non satisfait	14	7,0
Total	200	100,0

Plus de la moitié des patients étaient satisfaits de leur prises en charge par le néphrologue soit 53% des cas.

**Tableau XIX : Perception des patients hémodialysé de la prise en charge par les infirmiers du centre**

<b>Perception des patients de la prise en charge par les infirmiers</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Très satisfait	46	23,0
Satisfait	122	61,0
Peu satisfait	28	14,0
Non satisfait	4	2,0
Total	200	100,0

Les patients satisfait de la prise en charge par les infirmiers du centre étaient les plus nombreux.

**Tableau XX: Perception des patients de la qualité de l'information donnée sur leur dialyse**

<b>Information que l'on donne sur la dialyse</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Très satisfait	2	1,0
Satisfait	96	48,0
Peu satisfait	64	32,0
Non satisfait	38	19,0
Total	200	100,0

L'information donné sur la dialyse était perçue satisfaisantes dans 48% des cas.

**Tableau XXI : Perception des patients selon l'accessibilité du centre de dialyse**

<b>Accessibilité du centre</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Très satisfait	4	2,0
Satisfait	82	41,0
Peu satisfait	75	37,5
Non satisfait	39	19,5
Total	200	100,0

L'accès au centre de dialyse par les patients représentaient 41% des cas.

**Tableau XXII: Perception des patients du respect des heures de dialyse**

<b>Respect des heures de dialyse</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Très satisfait	18	9,0
Satisfait	126	63,0
Peu satisfait	26	13,0
Non satisfait	30	15,0
Total	200	100,0

La majorité des dialysés ont été satisfait des heures de dialyse.

**Tableau XXIII : Perception des patients selon le niveau de bruit de la salle de dialyse**

<b>Le niveau de bruit de la salle de dialyse</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Très satisfait	44	22,0
Satisfait	118	59,0
Peu	8	4,0
Non satisfait	30	15,0
Total	200	100,0

Les enquêtés étaient satisfait majoritairement du niveau de bruit dans la salle de dialyse soit 59% des cas.

**Tableau XXIV: Perception des patients selon la qualité du fauteuil ou le lit d'hémodialyse**

<b>Qualité du fauteuil ou le lit de l'hémodialyse</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Très satisfait	13	6,5
Satisfait	52	26,0
Peu satisfait	62	31,0
Non satisfait	73	36,5
Total	200	100,0

Les patients insatisfaits de la qualité du fauteuil ou du lit d'hémodialyse était les plus nombreux soit 36,5% des cas.

**Tableau XXV: Perception des patients selon la qualité de l'hémodialyse.**

Qualité de l'hémodialyse	Fréquence	Pourcentage
Très satisfait	11	5,5
Satisfait	96	48,0
Peu satisfait	58	29,0
Non satisfait	35	17,5
Total	200	100,0

La qualité de l'hémodialyse a été perçue satisfaisante chez les patients en dialyse soit 48% des cas.

**Tableau XXVI: Appréciation des patients de leur état après l'hémodialyse.**

Appréciation de l'état de santé	Fréquence	Pourcentage
Très satisfait	12	6,0
Satisfait	110	55,0
Peu satisfait	70	35,0
Non satisfait	8	4,0
Total	200	100,0



La majorité des patients étaient satisfaits de leur état de santé après la séance d'hémodialyse soit 55% des cas.

**Tableau XXVII : Répartition des patients en fonction de l' Age et de la Qualité de l'hémodialyse**

	Qualité de l'hémodialyse				Total	
	très satisfait	satisfait	peu satisfait	non satisfait		
Age	0-20	0	3	0	0	3
	20-40	3	30	26	14	73
	40-60	2	34	30	16	82
	> 60	6	29	2	5	42
<b>Total</b>		11	96	58	35	200

Il y'avait un lien significatif entre la tranche d'âge des patients et la qualité de l'hémodialyse car  $P < 0,05$  ( $P = 0,001$  Fisher = 25.531).

**Tableau XXVIII : Répartition des patients en fonction de l'Age et de l'Appréciation de leur état après l'hémodialyse**

		Appréciation des patients de leur état après l'hémodialyse				
		très satisfait	Satisfait	peu satisfait	non satisfait	Total
<b>Age</b>	0-20	0	3	0	0	3
	20-40	4	35	32	2	73
	40-60	4	44	28	6	82
	> 60	4	28	10	0	42
<b>Total</b>		12	110	70	8	200

Il n'y avait pas de lien significatif entre la tranche d'âge des patients et l'état de santé après l'hémodialyse car  $P > 0,05$  ( $P = 0,144$  Fisher = 12,959).

**Tableau XXIX : Répartition des patients en fonction du Niveau d'instruction et de la Qualité de l'hémodialyse**

		Qualité de l'hémodialyse				Total
		très satisfait	satisfait	peu satisfait	non satisfait	
<b>Niveau d'instruction</b>	Jamais scolarisée	5	18	16	10	49
	Ecole coranique	2	28	14	4	48
	Primaire (niveau Def )	4	30	18	8	60
	Secondaire(niveau Bac)	1	12	2	5	18
	Supérieur	0	8	8	8	25
<b>Total</b>		11	96	58	35	200

Le niveau d'instruction n'avait pas de lien sur la qualité de l'hémodialyse car  $P > 0,05$  ( $P = 0,221$  Fisher = 14,256).

**Tableau XXX : Répartition des patients en fonction de l'activité du patient et de la prise en charge par les infirmiers**

		Perception des patients de la prise en charge par les infirmiers				Total
		très satisfait	satisfait	peu satisfait	non satisfait	
<b>Activité du patient</b>	Fonctionnaire	0	14	2	4	20
	Commerçant	16	9	6	0	31
	Ménagère	10	38	4	0	52
	Scolaire	0	4	0	0	4
	Retraite	2	6	0	0	8
	Cultivateur	2	3	0	0	5
	Chauffeur	0	2	0	0	2
	Eleveur	0	2	0	0	2
	Sans emplois	16	44	16	0	76
<b>Total</b>	46	122	28	4	200	

Il existe un lien entre l'activité du patient et de la prise en charge par les infirmiers car  $P < 0.05$ . ( $P = 0,000$  Fisher = 31,348).

**Tableau XXXI : Perception des patients en fonction de la qualité du fauteuil ou au lit de dialyse et la qualité de l'hémodialyse.**

		Qualité de l'hémodialyse				Total
		très		peu	non	
		satisfait	satisfait	satisfait	satisfait	
<b>Qualité du fauteuil ou au lit de dialyse</b>	très satisfait	1	8	2	2	13
	satisfait	4	40	6	2	52
	peu satisfait	2	22	30	8	62
	non satisfait	4	26	20	23	73
Total		11	96	58	35	200

Il existe un lien entre la qualité du fauteuil ou lit de dialyse et la qualité de l'hémodialyse car  $P < 0,05$ . ( $P = 0,000$  Fisher = 32,231)

## **V. Commentaires et Discussion**

Nous avons mené une étude transversale de septembre à octobre 2018 qui a porté sur 200 patients du service de Néphrologie et d'Hémodialyse du Point-G.

Elle nous a permis non seulement de déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patients mais aussi d'évaluer le niveau de satisfaction des patients hémodialysés qui ont fait l'objet de notre étude.

### **1-Les caractéristiques sociodémographiques.**

Le sexe masculin était le plus représenté soit 56% des cas avec un sexe ratio de 1,27. Les mariés, les célibataires et les veuves représentaient respectivement 84% ; 9% et 7% des cas. L'âge moyen des patients était de 46ans. La tranche d'âge la plus retrouvée était comprise entre 40 et 60 ans soit 41% des cas avec des extrêmes de 18 et 74 ans.

En 2015, Talmoudi A. en Tunisie et en 2007 Harouna H. au Mali, ont rapporté une prédominance masculine avec respectivement 60% et 66,7% des cas, avec des sex-ratio respectifs de 1,5 et 2,0 [17-35].

La fréquence élevée de l'hémodialyse chez l'homme s'expliquerait par une progression rapide de la maladie rénale chronique dans cette population qui serait due à une influence hormonale [14-34].

Coulibaly A. en 2016 et Diallo D. en 2011 à Bamako ont rapporté dans leurs études une moyenne d'âge respectives de 43 ans et 40,36 ans avec des extrêmes respectifs de 20 à 70ans et de 21 à 70ans [4-22]. Cette moyenne d'âge était de 48 ans à Dakar [3], 43 ans au Maroc [20] et 47 ans au Togo [38]. Cependant la moyenne d'âge en France été de 65.9 ans [21] et pourrait s'expliquer par une espérance de vie plus élevée par rapport l'Afrique.

Les patients ayant un niveau primaire représentaient 30% des cas suivis des non-scolarisés avec 24,5%.

L'ethnie la plus atteinte est celle des Bambaras avec 23% des cas. L'étude de Bezeïd M. en 2002 était de 26,66% [6]. Ce résultat est le reflet de la population générale qui est en majorité Bambara.

Les patients hémodialysés résidaient la plupart à Bamako soit 83% des cas. Ce résultat concordait avec celui de Bezeïd M. qui a mis en évidence 75,99 % [6].

## **2-L'activité professionnelle et économique.**

L'activité professionnelle peut être affectée par :

L'obligation d'adapter les horaires de travail à ceux des séances d'épuration, ce qui peut être réalisé par une profession libérale, mais difficile, voire impossible pour un employé.

Il est difficile de garder la même activité professionnelle lorsqu'il s'agit de travaux manuels ou de force. En général, les personnes ayant une telle activité, ne possèdent pas les bases scolaires nécessaires à une reconnaissance professionnelle. Celle-ci n'est intéressante pour l'hémodialysé que lorsqu'elle oriente vers les professions plutôt « intellectuelles », qui ne possèdent pas d'efforts physiques soutenus. Or, notre population étudiée regroupe surtout des sans-emplois (38%), femmes au foyer (26%), des professionnels libéraux (16%), et fonctionnaires (10%). Par ailleurs, il faut insister sur le rôle négatif de la sélection des patients en hémodialyse du centre.

La majorité des patients avaient un revenu inférieur à 40 000f avec un taux de 52,5%) des cas.

## **3-Analyse bi variée**

Il y avait un lien statistiquement significatif entre :

- La tranche d'âge des patients et la qualité de l'hémodialyse ;
- L'activité du patient et la prise en charge par les infirmiers ;
- La qualité du fauteuil ou lit de dialyse et la qualité de l'hémodialyse.

Il n'y avait pas de lien significatif entre :

- La tranche d'âge des patients et l'état de santé après l'hémodialyse ;
- Le niveau d'instruction et de la qualité de l'hémodialyse.

#### **4-Perception des patients hémodialysés de leur prise en charge par le néphrologue**

La perception de la prise en charge par le néphrologue était perçus satisfaisante dans 53% des cas, Coulibaly A avait rapportait 47,25% de satisfaction à Bamako [4], quand à Keita Y avait obtenu 59,1% à Dakar [3], Thi Linh Nguyen a rapporté 57,9% en France [21].

Ce résultat dans notre étude est le reflet de l'état actuel de la vie en hémodialyse dans le pays avec deux centre public à Bamako et Sikasso pour environ 20 millions d'habitants et 20 néphrologues au Mali en 2018 pour la prise en charge de la maladie rénale chronique (Consultation, Hospitalisation, soins en hémodialyse etc.)

#### **5-Perception des patients hémodialysés de leur prise en charge par les infirmiers**

Les infirmiers étaient le pilier des centres d'hémodialyse, se substituant souvent aux médecins dans le centre de dialyse public en nombre insuffisant la plupart du temps. De ce fait, la satisfaction des patients en hémodialyse de la perception de leur prise en charge par les infirmières était atteinte soit 61%, par contre l'étude de Coulibaly A était de 58,5% [4], 64,1% à Dakar [3] et 72,1% à Marrakech [20].

#### **6- Perception des patients selon la qualité de l'hémodialyse**

La perception des patients de la qualité de l'hémodialyse était de 48% cependant l'étude de S. Boini en 2005 en France rapportait un taux de 66,7% [36].



## **7-Perception de la satisfaction globale**

La satisfaction globale des patients était bonne dans l'ensemble soit 55%. L'étude menée par Lobna Zouari en Tunisie en 2016 ont rapporté un taux de 51,6% [37].

Coulibaly A. en 2016 a trouvé 61% [4], contre 73,3% à Dakar [3] ,74,1% en France [21]. Mais cette fréquence était de 68% des patients dialysés selon l'étude de Agnès à Montpellier [13].

Pour Diallo D. et collaborateurs la satisfaction par rapport à la qualité de vie était de 76,7% [22].

Selon les commentaires et suggestions ce résultat est le reflet de l'état général des patients hémodialysé, et cela est dû au vieillissement du matériel et à l'augmentation croissante du nombre des patients hémodialysés pour le seul service de néphrologie et d'hémodialyse public à Bamako.

## **VI. Conclusion et Recommandations :**

### **1. Conclusion :**

Notre étude s'est déroulée au CHU du Point G dans la commune III du district de Bamako. C'était une étude descriptive transversale qui s'est déroulée de septembre à octobre 2018 avec une phase d'enquête. L'enquête s'est portée sur 200 patients hémodialysés de façon aléatoire. Nos résultats couvrent une période de 2 mois.

Il découle de cette étude que :

- Le sexe masculin était le plus prédominant dans notre étude par rapport au sexe féminin ;
- La tranche d'âge la plus retrouvée était comprise entre 40 à 60 ans ;
- La majorité des patients en Hémodialyse avaient un revenu inférieur à 40.000f soit 52,5% des cas ;
- Le taux de satisfaction après une séance d'hémodialyse était de 55% ;
- Il y'avait un lien significatif entre la tranche d'âge et la qualité de l'hémodialyse ;
- Il n'avait pas de lien significatif entre le niveau d'instruction et la qualité de l'hémodialyse.

Les patients étaient satisfaits en majorité de la qualité de l'hémodialyse, mais il reste encore certains aspects notamment à la qualité du fauteuil ou lit d'hémodialyse où ils étaient insatisfaits, soit 36,5% des cas.

Afin de répondre aux diverses insuffisances observées dans le système nous proposons les recommandations suivantes.

## **2. Recommandations :**

Au terme de cette étude nous formulons les recommandations suivantes :

### **2.1- Aux autorités politiques**

- Assurer la formation d'un nombre suffisant de techniciens d'hémodialyse ;
- Acquisition de générateurs en nombre suffisant ainsi que sa maintenance et élargissement de l'unité d'hémodialyse à d'autres hôpitaux du Mali.
- Adopter une politique gouvernementale favorisant la disponibilité et l'accessibilité de l'EPO pour les patients dialysés ;
- Mettre sur pied une structure pour la transplantation rénale.

### **2.2- Aux soignants**

- Renforcer des mesures d'hygiène et les soins spécifiques apportés aux cathéters et aux FAV ;
- Avoir un rôle d'éducateur.

### **2.3- Aux patients hémodialysés**

- Faciliter la tâche des médecins par la mise en œuvre des conseils et consignes ;
- Respecter les horaires de dialyse et tenir compte des contraintes d'hémodialyse au Mali.
- Respecter le régime et les traitements médicaux

## VII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. **Aristide Relwendé Yameogo, Millogo GRC, Arlette Flore Palm.** Évaluation de la satisfaction des patients dans le service de cardiologie du CHU Yalgado Ouedraogo. Pan African Medical Journal 2017 ; 28 :267.
2. **Phi Linh Nguyen Thi, Luc Frimat.** Questionnaire SDIALOR : instrument de mesure de la satisfaction des patients en dialyse. Néphrologie et Thérapeutique 2008 ;12 : 266-277.
3. **Ka EHF, Keita Y, Cissé MM.** Etude de la satisfaction des patients en hémodialyse : à propos de 211 patients hémodialysés chroniques à Dakar. Néphrologie et Thérapeutique 2015 ;11(5) :285-307.
4. **Coulibaly A.** Satisfaction des patients en hémodialyse : A propos de 300 hémodialysés chroniques de Bamako. Mémoire de DES en Médecine 2016, Bamako.
- 5 **Togo A.** Evolution des patients hemodialyses chroniques dans le service de nephrologie et d'hemodialyse du CHU du Point G. Thèse de médecine 2013, Bamako.
6. **BEZEÏD MMO.** Bilan d'activites de l'unité d'hemodialyse de l'hopital national du point « G » de 1999 à 2001. Thèse de Médecine 2002, Bamako.
7. **Dembele.** Système de santé publique au Mali, d'hier a aujourd'hui. Rapport d'Activité 2004.
8. **Balique H.** Le système de soins au Mali : analyse, perspectives nouvelles et étude prospective à moyen terme. Thèse de Doctorat de l'Université de la Méditerranée, Marseille 1998, 600p.

9. **Balique H.** Le concept de communauté et ses limites : à propos des centres de santé communautaires au Mali. Communication au colloque « Anthropologie des systèmes et des politiques de santé » organisé par l'Amades, Paris 6 – 8 janvier 1999.
10. Programme de développement sanitaire et social (PRODESS) 1998 – 2002 – Bamako.
11. OMS, Bureau Régionale pour l'Afrique, PCIME Rapport biennal du Directeur régional pour l'exercice 2017.
12. **GOLBERT** : Planification Sanitaire et le concept de santé.
13. **Agnes Bardin Ep Boushifa.** Les aspects psychologiques et la qualité de la vie des hémodialysés en centre (Cote BIUM Montpellier 1988). Thèse de médecine 1988.
14. **Mahamadou Diarra.** Evaluation du Traitement de l'Insuffisance Rénale Chronique Terminale par l'Hémodialyse du 01 Janvier au 31 Décembre 2008 dans le Service de Néphrologie et d'Hémodialyse du CHU du Point-G. Thèse de médecine 2008-2009, Bamako.
15. DMII-Insuffisants rénaux dialyses. Service de néphrologie, Hôpitaux Universitaire de Genève HUG Octobre 2008.
16. **Sapir M.** Alimentation et dialyse. Revue de médecine psychosomatique numéro 3, 3ème trimestre 1985.
17. **Harouna Hamadalamine.** Qualité de la vie chez les patients dialyses dans le service de néphrologie et d'hémodialyse de l'Hôpital national du Point G-chu. Thèse de médecine 2006-2007, Bamako.

18. **Saal D, Heidegger T, Nuebling M.** L'évaluation de la satisfaction des patients a-t-elle un sens ? Le praticien en anesthésie réanimation, Elsevier Masson, p.305-311 ; 2006.
19. **Labarere J, Francois P.** Evaluation de la satisfaction par les établissements de soins. Revue de la littérature. Revue épidémiologique et de santé publique, masson, p175-184 ;1999.
20. **Esqalli, H Knidiri, W Fadili, M Lisri, T Phi Linh Nguyen, I Laouad.** Nos hémodialysés sont-ils satisfaits vis à vis des soins ? Néphrologie et Thérapeutique 2013 ; 9 : 282-319.
21. **Phi Linh Nguyen Thi, Luc Frimat, Carole Loos-Ayav, Michèle Kessler, Serge Briançon.** Questionnaire SDIALOR : instrument de mesure de la satisfaction des patients en dialyse. Néphrologie et Thérapeutique 2008 ; 4 : 266.
22. **Diallo D, Fongoro S, Doumbia S, Arama C.** Etude de la qualité de vie des malades hémodialysés au chu du Point G à Bamako (A propos de 30 observations) Mali Med. 2011 ; 26.
23. **Coulibaly I.** Ventes- conseil en officine « Perspectives vers l'optimisation des ventes en vue de la satisfaction des clients » ». Thèse de Pharmacie 2008, Bamako.
24. **Abraham Maslow.** Théorie des besoins de l'être humain. Psychologue américain (1916-1972).
25. **Société francophone de néphrologie dialyse et transplantation.** Rapport sur la dialyse chronique en France en 2016. Centre hospitalier Henri-Duffaut ;2017.

26. **Ethier J, Mendelssohn DC, Elder SJ, Hasegawa T, Akizawa T, Akiba T, et al.** Vascular access use and outcomes: an international perspective from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Nephrol Dial Transplant* 2008 ;23 :3219–26.
27. Agence de la biomédecine. Rapport REIN 2014 ; 2012, [http:// www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/ rapport\\_rein\\_vdef\\_2012](http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/rapport_rein_vdef_2012).
28. Agence de la biomédecine. Rapport REIN 2013 ; 2015, [www. agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/rapport\\_rein2013](http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/rapport_rein2013).
29. **Diakité Aïcha.** Étude épidémiologique et clinique de l'insuffisance rénale chronique du stade sévère a terminal dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du Point G. Thèse de médecine 2009, Bamako.
30. [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com): Claude Jacobs: La suppléance de la fonction rénale par l'hémodialyse. Un siècle et demi d'histoire. Document électronique, consulté le 24/08/2018.
31. Société de Néphrologie - Commission de Dialyse. Information des patients :la dialyse ; (2006)29–31.
32. **Ecole Nationale Santé Publique (ENPS).** Module interprofessionnel de santé publique - Prise en charge de la maladie chronique : quels rôles pour les secteurs professionnels, familiaux et alternatifs ? Rennes : ENSP ; 2004.
33. **AG IKNANE A., KADJOKE M., CAMARA I. ET CAMARA M.** La santé communautaire au Mali : aspects juridiques, réglementaires et économie politique, Editions Jamana, mai, 2000.

34. **ANZDATA report 2008.** Australia and New-Zealand Dialysis and Transplantation Registry. Adelaide: APS Disney; 2009.
35. **A Talmoudi.** Caractéristiques épidémiologiques des hémodialysés : expérience de 10 ans ; Néphrologie et Thérapeutique 2017 ; 13 389–404.
36. **S. Boini, J. Bloch, S. Briançon.** Surveillance de la qualité de vie des sujets atteints d'insuffisance rénale chronique terminale ; Néphrologie et Thérapeutique 2005.
37. **Lobna Zouari, Sana Omri, Sahar Turki.** Qualité de vie des insuffisants rénaux chroniques hémodialysés : à propos de 71 patients ; Tunisie Médicale 2016 ; 91(1) :40-45.
38. **Amekoudi, E Y M, Sabi K A.** Evaluation de la satisfaction des patients au centre d'hémodialyse du CHU SO. Journal de la recherche scientifique de l'université de Lomé 2018 vol 20.
39. **B. Canaud.** Principes et modalités d'application de l'hémodialyse au traitement de l'insuffisance rénale chronique. Néphrologie et Thérapeutique 2009 ;5 : 218-238.
40. **Brigitte Lantz.** Guide pratique, Aide au fonctionnement d'une structure de dialyse, « Fondation du Rein » 2010 : 18-35.



## VIII. ANNEXES

### Fiche d'enquête

**TITRE :** Etude de la satisfaction des patients en Hémodialyse dans le service de Néphrologie du CHU du Point G, Bamako Mali

### QUESTIONNAIRE :

#### A- Données sociodémographiques du patient

**1-Age (en année) :** /      /

a- 0-20ans ; b- 20-40ans ; c- 40-60ans ; d- >60ans

**2-Sexe :** /      /

a-masculin ; b-féminin

**3-Ethnie :** /      /

a-bambara ; b-peulh ; c-sarakole ; d-malinké ; e-sonrai ;

f-senoufo ; g-dogon ; h-tamashek ; i-bozo ; j-autres.

**4-Zone d'habitation :** /      /

a-urbaine ; b-rurale

**5-Situation matrimoniale :** /      /

a-mariée; b-veuve ; c-célibataire

#### B- Données socioéconomiques du patient

**1-Niveau d'instruction:**/      /

a-jamais scolarisée ; b-école coranique ; c-primaire 1er cycle (Niveau DEF) ;  
d-secondaire 2ème cycle (niveau BAC ) ; e-supérieur

**2-Activité professionnelle du patient:/ /**

a- fonctionnaire ; b- commerçant ; c- ménagère ; d- scolaire ; e- retraite ;  
f- cultivateur ; g- chauffeur ; h- pêcheur ; i-élèveur ; j- autres

**3-Revenu mensuel du foyer:/ /**

a-inférieur à 40 000 FCFA ; b-entre à 40 000 et 100 000 FCFA ;  
c- entre 100 000 et 160 000 FCFA ; d-supérieur à 160 000 FCFA

**C- Satisfaction liées au système de santé du personnel**

**1-Qualité de l'accueil:/ /**

a-Très satisfait ; b- Satisfait ; c- Peu satisfait ; d-Non satisfait

**2-Disponibilité:/ /**

a-Très satisfait ; b- Satisfait ; c- Peu satisfait ; d-Non satisfait

**3-Coordination entre les membres de l'équipe soignante:/ /**

a-Très satisfait ; b- Satisfait ; c- Peu satisfait ; d-Non satisfait

**D- Satisfaction liées au système de santé de la structure**

**1-Capacité d'accueil de la salle:/ /**

a-Très satisfait ; b- Satisfait ; c- Peu satisfait ; d-Non satisfait

**2-Disponibilité de matériel d'équipement:/ /**

a-Très satisfait ; b- Satisfait ; c- Peu satisfait ; d-Non satisfait

**3-Hygiène dans la salle:/ /**

a-Très satisfait ; b- Satisfait ; c- Peu satisfait ; d-Non satisfait

**4-Luminosité et aération de la salle:/ /**

a-Très satisfait ; b- Satisfait ; c- Peu satisfait ; d-Non satisfait

**E- Satisfaction liées au système de santé des patients**

**1- La facilité pour joindre votre néphrologue :/ /**

a-Très satisfait ; b- Satisfait ; c- Peu satisfait ; d-Non satisfait

**2-Les soins et l'attention du néphrologue à votre égard:/ /**

a-Très satisfait ; b- Satisfait ; c- Peu satisfait ; d-Non satisfait

**3-La fréquence à laquelle vous voyez le néphrologue:/ /**

a-Très satisfait ; b- Satisfait ; c- Peu satisfait ; d-Non satisfait

**4-L'attention portée par les médecins et les infirmières de la prise en charge des hémodialysés :/ /**

a-Très satisfait ; b- Satisfait ; c- Peu satisfait ; d-Non satisfait

**5-Les informations que l'on vous donne sur la dialyse:/ /**

a-Très satisfait ; b- Satisfait ; c- Peu satisfait ; d-Non satisfait

**6-L'accessibilité du centre de dialyse :/ /**

a-Très satisfait ; b- Satisfait ; c- Peu satisfait ; d-Non satisfait

**7-Les heures d'ouverture du centre :/ /**

a-Très satisfait ; b- Satisfait ; c- Peu satisfait ; d-Non satisfait

**8-Le niveau de bruit de la salle de dialyse :/ /**

a-Très satisfait ; b- Satisfait ; c- Peu satisfait ; d-Non satisfait

**9- L'installation au fauteuil ou au lit de dialyse :/ /**

a-Très satisfait ; b- Satisfait ; c- Peu satisfait ; d-Non satisfait

**10-Etes-vous satisfait de la qualité de l'hémodialyse ? / /**

a-Très satisfait ; b- Satisfait ; c- Peu satisfait ; d-Non satisfait

**11-Etes-vous satisfait de votre santé ? / /**

a-Très satisfait ; b- Satisfait ; c- Peu satisfait ; d-Non satisfait

## **IX. FICHE SIGNALETIQUE**

**Nom :** DEMBELE

**Prénom :** Badra Aliou

**E-mail :** alioudembele03@yahoo.fr

**Titre de la thèse :** Etude de la satisfaction des patients en Hémodialyse dans le service de Néphrologie du CHU du Point G, Bamako Mali

**Année :** 2017-2018

**Ville :** Bamako

**Payes d'origine :** Mali

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

**Secteur d'intérêt :** Néphrologie, Santé publique

### **RESUME :**

La présente étude est centrée sur la satisfaction des patients en Hémodialyse dans le service de Néphrologie du CHU du Point G, Bamako. Il s'agit d'une étude transversale descriptive allant sur une période de 2 mois (Août à Septembre 2018) des patients ayant accepté l'étude.

La tranche d'âge la plus fréquente était de plus de 40 à 60 ans. Il y'avait une prédominance du sexe masculin avec un sex-ratio de 1,27.

Au cours de notre étude la satisfaction des patients de leur prise en charge par le personnel médical (néphrologues et infirmiers) étaient impactée par le manque de moyens matériels d'hémodialyse soit 44%.

Mais des efforts restent à faire pour améliorer la qualité de l'hémodialyse et favoriser la création d'autres centres d'hémodialyse public et le coût des

structures privés doivent être revus pour une meilleure prise en charge des patients et une satisfaction à hauteur de souhait.

Nous recommandons la régularisation du coût de la prise en charge au niveau des structures privées pour une plus grande accessibilité à un large public.

**Mots clés :** Satisfaction, Patients Hémodialysé, CHU du Point G.

## SERMENT DE GALIEN

Je jure en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

- D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.
- En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

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 !**



CLAUDIUS GALIEN