



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FMOS

Année Universitaire : 2018-2019

N°...../

THESE

**ENQUETE SUR LA SATISFACTION DES
PARENTS DES PATIENTS HOSPITALISÉS EN
RÉANIMATION CHU GABRIEL-TOURE**

Présentée et soutenue publiquement le/...../2019
Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie

Mme. MENDAVE MOUAFO Vanessa

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

Président : Pr. Djibo Mahamane DIANGO
Membre : Dr. Abdoulhamidou ALMEIMOUNE
Co-directeur : Dr. André KASSOGUE
Directeur : Pr. Aladji Seidou DEMBELE

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut ...

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance ...

Aussi, c'est tout simplement que.

Je dédie cette thèse...

A L'ETERNEL MON DIEU, LE PERE TOUT PUISSANT :

Seigneur, Tu me combles de joie chaque jour de ma vie et ma foi pour toi est sans faille tu es digne d'être louer, exalté. Je ne cesserai de te rendre grâce pour toutes les merveilles que tu m'apportes, Bénis soi ton Nom maintenant et à jamais. Avoir vu ce jour merveilleux n'est pas un mérite mais une grâce que tu me fais. Merci pour ton amour et ta fidélité. Daigne continuer à me protéger afin que s'accomplissent dans ma vie tes desseins....

A ma très chère et tendre mère, Dzegoh jeannette,

Affectueusement appelée Matou, tu es la mère que tous les enfants aimeraient avoir. Je te dédie ce travail, que sans ton soutien, ton amour, n'aurait pu voir le jour. Tes prières ont été pour moi un grand soutien moral au long de mes études. Ce travail t'appartient intégralement, il est preuve de ton dévouement, de tes sacrifices, ainsi que l'expression de ma gratitude et de mon profond amour. Puisse Dieu te préserver des malheurs de la vie et te procurer longue vie.

A mon très cher père, Mouafo

Papa, c'est rempli de joie et d'émotion que je te dédie ce travail. Tu as toujours souhaité le meilleur pour nous. L'éducation a toujours été ta priorité, pour cela tu as fait des sacrifices pour tes enfants. Tu es malgré tout un merveilleux papa. Je prie le Seigneur de te donner longue vie et te combler de ses grâces.

A ma grande sœur, Metagheu Mouafo Gisele

Aucun mot ne saurait exprimer la profonde gratitude et l'immense affection fraternelle que j'ai à ton égard. Tu es la base de ma réussite car tu étais toujours là pour me tenir le bras et ton sens de responsabilité et ta rigueur ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Tu es comme un deuxième père pour moi et je suis infiniment reconnaissante pour les efforts consentis. Je te souhaite du bonheur et du succès dans toute ta vie.

A mes sœurs, Sandrine, Lisiane, Eloïde

Merci pour tout ce que vous faites pour moi depuis que je suis gamine. Car étant votre benjamine vous avez toujours veillé sur moi. Et votre amour pour moi est si fort. Je vous dédie ce travail pour la tendresse, pour les multiples cadeaux ainsi que les encouragements que vous m'avez adressés tout au long de mes études. Vos multiples prières ont été entendues. Vous êtes des sœurs « FORMIDABLES ».

A mon très cher époux, Ekouma Simplicie Bernard

S'il n'existait qu'une personne pour croire en moi, ce serait bel et bien toi. Ton amour, ton affection, ton soutien ont fait de moi une femme comblée et épanouie. Tu m'as toujours donné le sourire à chaque étape de rédaction de cette thèse, tu es ce pilier solide sur qui je pourrais me reposer. Je te dédie cette thèse en signe de mon amour et de mon affection pour toi. Puisse Dieu nous bénir continuellement et nous guider.

REMERCIEMENTS

A ma patrie le Cameroun

Trouve ici ma profonde gratitude mille fois merci.

A ma terre d'accueil, ma deuxième patrie, le Mali.

Merci pour l'accueil chaleureux. Je me suis senti comme chez moi durant ce long séjour. Malgré les énormes difficultés rencontrées j'y suis devenu adulte et j'ai appris les grandes valeurs d'humilité, d'accueil et de solidarité. Infiniment merci

A ma tante et ma grand-mère : maman catherine, maman marie

Maman vous n'avez cessé de prier pour moi enfin que ce jour ci arrive. Merci pour toute l'affection que vous m'avez apportée et les conseils prodigués. Que le bon Dieu veille sur vous et vous comble de joies.

A mes neveux et nièces : Maéva, Randhi, Enzo, Loic, Sunshine.

Vous faites de moi une tantine comblée. Votre innocence et votre courage font de moi une personne joyeuse, je me battrais encore pour être une tantine exemplaire. Que Dieu vous donne la sagesse et l'intelligence. je vous exhorte à travailler davantage.

A mon amie et sœur : Justine Simo

Les mots me manquent pour exprimer mon sentiment envers toi. J'ai passée de très bons moments avec toi tu es une fille au grand cœur. Avec toi je peux parler de tout et sans crainte. Merci d'avoir été et d'être toujours là pour moi. Je t'aime mon juju.

A la famille TCHUENKAM (Jean Samuel, Justine, Raphaella, Jonas)

Merci, merci, mille fois merci pour la chaleur familiale que vous m'avez donné lors de tous mes instants passés. Je sais que parfois j'ai été distante mais je reste et je ferais toujours partir de la famille.

A mes amis : Estelle, Rachelle, Ivan, Gauis, Cindy

Merci pour les moments passés ensemble. Ce fut un plaisir d'avoir fait la rencontre de chacun. Je prie dieu pour qu'il continue de fortifier nos liens malgré la distance et les occupations de tout un chacun.

Au Pr DIANGO Djibo.

Ce fut un honneur et un réel plaisir d'avoir fait partie de vos élèves. Vos connaissances scientifiques, votre rigueur dans le travail sans toutefois oublier votre humanisme, forcent l'admiration. Votre désir d'excellence nous a boosté tout le long de notre séjour dans votre service. Recevez nos sincères remerciements. Puisse le Seigneur continuer de vous couvrir de ses grâces.

Aux aînés : DR GUINDO, DR ZAKARIA, DR COULIBALY, DR DOUMBIA, DR KOREICHY, DR KONIMBA, DR SIDALI, DR MARIANNE, DR LOVETTE, DR DIAWARA, DR NIANGADO, Dr LADNA :

Merci pour vos conseils avertis et votre affection. Que le seigneur vous le rende au centuple.

A la MAJOR SALIMATA DAO :

Merci pour ta disponibilité et ton amour pour le service.

Aux membres de mon groupe d'étude : Rachelle, Ivan, Cyrielle, Narcisse, Thais

Je n'ai jamais autant pris de plaisir en étudiant, je pense que je ne me serais autant senti à l'aise dans un groupe autre que le nôtre. Après toutes ses années de dur labeur, de fou rire, nous voilà aujourd'hui presque tous « Docteurs », sachez que je n'oublierai jamais les bons moments passés avec vous.

A Christian Dior. D et Emmanuel. K

Merci pour votre amitié votre simplicité. Vous avez toujours été là quand j'ai eu besoin de vous. Que le seigneur vous bénis.

A tous mes enseignants depuis la maternelle jusqu'à mon baccalauréat.

Merci pour l'enseignement et l'éducation reçu.

A la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie du Mali et à l'ensemble du corps professoral.

Merci pour la formation reçue tant dans le domaine médical que sur la vie active.

Au personnel du DARMU.

Je suis arrivé dans ce service avec pour objectif de perfectionner ma pratique clinique. Votre compagnie a rendu mon séjour dans ce service beaucoup plus agréable. En plus des connaissances, vous m'avez appris l'amour du travail bien fait, vous avez cultivé en moi l'esprit critique et la rigueur dans le travail. Je ne vous oublierai jamais. Soyez bénis.

A la 10ème promotion du Numérus Clausus, promotion.

Pour avoir bravé les différentes étapes de ce long cursus ensemble, Merci.

A l'Association des Elèves, Etudiants et Stagiaires Camerounais au Mali.

Plus qu'une association, vous avez été une famille d'accueil pour moi ici au Mali. Grâce à vous j'ai pu m'épanouir académiquement, socialement et culturellement. Infiniment merci.

A la promotion PARIS.

Plus que des promotionnaires, vous êtes mes Frères et sœurs. Après vous avoir connu, je n'ai regretté aucunement les années passées avec vous à la Faculté de médecine et d'odontostomatologie et à la faculté de pharmacie. Debout et Ensemble, tachons de progresser avec rigueur et intelligence vers le succès.

AUX PROMOTIONS CADETTES : PANAME, MARSEILLE, MADRID,

Du courage pour la suite de vos études. Que le seigneur vous soutienne dans cette situation difficile que vit notre second pays le MALI.

A mes collègues thésards. Anicet S, Florent T, Gislain A, Loraine N, Narcisse T, Passani M, Salimata K

Notre séjour dans le service a été une grande expérience, tant sur le plan académique que relationnel. Vous avez tous contribué à la réalisation de ce travail et le résultat parle de lui-même. Merci pour la bonne collaboration et l'amitié indéfectible qui s'est installée entre nous.

A mes collègues de garde. Anicet S, Mamadou F, Ida N, Diane D, Mariam B, Mariam K, Rose, Diarra, Diallo, Mama...

Nous avons beaucoup rigolé en apprenant toutes ces nuits blanches passés ensemble. Je vous remercie pour cette joie de vivre au sein du service.

A ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration de cet ouvrage et à tous ceux que j'ai oublié de citer mais qui restent à jamais gravés dans mon cœur ! Merci infiniment. L'homme est un être imparfait, c'est pourquoi j'adresse un merci spécial à tous ceux que j'ai pu blesser d'une manière ou d'une autre. Merci pour votre compréhension et votre pardon !

HOMMAGES AUX MEMEBRE DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Mahamane Djibo DIANGO

- ✧ Anesthésiste réanimateur et urgentiste
- ✧ Professeur titulaire à la FMOS
- ✧ Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- ✧ Chef du DARMU du CHU Gabriel Touré
- ✧ Chef du service des urgences du CHU Gabriel Touré
- ✧ Spécialiste en pédagogie médicale
- ✧ Secrétaire général de la SARMU- Mali
- ✧ Vice -président de la société africaine des Brulés
- ✧ Membre de la SFAR
- ✧ Membre de la SARAF
- ✧ Membre de la fédération mondiale des sociétés d'Anesthésie Réanimation
- ✧ Président du comité d'organisation du 35è congrès de la SARAF 2019 à Bamako

Cher maître,

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury de thèse malgré vos multiples et importantes occupations, votre disponibilité à transmettre vos enseignements et vos qualités de pédagogue crée une ambiance de travail toujours agréable autour de vous.

Veillez trouver ici cher maître l'expression de nos sincère remerciements

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur ALADJI Seidou DEMBELE

- ✧ Anesthésiste Réanimateur et Urgentiste
- ✧ Maitre de conférences agrégé à la FMOS
- ✧ Praticien hospitalier au CHU IOTA
- ✧ Chef d'anesthésie-réanimation au CHU IOTA
- ✧ Trésorier de la SARMU-Mali
- ✧ Membre de la Fédération Mondiale des Société d'anesthésie- réanimation
- ✧ Premier commissaire au compte de la SARAF
- ✧ Secrétaire général du comité syndical de l'ENSUP et de la FMOS

Cher maître,

Les mots nous manquent pour vous exprimer l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre amour du travail bien fait, votre sens pratique et votre rigueur scientifique sont à votre honneur et font de vous un modèle. Soyez rassuré cher maître de notre profond respect et notre grande gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

Docteur André KASSOGUE

- ✧ Anesthésiste réanimateur et urgentiste
- ✧ Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- ✧ Membre de la société d'anesthésie-réanimation et médecine d'urgence du Mali
- ✧ Membre de la SARAF

Cher maître,

Les mots nous manquent pour vous exprimer toute l'admiration, la gratitude et le profond respect que vous nous inspirez. Merci pour la confiance mise en notre personne en nous confiant ce travail, Nous avons toujours pu compter sur vous pour tout conseil car vous êtes une personne ressource dans le service. Votre grande culture scientifique, votre dévouement et votre profond respect de la vie ont renforcé notre respect et notre admiration. Veuillez accepter cher maître nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Abdoulhamidou ALMEIMOUNE.M

- ✧ Ancien interne des hôpitaux du Mali
- ✧ Médecin anesthésiste-réanimateur
- ✧ Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- ✧ Chef de service de la régulation médicale au CHU Gabriel Touré
- ✧ Maître-assistant à la FMOS
- ✧ Membre de la SARMU-Mali
- ✧ Membre de la SARAF
- ✧ Membre de la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie et de Réanimation
- ✧ Membre de la société Française d'Anesthésie et Réanimation
- ✧ European society of anesthesiology

Cher maître,

Nous sommes honorés que vous ayez accepté de juger ce travail. Votre rigueur scientifique, votre simplicité et votre bonté nous a beaucoup marqué. Nous tenions à vous remercier pour vos apports qui ont contribué à l'amélioration de ce travail. Veuillez trouver ici, cher maître, l'expression de notre attachement et de notre gratitude.

ABREVIATIONS

ABREVIATIONS

CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
HRP	: Hématome rétro-placentaire
SDRA	: Syndrome de détresse respiratoire aigue
GT	: Gabriel-Touré

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Liste des figures

Figure 1 : Étapes clés de l'élaboration d'un document pour usagers des systèmes de santé selon le guide méthodologique d'élaboration de document à l'intention des patients et usagers des systèmes de santé [28].	28
Figure 2 : Satisfaction des parents des patients par rapport à la qualité et la clarté de l'information fournie par l'équipe médicale.	35
Figure 3 : Satisfaction des parents des patients par rapport à la qualité et la clarté de l'information fournie par l'équipe paramédicale.	36

Liste des tableaux

Tableau I : répartition des parents selon l'âge	29
Tableau II : répartition des parents selon le sexe.....	29
Tableau III : Répartition des parents selon la profession	30
Tableau IV : Répartition des parents selon le lieu de résidence	30
Tableau V : Degré de parenté du représentant avec le patient.	30
Tableau VI : Compréhension du français par les parents des patients.	31
Tableau VII : Répartition des patients selon l'âge.....	31
Tableau VIII : Répartition des patients selon le sexe.	31
Tableau IX : Répartition des patients selon l'état de conscience à l'entrée dans le service. ..	32
Tableau X : Répartition des patients selon le diagnostic d'entrée	32
Tableau XI : Répartition des patients selon le type de sortie.....	33
Tableau XII : Satisfaction des parents par rapport à l'accueil.....	33
Tableau XIII : Satisfaction de parents de patients par rapport aux horaires de visite au service de réanimation.	33
Tableau XIV : Satisfaction de parents des patients par rapport au nombre de visiteurs.....	34

Tableau XV : Satisfaction des parents des patients par rapport à disponibilité de l'équipe médicale à répondre aux questions posées 34

Tableau XVI : Satisfaction des parents des patients par rapport à la disponibilité de l'équipe paramédicale à répondre aux questions posées. 35

Tableau XVII : Satisfaction des parents à propos de la prise en charge des patients durant hospitalisation..... 36

Tableau XVIII : Satisfaction des parents à propos de la qualité des soins médicaux durant hospitalisation..... 37

Tableau XIX : Intérêt de l'utilisation de la salle d'attente selon les parents. 37

Tableau XX : Satisfaction des parents à propos du confort de la salle d'attente. 37

Tableau XXI : Appréciation générale lors du séjour en réanimation. 38

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
I. OBJECTIFS	5
II. GENERALITES	7
1. Dispositions légales et réglementaires relative à l'obligation de l'information.....	7
2. La loi hospitalière.....	7
2.1. Différentes fonctions de l'information.....	8
2.2. Particularités de la réanimation : circonstances et limites de l'obligation d'information en réanimation.	9
2.3. Cas du patient ne pouvant pas recevoir l'information.....	11
2.4. Principe et contenu de l'information.....	13
2.5. Gestion de l'anxiété des proches	17
2.6. Preuve de l'information	18
2.7. Problèmes éthiques posés par le recueil du consentement libre et éclairé en Afrique.....	19
III. METHOLOGIE	23
1. Cadre d'étude	23
2. Type et période d'étude.....	25
3. Population d'étude.....	25
IV. RESULTATS	29
1. Fréquence globale	29
2. Données sociodémographiques des parents	29
3. Caractéristiques des patients hospitalisés au service de réanimation.....	31
4. Ressenti des parents sur l'accueil et les horaires de visites.....	33
5. Ressenti des parents par rapport à la qualité et la clarté l'information fournie par l'équipe médicale et paramédicale.	34
6. Ressenti des parents par rapport à la qualité et la clarté l'information fournie par l'équipe paramédicale et médicale	36
7. Ressenti des parents sur la salle d'attente	37

V. COMMENTAIRES & DISCUSSION	40
1. Limite de l'étude	40
2. Données sociodémographiques des parents	40
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	48
Conclusion	48
Recommandations	49
VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	52
ANNEXES	57
Fiche d'enquête	57
Fiche signalétique	59
Serment d'Hippocrate	60

INTRODUCTION

INTRODUCTION

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

Que faut-il entendre par « Qualité des soins » ? Définir et évaluer la qualité des soins est une démarche fondamentale si l'on veut améliorer le système de santé. Il existe en effet de nombreuses définitions qui permettent de mesurer et de décrire la qualité des soins en termes clairs. L'organisation mondiale de la santé (OMS) a défini l'évaluation de la qualité des soins en 1982 comme étant une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en termes de santé conformément à l'état actuel de la science médicale au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soin [2].

Cette dernière définition a introduit la satisfaction des patients comme une notion essentielle dans les démarches d'amélioration de la qualité des soins dans les différentes structures sanitaires et a propulsé l'évaluation de la satisfaction comme indicateur de qualité.

Mais, qu'en est-il de l'évaluation de la qualité des soins et de la satisfaction des patients en réanimation ? En milieu de réanimation, la qualité des soins s'est focalisée sur le soignant, le processus de soin et le devenir du patient. En effet, l'objectif de la médecine intensive est de prendre en charge les affections aiguës

médicales et chirurgicales qui menacent le pronostic vital des patients [3], l'hospitalisation d'un patient en réanimation représente une agression physique et psychologique. Durant son séjour, le patient est dépendant d'équipements techniques et de compétences humaines pour le support d'au moins une fonction vitale. Ce contexte particulier fait que la plupart des patients ne sont pas en mesure d'être informés ou de communiquer leurs souhaits concernant leur prise en charge. Ainsi les équipes de réanimation s'adressent spontanément aux proches des patients. Jusqu'à ces dernières années, il était considéré que les familles devaient être informées mais non particulièrement consultées concernant les choix thérapeutiques. L'évolution du cadre législatif a entraîné par la suite une nécessité de consentement d'une personne désignée par le patient et la famille à défaut de pouvoir obtenir le consentement du patient lui-même [4, 5]. L'implication d'un représentant dans le processus décisionnel semblerait donc pertinente puisque la famille a tendance à protéger les intérêts du patient [6]. Impliquer les membres des familles dans les soins et les décisions pourrait aussi permettre de diminuer leur souffrance psychologique et d'améliorer leur satisfaction tout en diminuant le risque de conflit [8,9].

L'on comprend alors que l'amélioration de la qualité des soins en réanimation implique l'évaluation de la satisfaction des familles des patients. Les praticiens en réanimation se sont alors intéressés non seulement au statut sanitaire du patient mais également aux besoins psychosociologiques de leurs familles [7].

La satisfaction des familles est l'expression de la différence entre ce qui est attendu et ce qui est perçu. Les enquêtes de la satisfaction des familles devraient alors rendre compte de la réaction des proches devant cette différence afin de réduire cet écart [10]. Il devient donc indispensable de bien connaître les attentes et les besoins des familles.

Les besoins des familles représentent actuellement une priorité pour les praticiens et les infirmiers, et une étape initiale pour délivrer des soins

appropriés aussi bien pour les familles que les patients [11,12]. Il devient évident qu'une information honnête, loyale et opportune, délivrée avec cohérence par une équipe médicale et paramédicale structurée peut représenter une réponse aux besoins des familles [13].

Le séjour en réanimation est vécu par les familles comme une expérience éprouvante et un événement dramatique à l'origine d'anxiété, d'incertitude, de choc émotionnel et de peur de perdre un être cher. Cette situation entraîne une désorganisation de la vie habituelle aussi bien familiale que professionnelle. Cette souffrance de l'entourage est d'autant plus importante quand la durée du séjour est prolongée, avec une alternance difficilement supportable d'amélioration et de réaggravations [14]. Informer c'est donc expliquer les raisons d'admission d'un patient en réanimation, expliquer le pronostic d'une affection aiguë justifiant la réanimation, ainsi que les moyens thérapeutiques entrepris ; ceci en vue de dédramatiser une situation jugée grave par excès, ou encore par l'atténuation d'un état d'incertitude [15].

Au service de réanimation du CHU Gabriel Touré, les horaires de visites et le nombre de visiteur sont restreint ce qui augmente le stress et l'anxiété des accompagnants des patients hospitalisés. Une étude française récente réalisée dans un service ayant des horaires de visite restreints montre que 67% des proches souhaiteraient un élargissement des horaires de visite et que 46% souhaiteraient une ouverture 24h/24 [16]. Cette ouverture 24h/24 est souvent freinée par la peur d'une charge de travail plus lourde notamment pour le personnel paramédical or à ce jour aucune étude ne l'a démontré.

Dans ce contexte, il nous est apparu opportun de nous interroger sur le ressenti de l'attente des proches en réanimation. Du point de vue de la santé, comment donc organiser une mesure dans un espace conceptuel relativement mouvant comme celui de la satisfaction ? Comment quantifier le qualitatif ?

OBJECTIFS

I. OBJECTIFS

1. Objectif général

Evaluer l'état de satisfaction des parents des patients hospitalisés en réanimation CHU Gabriel Touré.

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer l'état de satisfaction des parents des patients sur les horaires de visites et le nombre de visiteurs possible.
- Déterminer l'état de satisfaction des parents des patients sur la qualité de l'information reçue.
- Déterminer l'état de satisfaction des parents des patients sur la qualité de soins administrés.
- Déterminer l'état de satisfaction des parents des patients par rapport au confort de la salle d'attente des proches de patients hospitalisés en réanimation.
- Identifier les besoins et les attentes auprès des accompagnants de malades.

GENERALITE

II. GENERALITES

1. Dispositions légales et réglementaires relative à l'obligation de l'information

En matière de soins et de recherche biomédicale, le principe de l'information constitue un droit du malade, il repose sur le respect de l'autonomie du patient. Ce droit est encadré par des dispositions réglementaires et légales, renforcées par des recommandations institutionnelles. Les dispositions ne diffèrent quasiment plus entre exercice privé et public [17].

2. La loi hospitalière

La loi N° 02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière souligne l'obligation d'information au chapitre I : des dispositions générales ; sous-section VII : autres obligations des établissements hospitaliers public et des établissements privés participant au service public hospitalier et précise à son article 29 que : « dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des hôpitaux assurent l'information des personnes prises en charge en tenant compte de leur niveau de compréhension. Les infirmiers et les sages-femmes participent à cette information dans leurs domaines de compétence et dans le respect des leurs règles professionnelles. Tout séjour dans un hôpital doit être considéré par la direction et le personnel comme une occasion privilégiée pour élever les niveaux de connaissance des usagers en matière de santé afin de promouvoir la prévention et d'améliorer le traitement. » [11].

2.1. Différentes fonctions de l'information

a) Principe du Consentement libre et éclairé

L'information correctement donnée au patient ainsi « éclairé », il lui incombe de prendre librement sa décision, de suivre ou non les conseils donnés, de se soigner ou pas. Le paternalisme médical qui donnait au praticien le pouvoir de juger lui-même du bien du malade fait place au respect de la dignité et de la liberté du patient, dont l'autonomie de la volonté s'exprime dans un consentement qui relève de l'éthique plus que du contrat car s'impose en droit public comme en droit privé [12]. L'article 15 de la charte du malade hospitalisé stipule à ce propos : « le malade ou son représentant a le droit d'être complètement informé à l'avance des risques que peut représenter toute prestation en vue du diagnostic ou du traitement. Pareille prestation doit faire l'objet d'un consentement explicite du malade ; ce consentement peut être retiré à tout moment. Le malade doit se sentir complètement libre d'accepter ou de refuser sa collaboration à la recherche clinique ou à l'enseignement ; il peut à tout moment retirer son acceptation » [13].

Ce consentement du malade n'est pas contractuellement limité à la formation du contrat médical ; il est nécessaire au cours de son exécution pour chaque acte thérapeutique susceptible de mettre en cause son intégrité corporelle. Ce principe fondamental de l'activité médicale a un aspect éthique fondé sur la dignité de la personne humaine et le nécessaire respect du corps humain. [14] L'exigence du consentement de la personne signifie que le médecin ne saurait intervenir sur quiconque en passant outre sa volonté. La nécessité d'une intervention sur le corps d'une personne est déterminée par sa finalité, et c'est celle-ci qui est première. Cela signifie qu'en cas de procès à propos d'une intervention réalisée, le juge aura à vérifier, d'abord, que celle-ci relevait bien d'une pratique estimée légitime par la communauté médicale et, ensuite, que le patient a bien donné son accord [15].

Rappelons que le consentement libre et éclairé exigé en droit privé, l'est également en droit administratif pour les hôpitaux publics et ces règles sont précisées dans la charte du malade hospitalisé du 6 octobre 2008.

b) Obligation d'information et le devoir de conseil.

L'information constitue pour les médecins une obligation régie par des règles juridiques précises. Elle a pour fonction de permettre au patient de disposer des éléments adéquats pour prendre une décision " éclairée ". Comme " la personne malade peut s'opposer à toute investigation ou thérapeutique ". Les informations qui lui sont transmises, avant toute décision médicale, ont pour but de la mettre en situation d'accepter ou de refuser ce qui lui est proposé, voire de choisir entre différentes alternatives. [15] En effet, c'est la confiance dont le profane investit le professionnel initié qui fonde le devoir de conseil de « celui qui sait ». Ce devoir de conseil est devenu d'autant plus vive que la technicité et la spécificité des spécialisations sont assez ésotériques pour le public [14]. L'obligation d'information visée ici est préalable à l'acte médical afin d'en éclairer le consentement. Elle trouve son prolongement après l'acte médical dans l'information à posteriori sur les soins donnés.

2.2. Particularités de la réanimation : circonstances et limites de l'obligation d'information en réanimation.

L'hospitalisation d'un malade en réanimation est une agression physique et psychologique. Durant son séjour, le malade est dépendant d'équipements techniques et de compétences humaines pour le support d'au moins une fonction vitale. Ce contexte particulier fait que la plupart des patients ne sont pas en mesure d'être informés ou de communiquer leurs souhaits concernant leur prise en charge. [16 ;17] Face à ce déficit contextuel de possibilité d'information, et en dehors des cas où le patient avait exprimé le souhait que l'équipe soignante (médecins et équipe paramédicale) ne communique pas d'information à ses

proches, les équipes de réanimation s'adressent spontanément aux proches des patients [18].

Les difficultés du patient à communiquer et sa représentation par les membres de la famille, ne doivent néanmoins pas mener les réanimateurs à se soustraire aux principes généraux et aux exigences de l'information, chaque fois que possible. L'évolution actuelle des recommandations sur l'information au patient impose une mise en question de la nature " paternaliste " encore appliquée au Mali de la relation médecin-malade. L'autonomie du malade doit être valorisée, recherchée et prise en compte [19]. Si l'application des dispositions légales et réglementaires en matière d'information est impossible en pratique, le patient de réanimation reste un sujet de droit, et la relation médecin-malade ne doit pas être rompue pour autant [16 ; 17]. Mais le médecin peut apprécier assez librement d'après la charte du malade hospitalisé (Art 14 et 12) et le code de déontologie (" dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes (...) en toute conscience (...) et sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination"), dans quelles circonstances le patient peut être laissé dans l'ignorance d'un diagnostic ou pronostic grave. Les mêmes textes soulignent quatre circonstances que le médecin seul évalue, pouvant justifier l'exonération du devoir d'informer le patient :

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

Une telle preuve s'avère délicate à fournir concrètement dans ces quatre situations. La charte du malade hospitalisé (art 12) prévoit que si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin doit informer les proches. Il ne dit pas qu'ils doivent être "consultés". C'est donc l'équipe médicale qui prend les décisions pour le patient, tant que celui-ci n'a pas retrouvé ses capacités

mentales. « Au risque d'ailleurs que " le malade reprenant conscience signifie qu'il est en désaccord avec ces soins » [20].

Il ne s'agit donc pas de substituer l'avis de tiers à celui de la personne (majeure et juridiquement capable) mais, pour le médecin, de prendre la décision qui paraît la plus adéquate pour la personne compte tenu de son état et, lorsqu'elle l'avait exprimé, de son point de vue, recueilli auprès des proches [15].

2.3. Cas du patient ne pouvant pas recevoir l'information.

Dans ce cas la charte du malade impose sauf urgence, de prévenir et d'informer les proches [13]. Ceci conduit à préciser qui sont "les proches" et à les identifier. Il n'existe pas de définition réglementaire des proches, la notion de famille est très difficile à définir en Afrique car la société est régie par des structures communautaires donc un individu appartient à toute une communauté. [14] Mais on considère généralement que ce sont : les enfants légitimes, naturels ou adoptifs, les parents, époux, les personnes ayant conclu un pacte civil de solidarité, enfin ceux qui partagent l'intimité du malade. Lorsque ceci n'est pas possible, il semble logique de privilégier les liens de parenté au premier degré.

Il convient dans tous les cas de rappeler que les proches ne peuvent se substituer à la personne dans la prise de décision. Il est très difficile de préjuger ce qu'aurait été l'avis d'une personne hors d'état de s'exprimer valablement ; il est en conséquence indispensable de recueillir les informations que seuls les proches peuvent fournir à ce sujet. Il est des cas où le patient a exprimé sa volonté à certains proches préalablement à l'hospitalisation. Il y a lieu d'en tenir compte, mais il est difficile d'extrapoler avec certitude à partir d'un propos tenu par une personne alors qu'elle ignorait que la réanimation était sa seule chance de survie. La décision reste de la responsabilité du médecin [15].

Les proches

Pour les patients qui ne peuvent pas être informés, le devoir d'information s'applique a priori aux proches, qui doivent être considérés comme les interlocuteurs des réanimateurs. En dehors des cas où le patient avait exprimé le souhait que les informations le concernant soient tues à tout ou partie de sa famille, les membres de la famille doivent être informés du diagnostic de l'affection aiguë ayant conduit le patient en réanimation, du pronostic et des principaux traitements dont bénéficie le patient. Dans les pays anglo-saxons, l'implication des familles dans les décisions médicales est courante, d'autant plus qu'il s'y mêle un impératif financier, puisque c'est souvent la famille qui honore la facture d'hospitalisation. [15].

Au Mali, les décisions sont assumées le plus souvent par l'équipe médicale, les proches étant peu informés, quelquefois consultés, mais moins souvent impliqués dans les décisions. Le déficit de système de couverture sociale nous incombe d'aller vers l'implication des familles dans les décisions médicales. L'application du secret médical reste entière en réanimation : les employeurs, les caisses d'assurance, ou encore des personnes qui ne sont pas directement impliquées dans la situation des malades ne doivent en aucun cas être informés. A ce titre, les informations téléphoniques doivent être l'objet d'une vigilance particulière. L'information apportée aux familles repose sur le principe que celles-ci auraient été prévenues et informées par le patient s'il avait été compétent (" consentement présumé " du patient). L'annonce d'un pronostic grave à la famille (code de déontologie) doit être complétée par l'annonce des motifs connus de cette mise en jeu du pronostic (sauf interdiction légale ou déontologique), et par l'annonce des traitements principaux mis en œuvre. La multiplicité des membres de la famille justifie souvent qu'il soit demandé de désigner un interlocuteur privilégié. Cette attitude permet de concentrer les efforts réalisés pour l'information et d'en améliorer la qualité. Dans la mesure du

possible, le conjoint du patient hospitalisé est prioritaire, et doit être considéré a priori comme l'interlocuteur privilégié [21].

Les réanimateurs doivent s'engager à recommander au représentant familial de faire circuler l'information au sein de l'ensemble des membres de la famille [22,23].

Il convient d'inviter la famille, seule capable de désigner le représentant familial, à tenir compte des symptômes d'anxiété et/ou de dépression des personnes concernées.

2.4. Principe et contenu de l'information

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

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

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

b) Information initiale

Pour l'information initiale, il faut chercher à expliciter les principes de la prise en charge d'un malade en réanimation, sa pathologie ainsi que les particularités du service. Comme généralement peu d'informations sont comprises à la phase

initiale de la prise en charge, il faut rester concis mais savoir prendre le temps nécessaire en s'efforçant d'établir un climat de confiance entre les proches et l'équipe soignante. Cette information doit être donnée par un médecin, au moins lors de la première entrevue, elle doit être sincère et loyale. C'est une occasion importante pour connaître le mode de vie et les souhaits du patient et de son entourage.

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

La maladie du patient et les principales étapes diagnostiques doivent être décrites, en présentant les certitudes et les incertitudes du moment. Il est indispensable d'envisager les complications avérées ainsi que les risques de complications ou de séquelles, liées à la pathologie ou aux techniques utilisées. « Le malade ou son représentant a le droit d'être complètement informé à l'avance des risques que peut présenter toute prestation en vue du diagnostic ou du traitement » [13] Il est admis que la vérité ne doit pas être masquée aux proches mais expliquée, souvent de façon progressive, et mise en perspective des faits. Les limites des techniques utilisées doivent être envisagées, chaque fois que cela semble nécessaire. Seule une fraction de ce qui est dit sera mémorisée. C'est pour cette raison que l'information immédiate doit être concise, en donnant une perspective simple de l'évolution. Une mention large du temps de réanimation permet de fixer les idées, surtout pour des pathologies connues pour leur évolution longue. L'information sera détaillée et renouvelée au fur et à mesure du cheminement en réanimation.

c) Informations ultérieures

Lors des échanges ultérieurs, il faut tenir compte des connaissances des proches afin de leur permettre de comprendre l'évolution de l'état de santé et les

traitements proposés. ... Les praticiens des hôpitaux assurent l'information des personnes prises en charge en tenant compte de leur niveau de compréhension [11].

La question habituelle : " Que vous a-t-on dit depuis... " Permet de cerner le niveau actuel d'information et évite de fâcheux quiproquos. Les termes difficilement compréhensibles ou ambigus pour un naïf, comme "pronostic, ventilateur, iatrogénie, cathéter, perfusion, transfusion, réveil (au lieu de l'arrêt des médicaments de la sédation)", sont à éviter soigneusement. Il convient de s'assurer que les informations données ont été comprises. Devant un patient en situation critique et fortement sédaté, il sera rassurant pour la famille de savoir que l'on est sûr de peu de choses en médecine, mais que l'on est sûr que le patient ne sent rien et n'a pas mal. L'information doit se garder de raccourcis inadaptes comme : "il va bien" (car le point de vue du réanimateur est à cet égard diffère de celui des proches), qui sera avantageusement remplacé par : "son état est stationnaire". De même, tout événement inopiné (intervention, dégradation etc.) nécessite une information particulière. En cas de décès, le service doit s'assurer qu'au moins un des proches en a été informé, avec tact. L'envoi d'un avis d'aggravation, avant la communication du décès, permet à la famille de se préparer à cette nouvelle. A l'inverse, lorsque le patient, antérieurement dans l'incapacité de recevoir les informations, recouvre cette faculté, il est important de lui expliquer quel a été son état et ce qui lui a été fait. Ceci mérite d'être vérifié avant son départ de réanimation [30].

d) Informations techniques sur les moyens utilisés

Celles-ci doivent être données de façon appropriée, en sachant anticiper. L'environnement instrumental doit être décrit succinctement, tout comme la possibilité de recourir à des techniques supplémentaires. Par exemple, le risque, le mécanisme et les moyens de prévention des infections nosocomiales doivent être schématiquement expliqués. Toute nouvelle technique significative sera

décrite dans son principe et sa finalité. Il est recommandé d'envisager l'inconfort pour le patient, engendré par ces techniques, et les moyens utilisés pour l'atténuer. Le principe de la sédation-analgésie doit être évoqué et expliqué, car il modifie la capacité du patient à communiquer avec son entourage.

2.5. Gestion de l'anxiété des proches

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

a) Informations à caractère social

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

b) Cas des enfants mineurs

L'hospitalisation d'un enfant en réanimation présente certaines spécificités. L'information des proches est difficile compte tenu du contexte affectif particulier qui accompagne le séjour en réanimation des enfants. Elle revêt de plus un caractère obligatoire, car les parents exerçant l'autorité parentale doivent donner leur consentement pour les gestes thérapeutiques. La charte européenne des enfants hospitalisés affirme le droit de l'enfant à recevoir une information adaptée [24]. Celle-ci se caractérise par sa délicatesse, une réserve et une simplicité certaines. Il est important de disposer de documents préétablis pour les autorisations nécessaires et de s'assurer que les deux parents exerçant l'autorité parentale reçoivent une information équivalente. Ce qui est dit aux représentants légaux de l'enfant est comparable à ce qui est fait chez l'adulte. Dans certains cas, ces représentants ne souhaitent pas qu'une information exhaustive soit fournie à l'enfant. Il convient alors, en concertation avec l'équipe

soignante, de trouver les termes que les parents jugent acceptables et qui fournissent à l'enfant une information suffisante.

2.6. Preuve de l'information

La charge pour le médecin de faire la preuve de l'information a été établie par l'Arrêt Hedreul. Le médecin, à l'instar de tous professionnels doit donner une information adéquate au patient afin qu'il puisse effectuer un choix éclairé. Il doit faire la preuve qu'il l'a bien donnée. Rappelons que l'arrêt Hédreul ne statue pas sur les moyens de la preuve (la question n'était pas posée à la Cour de cassation). Les sociétés savantes vont mettre l'accent sur deux points : la quasi-certitude que les médecins recourront à un écrit qu'ils feront signer au patient alors qu'aucun texte ne l'exige et l'incidence d'une telle pratique sur la relation patient-médecin reste méconnu [25].

Si les auteurs expliquent la solution par le souci du juge de protéger la partie la plus faible et sur le fait qu'il est plus facile au médecin de prouver qu'il a informé le patient qu'à ce dernier de démontrer qu'il ne l'a pas fait [26], ils pensent que « l'obligation pour le médecin débouchera inéluctablement sur un écrit » [27], l'écrit étant considéré comme le seul moyen de se préconstituer une telle preuve. On relèvera que souvent la remise d'un document d'information écrit est confondue avec la constitution d'une preuve écrite, signée par le patient aux termes de laquelle il affirme avoir reçu l'information.

En outre, cette évolution est considérée comme une source possible d'effets pervers pour deux raisons essentielles : 1°- la dimension émotive de tout ce qui touche à son corps, à sa santé, à sa vie peut entraîner une mauvaise compréhension de ce qui aura été dit au patient, et 2°- la signature d'un écrit témoigne que la confiance ne règne pas entre le médecin et le malade. On remarquera toutefois que cette manière d'aborder la question en termes psychologiques occulte celle de savoir comment les intérêts du patient sont les mieux pris en considération : par lui-même ou par le médecin [28].

a) Place de l'information orale

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

b) L'information écrite : un complément possible à l'information orale

Lorsque des documents écrits existent, il est souhaitable qu'ils soient remis au patient pour lui permettre de s'y reporter et/ou d'en discuter avec toute personne de son choix, notamment avec les médecins qui lui dispensent des soins. La fonction du document d'information est exclusivement de donner au patient des renseignements par écrit et ce document n'a pas vocation à recevoir la signature du patient. De ce fait, il ne doit être assorti d'aucune formule obligeant le patient à y apposer sa signature [28].

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

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

du corps [physique] malade. Ainsi la plupart des maladies obéissent « au principe de la double causalité » qui consiste à s'intéresser, aux causes naturelles de la maladie, aux origines d'ordre surnaturel. Les patients et leur entourage tenteront de comprendre et d'expliquer leurs maux en termes de malheur, de sanctions dues à la transgression d'interdits, ou encore en évoquant une agression liée à la sorcellerie.

a) A propos du Consentement éclairé

Dans les pays en développement, le poids de la communauté et le respect des traditions représentent souvent un frein puissant au développement de cette pratique. Au Mali dans le contexte traditionnel la société est avant tout communautaire et le chef y a tout pouvoir : sa décision prime sur celle du chef de famille et celle de sa famille sur celui du patient. Ainsi le consentement éclairé individuel, est presque impossible à obtenir dans certains pays africains où le sujet, demeure un sujet communautaire. Cependant il n'est pas rare d'obtenir un consentement collégial donné par le chef de famille, l'intéressé lui-même n'étant pas toujours informé. En effet dans la relation des soins la confiance du malade peut osciller entre celle qu'il accorde au médecin et celle qu'il accorde au guérisseur local [29].

b) De la désignation des représentants légaux

En ce qui concerne les sujets mineurs, juridiquement, leurs parents ou représentants légaux nécessitent de donner leur consentement aux soins. Il est nécessaire de discuter de ces deux termes (parent et représentant/tuteur légal) car ce sont des réalités complexes et différentes selon les contextes. Dans le contexte occidental, en matière de père, il n'existe que le père biologique. Le concept de père est toujours employé au singulier parce qu'il n'y en a qu'un et un seul, celui biologique. Or, en Afrique, "pères" peut être utilisé au pluriel car le père biologique et le père social peuvent être confondus. Les pères sont en effet toutes les personnes âgées du village dont relève l'enfant. Ils peuvent

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

Dans le sens occidental le terme de père a une visée restrictive, alors qu'en Afrique il est inclusif. En effet, les Africains en font un emploi large et lui donnent un contenu très étendu. Les particularités des termes fils et fille sont, dans le français d'Afrique noire, en rapport avec les particularités des relations traditionnelles entre les "enfants" et les "parents". Dans ce cas, le fils n'est pas seulement l'enfant naturel d'un homme et d'une femme, mais aussi le neveu, (car l'oncle y est considéré en tant que père, et la tante en tant que mère) et le fils d'un ami ou d'une amie (dans le sens africain de ces termes). La parenté est conçue très largement et met en exergue la force de la solidarité africaine. Au moment du recueil du consentement des mineurs, toutes ces considérations doivent être prises en compte [14].

METHOLOGIE

III. METHOLOGIE

1. Cadre d'étude

Ce travail sera réalisé dans le service de réanimation du centre hospitalier universitaire (CHU) GABRIEL TOURE de Bamako. L'hôpital Gabriel Touré fait partie des 4 hôpitaux nationaux de la république du Mali ; il s'agit d'un ancien dispensaire situé dans la commune III du district de Bamako. Il a été érigé en institution hospitalière le 17 février 1959 et doit son patronyme à un étudiant du même nom décédé des suites de la peste contractée auprès d'un de ses malades. Le CHU GT est situé au centre administratif de la ville de Bamako en commune III. Il est limité à l'est par le quartier de Médina Coura, à l'ouest par l'Ecole Nationale d'Ingénierie (ENI), au nord par l'Etat-major des Armées et au sud par la gare du chemin de fer. C'est un hôpital de troisième niveau de la pyramide sanitaire du Mali. Il se compose de : une administration générale, un service de maintenance, un laboratoire, une pharmacie hospitalière, une morgue, un service d'anatomopathologie, un service d'imagerie et de médecine nucléaire, dix services de médecine, sept services de chirurgie et un service d'anesthésie-réanimation et urgences.

a) Réanimation

C'est une unité de réanimation polyvalente (médicale et chirurgicale). Elle compte en son sein les locaux suivants : 7 bureaux donc 02 pour nos médecins (anesthésiste-réanimateur),

- 01 bureau pour les D.E.S,
- 01 bureau pour le major,
- 01 bureau pour les internes,
- Un magasin pour stocker le matériel,
- 01 salle d'unité de surveillance des patients, salle de staff, 08 lits d'hospitalisations repartis en 05 salles soit 02 salles uniques et 03 salles de 02 lits.

b) Equipements

Le service de réanimation est composé des matériaux indispensables suivant pour le traitement :

- Huit scopes multiparamétriques (TA, FR, SpO₂, FC, Température, ECG) pour la surveillance de l'activité électrique du cœur et des paramètres hémodynamiques,
- Quatre seringues auto-pousseuses à pistes,
- Une trousse à intubation,
- Six aspirateurs mobiles fonctionnels,
- Un réfrigérateur pour la conservation des médicaments et produits sanguins,
- Quatre respirateurs,
- Un glucomètre,
- Un stérilisateur de salle,
- Six barboteurs pour oxygénation nasale,
- Un brancard.

c) Equipe de soins

Le service de réanimation est constitué du personnel suivant :

- Le chef de réanimation polyvalente qui est médecin anesthésiste-réanimateur,
- Le major qui est un IADE,
- Médecins en spécialisation (D.E.S),
- 08 thésards,
- 04 infirmiers,
- 11 aides-soignants,

- 5 techniciens de surface.

2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective sur une période de sept mois allant de janvier à juillet 2019 au service de réanimation du CHU Gabriel-Touré.

3. Population d'étude

Notre étude portait sur l'ensemble des parents des patients hospitalisés dans l'unité de réanimation polyvalente du CHU Gabriel-Touré répondant à nos critères durant notre période d'étude.

4. Echantillonnage

Critères d'inclusion :

Parents de patients ayant séjourné au moins 48h dans le service ayant accepté de remplir le questionnaire.

Critères de non inclusion

Les parents des patients n'ayant pas accepté de répondre à notre questionnaire.

5. Matériel

Les dossiers des patients hospitalisés au service de réanimation constituaient la base de recueil des données.

6. Variables étudiées

6.1. Caractéristiques des patients

Avaient été recueillis par une fiche d'exploitation :

Les données sociodémographiques à savoir :

- L'âge
- Le sexe
- L'état matrimonial (marié, célibataire, divorcé/veuf)
- Les antécédents d'hospitalisation en réanimation

Ainsi que les données du séjour en réanimation :

- Le diagnostic retenu à l'admission
- La durée du séjour (en jours)
- Le type de sortie

6.2. Caractéristiques des familles

Les données suivantes avaient été recueillies pour chaque membre de la famille :

- L'âge
- Le sexe
- Le niveau d'étude (aucun ou coranique, primaire, secondaire, ou supérieur)
- La profession (avec ou sans profession)
- Le lien de parenté avec le patient (conjoint, parent, enfant, frère ou sœur, ou autre)

6.3. Collection des données :

Fiches questionnaires adressés aux parents des patients.

7. Saisie et analyse des données

Les données avaient été saisies et analysées à l'aide des logiciels Microsoft 2016 et IBM SPSS Statistic 22.

8. Déroulement de l'enquête

Nous avons réalisé un questionnaire que nous avons soumis à un test pour évaluer le niveau de satisfaction et identifier les besoins et les attentes auprès d'un échantillon réalisé auprès des accompagnants de malade. Ce questionnaire a été réalisé selon le standard du "guide méthodologique d'élaboration de document à l'intention des patients et usagers des systèmes de santé" conçus par la Haute Autorité de la Santé (France) en juin 2008[28]. Les principales étapes de ce document sont résumées dans le schéma suivant

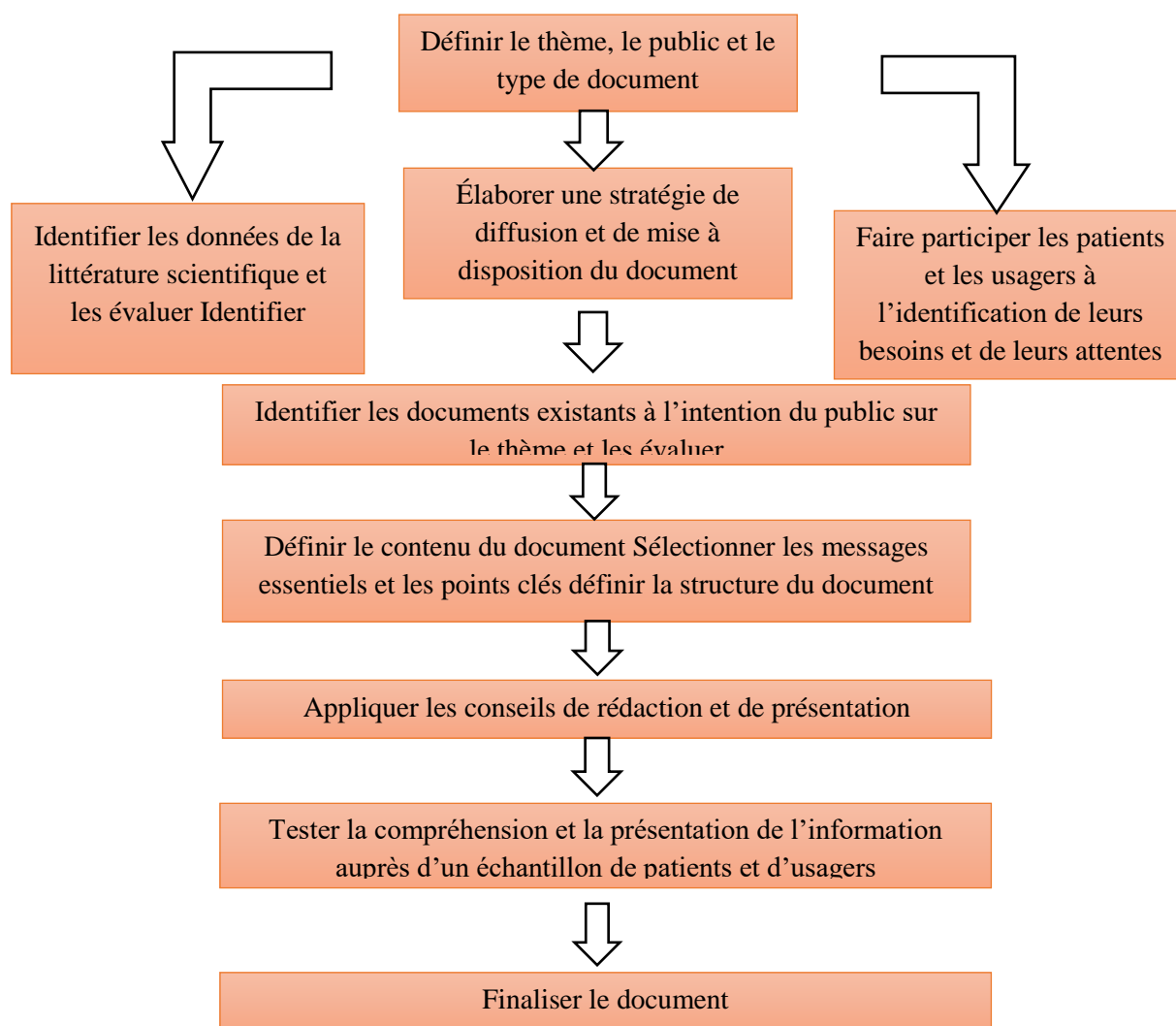


Figure 1 : Étapes clés de l'élaboration d'un document pour usagers des systèmes de santé selon le guide méthodologique d'élaboration de document à l'intention des patients et usagers des systèmes de santé [28].

RESULTATS

5. RESULTATS

1. Fréquence globale

Du mois janvier à juillet 2019, 242 patients ont été admis dans le service de réanimation polyvalente du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré de Bamako. Au terme de cette période 188 familles ont répondu à nos sollicitations avec leur libre consentement éclairé.

2. Données sociodémographiques des parents

Tableau I : répartition des parents selon l'âge

Age	Effectifs	Pourcentage
15-30	52	27,7
30-45	109	58,0
45-60	26	13,8
Total	188	100,0

La majorité des parents avaient un âge compris entre 30-45 ans soit 58%.

Tableau II : répartition des parents selon le sexe

Sexe	Effectifs	Pourcentage
Masculin	148	78,7
Féminin	40	21,3
Total	188	100,0

Le sexe masculin était le plus représentatif des parents des patients soit 78,7 %.

Tableau III : Répartition des parents selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage
Travail privée*	145	77,1
Secteur informel**	28	14,9
Fonctionnaire d'état	15	8,0
Total	188	100,0

* : Sociétés (SA, SARL), les coopératives, les mutuelles...

** : Menuisier, maçons, mécanicien, cultivateur

Les parents des patients travaillaient dans le secteur privé soit 77,1% de cas.

Tableau IV : Répartition des parents selon le lieu de résidence

Lieu	Effectifs	Pourcentage
Bamako	145	77,1
Hors de Bamako	43	22,9
Total	188	100,0

Les parents des patients résidaient à Bamako dans 77,1% de cas.

Tableau V : Degré de parenté du représentant avec le patient.

Lien	Effectifs	Pourcentage
Père/mère	32	17,0
Époux/épouse	81	43,1
Oncle/tante	31	16,5
Frère/sœur	29	15,4
Cousin/cousine	9	4,8
Enfant	5	2,7
Autre*	1	,5
Total	188	100,0

* : Beaux frère, belle-sœur, belle-mère, beau-père, amis....

Les conjoints(e) ont représenté 81 parents de patients soit 43,1%.

Tableau VI : Compréhension du français par les parents des patients.

Compréhension du français	Effectifs	Pourcentage
Oui	119	63,3
Non	69	36,7
Total	188	100,0

Le français était la langue utilisée par 119 des parents des patients lors de l'entrevue soit 63,3% de cas.

3. Caractéristiques des patients hospitalisés au service de réanimation

Tableau VII : Répartition des patients selon l'âge.

Age	Effectifs	Pourcentage
1-15	13	6,9
16-30	115	61,2
31-45	39	20,7
46-60	10	5,3
>60	11	5,9
Total	188	100,0

Les patients avaient un âge compris entre 16-30 ans soit 61,2%.

Tableau VIII : Répartition des patients selon le sexe.

Sexe	Effectifs	Pourcentage
Masculin	60	31,9
Féminin	128	68,1
Total	188	100,0

Le sexe féminin était le plus représentatif des patients des patients soit 68,1 %

Tableau IX : Répartition des patients selon l'état de conscience à l'entrée dans le service.

Etat de conscience	Effectifs	Pourcentage
Conscient, ne pouvant pas parler	96	51,1
Inconscient	63	33,5
Conscient, pouvant parler	29	15,4
Total	188	100,0

Un nombre plus élevé des patients étaient conscients mais ne pouvaient pas parler soit 51,1%.

Tableau X : Répartition des patients selon le diagnostic d'entrée

Diagnostic	Effectifs	Pourcentage
pré-éclampsie sévère et ses complications	75	39,9
HRP grade 3a de Sher	20	10,6
Péritonites	15	8,0
Tumeurs	13	6,9
Traumatisme crânien grave	9	4,8
Hémopéritoine	8	4,3
Polytraumatisme	6	3,2
Complications du diabète	5	2,7
Arrêt cardio-respiratoire	4	2,1
Brulure thermique	4	2,1
Autres*	29	15,4
Total	188	100,0

* : SDRA, troubles ioniques, états de choc...

La pré-éclampsie sévère et ses complications étaient plus observées dans le service soit 39,9%.

Tableau XI : Répartition des patients selon le type de sortie.

Type de sortie	Effectifs	Pourcentage
Transféré(e)	149	79,3
Décédé(e)	38	20,2
Évacué(e)	1	,5
Total	188	100,0

Les patients étaient transférés dans leur service d'accueil dans 79,3% de cas.

4. Ressenti des parents sur l'accueil et les horaires de visites

Tableau XII : Satisfaction des parents par rapport à l'accueil.

Niveau de satisfaction	Effectifs	Pourcentage
Très satisfait	117	62,2
Plutôt satisfait	71	37,8
Total	188	100,0

Les parents des patients étaient très satisfaits par rapport à l'accueil reçu au service par l'équipe paramédicale soit dans 62,2% de cas.

Tableau XIII : Satisfaction de parents de patients par rapport aux horaires de visite au service de réanimation.

Niveau de satisfaction	Effectifs	Pourcentage
Très satisfait	21	11,2
Plutôt satisfait	55	29,3
Ni satisfait ni insatisfait	2	1,1
Plutôt insatisfait	106	56,4
Très insatisfait	4	2,1
Total	188	100,0

Les parents des patients étaient plutôt insatisfaits par rapport aux heures de visite dans 56,4% de cas.

Tableau XIV : Satisfaction de parents des patients par rapport au nombre de visiteurs.

Niveau de satisfaction	Effectifs	Pourcentage
Très satisfait	17	9,0
Plutôt satisfait	59	31,4
Ni satisfait ni insatisfait	2	1,1
Plutôt insatisfait	103	54,8
Très insatisfait	7	3,7
Total	188	100,0

Les parents des patients étaient plutôt insatisfaits par rapport au nombre de visiteur dans 54,8% de cas.

5. Ressenti des parents par rapport à la qualité et la clarté l'information fournie par l'équipe médicale et infirmière.

Tableau XV : Satisfaction des parents des patients par rapport à disponibilité de l'équipe médicale à répondre aux questions posées

Niveau de satisfaction	Effectifs	Pourcentage
Très satisfait	93	49,5
Plutôt satisfait	94	50,0
Plutôt insatisfait	1	0,5
Total	188	100,0

Les accompagnants des patients hospitalisés en réanimation qui étaient satisfait de la disponibilité de l'équipe médicale à répondre aux questions posées étaient de 50%

Tableau XVII : Satisfaction des parents des patients par rapport à la disponibilité de l'équipe infirmière à répondre aux questions posées.

Niveau de satisfaction	Effectifs	Pourcentage
Très satisfait	91	48,4
Plutôt satisfait	95	50,5
Plutôt insatisfait	2	1,1
Total	188	100,0

Les parents étaient satisfaits par rapport à la disponibilité de l'équipe infirmière répondre aux différentes inquiétudes soit 50,5%.

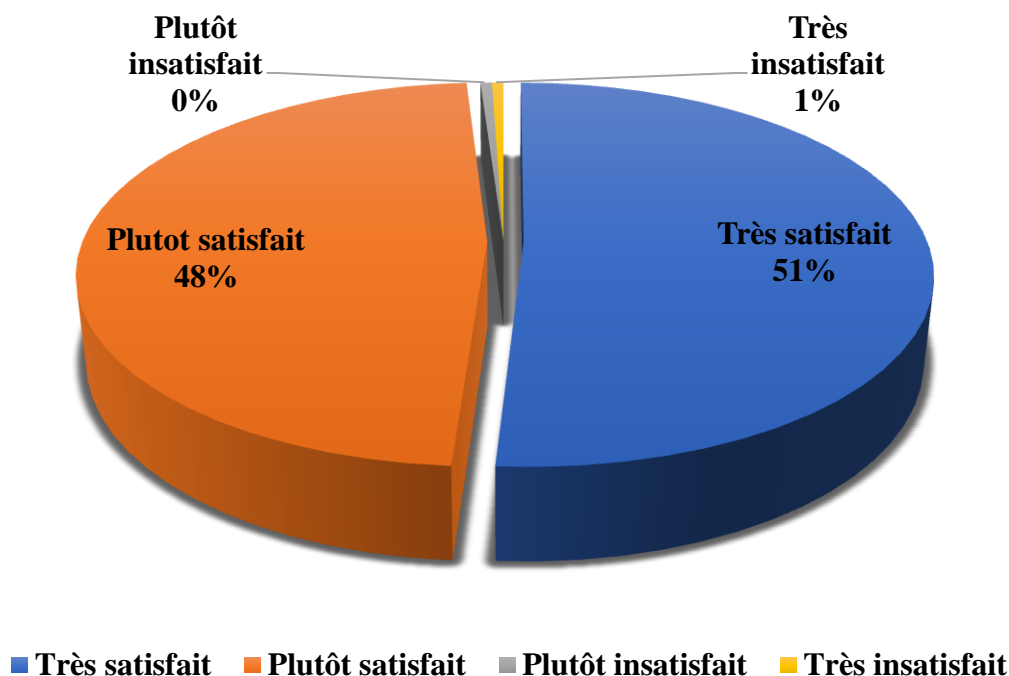


Figure 2 : Satisfaction des parents des patients par rapport à la qualité et la clarté de l'information fournie par l'équipe médicale.

La compréhension des explications données par l'équipe médicale sur l'état du patient était bonne dans 91 cas soit 51%.

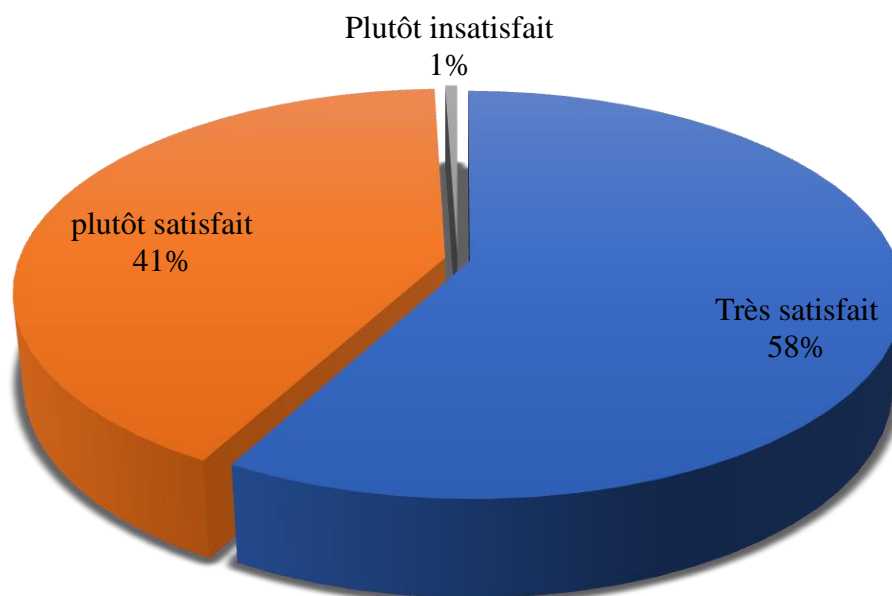


Figure 3 : Satisfaction des parents des patients par rapport à la qualité et la clarté de l’information fournie par l’équipe infirmière.

La compréhension des explications données par l’équipe infirmière sur l’état du patient était bonne dans 109 cas soit 58%.

6. Ressenti des parents par rapport à la qualité et la clarté l’information fournie par l’équipe médicale et infirmière

Tableau XVII : Satisfaction des parents à propos de la prise en charge des patients durant hospitalisation.

Niveau de satisfaction	Effectifs	Pourcentage
Très satisfait	103	54,8
Plutôt satisfait	84	44,7
Plutôt insatisfait	1	0,5
Total	188	100,0

Les parents étaient très satisfaits par rapport à la prise en charge de leur proche au service dans 54,8% de cas.

Tableau XVIII : Satisfaction des parents à propos de la qualité des soins médicaux durant hospitalisation.

Niveau de satisfaction	Effectifs	Pourcentage
Très satisfait	89	47,3
Plutôt satisfait	97	51,6
Plutôt insatisfait	2	1,1
Total	188	100,0

Les parents déclaraient une satisfaction constante à propos de la qualité des soins prodigués durant l'hospitalisation dans 51,6% de cas.

7. Ressenti des parents sur la salle d'attente

Tableau XIX : Intérêt de l'utilisation de la salle d'attente selon les parents.

Intérêt de la salle d'attente	Effectifs	Pourcentage
Utile	166	88,3
Inutile	22	11,7
Total	188	100,0

Les parents témoignent de l'utilité de la salle d'attente dans près de 88,3%.

Tableau XX : Satisfaction des parents à propos du confort de la salle d'attente.

Niveau de satisfaction	Effectifs	Pourcentage
Très satisfait	8	4,3
Plutôt satisfait	70	37,2
Ni satisfait ni insatisfait	3	1,6
Plutôt insatisfait	106	56,4
Très insatisfait	1	0,5
Total	188	100,0

Les parents de patient jugeaient la salle d'attente inconfortable, soit 56,4%.

Tableau XXI : Appréciation générale lors du séjour en réanimation.

Appréciation générale	Effectifs	Pourcentage
Très satisfait	12	6,4
Plutôt satisfait	22	11,7
Ni satisfait ni insatisfait	18	9,6
Plutôt insatisfait	127	67,6
Très insatisfait	9	4,8
Total	188	100,0

Les parents avaient une bonne satisfaction par rapport au service de réanimation soit 67,6%.

COMMENTAIRES & DISCUSSION

V. COMMENTAIRES & DISCUSSION

1. Limite de l'étude

L'objectif de notre étude était d'évaluer l'état de satisfaction des familles des patients hospitalisés en réanimation. Elle possède cependant certaines limitations :

- ✧ Le questionnaire a été adressé aux familles après 48h de l'admission des patients en réanimation. La satisfaction des familles pourrait alors varier dans le temps et selon le jour de l'interview.
- ✧ Les résultats de notre étude ne peuvent en aucun cas être généralisés à l'ensemble des services de réanimation au Mali ni nulle part ailleurs.
- ✧ Le manque d'infrastructures adéquates : le service ne dispose pas de salle d'attente et de salle dédiée à l'information des patients et /ou de leurs proches.
- ✧ Du manque de texte législatif à jour : le code de déontologie médicale du Mali date de 1986.
- ✧ Malgré une bonne collaboration des familles force est de reconnaître que certains représentants n'ont su remplir notre questionnaire.

2. Données sociodémographiques des parents

Age et sexe :

La majorité des parents avaient un âge compris entre 30-45 ans avec des extrêmes entre 15 et 60 ans. Nos résultats se rapprochent de celui d'E. Azoulay et coll [30] qui dans une étude multicentrique réalisée dans 43 unités de soins intensifs de la France retrouvaient un âge moyen de 45 ans avec des limites entre 34-59 ans. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que cette tranche d'âge est très active et bien souvent la plus cultivée de notre contexte. Le sexe ratio était 3,7

en faveur des hommes. Ceci s'expliquerait par le pouvoir patriarcal dans notre société

Profession :

Dans notre série 46,3% des parents des patients étaient des employés de commerce et 30,9% travaillaient dans le secteur privé. Nos résultats sont inférieurs à ceux de C. SAVORNIN [31] qui dans une étude intitulée « devoir d'information et pratique quotidienne » en France retrouvait 24,4% de cadres professionnels intellectuels. Ceci pourrait s'expliquer par le fait de la non scolarisation de la population adulte.

Lien de parenté :

Lien de parenté	F.Pochard et coll [23]	E.Azoulay[29]	Notre étude
Conjoint(e)s	79%	62%	43,1%
Frères/ sœurs	-	24.7%	15,4%

Les conjoints ont représenté 81 des parents de patients soit 43,1% dans notre étude, qui est inférieur à celle de F. POCHARD et coll [23] retrouvaient que la personne désignée était dans le cas des couples, le plus souvent, le conjoint avec une fréquence de 79 %. Pour E. AZOULAY et coll [29] le représentant était le conjoint dans 47 cas. Ceci pourrait s'expliquer par notre organisation socio-culturelle qui privilégie la parenté de sang au détriment du lien conjugal en de tels circonstances.

Langue utilisée pour l'entretien :

Le français a été utilisé par 119 parents des patients soit 63,3% lors de nos entretiens. Ce résultat pourrait s'expliquer par souci pour la famille de choisir d'un représentant éclairé, capable de communiquer avec les médecins

L'accueil :

Les parents étaient très satisfaits dans 62,2% de cas par rapport à la courtoisie du personnel. Nos données sont supérieures à celles de L. ENNAZK, S. YOUNOUS dans sa thèse intitulée « Information et place des familles de patients en réanimation pédiatrique Enquête auprès des familles et du personnel soignant », qui retrouvait 48% de familles très satisfaites par rapport à l'accueil. Ainsi que celle de N. Soumagne et al. Qui ont relevé des taux de satisfaction élevés quant aux indicateurs de structures et d'organisation dans un service de réanimation chirurgicale et médicale [32]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que, la volonté d'amélioration de la qualité de l'accueil exprimée par les soignants rend compte d'une prise de conscience chez cette équipe à majorité jeune.

Les horaires de visites et le nombre de visiteur :

Les parents des patients étaient plutôt insatisfaits dans 56,4% de cas par rapport aux heures de visite, et 54,8% plutôt insatisfaits au nombre de visiteur possible. Les données récentes de la littérature supportent l'accessibilité des services de réanimation en continu 24 heures sur 24. La restriction des visites en durée et en nombre de visiteurs est encore largement appliquée dans le monde alors que rien dans la littérature ne justifie cette politique. Plusieurs enquêtes de satisfaction plaident en faveur d'une libéralisation des visites et soulignent leur effet bénéfique à la fois sur les familles et sur les soignants. Les familles voient leur stress et anxiété diminuer et sont ainsi plus réceptif à l'information [33]. D'autre part, la présence des familles favorise la communication avec les soignants, les encourage à participer à l'éducation thérapeutique, et améliore la relation soignant-famille de patient [34,35].

Disponibilité de l'équipe paramédicale et médicale :

Les parents de patients étaient satisfaits par rapport à la disponibilité du personnel médical dans 50% de cas, qui est légèrement supérieur à celui de Florian Duport dans sa thèse intitulée « Évaluation du ressenti des proches de

patients admis aux Urgences Adultes du CHU de Pointe-à-Pitre », qui retrouvait 36,41% des familles satisfaits par la disponibilité de l'équipe paramédicale et médicale dans le service de réanimation. Ceci pourrait expliquer la volonté de cette équipe dynamique à réduire l'anxiété des familles en étant disponible et ouvert aux différentes questions posées par l'accompagnant au service de réanimation.

La qualité et la clarté de l'information fournie :

La compréhension des explications données par l'équipe médicale sur l'état du patient était bonne dans 91 cas soit 51,1%. Par ailleurs, la satisfaction des proches sur la qualité de l'information ressentie dans notre étude bien qu'elle soit élevée, elle ne reflète pas la compréhension de cette information or celle-ci est capitale pour pouvoir permettre aux proches de participer aux décisions médicales. Une étude s'est intéressée à comparer la compréhension de la mort encéphalique par les proches en leur permettant ou non d'assister à l'évaluation clinique du patient. Il en ressort que les proches ayant pu rester auprès de leurs proches ont une meilleure compréhension sans modification de leur état psychologique [36]. Le jargon technique inaccessible aux familles est à proscrire. Le vocabulaire utilisé ainsi que le comportement du soignant doivent être adaptés à la famille tout comme l'environnement dans lequel la conversation s'effectue. L'information des proches et sa compréhension est donc primordiale et pourrait être optimisée par la mise en conformité des effectifs soignants en réanimation. La facilité de l'information donnée par l'équipe médicale et paramédicale pourrait s'expliquer par le fait qu'une étude sur l'information des parents de patients hospitalisés en réanimation avait été réalisée par M. Abdoul hamidou ALMELMOUN. Ce qui fait que l'équipe médicale et paramédicale sont apte à bien communiquer avec les accompagnants.

Qualité des soins :

Qualité des soins infirmiers	E. Azoulay et coll [30]	Malacrida et coll [37]	Notre Etude
Qualité satisfaisante	76,5%	90%	51,6%

Les parents des patients soient 51,6%, trouvaient que les meilleurs soins étaient dispensés aux patients tout le temps. Nos résultats sont comparables à ceux d'E. Azoulay et coll [30] qui retrouvaient dans 76,5% des membres des familles étaient satisfaits des soins prodigués aux patients. Et Malacrida et coll [37] analysant les raisons d'insatisfaction des familles de patients décédés en réanimation trouvaient que 90 % des familles étaient satisfaites des soins donnés. En effet Contrairement aux services par lesquels les familles transitent, dans le service de réanimation, les parents sont déchargés de la corvée du nursing à laquelle ils n'étaient pas forcément préparer. Une étude française où les familles pouvaient participer activement aux soins des patients (soins d'hygiène divers, transferts, changements de position) montrait que cela était perçu favorablement par les soignants, les familles et les patients [38]. Cependant, 10% des proches ne souhaitaient pas participer aux soins.

Intérêt et confort de la salle d'attente :

Les parents témoignaient de l'utilité de la salle d'attente soit 88,3%. Par contre 106 parents la jugeaient inconfortable, ceci pourrait être due à l'état de la salle d'attente, en effet, cette salle est un hangar ouvert au milieu de l'enceinte de l'hôpital sans eau courante ni autre commodité, qui l'expose à de nombreux bruits (voix, vacarmes, alarmes...) font que les familles y jugent l'ambiance anxiogène. Les familles y disposent des chaises métalliques. Dans l'enquête de Heyland et coll. [41] au Canada, le niveau le plus élevé d'insatisfaction des familles concerne « l'atmosphère » dans la salle d'attente. Dans celle d'Azoulay et coll [30] 55 % des familles ne sont pas satisfaites des conditions de confort de la salle d'attente. Le confort de cette salle d'attente est un élément très

important puisque très souvent les familles y passent tout leur temps durant leur séjour à l'hôpital, qu'il s'agisse simplement de l'attente avant d'être reçu par le médecin ou, pour les patients les plus graves, des familles qui ont décidé de « rester sur place ». Certains ont même proposé de pouvoir disposer, dans ces circonstances, de chambres d'accueil [44]. Une telle possibilité n'est malheureusement pas envisageable pour toutes les unités de réanimation mais dans tous les cas, la salle d'attente doit être considérée comme un lieu méritant toute l'attention du personnel médical et paramédical de la réanimation. Le confort des sièges, une luminosité satisfaisante, la possibilité d'accès à des toilettes sont des éléments absolument indispensables. 33,3% des familles des patients se sentaient abandonner dans la salle d'attente. E. AZOULAY et coll [30] trouvaient 17% des parents se sentant isoler dans la salle d'attente.

Au terme de notre étude :

Certains critères ont été suggérés pour évaluer la satisfaction des parents des patients hospitalisés en réanimation, nous avons entre autres : l'accueil, les horaires de visite, le nombre de visiteur, la disponibilité de l'équipe paramédicale et médicale, la qualité et la clarté de l'information reçue, la qualité des soins, le soutien psychologique, l'intérêt et le confort de la salle d'attente et enfin le coût des ordonnances. Nous avons choisi de ne rappeler ici que les déterminants relatifs à l'attitude des soignants, c'est à dire les cibles potentielles d'une amélioration de la satisfaction des familles. Dans notre étude, 51% des familles avaient compris l'information apportée par les réanimateurs. 50% des parents étaient satisfaits par rapport à la disponibilité de l'équipe médicale et paramédicale. Notre étude montre la satisfaction des proches concernant l'écoute des médecins et du personnel soignant. Le corps médical semble répondre aux attentes des proches lors des entretiens. Les travaux du Docteur Garrigue Huet sur la communication aux Urgences présentent la famille en tant que « continuité du patient, instaurant une globalité de prise en charge ». La

qualité de la communication entre soignants et famille du patient est fondamentale aux soins et à l'intérêt du patient[18]. Dans notre étude, la majorité des personnes interrogées juge utile la mise en place d'une salle dédiée à l'information des proches. Elle pourrait améliorer le cadre de la communication et faciliter l'échange tout en préservant sa confidentialité. La possibilité d'une prise en charge psychologique en cas de décès ou de pronostic défavorable est majoritairement souhaitée par les proches. Au même titre que le dispositif d'annonce du Plan Cancer, un psychologue pourrait, en cas de besoin, proposer une aide immédiate ou future pour le patient et ses proches[45].

Cela permettrait d'assurer le suivi de l'annonce et de prolonger la communication avec les proches afin de répondre au mieux à leurs besoins [46]. Enfin, 127 parents avaient une bonne satisfaction globale par rapport au service de réanimation soit 67,6%.

CONCLUSION & RECOMMANDATION

6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

Cette étude met en exergue la non-satisfaction des proches concernant les horaires de visite et le nombre de visiteur pour voir leurs parents malades. Mais une satisfaction par rapport à l'écoute, à la courtoisie de l'équipe médicale, et une préférence se démarque pour une information détaillée sur l'état de santé du patient. La mise en place d'une salle des familles, d'un médiateur, d'un soutien psychologique en cas de besoin et le développement de la participation aux soins pour les volontaires, pourraient améliorer le ressenti des proches de patients admis en réanimation, et participer à l'amélioration de la prise en charge globale du patient. La satisfaction des familles en réanimation est une entité évolutive dans le temps. Des études plus larges sont souhaitables afin de suivre la progression de la satisfaction des familles et étudier ses facteurs déterminants. Le grand défi pour les recherches futures est d'établir une stratégie de communication et un programme d'information destiné à évaluer d'autres besoins des familles en réanimation et améliorer leur satisfaction.

Recommandations

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

Aux autorités législatives :

- ✧ Textes législatifs sur l'information du patient.

Aux autorités Sanitaires :

- ✧ Amélioration des infrastructures hospitalières.
 - Salle d'attente confortable.
 - Salle d'information des familles

Aux Réanimateurs :

- ✧ Information globale orale associée à un complément écrit.
 - Traçabilité de l'information dans l'observation médicale
 - Livret d'accueil
- ✧ Information apportée à la famille des patients hospitalisés
- ✧ Information apportée par une équipe structurée et visible
 - Connaissance par les familles du rôle des soignants
 - Salle d'attente et salle réservée à l'information au service.
- ✧ Distribution du livret d'accueil.

Proposition d'un livret standardisé en adéquation avec nos réalités.

- ✧ Pédagogie de communication avec les familles.
 - Aller vers la famille
 - Accorder du temps
 - Réserver une salle à l'information
 - Contenu de l'information
 - Contextualité et temporalité de l'information

✧ Accessibilité du service de réanimation.

- Horaires des visites
- Médecin traitant

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Claveranne J-P, Vinot D, Fraisse S, Robelet M, Candel D, Dubois D, Marchaudon P.** Les perceptions de la qualité chez Les professionnels des établissements de santé, Rapport pour la Direction de L'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins 2003.
2. **Tjam FS.** Technology assessment and transfer in district health systems. *World Hosp Health Serv* 1994 ; 30 : 3-8.
3. **Flaatten H, Kvale R.** Survival and quality of life 12 years after ICU. A comparison with the general Norwegian population. *Intensive Care Med* 2001 ; 27 : 1005-1011.
4. **Molter NC.** Families are not visitors in the critical care unit. *Dimens Crit Care Nurs* 1994 ; 13 : 2-3.
5. Comité de Réanimation de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. L'information au patient en réanimation et à ses proches : le Point de vue de la SFAR. *Réanimation* 2001 ; 10 : 582-591.
6. **Asch DA, Hansen-Flaschen J, Lanken PN.** Decisions to limit or continue life-sustaining treatment by critical care physicians in the United States : conflicts between physicians' practices and patients' wishes. *Am J Respir Crit Care Med* 1995 ; 151 : 288-292.
7. **Emanuel EJ, Emanuel LL.** Proxy decision making for incompetent patients. An ethical and empirical analysis. *JAMA* 1992 ; 267 : 2067-2071.
8. **Breen CM, Abernethy AP, Abbott KH, Tulsky JA.** Conflict associated with decisions to limit life-sustaining treatment in intensive care units. *J Gen Intern Med* 2001 ; 16 : 283-289.
9. **Staines A.** La gestion des attentes de la population à l'égard du système de santé : actions possibles de la part des pouvoirs publics. *Santé Publ* 1995 ; 7 : 339-349.
10. **Molter NC.** Needs of relatives of critically ill patients : a descriptive study *Heart Lung* 1979 ; 8 : 332-339.
11. **Jonhson D, Wilson M, Cavanaugh B, Bryden C, Gudmundson D, Moodly O.** Measuring the ability to meet family needs in an intensive care unit. *Crit Care Med* 1998 ; 26 : 266 -271.
12. **Azoulay E, Chevret S, Leleu G, Pochard F, Barboteu M, Adrie C, Canoui P, Le Gall JR, Schlemmer B.** Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med* 2000 ; 28 : 3044-3049.
13. **Robb YA.** Family nursing in intensive care part two: the needs of a family With a member in intensive care. *Intensive Crit Care Nurs.* 1998 ; 14 : 203- 207.

14. **Azoulay E, Pochard F.** Communication with family members of patients dying in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care* 2003 ; 9 : 545- 550.
15. **Roger C, Mari A, Bousquet P-J, Louart G, Casano F, Cuvillon A, et al.** [Patient's relatives wishes concerning the visiting hours in an intensive care unit]. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2010 Jun ;29(6) :431–5.
16. **Ministère de la santé du Mali.** Arrête n°08-2716/MS-SG du 6 octobre 2008 portant charte du malade dans les établissements hospitaliers.
17. **Yvonne LF.** Droit du dommage corporel, systèmes d'indemnisation, Paris Ed 2000, "698-714 " P.
18. Informations aux patients de réanimation et à leurs proches *Ann Fr AnesthRéanim* 2001 ; 20 :fi119-28.
19. **Cohen LM, McCue JD, Green GM.** Do clinical and formal assessments of the capacity of patients in the intensive care unit to make decisions agree? *Arch Intern Med* 1993; 153: 2481-5.
20. **Jacob DA.** Family members' experiences with decision making for incompetent patients in the ICU: a qualitative study. *Am J Crit Care* 1998; 7: 30-6.
21. **Molter NC.** Families are not visitors in the critical care unit. *Dimens Crit Care Nurs* 1994 ; 13 : 2-3.
22. **Cook D.** Patient autonomy versus parentalism. *Crit Care Med* 2001 ; 29 : N24-5.
23. **Azoulay E, Cattaneo I, Ferrand E, Pochard F.** Informations au patient de réanimation et à ses proches, *Ann Fr AnesthRéanim* 2001 ; 20 :fi129-39.
24. **Pirard M, Janne P, Installe E, Reynaert C.** Patient, family, nurses and intensive care unit : review of the literature and state of a practice "in the field". *Ann Med Psychol (Paris)* 1994; 152: 600-8.
25. **Pochard F, Grassin M, Le Roux N, Herve C.** Medical secrecy or disclosure in HIV transmission: a physician's ethical conflict. *Arch Intern Med* 1998; 158: 1716 -9.
26. **Pochard F, Grassin M, Herve C.** Palliative options at the end of life. *Jama* 1998; 279: 1065-6; discussion 1066-7.
27. **Charte Européenne des enfants hospitalisés.** JO des Communautés Européennes. 16.06.1986.
28. « On entend par doctrine des opinions émises par les auteurs dans leurs ouvrages... » ; « c'est la littérature du droit » : J. Carbonnier, *Droit civil, introduction.* Paris : PUF ;1997,265.

29. En ce sens, C. Lapoyade-Deschamps, Les médecins à l'épreuve (à propos de l'arrêt de la 1re chambre civile du 25 février 1997), Resp. civ. et ass. Avril 1997, 4.
30. **L. Dubouis**. La preuve de l'information du patient incombe au médecin : progrès ou régression de la condition des patients, note sous Cass. 1re civ., 25 févr. 1997, Rev. dr. san. Et soc. 1997, 288.
31. Http : //www.anaes.fr/ service des recommandations et références professionnelles/. Information des patients : recommandations destinées aux médecins. Mars 2000. Consulte le 29/05/2009.
32. **Azoulay, Elie MD ; Chevret, Sylvie MD, PhD ; Leleu, Ghislaine MD**. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians Crit Care Med 2000; 28:3044-3049.
33. **Azoulay E, Pochard F, Chevret S, F Lemaire, M Mokhtari, JR Le Gall, et al**. Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. Am J Respir Crit Care Med 2001 ; 163 : 135-9.
34. **Savornin C, Clappaz P, Soares JL**. le devoir d'information et pratique quotidienne ; Concours médical 29 avril -06 mai 2000 ; vol 122 p 1217 1222
35. **Soumagne N**. Family satisfaction in intensive care unit: A prospective survey. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 30-2011,894–898
36. **Hoerni B**. Bulletin de l'Ordre des Médecins français, Avr 1996, n°4.
37. **Code de déontologie médicale du Mali**. Décret N° 86-35/AN.RM portant institution de l'ordre national des médecins
38. L'arrêt Mercier : Cour de Cassation, 20-mai-1936
39. **Tawil I, Brown LH, Comfort D, Crandall CS, West SD, Rollstin AD, et al**. Family presence during brain death evaluation: a randomized controlled trial*.Crit Care Med. 2014 Apr;42(4):934–42.
40. **Malacrida R, Bettelini C, Degrate A et al**. Reasons for dissatisfaction: a survey of relatives of intensive care patients whodied. Crit Care Med 1998;26: 1187-933
41. **Garrouste-Orgeas M, Willems V, Timsit J-F, Diaw F, Brochon S, Vesin A, et al**. Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. J Crit Care. 2010 Dec;25(4):634–40.
42. **Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Arich C, Brivet F, Brun F, et al**. Family participation in care to the critically ill: opinions of families and staff. Intensive Care Med. 2003 Sep;29(9):1498–504.

43. **Iegel MD, Hayes E, Vanderwerker LC, Loseth DB, Prigerson HG.** Psychiatric illness in the next of kin of patients who die in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2008 Jun;36(6):1722–8.
44. **Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, et al.** A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med.* 2007 Feb 1;356(5):469–78.
45. **Curtis JR, Engelberg RA, Wenrich MD, Shannon SE, Treece PD, Rubenfeld GD.** Missed opportunities during family conferences about end-of-life care in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005 Apr 15;171(8):844–9.
46. **Thalanany MM, Mugford M, Mitchell-Inwang C.** Visiting adult patients in intensive care: the importance of relatives' travel and time costs. *Intensive Crit Care Nurs.* 2006 Feb;22(1):40–8.
47. **Bournes D, Mitchell G.** Waiting: the experience of persons in a critical care waiting room. *Res Nurs Health* 2002 ; 25 :58-67.
48. Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé. Institut National du Cancer. 2006
49. **Haute Autorité de Santé.** Annoncer une mauvaise nouvelle. Service évaluation des pratiques. Février 2008.
50. **Almelmoun AH.** Problématique liée à l'information des patients en milieu de réanimation du centre hospitalo-universitaire de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de médecine de Bamako, année 2010, 77 pages.
51. **Roger C.** Elargissement des plages horaires de visites dans une unité de réanimation : l'avis des proches *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation* 29 2010 ; 431-435.
52. **Rozalska C.** Enquête sur la satisfaction des proches de patients hospitalisés en réanimation neurochirurgicale : impact d'une ouverture 24h/24. Thèse de médecine université de Poitiers faculté de médecine et pharmacie, année 2017, 37 pages
53. **Ennaz L, Younous S.** information et place des familles de patients en réanimation pédiatrique : enquête des familles et du personnel soignant Thèse de médecine faculté de médecine et de pharmacie –Marrakech, année 2010 ,4 pages.

ANNEXES

ANNEXES

Fiche d'enquête

-Partie de la famille

Date : .../.../...

Vous êtes âgé de :ans

Vous êtes : un homme ... Une femme...

Quartier : Bamako ... Hors de Bamako

Quel est votre lien avec le patient hospitalisé en réanimation ?

Profession :

Mode d'admission : direct... Indirect...

Quel est l'état de conscience de votre proche :...conscient, pouvant parler ...conscient, ne pouvant pas parler ...inconscient

Merci de cocher la case correspondant le mieux à votre niveau de satisfaction concernant les points suivants :

	Très satisfait	Plutôt satisfait	Ni satisfait ni insatisfait	Plutôt insatisfait	Très insatisfait
L'accueil par le personnel paramédical					
Le délai d'attente avant de pouvoir entrer dans le service					
La propreté et le confort de la salle d'attente					
Les horaires de visite					
Le nombre de visiteur possible					
Les informations sur les règles de visite (modalités des visites, hygiène)					
La disponibilité de l'équipe paramédicale (infirmiers, aide soignants) pour répondre a vos questions					
La disponibilité de l'équipe médicale (médecins, internes) pour répondre à vos questions					
La qualité et la clarté de l'information fournie par l'équipe paramédicale (infirmiers, aide soignants)					
La qualité et clarté de l'information fournie par l'équipe médicale (médecins, internes)					
Votre satisfaction sur la prise en charge de vos proches					
La qualité des soins apportés à votre proche					

Cout des ordonnances : 1-Bas ... /2-élevé...

Quelle est votre appréciation générale de la réanimation ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Recommanderiez-vous la réanimation du chu Gabriel-Touré ?

1-Oui ... /2 non ...

IMPRESSIONS ET SUGGESTIONS :

Vos impressions ? qu'est-ce que vous voulez que nous changions afin que vous soyez satisfait ?	
--	--

Partie du patient

Age du patient :ans

Sexe du patient : 1-feminin.../2-masculin...

Statut matrimonial :

Antécédents d'hospitalisation en réanimation :

Diagnostic retenu à l'entrée :

Durée de séjour :jours

Etat de santé antérieur :

Type de sorti :

Mode d'admission : 1- direct / 2-indirect

Fiche signalétique

NOM : MENDAVE MOUAFO Vanessa

ADRESSE : TEL : 90462483

E-mail : Mendavev@gmail.com

TITRE DE LA THESE : Enquête sur la satisfaction des parents des patients hospitalisés en réanimation CHU Gabriel Touré.

ANNEE : 2018-2019

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako (MALI)

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : bibliothèque de la FMPOS

SECTEUR D'INTERET : Médecine légale, réanimation, Ethique, Santé Public, droit

RESUME :

Du mois de janvier à juillet 2019, nous avons réalisé une étude sur l'état de satisfaction des parents des patients hospitalisés au centre hospitalier universitaire Gabriel Touré de Bamako. Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive, portant sur 188 familles de patient. Notre étude avait pour objectif de Déterminer l'état de satisfaction des parents des patients hospitalisés sur les horaires de visites et le nombre de visiteurs possible, déterminer l'état de satisfaction des parents des patients hospitalisés sur la qualité de l'information reçue, la qualité de soins administrés, déterminer l'état de satisfaction des parents des patients hospitalisés par rapport au confort de la salle d'attente des proches de patients hospitalisés en réanimation. Les conjoint(e)s avaient représenté 81 parents des patients soit 43,1%. 117 parents de patient soit 62,2% témoignaient de la courtoisie du personnel à l'accueil. 106 parents de patient soit 56,4%, étaient plutôt insatisfaits par rapport aux heures de visite. Les parents des patients étaient plutôt insatisfaits par rapport au nombre de visiteur dans 54,8% de cas. Les accompagnants des patients hospitalisés en réanimation qui étaient satisfait de la disponibilité de l'équipe médicale à répondre aux questions posées étaient de 50%. La compréhension des explications données par l'équipe médicale sur l'état du patient était bonne dans 91 cas soit 51%. 106 Les parents de patient jugeaient la salle d'attente inconfortable, soit 56,4%., 127 parents avaient une bonne satisfaction globale par rapport au service de réanimation soit 67,6%.

Mots clés : Satisfaction, Service de réanimation, Patient, Accompagnant

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !!!!