

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UNIVERSITE DE BAMAKO
Faculté de médecine, de pharmacie
et d'odontostomatologie

Un Peuple - Un But - Une Foi



Année Universitaire 2008-2009

Thèse N°/___/

TITRE

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES LIEES
A L'ETHIQUE DES SOINS ET A LA DEONTOLOGIE
MEDICALE CHEZ LES ETUDIANTS ET AIDANTS
SOIGNANTS DES C.H.U DU MALI

THESE

Présentée et soutenue publiquement le /___/___/2009
à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie
de l'Université de Bamako
par

Mr. MOUTE Pascal Blaise

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine
(Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Pr. Saharé FONGORO
Membre : Dr. Arouna TOGORA
Directeur de thèse : Pr. Samba DIOP

DEDICACES

A l'Eternel Dieu tout puissant,

Merci de m'avoir créé et merci de me soutenir chaque jour qui passe, et ceci malgré mes manquements. La certitude de ta présence constante m'a donné la joie et la volonté de vivre.

A mon père, PELAPOUET Pascal.

Je te remercie de m'avoir permis d'apprendre la médecine car depuis tout petit, j'avais une attirance pour ce métier. Ce travail est le fruit de l'éducation que tu as bien voulu m'inculquer et je t'en suis très reconnaissant. Toi et moi n'avons pas passé beaucoup de temps ensemble mais si tu m'as appris quelque chose, c'est bien le respect du prochain ainsi que le « savoir vivre » en société et cela m'a beaucoup aidé à avancer. Puisse Dieu t'accorder une bonne santé et te garder encore longtemps parmi nous.

A ma mère, BIALEU Gisèle.

Les mots ne suffiraient pas pour exprimer ce que je ressens vis-à-vis de toi. C'est grâce à toi que j'ai vu le monde et ton amour indéfectible m'a permis de grandir et de devenir ce que je suis aujourd'hui. Malgré ta pauvreté, tu as toujours su combler mes besoins. Ce travail est également ton œuvre et je t'en remercie infiniment. Que Dieu nous accorde encore du temps ensemble.

A ma mère, FAUJO Christine .

Je te dois pratiquement toute mon éducation car avec toi, j'ai passé la plus grande partie de mon adolescence. Tes qualités d'éducatrice jalonnent encore aujourd'hui mon parcours et je t'en suis plus que reconnaissant. Que Dieu t'accorde santé et longue vie.

A ma tante, feue HAPPI Jeanne.

Tu as été ma principale motivation quand j'ai débuté mes études de médecine car tu avais déjà une santé fragile. Tu m'as toujours considéré comme le fils que tu n'as malheureusement pas pu avoir et moi, je t'ai depuis tout petit adopté comme ma véritable maman car ton amour pour moi était sans faille.

Repose en paix, maman.

A ma tante, maman Emilienne,

Tu m'as toujours soutenu d'une façon ou d'une autre. Ce travail est le fruit des prières que tu as toujours faites à mon égard. Que Dieu te bénisse.

A maman Henriette KOUTANE,

Tes conseils et ta chaleur maternelle m'ont toujours été d'un grand secours. Merci pour tout maman.

A mes frères et sœurs : YOKOUE Gustave ; maman Pauline ; maman Yvonne ; NJEAMO Clarisse ; WOUAPI Caroline ; HAPPI Sylvie ; NGUIMMO François ; MEDU Nicole ; ZEMKO Clovis ; MOSSIMIE Alain ; CHOUANTOU Pascal ; SIEMAHA Virginie ; KONMAZOU Henri ; MBENA Anastasie,

Vous avez été toujours présents dans mon esprit. Vos encouragements et conseils m'ont beaucoup aidé. Prenez ce travail comme le vôtre.

A tous mes neveux et nieces : NJEATCHOUA Armel ; MONTHE Alvine ; HAPPI Arnold ; WOUAPI Eric ; WOUAPI Aurélien ; Carcel ; Alida ; WONKAM Wilfried ; YOKOUE Syndie; YOKOUE Gaby; ELLA Thierry; mami gi; Lili ; Dany,

Je vous ai toujours considéré comme mes petits frères et petites sœurs. Grace à vous, j'ai appris à me soucier d'autrui. Ce travail est aussi le vôtre.

A mon cousin MBATCHOU Mesmin,

Merci pour tes encouragements et ton soutien.

A SOPE NGALEU Herchelle,

Ta maturité d'esprit m'a permis de comprendre des choses essentielles de la vie. Le temps passé à tes côtés a été pour moi plus qu'une école. Ta présence permanente et tes encouragements sans faille m'ont permis de réaliser ce travail, qui est aussi le tien.

REMERCIEMENTS

Au Peuple Malien,

Pour l'hospitalité légendaire dont il m'a fait bénéficier depuis mon arrivée à Bamako. C'est pour moi l'occasion de lui dire merci car au Mali, je me suis toujours senti chez moi.

Au Pr. Samba DIOP,

Pour m'avoir appris l'art de la recherche. Votre rigueur scientifique et votre conscience professionnelle font de vous une référence. Merci d'avoir pris en main ma formation et d'avoir permis que ce travail voie le jour. Que le Dieu tout puissant vous donne force et santé afin que vous puissiez poursuivre cette mission qui est la votre.

A ma patrie le Cameroun berceau de mes ancêtres qui m'a vu naître, merci.

A mes frères et sœurs de la promotion « SATRES » : TCHIEYEP Guy Merlin ; WAMBO Arthur ; BENGONO Alexie ; BONABE Dalil ; Dr KAMKUMO Armand ; Dr NEMSI Daniel ; Dr NANFAH Patricia ; Dr SIGHOKO Alliance ; Dr NGADJEU Francis ; Dr TADIE Minette ; Dr Iris ; Dr Gildère ; NGO YANA Berthe ; BIBANG Gilchrist ; MAKWET Nicaise ; EKOUMELONG Anita ; MAFOMA Rosine ; ABOUAME Palma ; PRISO Nathalie ; IROUME Cristella ; SANDJONG Hermann ; TODJOM SIEWE ; MOYO Annie ; NZOKOU William ; ZOMAHOU Laurel ; MORGAYE Aïcha ; MALONGTE Yannick ; OBAMA Odile ; FONDJO Armelle ; Pierre SASSUS ; Bernard ; Justin WAMBO,

Votre présence constante à mes côtés, votre disponibilité, votre savoir vivre et votre soutien m'ont été d'un intérêt inestimable ; je ne saurais trouver les mots pour vous remercier. Que Dieu bénisse cette ambiance « magique » qui règne entre-nous.

A mes amis de Bamako : FANSI Sorel ; MEKOUANG Elodie ; Dr. PESSEU Lucrèce ; Dr. DJAPOM Léopold ; Dr. TRAORE Ady ; Dr. NOUDJEU Frankie ; NAOUSSI Christian ; MITCHEGANG Ariane ; MOGOMAYE Audrey ; BAYIMBA Constantin ; ELONG Jean Odino ; BEDJI Pierre ; NDIAYE Diam ; Bouacar DIARRA ; Djack ; TCHANI Chancelline ; NGA NOMO Serge ; Christian FOTSO ; Lamine ; BAINI KAREMBE ; Adama KAREMBE ; Aissata KAREMBE ; Allèwè ; Seydou,

Merci pour tout ce que vous m'avez apporté.

A Laure COAT ; Bernadette NABALOUM ; Joceline PEPIN,

Merci pour votre soutien.

A mes fils et filles de Bamako : Guillaume ; Ester ; Sandrine ; Larissa ; Christelle ; Pamela ; Emmanuel ; Jaurès,

Merci pour la confiance que vous avez mise en moi durant ces années.

A la famille KAREMBE du Point « G »,

Vous qui m'avez accueilli et hébergé dès mes premiers jours au Mali, merci infiniment.

Aux garçons et filles de la cité bleue du Point « G » : Alexie ; Herchelle ; Migranche ; Frédine ; Laurelle ; Patricia ; Pulchérie ; Anicet ; Larissa ; Stella,

Merci pour votre hospitalité et pour tous les moments que nous avons passé ensemble.

Aux membres de l'association des élèves, étudiants et stagiaires camerounais au Mali (A.E.E.S.C.M),

Merci pour votre soutien.

Aux familles DIARRA de DAR SALAM et DOUKOURE de Dravella,

Merci de m'avoir accueilli comme un des vôtres.

A tous les personnels des C.H.U du Mali,

Sans vous, ma formation ainsi que ce travail n'auraient pas été possible car vous avez bien accepté de m'accueillir dans vos différentes structures. Merci à tous et que Dieu vous garde.

A tous ceux dont je n'ai pu citer les noms,

Vous êtes plusieurs à avoir de prêt ou de loin œuvré pour la finition de ce travail. Je vous dis à tous merci.

A notre maître et président du jury :

Professeur Saharé FONGORO

-Maître de conférence en Néphrologie,

-Chef adjoint du service de néphrologie et d'hémodialyse au C.H.U du Point G,

-Chargé de cours de néphrologie à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

-Chevalier de l'ordre de mérite de la santé.

Cher maître,

Nous vous remercions du grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail, malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre humanité et votre modestie forcent respect et incitent à l'admiration.

Vos remarquables suggestions nous ont beaucoup aidé à améliorer ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude.

A notre maître et juge,

Docteur Arouna TOGORA :

-Pédopsychiatre en service au CHU du Point « G »

-Assistant chef de clinique en psychiatrie à la FMPOS

Cher maître,

C'est une grande joie de vous avoir dans ce jury en dépit de vos multiples occupations.

Nous avons pu bénéficier de vos grandes qualités humaines, morales et intellectuelles. Votre constante disponibilité et votre simplicité nous ont beaucoup marqué et nous serviront de modèles.

Veillez recevoir ici cher maître l'expression de notre sincère admiration et de notre profond respect.

A notre maître et directeur de thèse,

Professeur Samba DIOP,

-Spécialiste en anthropologie médicale.

-Maître de conférence en santé publique.

-Enseignant- chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique publique/ sociale à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

-Responsable de la section sciences humaines, sociales et éthiques du SEREFO- Centre VIH-TB FMPOS et NAID.

-Membre du comité d'éthique de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

Cher maître,

Votre rigueur scientifique, votre exigence du respect de l'éthique en matière de recherche, mais surtout votre souci du travail bien fait mettent en évidence vos qualités incontestables de chercheur émérite.

Nous avons apprécié à sa juste valeur la disponibilité et l'attention particulière dont vous avez fait preuve pour que ce travail puisse être mené à bout.

Votre respect d'autrui, votre compétence, l'amour du travail et le sens élevé du devoir font de vous un maître admirable et respecté.

Nous espérons tirer profit de l'enseignement strict que nous avons reçu de vous.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude. Puisse le seigneur vous rendre vos bienfaits.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS.....	4
LISTE DES TABLEAUX.....	5
LISTE DES FIGURES.....	9
ENONCE DU PROBLEME	11
1. CADRE CONCEPTUEL.....	14
1. Définitions.....	14
2. Fondements.....	14
1. Fondements de l'éthique.....	15
2. Fondements de la déontologie médicale.....	17
3. Relation soignant-soigné.....	18
1. La relation.....	18
1. Particularités de la relation.....	18
2. Rôles sociaux.....	19
2. Le soignant.....	19
1. Un être avant tout.....	20
2. Rôle du soignant.....	20
3. Législation.....	21
3. Le soigné.....	22
1. Une personne avant tout.....	22
2. Rôle du malade.....	22
4. Ce qu'est la relation soignant-soigné.....	23
1. Le « colloque singulier » soignant-soigné.....	25
2. Le soignant face au soigné.....	26
3. Composition de la relation soignant-soigné.....	26
4. Différents types de relations soignant-soigné.....	27
5. La communication dans la relation soignant-soigné.....	28
6. L'écoute.....	30
7. Eléments influençant la relation soignant-soigné.....	30
8. La confiance.....	31
2. JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	33
3. HYPOTHESE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	34
1. Hypothèse de l'étude.....	34
2. Objectifs de l'étude.....	34
1. Objectif général.....	34
2. Objectifs spécifiques.....	34
4. DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	35
1. Cadre de l'étude.....	35
2. Type d'étude.....	35
3. Période d'étude.....	35
4. Population d'étude.....	35
5. Echantillonnage.....	35
6. Plan de collecte.....	36
7. Aspects éthiques.....	36
8. Plan d'analyse.....	37

5.	RESULTATS.....	38
1.	Résultats liés aux étudiants soignants, infirmiers et aides-soignants.....	.38
1.	Données socioprofessionnelles.....	38
2.	Connaissances.....	41
3.	Attitudes.....	47
4.	Pratiques comportementales.....	52
2.	Résultats liés aux malades et aidants naturels.....	57
1.	Données sociodémographiques.....	57
2.	Connaissances.....	59
3.	Attitudes.....	63
4.	Pratiques comportementales.....	67
6.	COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	70
1.	Limites de l'étude.....	70
2.	Analyse des résultats chez les étudiants soignants, infirmiers et aides-soignants.....	70
1.	Données socioprofessionnelles.....	70
2.	Connaissances.....	71
3.	Attitudes.....	72
4.	Pratiques comportementales.....	72
3.	Analyse des résultats chez les malades et aidants naturels.....	73
1.	Données sociodémographiques.....	73
2.	Connaissances.....	73
3.	Attitudes.....	74
4.	Pratiques comportementales.....	75
7.	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	76
1.	Conclusion.....	76
2.	Recommandations.....	78
8.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	80
9.	ANNEXES.....	85

LISTE DES ABREVIATIONS

C.H.U= Centre hospitalo-universitaire

NSP= Ne sait pas

C= Commune

CS-REF= Centre de santé de référence

FMPOS= Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

IOTA= Institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique

CENOS= Centre national d'odontostomatologie

% = Pourcentage

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon l'âge.

Tableau II : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon le lieu de résidence.

Tableau III : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants ayant entendu parler d'éthique des soins selon la source d'information.

Tableau IV : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants ayant entendu parler de déontologie médicale en fonction de la source d'information.

Tableau V : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants connaissant l'existence d'un code d'éthique et de déontologie des ordres de la santé selon la connaissance du lieu où l'on peut s'en procurer.

Tableau VI : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon la connaissance du rôle des établissements de santé.

Tableau VII : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon la connaissance de la condition dans laquelle l'acte médical doit être pratiqué chez un malade.

Tableau VIII : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon la connaissance liée au respect des croyances, de l'intimité et de la tranquillité des malades.

Tableau IX : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon qu'ils avaient entendu parler d'un conseil en éthique au sein des services de soins de santé ou non.

Tableau X : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon qu'ils connaissaient ou non l'existence des comités d'éthique au Mali.

Tableau XI : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon leur attitude liée à l'accessibilité au service public hospitalier.

Tableau XII : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon qu'ils pensaient que les établissements de santé garantissaient ou non la qualité de l'accueil et des soins des malades.

Tableau XIII : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon qu'ils pensaient que les malades recevaient ou non toutes les informations concernant leur maladie.

Tableau XIV : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon qu'ils pensaient que les soignants obtenaient ou non le consentement volontaire et éclairé des malades avant de leur administrer des soins.

Tableau XV : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon qu'ils pensaient que les croyances et l'intimité des malades étaient préservées ou non dans les hôpitaux.

Tableau XVI : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon leur niveau de satisfaction avec les patients au sein de leurs structures sanitaires.

Tableau XVII : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon leur niveau de satisfaction avec les aidants naturels des malades au sein de leurs structures sanitaires.

Tableau XVIII : répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon leur comportement face à un malade à qui ils devaient administrer des soins.

Tableau XIX : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon qu'ils avaient ou non l'habitude de donner aux patients des informations sur leur maladie.

Tableau XX : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon la condition dans laquelle ils examinaient les malades.

Tableau XXI : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon l'habitude ou non d'écouter les malades et les aidants naturels et de prendre en compte leurs éventuelles plaintes.

Tableau XXII : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon qu'ils acceptaient ou pas qu'un malade quitte l'hôpital avant guérison.

Tableau XXIII : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants qui permettaient qu'un malade quitte l'hôpital avant guérison selon le contexte dans lequel ils le faisaient.

Tableau XXIV : Répartition des usagers selon le lieu de l'enquête.

Tableau XXV : Répartition des usagers selon la tranche d'âge.

Tableau XXVI : Répartition des usagers selon le lieu de résidence.

Tableau XXVII : Répartition des usagers ayant entendu parler de l'éthique des soins selon la source d'information.

Tableau XXVIII : Répartition des usagers ayant entendu parler de la déontologie médicale selon la source d'information.

Tableau XXIX : Répartition des usagers selon la connaissance du rôle des établissements de santé.

Tableau XXX : Répartition des usagers selon la connaissance de la condition dans laquelle l'acte médical devait être pratiqué chez un malade.

Tableau XXXI : Répartition des usagers selon la connaissance liée au respect des croyances, de l'intimité et de la tranquillité du malade.

Tableau XXXII : Répartition des usagers selon qu'ils avaient entendu ou non parler d'un service aux usagers des services de soins de santé.

Tableau XXXIII : Répartition des usagers selon l'attitude liée à l'accessibilité au service public hospitalier.

Tableau XXXIV : Répartition des usagers selon qu'ils pensaient ou non que les établissements de santé garantissaient la qualité de l'accueil et des soins des malades.

Tableau XXXV : Répartition des usagers selon qu'ils pensaient ou non que la vie privée des patients et la confidentialité des informations personnelles les concernant étaient respectées.

Tableau XXXVI : Répartition des usagers selon qu'ils pensaient ou non que les malades recevaient toutes les informations concernant leur maladie.

Tableau XXXVII : Répartition des usagers selon qu'ils pensaient ou non que les soignants obtenaient le consentement volontaire et éclairé des malades avant de leur administrer des soins.

Tableau XXXVIII : Répartition des usagers selon qu'ils pensaient ou non que les croyances ainsi que l'intimité des malades étaient préservées dans les hôpitaux.

Tableau XXXIX : Répartition des usagers selon le niveau de satisfaction avec les soignants au sein des structures sanitaires.

Tableau XXXX : Répartition des usagers selon qu'ils pensaient ou non que leur structures sanitaires avaient besoin d'une unité d'information, d'éducation et de communication et éthique des soins et en déontologie médicale.

Tableau XXXXI : Répartition des usagers selon qu'ils avaient l'habitude ou non d'assister des personnes malades d'ethnie ou de religion différente de la leur.

Tableau XXXXII : Répartition des usagers selon qu'ils avaient l'habitude ou non de garder confidentielles les informations personnelles concernant un malade.

Tableau XXXXIII : Répartition des usagers selon le comportement avant l'administration des soins à un proche

Tableau XXXXIV : Répartition des usagers selon qu'ils avaient l'habitude de donner à leurs proches des informations concernant leurs maladies.

Tableau XXXXV : Répartition des usagers selon la condition dans laquelle ils faisaient la toilette d'un malade.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon le lieu d'enquête.

Figure 2 : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon le sexe.

Figure 3 : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon la profession.

Figure 4 : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon qu'ils avaient entendu parler d'éthique des soins ou non.

Figure 5 : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon qu'ils avaient entendu parler de déontologie médicale ou non.

Figure 6 : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon la connaissance de l'existence d'un code d'éthique et de déontologie des ordres de la santé au Mali.

Figure 7 : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon qu'ils avaient entendu parler d'un service aux usagers des services de soins de santé ou non.

Figure 8 : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon qu'ils pensaient ou non que la vie privée des patients et la confidentialité des informations personnelles les concernant étaient respectées.

Figure 9 : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon qu'ils pensaient que leurs structures sanitaires avaient besoin ou non d'une unité d'information, d'éducation et de communication en éthique des soins et en déontologie médicale.

Figure 10 : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon qu'ils avaient l'habitude ou non de prendre en charge des patients sans aucune ressource financière.

Figure 11 : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon qu'ils avaient l'habitude ou pas de donner des soins à des patients d'ethnie ou de religion différente de la leur.

Figure 12 : Répartition des étudiants, infirmiers et aides-soignants selon qu'ils avaient l'habitude ou non de garder confidentielles les informations personnelles concernant les malades.

Figure 13 : Répartition des usagers selon le sexe.

Figure 14 : Répartition des usagers selon le statut.

Figure 15 : Répartition des usagers selon qu'ils avaient entendu parler d'éthique des soins ou non.

Figure 16 : Répartition des usagers selon qu'ils avaient entendu parler de déontologie médicale ou non.

ENONCE DU PROBLEME.

Les difficultés liées à la relation soignant-soigné (patient) sont souvent posées en terme d'incompréhension. Incompréhension de la part du patient, qui doit recourir au soignant pour pallier à une faiblesse dont il ne peut venir seul à bout, et incompréhension de la part du soignant, qui se trouve dans l'incapacité de saisir ce que vit le patient. Un argument souvent avancé pour expliciter cette incompréhension est celui de la différence de nature des discours propres à chaque interlocuteur : celui du soignant relèverait de la science, du domaine de l'objectivité et celui du patient relèverait plutôt du domaine du ressenti, du subjectif. Néanmoins, une telle explication demeure incomplète, pour ne pas dire réductrice. S'il est vrai que le savoir médical occupe une place particulière au sein de la relation, il ne peut en revanche être à l'origine de l'ensemble des difficultés. On ne peut ignorer ni les capacités humaines du soignant, qui cherche le meilleur moyen d'approcher son patient, ni la faculté du patient à poser un regard objectif ou scientifique, porté par un savoir, sur sa pathologie. L'évolution de la réflexion concernant le sens donné à la notion de personne humaine a conduit la profession médicale à intégrer à sa pratique une attention plus appuyée à la subjectivité en souffrance qu'elle doit traiter. De même, l'intérêt croissant du public pour sa santé a entraîné, au travers des médias comme par l'intermédiaire des associations de patients, un développement du savoir médical désormais accessible à tous. **[11]**

Dans les pays occidentaux, la tendance actuelle en matière de soins est la mise en avant de l'individu en tant que personne. Simonne PLOURDE, dans son ouvrage intitulé «La notion de personne : Une clef qui ouvre la dimension éthique des possibilités technoscientifiques » dit : « non seulement ce que la biologie constate, à savoir le plus haut stade neuropsychique de l'ontogenèse, mais bien davantage, l'aspect intégrateur de tous les éléments de sa nature, l'ipséité du soi, en devenir de lui-même avec et par autrui, en bref, la réalisation de l'humain en sa dimension de visage, la quintessence de l'humanité. On comprend alors que la personne ne soit pas donnée, au départ qu'elle représente un enjeu ontologique et principalement éthique, que ses droits suscitent des débats et motivent tous les combats ». **[12]** La circulaire du 2 mars 2006 **[Annexe I]** relative aux droits des personnes hospitalisées le démontre déjà en ces termes **[15]** :

- L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. Le patient participe aux choix thérapeutiques qui le concernent. Il peut se faire assister par une personne de confiance qu'il choisit librement.
- Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.
- La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.
- La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants-droit, en cas de décès, bénéficient de ce même droit.

En Afrique, il existe une spécificité dans l'approche de certains aspects éthiques et déontologiques liés aux soins médicaux (non prise en compte par la démarche universelle), d'où une harmonisation de la vision malienne sur les aspects éthiques dans le domaine de la santé. **[13]** Une ébauche a été faite dans la nouvelle loi hospitalière du Mali ou Loi n°02-050 du 22 juillet 2002 qui stipule que :

ARTICLE 29. 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 sages femmes participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de 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 les traitements.

ARTICLE 30. L'ensemble du personnel des hôpitaux est tenu au strict respect du secret professionnel. Les établissements et les personnels doivent en conséquence protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes accueillies, conformément aux lois et règlements en vigueur. **[39]**

Ceci nous amène à nous poser la question de savoir si nos hôpitaux, et par conséquent les soignants qui en sont les principaux acteurs, assument-ils véritablement leurs fonctions humaines et sociales ?

Notre étude se propose d'évaluer les connaissances, les attitudes ainsi que les pratiques comportementales liées à l'éthique des soins et à la déontologie médicale chez les étudiant-soignants, infirmiers et aides-soignants des centres hospitalo-universitaires (CHU) du Mali.

1. CADRE CONCEPTUEL

1. Définitions

- Ethique : Le mot « éthique » provient de deux mots grecs : « èthos » (principes moraux) et « éthos » (coutumes). Il désigne une réflexion philosophique complète sur la vie morale et sur les mœurs, qui joint la dimension théorique et la dimension pratique. D'un côté elle est liée à la recherche métaphysiques sur les fins dernières de l'homme, et porte sur les principes qui fondent les jugements moraux et la recherche du premier principe permettant d'évaluer toute action possible. D'un autre côté elle indique les moyens d'atteindre ces fins et donne accès aux règles de la conduite et à une morale concrète. **[1]**
- Ethique des soins : L'éthique des soins est la science de la morale des soins. Elle interroge sur les comportements et attitudes que le soignant doit avoir dans sa pratique professionnelle, sa finalité résidant dans le respect et le maintien de l'intérêt du patient. **[10]**
- Déontologie médicale : La déontologie médicale est constituée par l'ensemble des devoirs qui incombent au médecin vis-à-vis de ses patients, de ses confrères, de ses auxiliaires, ou de la société. **[2]**

2. Fondements

Ethique et déontologie médicales sont étroitement liées. Historiquement l'une et l'autre sont issues des concepts d'Aristote et d'Hippocrate. Pour ce dernier le médecin s'engage envers ses maîtres et leurs enfants, et envers les malades à toujours chercher le bien :

« Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans la pureté et le respect des lois. Dans toute maison où je serai appelé, je n'entrerai que pour le bien des malades. Je m'interdirai d'être volontairement une cause de torts ou de corruption [...]. » **[3]** Ces principes de bienveillance et le *primum non nocere* guident encore chaque médecin dans son activité quotidienne.

1. Fondements de l'éthique

L'évolution de l'éthique a été marquée par celle des progrès techniques de la médecine, mais également par l'histoire.

Dès le XVIII^{ème} siècle, KANT s'est interrogé sur les problèmes posés à son époque par la vaccination contre la variole, mise au point par JENNER. La problématique d'actualité qu'il posait déjà était la suivante : est-il raisonnable de faire confiance à la technique alors que

son efficacité n'est pas démontrée ? Quelles règles doit adopter celui qui utilise la technique pour en démontrer les bénéfices attendus ?

A l'aube du XX^{ème} siècle, les découvertes scientifiques se sont ensuite succédées dans de nombreux domaines de la médecine. Les médecins appliquaient les préceptes de Claude BERNARD :

« Tous les jours le médecin fait des expériences thérapeutiques sur ses malades [...] parmi les expériences qu'on peut tenter sur l'homme, celles qui ne peuvent que nuire sont défendues, celles qui sont innocentes sont permises, et celles qui peuvent faire du bien sont recommandées. »

Entre les deux guerres, les premiers courants prônant l'existence de races et une sélection par l'eugénisme firent leur apparition. Leurs théories rejetaient toute philosophie et restreignaient l'étude de l'homme à son étude scientifique. Ces théories ont constitué la base sur laquelle s'est développée l'idéologie nazie. La seconde guerre mondiale a constitué l'apogée de cette idéologie, rejetant tout principe d'humanité dans les pratiques des médecins tournés vers un seul but, la création d'une aristocratie raciale.

En 1947, la découverte des expérimentations nazies a été à l'origine d'une renaissance de l'éthique formalisée par la rédaction du code de NUREMBERG. Parmi les principes de ce texte, figuraient notamment :

- le consentement volontaire ;
- la liberté du sujet humain se prêtant à des expérimentations ;
- le caractère scientifiquement solide des bases de l'expérimentation ;
- le principe du rapport bénéfice/risque.

D'autres textes ont ensuite suivi le code de NUREMBERG, contribuant à son évolution et à son enrichissement :

- Le texte des Nations-Unies du 16 décembre 1966 a insisté sur la relation entre l'éthique médicale et les droits de l'homme :

« Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou des traitements cruels inhumains ou dégradant ; en particulier il est interdit de soumettre une personne sans son consentement à une expérience médicale ou scientifique. »

- La déclaration d'HELSINKI en 1964 a été secondaire au constat de manques dans le code de NUREMBERG. Elle a énoncé plusieurs principes et a été enrichie à plusieurs reprises (TOKYO en 1975, VENISE en 1983, HONG-KONG en 1989, et EDIMBOURG en 2000).

- La déclaration de MANILLE (1981) a essentiellement individualisé certains groupes humains « vulnérables » (enfants, femmes enceintes, malades mentaux ...) par rapport aux textes précédents.

Ces différents textes ont inspiré des textes nationaux, le premier étant constitué par la loi HURRIET-SERUSCLAT relative à la protection des personnes se prêtant à des recherches biomédicales. Les lois de bioéthique de juin 1991 et d'août 2004 l'ont ensuite suivi. Ces textes nationaux ont contribué à créer un passage de l'éthique au droit, et à l'intégrer dans la démarche naturelle du chercheur. **[3]**

2. Fondements de la déontologie médicale

Étymologiquement, la déontologie est la science des devoirs. Quand on parle aujourd'hui de déontologie, on pense toujours aux devoirs qu'impose à des professionnels l'exercice même de leur métier. Au lieu de se définir dans l'abstrait, elle vise les cas couramment rencontrés par le professionnel dans l'exercice de son métier. Elle cherche à donner, impérativement à ces cas des solutions pratiques et précises définissant les devoirs du professionnel. Le code de déontologie de la profession médicale est ainsi une suite de règles de conduite qui vise à garantir l'honneur et la dignité de notre profession dont la légitimité repose sur la confiance de nos patients. Ces règles tiennent à la fois du texte juridique (il est assorti de sanctions en cas de transgression) et du texte moral (puisqu'il est censé décliner en comportements les règles morales professionnelles). Le mot « déontologie » est entré dans le droit positif sur la présentation du professeur PORTES, président de l'Ordre des médecins. En application de l'ordonnance du 24 septembre 1945, le Conseil d'État a approuvé pour en faire un règlement d'administration publique, le Code de déontologie du 27 juin 1947, applicable aux membres de cet ordre médical. Peu modifié dans le nouveau règlement d'administration publique du 28 novembre 1955, il fut en revanche profondément remanié par le décret du 28 juin 1979, puis en 1995. La réforme de l'ordre des médecins introduite le 4 mars 2002 par le Parlement augure sans doute de nouvelles révisions. Ce code devient de plus en plus précis, et comporte actuellement 112 articles assortis chacun de commentaires qui peuvent dépasser la dizaine de pages. [2]

3. Relation soignant-soigné.

1. La relation

« C'est une interaction entre deux ou plusieurs personnes qui ont des émotions, des désirs, des autonomies, des subjectivités différentes. Il existe de nombreux types de relations en fonction des liens unissant les personnes et des objectifs poursuivis :

- relations familiales
- relations amoureuses
- relations professionnelles

Ou en fonction du degré de proximité des deux personnes :

- relations égalitaires
- relations hiérarchisées.

Cette relation se joue dans un environnement matériel (temps, lieu) mais aussi culturel et social avec un certain nombre de normes, règles, valeurs, représentation. » [19]

La relation est donc le résultat d'une construction à laquelle chacun contribue avec ses caractéristiques d'homme, de femme, de culture, d'appartenance sociale, son expérience, son passé, etc., en manifestant des comportements et des attitudes.

Le ROBERT ajoute : « Une relation est une activité ou une situation dans laquelle plusieurs personnes sont susceptibles d'agir mutuellement les unes sur les autres. C'est un lien de dépendance ou d'influence réciproque dans quelque domaine que ce soit. » **[20]**

1. Particularités de la relation

« L'affectivité est l'élément central. Il est au cœur des relations soit pour les fonder, soit pour les souder, soit pour les défaire. Elle révèle sa présence au travers de perturbations comme le bégaiement, les tremblements, les malaises, ... » **[21]**

Par ailleurs, « Etre en relation prend de l'énergie. Dès que les sujets de conversation entre individus sortent des sentiers battus (le temps qu'il fait, la santé, ...), l'intensité des échanges est augmentée. L'énergie de chacun mobilisée, la relation gagne en authenticité. A ce moment là, s'effectue ce que nous pouvons nommer une véritable rencontre. Moment rare qui donne à la communication sa dimension la plus complète. » **[21]**

2. Rôles sociaux

L'espace situé entre le Moi et les autres est appelé espace de transition. « C'est l'espace où s'inscriront les futurs rôles de l'individu. Lorsque cet espace s'organise, on parle d'enveloppe sociale ou d'écorce sociale de la personnalité. Elle contiendra tous les rôles sociaux qui alimenteront les relations. Ces rôles ne sont pas suffisants en eux-mêmes pour créer des relations mais ils sont en quelque sorte les façons les plus efficaces d'exercer un comportement de communication. Dans une relation entre deux individus, il y a habituellement une complémentarité des rôles. Si elle ne se mettait pas en place très rapidement, les deux interlocuteurs ne parviendraient qu'à un « dialogue de sourds », chacun restant sur son idée et sur des attitudes incompréhensibles pour l'autre. » **[21]**

Comme nous l'avons vu, la relation est donc une interaction entre deux ou plusieurs personnes. Dans ce travail, la relation sera ciblée entre deux personnes. La première sera le soignant.

2. Le soignant

Etymologiquement, le mot « soignant » qui rejoint le mot « soigner » vient du latin « soniare » qui signifie : s'occuper de.

Soigner c'est :

- « s'occuper du bien être et du consentement de quelqu'un » et « s'occuper de rétablir la santé. » **[20]**
- « Avoir soin de quelqu'un ou de quelque chose » **[14]**

Le soignant effectue des soins définis comme étant « une attention, une application à quelque chose » **[14]**

Un soignant est donc une personne qui s'occupe à la fois de rétablir la santé et

d'apporter du bien être à une autre personne avec toute l'humanité possible. Etre soignant c'est prendre soin d'autrui. L'infirmier, l'aide-soignant, le kinésithérapeute sont considérés comme des soignants.

1. **Un être humain avant tout**

Le soignant est fait d'une personnalité contenant des qualités et des défauts comme tout être humain. Il a des sentiments et des ressentis. Ainsi, il peut être heureux comme triste, énervé comme calme, etc. Car il a lui aussi une vie privée. Mais, dans le cadre de son travail, le soignant doit éviter les émotions et savoir faire la différence entre vie privée et vie professionnelle. Cela lui permettra au mieux de détecter la souffrance du patient et d'y remédier.

2. **Rôle du soignant**

Les auteurs MANOUKIAN A. et MASSEBEUF A, dans l'ouvrage intitulé « La relation soignant-soigné » déclarent : « nous voyons combien les malades nous enseignent comment être de véritables soignants, et cela ne peut se faire dans les livres. Mais dans le même temps, ce rôle développé dans une formation initiale nous facilite la relation et l'action avec les patients sans nous livrer à l'angoisse que connaîtrait un non-professionnel dans le milieu médical. Il est facile de constater l'inquiétude de celui qui ne possède pas le rôle social qu'exige une situation [...]. » **[21]**

D'après Alain FROMENT : « Au soignant la compétence de la démarche diagnostique, dans la proposition de stratégies thérapeutiques dont il énonce aussi honnêtement qu'il peut, les avantages et les inconvénients; au soignant l'aptitude à informer le profane; au soignant aussi de reconnaître la contamination de ses conceptions du bien par son égotisme, et de respecter du plus profond qu'il le peut les conceptions du soigné. » **[4]**

3. **Législation**

La profession du soignant s'exerce dans un cadre légal. La réglementation:

- définit le rôle de chacun en fonction du diplôme,
- fixe le contenu des formations initiales,
- donne le cadre de l'exercice et la hiérarchie des intervenants.

Différentes lois sont instaurées suivant chaque profession médicale. Nous citerons uniquement celles de la profession infirmière.

En effet cette profession est régie par le Décret n°93-221 du Code de déontologie de la profession infirmière datant du 16 Février 1993 **[35]** relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières qui déclare entre autre :

- Art. 25 « L'infirmier ou l'infirmière agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient. »
- Art. 26 « L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne

avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard [...] »

Ainsi que par le décret n°2002-194 du 11 Février 2002 du Code de la Santé Publique **[Annexe II]** qui stipule dans l'article 2 que « les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. » **[36]** Cette partie réglementaire insiste aussi sur l'aspect éthique des droits de la personne, en soulevant le fait que le soin ne s'adresse pas seulement au corps, mais aussi aux dimensions psychosociales du patient. L'infirmier(e) selon le Code de la Santé Publique est toujours placé dans une situation délicate à savoir son rôle propre et son rôle sur prescription médicale, mais également la nature des soins qu'elle prodigue: la technique et le relationnel.

La deuxième personne incluse dans la relation abordée est le soigné.

3. **Le soigné**

Le terme «patient» vient du latin « patiens » qui signifie « souffrir », « supporter ». « Un patient est une personne qui fait l'objet d'un traitement médical ou chirurgical. » **[14]** C'est une personne en perte de santé qui se trouve par son état dans une situation de dépendance.

« Dans le soin, le soignant prend en charge l'Homme, c'est-à-dire le corps mais aussi l'esprit. Cela engage à respecter l'autre et à préserver sa dignité. Il faut prendre garde à ne pas s'occuper que du corps. Respecter la dignité de l'autre signifie qu'il faut respecter sa différence. » **[6]**

De plus, la Charte du patient hospitalisé **[15]** qui est un texte divisé en onze principes généraux (**cf. annexe I**) porte sur l'accès au service public pour tous, le droit à des soins et à une information de qualité, la liberté individuelle, le consentement, le respect de la vie privée et de l'intimité, et le droit au recours juridique.

1. **Une personne avant tout**

« Une personne est un individu. C'est tout être formant une unité distincte dans une espèce, un genre. » **[14]**

Chaque personne est un être humain : unique, avec un sexe (féminin ou masculin), une couleur de peau, un physique propre à lui-même, avec une culture religieuse, qui communique par différents langages (paroles, écrits, gestes, mimiques, regard ...), qui a un passé, un présent et une perception du futur, qui évolue dans un environnement. Chaque soin doit être adapté au patient et surtout individualisé. Ainsi, la prise-en compte de ces différents points évoqués et la bonne connaissance de leurs contenus permettra une meilleure prise en charge du patient.

2. **Rôle du malade**

Dans l'ouvrage « La relation soignant-soigné », **[21]** il est expliqué que le rôle du malade désigne bien la place d'un individu dans un groupe. Il est ajouté que la complémentarité veut que ce rôle se tienne au mieux dans un milieu hospitalier, au sein d'un groupe de

soignants et d'autres malades et qu'il justifie toutes les interactions soignant-soigné. De plus, il contient comme tous les rôles, un savoir et des comportements adaptés aux relations de soins. Pour Alain Froment **[4]** : « Au soigné la possibilité d'interroger, d'exprimer ce qui, parmi ces possibles peut soulager ou aggraver le mal, pour demander des propositions plus adéquates, et finalement s'il le souhaite, choisir. Le soignant doit enfin donner une forme objective [...] à son devoir, pour ne pas laisser à sa subjectivité la possibilité de le façonner au gré de son intérêt [...]. L'un des devoirs exige de négliger les affects, contingents qui surgissent lors de la rencontre du soigné [...]. Quel que soit l'affect initial, le soignant devrait toujours adopter une attitude associant respect, compassion et amour. Il faut cependant constater l'impossibilité de toujours écarter de soi les sentiments, pourtant injustifiables dans l'absolu de mépris, d'hostilité, d'irritation et autres jugements instinctifs qui manifestent ici encore les tendances du moi. Ce constat nous ramène à notre finitude d'homme et nous permet de mieux nous ouvrir au soigné. »

Après une approche plus accrue des termes de soignant et soigné, nous nous demandons comment s'organise la relation entre ces deux personnes.

4. **Ce qu'est la relation soignant-soigné**

Pourquoi réserver une mention à part à la relation soignant-soigné ?

Parce que « la personne malade se trouve dans un contexte de vulnérabilité et de dépendance du fait de la maladie, qui rend nécessaire que soient soulignés son droit de consentir ou non à un traitement, et même son droit spécifique au secret de ses confidences car le confident n'a pas été choisi ici avec la même liberté que dans d'autres relations humaines. » **[5]**

Voici un abord global de la relation soignant-soigné fait par différents auteurs :

« Dans le milieu hospitalier, les raisons ou objectifs des relations sont majoritairement déterminés par les soins. Tout acte, tout geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant-soigné. » **[21]**

Il existe « des échanges d'informations en permanence avec des mots, des gestes, des mimiques, des positions du corps, des attitudes mais aussi des « accessoires » (tenue vestimentaire : uniforme, vêtement civil, attributs d'une fonction : pince, tensiomètre, bassin, ...). Chacun d'eux apporte une information à partir de laquelle un message particulier sera perçu par le patient. Entre patients et soignants s'échangent des paroles, des sourires, des regards mais aussi des grimaces, des froncements de sourcils, des exclamations voire des cris. L'habileté relationnelle consiste à pouvoir interpréter ces éléments comme des supports d'information qui formeront le sédiment de la relation soignant-soigné. » **[21]**

D'autre part, Bernadette FABREGAS, journaliste se questionne : « La relation soignant-soigné serait-elle "asymétrique", nourrie d'une sorte de "choc des cultures" entre celui qui sait et celui qui ignore, celui qui décide et celui qui subit ? N'y aurait-il pas de place pour la modestie, la compassion et le respect face au soigné qui, maladie oblige, se retrouve amputé d'une partie de son moi et perd de son altérité ? » Elle répond : « La souffrance de l'autre renvoie à la propre finitude du soignant. Soignant parmi les soignants, il n'en reste pas moins homme parmi les hommes. Pas d'unilatéralité, mais au contraire, double confiance et double conscience dans chaque acte thérapeutique. » **[5]**

D'après Dieudonné Paulin TCHASSOU, « Lorsque la maladie survient, il est habituel que celui qui en est atteint cherche à se soigner. Il se tourne donc vers une personne qu'il croit capable et compétente pour lui prodiguer les soins requis par son état. Le soignant écoute les problèmes décrits par le malade et accepte de le soigner tant que la résolution de ceux-ci entre dans le champ de ses compétences professionnelles. Ainsi commence ce que l'on nomme la relation

soignant-soigné » [7]

Cette relation a aussi été appelée « colloque singulier ».

1. **Le « colloque singulier » soignant-soigné**

Bernard-Marie DUPONT déclare : « La relation de soin ne faisant pas exception à la règle, le colloque singulier soignant-soigné sera toujours cette dialectique de tous les possibles, y compris de la rupture d'une relation forcément faussée dès le départ entre celui qui souffre et celui qui sait. » [8]

« Les relations humaines sont à l'image de ceux qui les établissent. Bonnes à certains endroits, conflictuelles à d'autres. Les relations thérapeutiques n'échappent pas à ces comportements socioculturels. Ce qui fait par contre la spécificité du soin, de l'art de soigner, c'est qu'il exige une participation active et réciproque des deux partenaires du colloque singulier. Le médecin détient le savoir. De ce savoir découle l'obligation d'informer le malade, qui, lui ne sait pas. Le paternalisme et ce qu'il sous-tend comme rétention de l'information est l'ennemi de l'autonomie. » [8] Ce même auteur ajoute « aujourd'hui, nous savons que chaque acte thérapeutique ne peut pleinement se faire sans une double confiance et une double conscience. Le médecin et le malade, l'un autant que l'autre, ont des droits et des devoirs. » Après avoir nommé le terme "paternalisme" dans ce colloque soignant-soigné, l'idée de "perversion" est également citée: « La relation soignante est ainsi dans une certaine mesure une relation contre nature, où un moi, soignant prétend ignorer ses propres intérêts pour aider un autre moi, soigné à atteindre son bien particulier. Le risque de la perversion de la relation est d'autant plus grand que le soignant dispose du savoir et du pouvoir, alors que le soigné est en position de faiblesse » [9]

Il nous a semblé être indispensable d'évoquer cette idée de "colloque singulier" qui nous a amené à étudier différentes idées de différents auteurs. Nous pouvons donc remarquer que deux idées principales sont mises en évidence : celle qui établit le terme de confiance et conscience et celle qui montre la différence entre celui qui sait et celui qui ne sait pas.

2. **Le soignant face au soigné**

« Comme tous les rôles sociaux, le rôle de soignant est soumis à la loi de non réversibilité à un moment donné. Le rôle de soignant est inscrit dans une pyramide hiérarchique dont les diplômés sont les garants de compétence et de savoir. Cette hiérarchie distribue les compétences mais aussi les responsabilités de chacun. Cependant, une observation attentive montre que le rapport de proximité avec le malade est souvent inversement proportionnel à la place dans la hiérarchie hospitalière. Ainsi, le soignant passe beaucoup plus de temps auprès de ses patients que le médecin-chef. C'est ainsi que le soignant devient un élément liant entre le patient et les autres intervenants.

A l'hôpital par exemple, des difficultés de compréhension entre le malade et le médecin peuvent faciliter certaines relations soignants-soignés: le malade ne comprenant pas ce qui se dit à son sujet osera plus tard demander à l'aide-soignant(e) ou à l'infirmier(e) une "traduction" du langage médical en langage plus compréhensible pour lui, car il sentira ce soignant plus disponible et plus accessible car plus proche au quotidien que le spécialiste du service. Par conséquent, dans cette fonction, la qualité relationnelle est primordiale. Elle doit se trouver tant dans la motivation à exercer un tel métier que dans la définition des rôles de chaque unité de soins. » **[21]**

3. **Composition de la relation soignant-soigné**

D'après l'historien de la médecine espagnol Pedro-Lain ENTRALGO, la relation médecin-malade peut être envisagée comme une structure complexe à quatre composantes en interrelations étroites. Les composantes affective et éthique seront communes aux médecins et aux infirmier(e)s. Par contre, les composantes cognitive et opératoire sont différentes.

- L'élément affectif : Il se rapporte au lien émotionnel présent dans toute relation humaine.
- L'élément cognitif : Il se rapporte à l'activité diagnostique, c'est-à-dire à la compréhension de la situation de soin.
- L'élément opératoire : Il se rapporte à l'activité thérapeutique, c'est-à-dire aux actions entreprises pour transformer la situation une fois comprise, dans un sens plus favorable à la santé de la personne soignée.
- L'élément éthique : enfin, qui se rapporte à l'attitude morale du médecin.

4. **Différents types de relation soignant-soigné**

D'après Sylvie GROUSSET « La relation au patient est simple à mettre en œuvre. C'est tout d'abord une relation de civilité qui commence par le fait de frapper avant d'entrer dans la chambre ou le domicile, de dire bonjour et de se présenter, de s'asseoir pour écouter. Le soigné recherche une attention, une reconnaissance de ses difficultés et leur validation. Il souhaite continuer d'être sujet pensant et non un objet qui n'a pas le loisir d'influer sur ce qui lui arrive. » **[22]**

En effet, « nous ne perdons pas de temps lorsque nous parlons ou écoutons; si la parole est interdite, cela provoque la fuite ou la violence. » **[23]**

D'autre part, plusieurs types de relation soignant-soigné existent. Ils vont en ordre croissant. Par exemple, il est indispensable d'être passé par la relation sociale de civilité pour établir une relation d'aide thérapeutique.

-« La relation sociale de civilité : cette relation s'inscrit dans un rituel où il y a volonté individuelle d'un comportement agréable, sociable avec convivialité dans l'échange. Généralement, elle correspond à des propos banals sans réels intérêts ("parler de la pluie et du beau temps"). Ce mode de relation comporte une certaine distance relationnelle c'est-à-dire un degré de proximité avec l'autre dans lequel l'individu se sent le plus à l'aise. Cette distance relationnelle permet aux personnes en relation de se protéger de

l'autre en évitant une trop grande implication. Elle permet de créer un climat de confiance dès l'accueil du patient.

- La relation fonctionnelle : réalisée dans le but d'effectuer un recueil de données indispensables à la prise en charge. Ici, le soignant conduit la relation dans le but d'acquérir certaines informations concernant le patient et ses besoins afin de mieux le connaître.

- La relation d'aide : elle permet d'apporter réconfort au patient. Elle passe par une écoute attentive de la part du soignant et par une attitude empathique, c'est-à-dire compréhensive et sans jugements. Elle ne peut débuter sans la relation de confiance qui permet au patient d'exprimer ses affects (craintes, difficultés, émotions, ...). Cette relation fait partie du rôle propre infirmier.

- La relation d'aide thérapeutique : c'est une technique de soins sur prescription qui n'est possible que sous certaines conditions : un climat de confiance et de calme, des objectifs précis, un temps déterminé, la disponibilité et l'empathie du soignant, l'accord du patient. C'est une relation qui s'apprend et qui se pratique en vue de l'élaboration d'un projet thérapeutique (plus particulièrement en psychiatrie). » **[24]**

Il est à noter que les relations sociales de civilité et fonctionnelle sont presque toujours présentes dans la relation soignant-soigné. Alors que les deux dernières relations sont appliquées si le patient en ressent le besoin.

5. La communication dans la relation soignant-soigné

La relation soignant-soigné étant un échange entre deux personnes, une communication est donc indispensable. « La communication est un échange de messages entre les personnes. Elle suppose l'existence d'émetteurs et de récepteurs. Ce sont les soignants et les soignés, ainsi qu'un système de transport de messages par vecteurs verbaux, écrits ou comportementaux dans un espace d'expansion défini. La communication est un des aspects de la relation, élément essentiel car de sa qualité dépend celle de la relation. Aussi joue-t-elle un rôle décisif à toutes les phases de l'exercice médical : c'est elle qui donne à l'accueil sa tonalité, à l'ambiance sa couleur, à la décision son sérieux, au traitement sa clarté, à l'observance son efficacité. [...] » **[25]**

Dominique RISPAIL **[26]** explique que chaque individu en relation avec d'autres forme un système complexe de communication : avec son discours ou son silence, mais aussi sa gestuelle, son odeur, ses mimiques, ses habitudes vestimentaires qui sont autant de codes, d'énigmes à résoudre.

« Les voies de la relation sont donc nombreuses : communication verbale avec respect des silences, tonalité de la voix, rythme des paroles ... » **[2]**

« Le toucher, l'odorat, le goût, l'ouïe et la vue sont les cinq "outils" naturels de la

communication non verbale. Face à la personne soignée, le langage verbal n'est pas toujours satisfaisant. Le langage non verbal (attitudes, gestes, mimiques, ...) est un complément toujours présent de la parole, mais il est inconsciemment pris en compte. Pourtant, tous nos sens sont concernés. Ainsi, l'apparence (la vue), la poignée de main (le toucher), le timbre de la voix (l'ouïe), ou les odeurs, même perçues inconsciemment (l'odorat) sont des facteurs déterminants de la qualité de la rencontre. » **[27]**

De plus, « communiquer n'est pas seulement échangé un savoir ou la connaissance contre une écoute bienveillante et paternelle. C'est avancer ensemble dans la durée, omnipraticien et malade, dans un chemin tortueux mais solide d'humanisme. Cela nécessite un degré de motivation, surtout de disponibilité et de formation personnelle pour gérer l'incertitude quotidienne. » **[28]**

« Une meilleure relation ne peut qu'améliorer la communication entre le soignant et le soigné et permettre notamment au patient :

- d'exprimer ses plaintes
- de poser ses questions
- d'oser dire qu'il n'a pas compris
- de demander les informations complémentaires au médecin
- de négocier le traitement: ce qu'il a eu comme problème similaire, ce qui a marché ou échoué, médicaments ou effets secondaires
- de suivre le traitement prescrit
- d'être attentif aux effets du traitement et en faire part au médecin (les problèmes qu'il rencontre dans sa pratique). **[19]**

6. L'écoute

Ecouter c'est Prêter l'oreille pour entendre, prêter attention à l'avis de quelqu'un, être aux aguets. Etre à l'écoute, être attentif à ce qui se dit. **[14]**

« L'écoute c'est accepter d'accueillir ce qui s'exprime et cela ne veut pas dire approuver. » **[29]**

Selon Jacques SALOME, **[29]** l'écoute suppose "sortir de soi" et se mettre à disposition pour entendre celui qui parle. Il existe trois registres d'écoute :

- Les faits : histoire, anecdote, évènements
- Le ressenti : vécu, sentiments, émotion
- Le retentissement : émotions, images.

Ecouter exige donc de la différenciation, c'est-à-dire la séparation de ses propres désirs, de ses sentiments avec l'autre.

L'infirmier(e) crée les conditions d'une écoute de qualité par une attitude de bienveillance, ce qui favorise l'expression du patient et permet au professionnel de santé d'assembler des renseignements qui lui permettent d'établir le climat de confiance nécessaire.

7. Eléments influençant sur la relation soignant-soigné

D'après une enquête menée par Emmanuelle Hoffmann-Wild **[30]** (étudiante en 3^{ème} année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers St Martin de Grenoble, en 2003), différents éléments influent la relation soignant-soigné :

Du point de vue des infirmier(e)s :

- Tout (te)s les infirmier(e)s déclarent que la charge de travail est un obstacle au temps laissé à la relation soignant-soigné.
- La vie personnelle ou l'ambiance de l'équipe influe sur leur comportement face au patient, pour cinq infirmier(e)s sur huit interrogé(e)s.
- L'affinité avec le patient, ses sollicitations répétées et la durée d'hospitalisation modifient leur soin relationnel pour une grande majorité des soignants.
- Le respect et l'écoute sont une ligne de conduite pour six infirmier(e)s interrogé(e)s.
- La relation est obligatoire de par leur fonction pour deux d'entre elles.
- Libre cours est donné à leurs émotions dans la relation, sans forcément les montrer pleinement. Elles n'hésitent pas à retravailler leur ressenti en équipe.
- La mise en place de la relation d'aide, pour l'une d'entre elle, faciliterait une écoute plus efficace lorsque la situation est difficile.

Du point de vue des patients :

Elle interprète l'enquête qui montre que le temps semble être le premier facteur

influant sur la relation entre le soignant et le soigné, car la disponibilité des soignants est essentielle à l'échange. Les patients ont émis les remarques suivantes :

- Le sourire est la première nécessité dans la relation selon cinq patients.
- L'amabilité, la douceur, l'aisance à la parole, l'humour sont aussi des moyens permettant d'entrer plus facilement en relation pour les patients.
- La charge de travail des infirmier(e)s est trop lourde pour leur laisser la possibilité de répondre à toutes les attentes des patients.
- Un "premier pas" de l'infirmier(e) selon trois personnes soignées, permettrait de les mettre à l'aise et d'entrer en relation.
- Un long temps d'hospitalisation permet de donner lieu à de nombreux échanges entre les patients et les infirmier(e)s. Trois patients ressentent alors une marque d'attention de la part du personnel infirmier, ce qui est primordial à leurs yeux.
- La présence et l'écoute des soignants mettent les patients en confiance.

8. La confiance

Confiance, du latin « confidentia », « fait de se fier à quelqu'un ou à quelque chose. »
« Fait d'attendre d'autrui des comportements favorables, par opposition aux conduites de méfiance. » **[20]**

Tout d'abord, nous pouvons dire que la relation de soin se veut une relation de confiance. Le secret médical en représente la manifestation la plus significative et la plus permanente.

Ensuite, nous avons vu que la construction de la relation était primordiale dans le processus thérapeutique. Il est ajouté qu'elle "dépend essentiellement de l'instauration d'un climat de confiance mutuelle. Il est indispensable que le patient nous fasse confiance.

Pour instaurer un climat de confiance et s'affilier au patient, il est important que le thérapeute soit empathique à l'égard du patient, et authentique dans ses propos et dans les sentiments qu'il manifeste. Cette attitude du thérapeute permet au patient de se sentir écouté, compris et respecté. Cette façon d'être du thérapeute va donc permettre la construction d'une relation de confiance mutuelle, amenant à une collaboration. Mis en confiance et se sentant reconnu dans ses capacités, le patient pourra « mandater" le thérapeute comme pouvant l'aider. » **[31]**

Maurice Liégeois **[32]** nous explique que c'est par notre professionnalisme appuyé sur nos qualités humaines, notre présence, notre écoute empathique et notre expérience que le malade nous fait confiance. Il souligne que cette confiance se gagne avec le temps et la connaissance mutuelle.

De plus, Antoine BIOY et Damien FOUQUES, précisent que « le patient est nécessairement un individu qui vient chercher de l'aide auprès d'un autre qui possède un savoir et un savoir-faire, ceci contribue à créer d'emblée un climat de confiance et d'aide thérapeutique. » **[33]**

La confiance qu'attend le soigné du soignant est aussi celle d'une forme de reconnaissance qui doit permettre de faire « percevoir pour celui qui souffre, qu'il est quelqu'un pour celui qui soigne. » **[34]**

2. JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Notre travail s'inscrit dans une perspective d'humanisation des hôpitaux et de valorisation des droits des malades afin de contribuer à une nette amélioration de leur prise en charge.

3. HYPOTHESE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

1. Hypothèse de l'étude :

Le niveau de connaissances liées à l'éthique des soins et à la déontologie médicale ainsi que les attitudes et pratiques qui y sont reliées influencent considérablement la relation soignant-soigné dans les centres hospitalo-universitaires (CHU) du Mali.

2. Objectifs de l'étude

1. Objectif général :

Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques comportementales liées à la déontologie médicale et à l'éthique des soins chez les étudiants-soignants, infirmiers et aides-soignants des CHU du Mali.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer le niveau de connaissance en matière de déontologie médicale et d'éthique des soins chez les étudiants - soignants, infirmiers et aides - soignants des CHU du Mali.
- Dégager leurs attitudes face à l'éthique des soins et à la déontologie médicale.
- Décrire leurs pratiques comportementales liées aux soins médicaux et infirmiers.

4. DEMARCHE METHODOLOGIQUE

1. **Cadre de l'étude :**

Notre étude a été menée respectivement dans les districts de Bamako et Kati, en République du Mali et plus précisément dans les centres hospitalo- universitaires (CHU) Gabriel TOURE ; Point G ; Odontostomatologie ; IOTA ; KATI, ainsi qu'au sein de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS).

2. **type d'étude**

Il s'agit d'une étude transversale de type qualitatif.

3. **Période d'étude**

Notre étude s'est étendue sur une période de quatre (4) mois, allant de Janvier à Avril 2009.

4. **Population d'étude**

Deux sous-groupes de populations ont été concernés par l'étude. D'une part :

les étudiants en médecine, pharmacie et sciences infirmières ; les infirmier (ère)s ; les aides-soignants et, d'autre part, les usagers des hôpitaux à savoir les malades et les aidants naturels.

5. **Echantillonnage**

Il s'agit d'un échantillonnage par inclusion de tous les individus répondant à nos critères. Notre échantillon abordé sur la base d'une participation volontaire par suite d'information sur le but et les objectifs de l'étude se comporte comme suit :

- 157 étudiants en médecine parmi lesquels 149 ont accepté de participer à l'étude.
- 123 étudiants en pharmacie dont 120 ont accepté de participer
- 34 étudiants en soins infirmiers dont 33 ont accepté de participer
- 74 infirmiers (ères) dont 65 ont accepté de participer
- 22 aides-soignants dont 18 ont accepté de participer
- 31 assistants médicaux dont 26 ont accepté de participer
- 196 malades dont 184 ont accepté de participer
- 188 aidants naturels dont 167 ont accepté de participer

● **Critères d'inclusion :**

Pour être inclus à cette étude, il fallait être soit étudiant(e) en médecine ou en pharmacie à partir de la classe de deuxième année ou encore être étudiant(e) en sciences infirmières, infirmier (ère), aide-soignant(e), malade ou aidant naturel .

● Critères de non inclusion

N'étaient pas inclus à cette étude les médecins (spécialistes et généralistes) ; les étudiant(e)s en médecine et pharmacie en classe de première année ; Toute personne abordée et informée ne désirant pas participer à l'étude.

6. Plan de collecte

La collecte des données a été réalisée à l'aide de deux (2) types de questionnaires structurés préalablement conçus. L'un était destiné aux étudiants-soignants, infirmiers et aides-soignants et l'autre aux malades et aidants naturels.

7. Considérations éthiques

Plusieurs éléments ont été considérés dans la réalisation de cette étude afin de respecter la dimension éthique :

- Ouverture et respect à l'égard des personnes questionnées.
- La discrétion dans le traitement des informations données et le respect de l'anonymat des participants (questionnaire anonyme).
- Afin que le participant puisse être en mesure de donner un consentement, on était tenu de lui communiquer le plus clairement et honnêtement possible les objectifs de la recherche et le sort réservé aux informations données.

8. Plan d'analyse

La saisie a été faite à partir du logiciel **Microsoft Office Word 2007**, l'analyse des données a été effectuée à partir des logiciels **SPSS version 16.0** et **Microsoft Office Excel 2007**.

5. RESULTATS

1. RESULTATS LIES AUX ETUDIANTS SOIGNANTS, INFIRMIERS ET AIDES-SOIGNANTS.

1. DONNEES SOCIOPROFESSIONNELLES

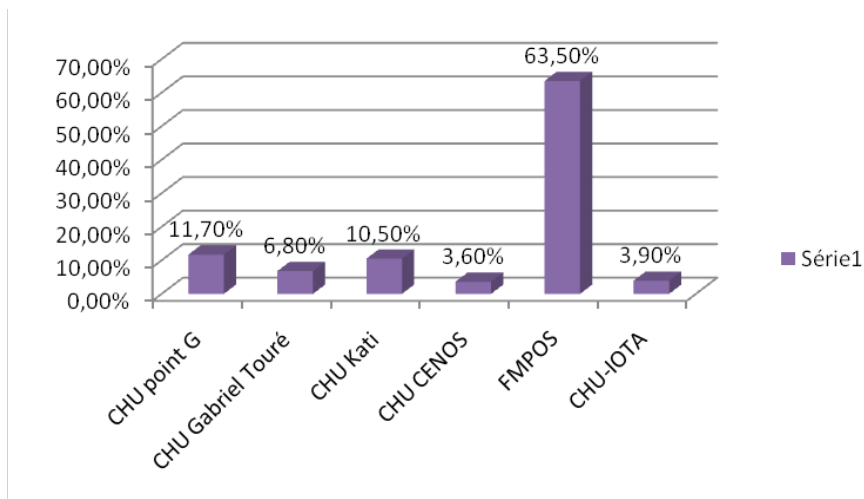


Figure 1 : Répartition des sujets selon le lieu d'enquête.

La FMPOS était le lieu où nous avons recruté le plus grand nombre de participants, soit 63,5%.

Tableau I : Répartition des sujets selon l'âge.

Age	Effectif	Pourcentage
15-24 ans	43	10,5%
25-34 ans	290	70,6%
35-44 ans	49	11,9%
45-54 ans	21	5,1%
55 ans et plus	8	1,9%
Total	411	100,0%

La tranche d'âge 25-34 ans était majoritairement représentée avec 70,6%.

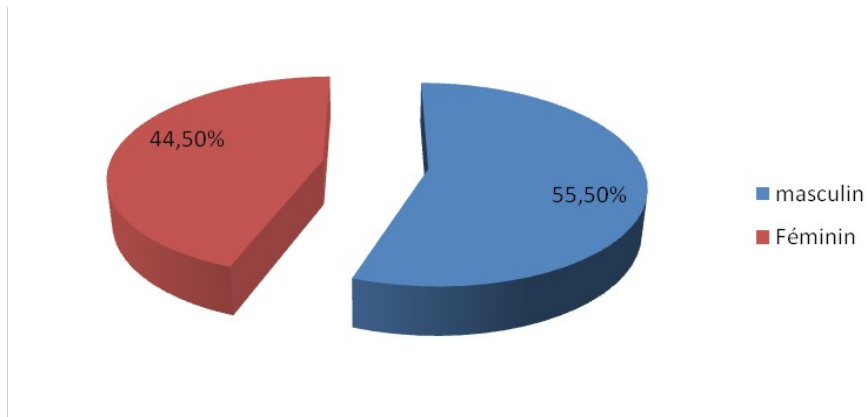
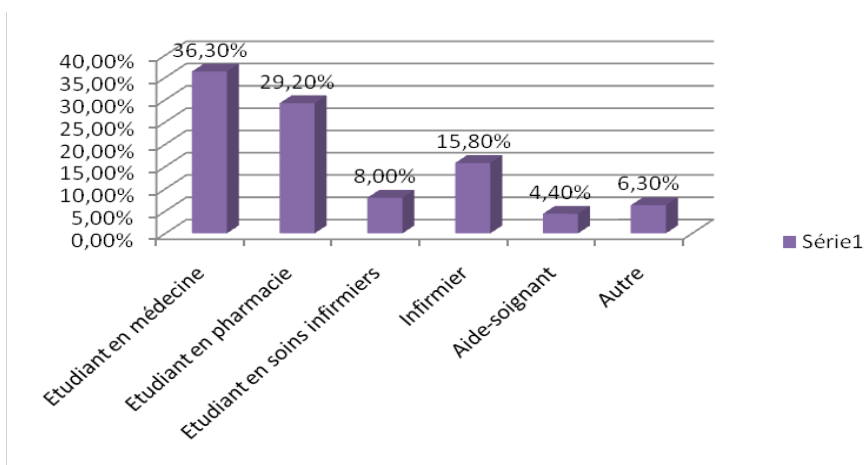


Figure 2 : Répartition des sujets selon le sexe.

Le sexe masculin était le plus représenté avec 55,5%.



Autre : Assistants médicaux (5,8%) ; garçons de salle (0,5%)

Figure 3 : Répartition des sujets selon la profession.

Les étudiants en médecine constituaient le plus grand nombre de cette série, soit 36,3%.

Tableau II : Répartition des sujets selon le lieu de résidence.

	Résidence	Effectif	Pourcentage
	C1	59	14,4%
	C2	22	5,4%
	C3	108	26,3%
	C4	44	10,7%
	C5	53	12,9%
	C6	65	15,8%
	Autre	60	14,6%
	Total	411	100,0%

Autre: Kati (52); Moribabougou (4); Koulikoro (1); Bougouni (3)

Les habitants de la commune III étaient les plus représentés avec un effectif de 108 participants, soit 26,3%.

2. CONNAISSANCES

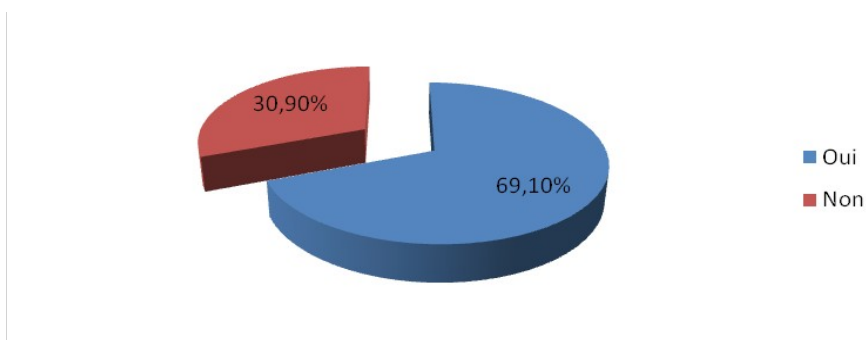


Figure 4 : Répartition des sujets selon qu'ils avaient entendu parler ou non d'éthique des soins.

La plupart de nos sujets, soit 69,1% avaient entendu parler d'éthique des soins.

Tableau III : Répartition des sujets qui avaient entendu parler d'éthique des soins selon la source d'information.

	Source d'information	Effectif	Pourcentage
	Radio	9	3,2%
	Télévision	17	6%
	Ecole/ Faculté	228	80,3%
	Hôpital	23	8,1%
	Autre	7	2,4%
	Total	284	100,0%

Autre : Radio et télévision (4) ; Ecole/faculté et hôpital (3)

L'école ou la faculté était le lieu où la majorité des participants s'informait sur l'éthique des soins, avec un effectif de 228, soit 80,3%.

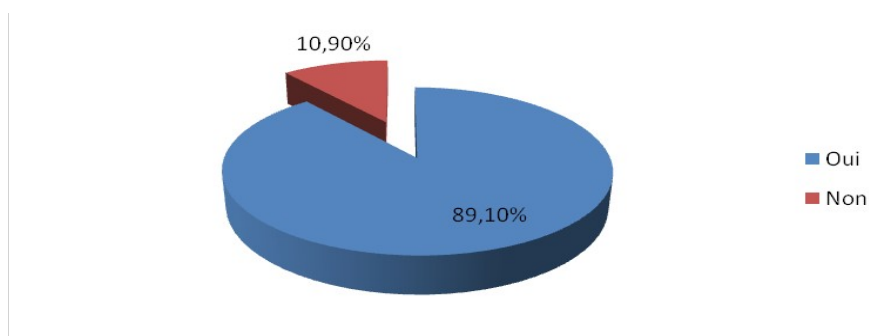


Figure 5 : Répartition des sujets selon qu'ils avaient entendu parler de déontologie médicale ou non.

La majorité de nos sujets, soit 89,1% avaient entendu parler de déontologie médicale.

Tableau IV : Répartition des sujets qui avaient entendu parler de déontologie médicale selon la source d'information.

	Source d'information	Effectif	Pourcentage
	Radio	7	1,9%
	Télévision	9	2,5%
	Ecole/ Faculté	331	90,4%
	Hôpital	13	3,6%
	Autre	6	1,6%
	Total	366	100,0%

Autre : Radio et télévision (2) ; école/faculté et hôpital (3) ; école/faculté et radio (1)

L'école ou la faculté était le lieu où la majorité des participants s'informait sur la déontologie médicale, avec un effectif de 331 participants, soit 90,4%.

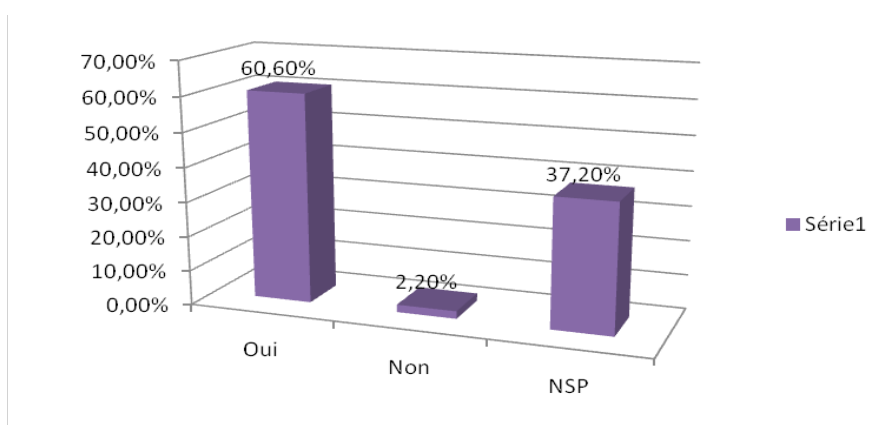


Figure 6 : Répartition des sujets selon la connaissance de l'existence d'un code d'éthique et de déontologie des ordres de la santé au Mali.

La majorité des sujets connaissait l'existence d'un code d'éthique et de déontologie des ordres de la santé au Mali, soit 60,6%.

Tableau V : Répartition des sujets qui connaissaient l'existence d'un code d'éthique et de déontologie des ordres de la santé selon la connaissance du lieu où l'on pouvait s'en procurer.

	Réponse	Effectif	Pourcentage
	Oui	102	40%
	Non	125	49%
	NSP	28	11%
	Total	255	100,0%

Parmi les sujets qui connaissaient l'existence d'un code d'éthique et de déontologie des ordres de la santé, 153, soit 60% ne savaient pas où s'en procurer.

Tableau VI : Répartition des sujets selon la connaissance du rôle des établissements de santé.

	Réponse	Effectif	Pourcentage
	Ils garantissent la qualité de l'accueil, et des soins chez les malades	346	84,2%
	Ils garantissent seulement la Qualité des soins	37	9,0%
	NSP	13	3,2%
	Autre	15	3,6%
	Total	411	100,0%

Autre : Soulager les malades (7) ; hospitaliser (2) ; sauver des vies humaines (6)

Trois cent quarante-six (346) sujets, soit 84,2% pensaient que le rôle des établissements de santé était de garantir la qualité de l'accueil et des soins chez les malades.

Tableau VII : Répartition des sujets selon la connaissance de la condition dans laquelle l'acte médical devait être pratiqué chez un malade.

	Réponse	Effectif	Pourcentage
	Après son consentement libre et éclairée	341	83,0%
	Son consentement n'est pas nécessaire	41	10,0%
	NSP	22	5,4%
	Autre	7	1,7%
	Total	411	100,0%

Autre : son consentement est nécessaire s'il est conscient (5) ; il faut prendre le consentement des parents s'il s'agit d'un enfant (2).

Trois cent quarante et un(341) sujets, soit 83% pensaient que l'acte médical devait être pratiqué chez un malade après son consentement libre et éclairé.

Tableau VIII : Répartition des sujets selon la connaissance liée au respect des croyances, de l'intimité et de la tranquillité des malades.

Réponse	Effectif	Pourcentage
Respecter ses croyances, son intimité et sa tranquillité	350	85,2%
Ne pas tenir compte de son intimité ni de ses croyances	47	11,4%
NSP	9	2,2%
Autre	5	1,2%
Total	411	100,0%

Autre : Respecter ses croyances (4) ; respecter son intimité (1)

Trois cent cinquante (350) sujets, soit 85,2% pensaient qu'il fallait respecter les croyances, l'intimité ainsi que la tranquillité des malades.

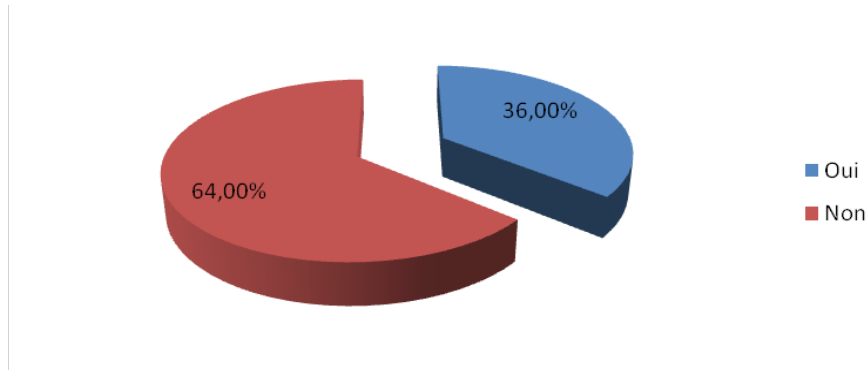


Figure 7 : Répartition des sujets selon qu'ils avaient entendu parler ou non d'un service aux usagers des services de soins de santé.

La majorité de nos sujets n'avaient pas entendu parler d'un service aux usagers des services de soins de santé, avec une fréquence de 64%.

Tableau IX : Répartition des sujets selon qu'ils avaient entendu parler ou non d'un conseil en éthique au sein des services de soins de santé.

	Réponse	Effectif	Pourcentage
	Oui	117	28,5%
	Non	294	71,5%
	Total	411	100,0%

Deux cent quatre-vingt quatorze (294) sujets, soit 71,5% n'avaient pas entendu parler d'un conseil en éthique au sein des services de soins de santé.

Tableau X : Répartition des sujets selon qu'ils connaissaient ou non l'existence des comités d'éthique au Mali.

	Réponse	Effectif	Pourcentage
	Oui	80	19,5%
	Non	331	80,5%
	Total	411	100,0%

Trois cent trente et un (331) sujets, soit 80,5% ignoraient l'existence des comités d'éthique au Mali

3. ATTITUDES

Tableau XI : Répartition des sujets selon l'attitude liée à l'accessibilité au service public hospitalier.

	Réponse	Effectif	Pourcentage
	IL est accessible à tous sans distinction	348	84,7%
	IL est accessible seulement aux personnes démunies	16	3,9%
	IL est accessible seulement aux personnes aisées	31	7,5%
	NSP	14	3,4%
	Autre	2	,5%
	Total	411	100,0%

Autre : L'accessibilité n'est pas facile (2)

Trois cent quarante-huit (348) sujets, soit 84,7% pensaient que le service public hospitalier était accessible à tous sans distinction.

Tableau XII : Répartition des sujets selon qu'ils pensaient ou non que les établissements de santé garantissaient la qualité de l'accueil et des soins des malades.

	Réponse	Effectif	Pourcentage
	Oui	244	59,4%
	Non	137	33,3%
	NSP	18	4,4%
	Autre	12	2,9%
	Total	411	100,0%

Autre : Pas dans tous les cas (12)

Deux cent quarante-quatre (244) sujets, soit 59,4% pensaient que les établissements de santé garantissaient la qualité de l'accueil et des soins des malades.

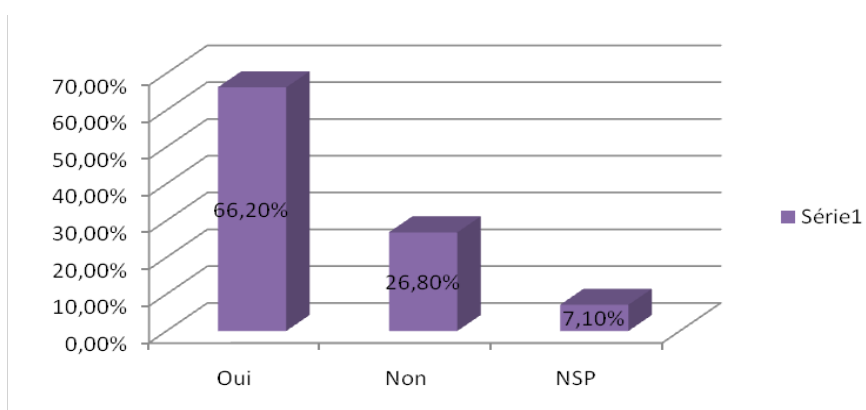


Figure 8 : Répartition des sujets selon qu'ils pensaient ou non que la vie privée des patients et la confidentialité des informations personnelles les concernant étaient respectées dans les établissements de santé.

La majorité de nos sujets, soit 66,2% pensaient que la vie privée des patients ainsi que la confidentialité des informations personnelles les concernant étaient respectées dans les établissements de santé.

Tableau XIII : Répartition des sujets selon qu'ils pensaient ou non que les malades recevaient toutes les informations concernant leur maladie.

	Réponse	Effectif	Pourcentage
	Oui	163	39,7%
	Non	222	54,0%
	NSP	26	6,3%
	Total	411	100,0%

Deux cent vingt deux (222) sujets, soit 54% pensaient que les malades ne recevaient pas toutes les informations concernant leur maladie.

Tableau XIV : Répartition des sujets selon qu'ils pensaient ou non que les soignants obtenaient le consentement volontaire et éclairé des malades avant de leur administrer des soins.

	Réponse	Effectif	Pourcentage
	Oui	222	54,0%
	Non	173	42,1%
	Autre	16	3,9%
	Total	411	100,0%

Autre : Pas dans tous les cas (16)

Deux cent vingt deux (222) sujets, soit 54% pensaient que les soignants obtenaient le consentement volontaire et éclairé des malades avant de leur administrer des soins.

Tableau XV : Répartition des sujets selon qu'ils pensaient ou non que les croyances et l'intimité des malades étaient préservées dans les hôpitaux.

	Réponse	Effectif	Pourcentage
	Oui	229	55,7%
	Non	148	36,0%
	NSP	34	8,3%
	Total	411	100,0%

Deux cent vingt neuf (229) sujets, soit 55,7% pensaient que les croyances ainsi que l'intimité des malades étaient respectées dans les hôpitaux

Tableau XVI : Répartition des sujets selon le niveau de satisfaction avec les patients au sein de leurs structures sanitaires.

	Réponse	Effectif	Pourcentage
	Très satisfaisant	97	23,6%
	Assez satisfaisant	193	47,0%
	peu satisfaisant	102	24,8%
	Pas du tout satisfaisant	19	4,6%
	Total	411	100,0%

Deux cent quatre-vingt dix (290) sujets, soit 70,6% étaient satisfaits des patients au sein de leurs structures sanitaires.

Tableau XVII : Répartition des sujets selon le niveau de satisfaction avec les aidants naturels des malades au sein de leurs structures sanitaires.

	Réponse	Effectif	Pourcentage
	Très satisfaisant	69	16,8%
	Assez satisfaisant	160	38,9%
	Peu satisfaisant	135	32,8%
	Pas du tout satisfaisant	47	11,4%
	Total	411	100,0%

Deux cent vingt neuf (229) sujets, soit 55,7% étaient satisfaits des aidants naturels des malades au sein de leurs structures sanitaires

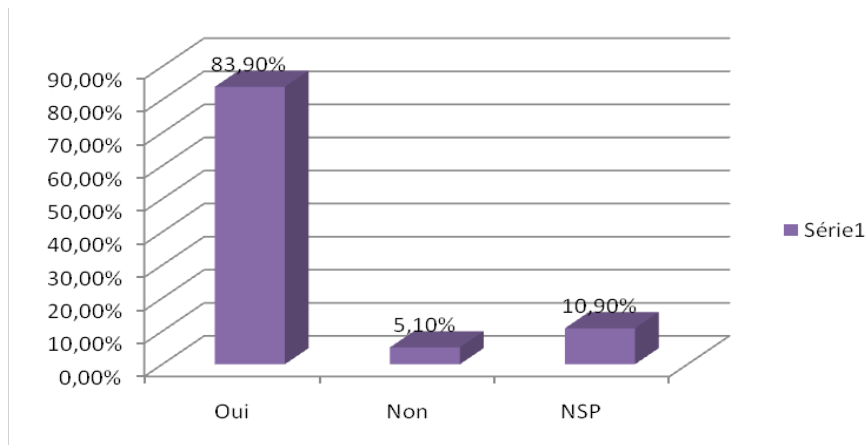


Figure 9 : Répartition des sujets selon qu'ils pensaient ou non que leurs structures sanitaires avaient besoin d'une unité d'information, d'éducation et de communication en éthique des soins et en déontologie médicale.

La majorité des sujets, soit 83,9% pensaient que leurs structures sanitaires avaient besoin d'une unité d'information, d'éducation et de communication en éthique des soins et en déontologie médicale.

4. <PRATIQUES COMPORTEMENTALES

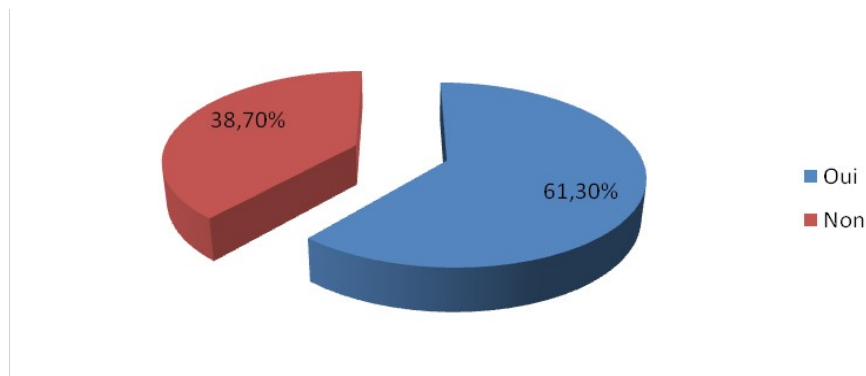


Figure 10: Répartition sujets selon qu'ils avaient l'habitude ou non de prendre en charge des patients sans aucune ressource financière.

La plupart des sujets, soit 61,3% avaient l'habitude de prendre en charge des malades sans aucune ressource financière.

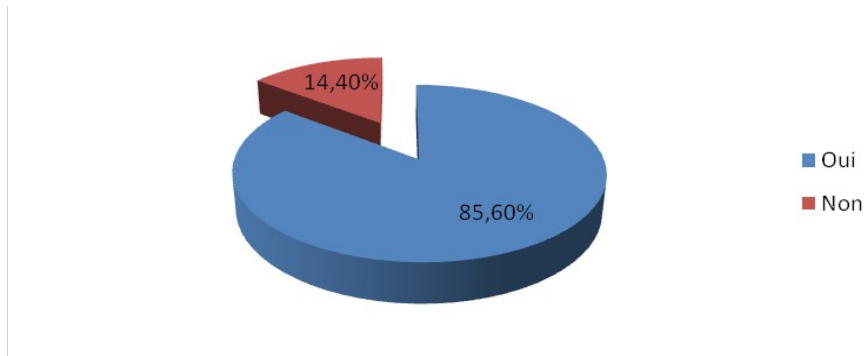


Figure 11: Répartition des sujets selon qu'ils avaient l'habitude ou non de donner des soins à des patients d'ethnie ou de religion différente de la leur.

La plupart des sujets, soit 85,6% avaient l'habitude de donner des soins à des patients d'ethnie ou de religion différente de la leur.

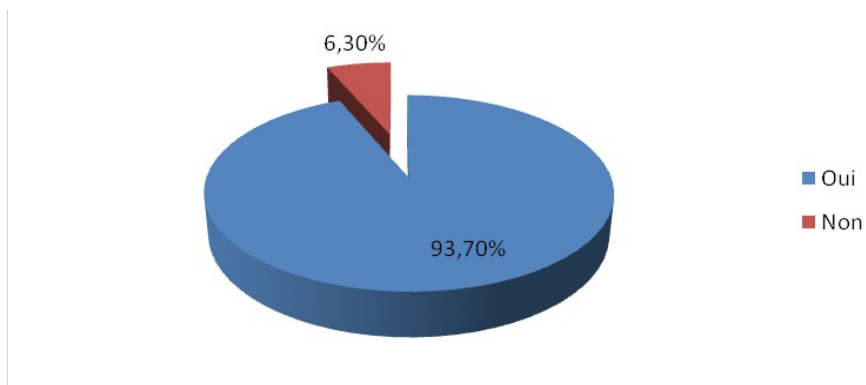


Figure 12 : Répartition des sujets selon qu'ils avaient l'habitude ou non de garder confidentielles les informations personnelles concernant les malades.

La majorité des sujets, soit 93,7% avaient l'habitude de garder confidentielles les informations personnelles concernant les malades.

Tableau XVIII : répartition des sujets selon le comportement face à un malade à qui ils devaient administrer des soins.

	Réponse	Effectif	Pourcentage
	Vous lui expliquez d'abord l'acte et obtenez son consentement	379	92,2%
	Vous posez l'acte sans donner d'explication au patient	22	5,4%
	Autre	10	2,4%
	Total	411	100,0%

Autre : On demande son consentement s'il est conscient (10)

Trois cent soixante dix-neuf (379) sujets, soit 92,2% expliquaient d'abord au malade l'acte qu'ils s'apprêtaient à poser et obtenaient son consentement avant de lui administrer des soins.

Tableau XIX : Répartition des sujets selon qu'ils avaient l'habitude ou non de donner aux patients des informations sur leur maladie.

	Réponse	Effectif	Pourcentage
	Oui	341	83,0%
	Non	46	11,2%
	Autre	24	5,8%
	Total	411	100,0%

Autre : En fonction de l'état (9) ; Si la maladie est grave (1) ; Après guérison (3) ; Pas toujours(11)

Trois cent quarante et un (341) sujets, soit 83% avaient l'habitude de donner aux patients des informations sur leur maladie.

Tableau XX : Répartition des sujets selon la condition dans laquelle ils examinaient les malades.

	Réponse	Effectif	Pourcentage
	Sous le regard des autres malades	31	7,5%
	En préservant son intimité	364	88,6%
	Autre	16	3,9%
	Total	411	100,0%

Autre : ça dépend des situations (13) ; on préserve son intimité s'il peut parler (3)

Trois cent soixante quatre (364) sujets, soit 88,6% examinaient les malades en préservant leur intimité.

Tableau XXI : Répartition des sujets selon qu'ils avaient l'habitude ou non d'écouter les malades et les aidants naturels et de prendre en compte leurs éventuelles plaintes.

	Réponse	Effectif	Pourcentage
	Oui	361	87,8%
	Non	50	12,2%
	Total	411	100,0%

Trois cent soixante et un (361) sujets, soit 87,8% avaient l'habitude d'écouter les malades et les aidants naturels et de prendre en compte leurs éventuelles plaintes.

Tableau XXII : Répartition des sujets selon qu'ils permettaient ou non qu'un malade quitte l'hôpital avant guérison.

	Réponse	Effectif	Pourcentage
	Oui	188	45,7%
	Non	223	54,3%
	Total	411	100,0%

Deux cent vingt trois (223) sujets, soit 54,3% ne permettaient pas qu'un malade quitte l'hôpital avant guérison.

Tableau XXIII : Répartition des sujets qui permettaient qu'un malade quitte l'hôpital avant guérison selon le contexte dans lequel ils le faisaient.

	Réponse	Effectif	Pourcentage
	Après avoir informé le malade des risques	198	90,4%
	Sans aucune condition	7	3,2%
	Autre	14	6,4%
	Total	219	100,0%

Autre : Si le malade manque de moyen (9) ; S'il ya une influence venant de l'environnement du malade (5)

Cent quatre-vingt dix-huit (198) sujets, soit 90,4% de ceux qui permettaient que le malade quitte l'hôpital avant guérison le faisaient après avoir informé ce dernier des risques encourus.

2. RESULTATS LIES AUX MALADES ET AIDANTS NATURELS.

1. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Tableau XXIV : Répartition des usagers selon le lieu d'enquête.

	Lieu de l'enquête	Effectif	Pourcentage
	CHU point G	140	39,9%
	CHU Gabriel Touré	113	32,2%
	CHU Kati	37	10,5%
	CHU CENOS	28	8,0%
	CHU IOTA	33	9,4%
	Total	351	100,0%

Le CHU du Point « G » était le lieu où nous avons recruté le plus grand nombre d'usagers, soit 39,9%.

Tableau XXV : Répartition des usagers selon la tranche d'âge.

	Age	Effectif	Pourcentage
	15-24 ans	14	4,0%
	25-34 ans	84	23,9%
	35-44 ans	116	33,0%
	45-54 ans	89	25,4%
	55 ans et plus	48	13,7%
	Total	351	100,0%

La tranche d'âge 35-44 ans était la plus représentée avec 116 sujets, soit 33%.

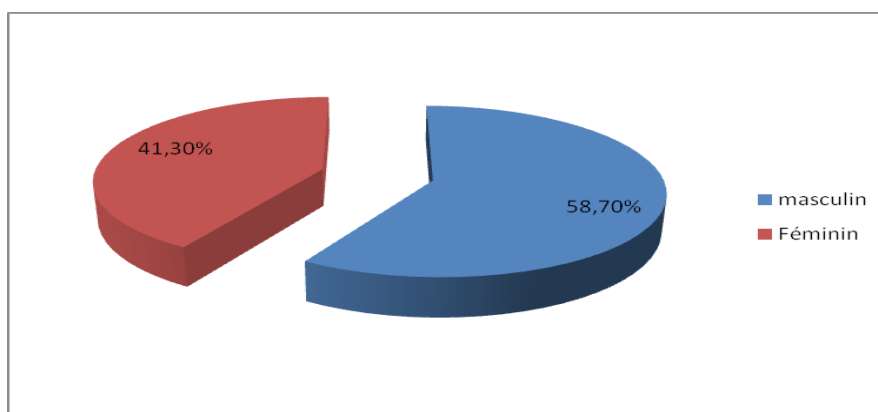


Figure 13 : Répartition des usagers selon le sexe.

Le sexe masculin était le plus représenté, soit 58,7%.

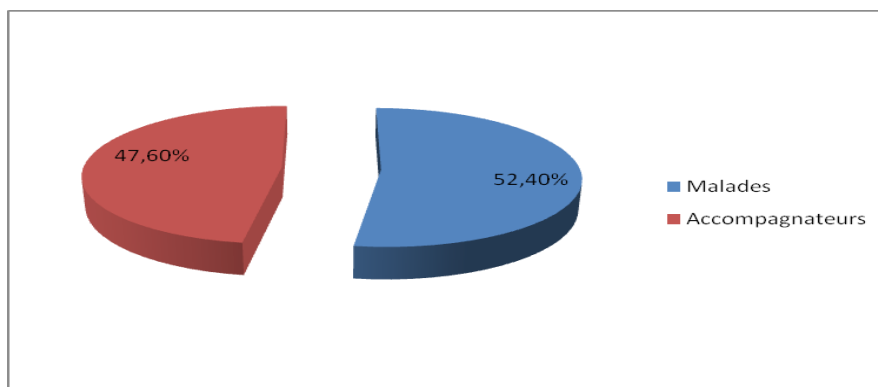


Figure 14 : Répartition des usagers selon le statut.

Les personnes malades étaient les plus représentées, soit 52,4%.

Tableau XXVI : Répartition des usagers selon le lieu de résidence.

	Résidence	Effectif	Pourcentage
	C1	60	17,1%
	C2	37	10,5%
	C3	65	18,5%
	C4	38	10,8%
	C5	36	10,3%
	C6	30	8,5%
	Autre	85	24,2%
	Total	351	100,0%

Autre : Kati (39) ; Koulikoro (5) ; Moribabougou (8) ; Segou (11) ; Sikasso (9) ; Bougouni (13)

La majorité des usagers habitaient des localités autres que Bamako, avec un effectif de 85, soit 24,2%.

2. CONNAISSANCES

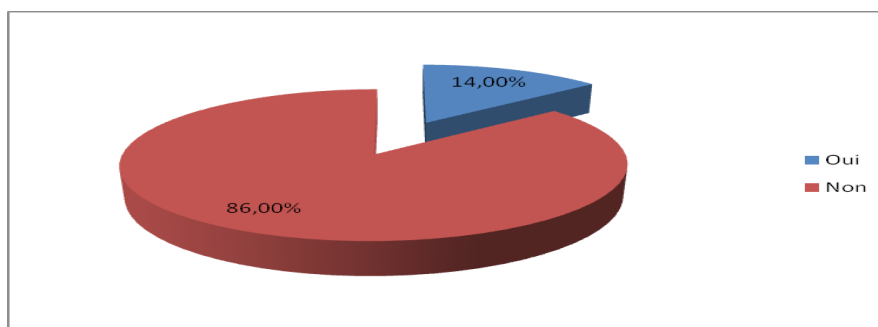


Figure 15: Répartition des usagers selon qu'ils avaient entendu parler d'éthique des soins ou non.

La majorité des usagers, soit 86% n'avaient pas entendu parler d'éthique des soins.

Tableau XXVII : Répartition des usagers qui avaient entendu parler d'éthique des soins selon la source d'information.

	Contexte	Effectif	Pourcentage
	Radio	25	51%
	Télévision	11	22,4%
	Ecole/ Faculté	6	12,2%
	Hôpital	4	8,2%
	Autre	3	6,2%
	Total	49	100,0%

Autre : Radio et télévision (2) ; famille (1)

La radio était la principale source d'information des usagers qui avaient entendu parler d'éthique des soins, soit 51%.

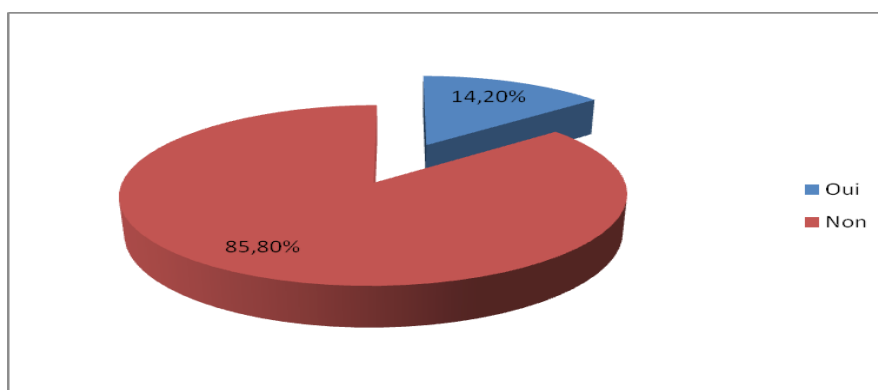


Figure 16 : Répartition des usagers selon qu'ils avaient entendu parler ou non de déontologie médicale.

Les usagers n'avaient pas entendu parler de déontologie médicale dans 85,8% des cas.

Tableau XXVIII : Répartition des usagers qui avaient entendu parler de déontologie médicale selon la source d'information.

	Contexte	Effectif	Pourcentage
	Radio	22	44%
	Télévision	12	24%
	Ecole/ Faculté	7	14%
	Hôpital	5	10%
	Autre	4	8%
	Total	50	100%

Autre : Ecole-hôpital (1) ; Radio et télévision (3)

La radio a été la principale source d'information des usagers qui avaient entendu parler de déontologie médicale avec 22 cas, soit 44%.

Tableau XXIX : Répartition des usagers selon la connaissance du rôle des établissements de santé.

Rôle	Effectif	Pourcentage
Ils garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins chez les malades	241	68,7%
Ils garantissent seulement la qualité du traitement et des soins	97	27,6%
NSP	11	3,1%
Autre	2	,6%
Total	351	100,0%

Autre : Ils sauvent les gens (2)

Deux cent quarante et un (241) usagers, soit 68,7% pensaient que le rôle des établissements de santé était de garantir la qualité de l'accueil et des soins des malades.

Tableau XXX : Répartition des usagers selon la connaissance de la condition dans laquelle l'acte médical devait être pratiqué chez un malade.

	Condition	Effectif	Pourcentage
	Après son consentement libre et éclairée	193	55,0%
	Son consentement n'est pas nécessaire	121	34,5%
	NSP	36	10,3%
	Autre	1	,3%
	Total	351	100,0%

Autre : Son consentement est nécessaire s'il peut parler (1)

Cent quatre-vingt treize (193) usagers, soit 55% pensaient que l'acte médical devait être pratiqué chez un malade après son consentement libre et éclairé.

Tableau XXXI : Répartition des usagers selon la connaissance liée au respect des croyances, de l'intimité et de la tranquillité du malade.

	Réponse	Effectif	Pourcentage
	Respecter ses croyances, son intimité et sa tranquillité	290	82,6%
	Ne pas tenir compte de son intimité ni de ses croyances	33	9,4%
	NSP	27	7,7%
	Autre	1	0,3%
	Total	351	100,0%

Autre : ça dépend des situations (1)

Deux cent quatre-vingt dix (290) usagers, soit 82,6% pensaient qu'il fallait respecter les croyances, l'intimité et la tranquillité du malade.

Tableau XXXII : Répartition des usagers selon qu'ils avaient entendu parler ou non d'un service aux usagers des services de soins de santé.

Réponse	Effectif	Pourcentage
Oui	75	21,4%
Non	276	78,6%
Total	351	100,0%

Deux cent soixante seize (276) usagers, soit 78,6% n'avaient pas entendu parler d'un service aux usagers des services de soins de santé.

3. **ATTITUDES**

Tableau XXXIII : Répartition des usagers selon l'attitude liée à l'accessibilité au service public hospitalier.

Réponse	Effectif	Pourcentage
IL est accessible à tous sans distinction	272	77,5%
IL est accessible seulement aux personnes démunies	3	,9%
IL est accessible seulement aux personnes aisées	44	12,5%
NSP	29	8,3%
Autre	3	,9%
Total	351	100,0%

Autre : Tout dépend des hôpitaux (3)

Deux cent soixante-douze (272) usagers, soit 77,5% pensaient que le service public hospitalier était accessible à tous sans distinction.

Tableau XXXIV : Répartition des usagers selon qu'ils pensaient ou non que les établissements de santé garantissaient la qualité de l'accueil et des soins des malades.

Réponse	Effectif	Pourcentage
Oui	271	77,2%
Non	42	12,0%
NSP	38	10,8%
Total	351	100,0%

Deux cent soixante et onze (271) usagers, soit 77,2% pensaient que les établissements de santé garantissaient la qualité de l'accueil et des soins des malades.

Tableau XXXV : Répartition des usagers selon qu'ils pensaient ou non que la vie privée des patients et la confidentialité des informations personnelles les concernant étaient respectées.

Réponse	Effectif	Pourcentage
Oui	269	76,6%
Non	10	2,8%
NSP	72	20,5%
Total	351	100,0%

Deux cent soixante neuf (269) usagers, soit 76,6% pensaient que la vie privée des patients et la confidentialité des informations personnelles les concernant étaient respectées dans les hôpitaux

Tableau XXXVI : Répartition des usagers selon qu'ils pensaient ou non que les malades recevaient toutes les informations concernant leur maladie.

Réponse	Effectif	Pourcentage
Oui	215	61,3%
Non	87	24,8%
NSP	49	14,0%
Total	351	100,0%

Deux cent quinze (215) usagers, soit 61,3% pensaient que les malades recevaient toutes les informations concernant leur maladie.

XXXVII : Répartition des usagers selon qu'ils pensaient ou non que les soignants obtenaient le consentement volontaire et éclairé des malades avant de leur administrer des soins

Réponse	Effectif	Pourcentage
Oui	312	88,9%
Non	26	7,4%
NSP	13	3,7%
Total	351	100,0%

Trois cent douze (312) usagers, soit 88,9% pensaient que les soignants obtenaient le consentement volontaire et éclairé des malades avant de leur administrer des soins.

Tableau XXXVIII : Répartition des usagers selon qu'ils pensaient ou non que les croyances ainsi que l'intimité des malades était préservées dans les hôpitaux.

Réponse	Effectif	Pourcentage
Oui	315	89,7%
Non	6	1,7%
NSP	30	8,5%
Total	351	100,0%

Trois cent quinze (315) usagers, soit 89,7% pensaient que les croyances ainsi que l'intimité des malades étaient préservées dans les hôpitaux.

Tableau XXXIX : Répartition des usagers selon le niveau de satisfaction avec les soignants au sein des structures sanitaires.

Réponse	Effectif	Pourcentage
Très satisfaisant	149	42,5%
Assez satisfaisant	92	26,2%
peu satisfaisant	91	25,9%
Pas du tout satisfaisant	19	5,4%
Total	351	100,0%

Deux cent quarante et un (241) usagers, soit 68,7% étaient satisfaits des soignants au sein de leurs structures sanitaires.

Tableau XXXX : Répartition des usagers selon qu'ils pensaient ou non que leurs structures sanitaires avaient besoin d'une unité d'information, d'éducation et de communication et éthique des soins et en déontologie médicale.

	Réponse	Effectif	Pourcentage
	Oui	216	61,5%
	Non	12	3,4%
	NSP	123	35,0%
	Total	351	100,0%

Deux cent seize (216) usagers, soit 61,5% pensaient que leurs structures sanitaires avaient besoin d'une unité d'information, d'éducation et de communication en éthique des soins et en déontologie médicale.

4. PRATIQUES COMPORTEMENTALES

Tableau XXXXI : Répartition des usagers selon qu'ils avaient ou non l'habitude d'assister des personnes malades d'ethnie ou de religion différente de la leur.

Réponse	Effectif	Pourcentage
Oui	319	90,9%
Non	32	9,1%
Total	351	100,0%

Trois cent dix-neuf (319) usagers, soit 90,9% avaient l'habitude d'assister des personnes malades d'ethnie ou de religion différente de la leur.

Tableau XXXXII : Répartition des usagers selon qu'ils avaient l'habitude ou non de garder confidentielles les informations personnelles concernant un malade.

	Réponse	Effectif	Pourcentage
	Oui	322	91,7%
	Non	29	8,3%
	Total	351	100,0%

Trois cent vingt deux (322) sujets, soit 91,7% avaient l'habitude de garder confidentielles les informations personnelles concernant un malade.

Tableau XXXIII : Répartition des usagers selon le comportement avant l'administration des soins à un proche.

Réponse	Effectif	Pourcentage
Vous lui expliquez d'abord l'acte et obtenez son consentement	293	83,5%
Vous posez l'acte sans donner d'explication au patient	35	10,0%
NSP	21	6,0%
Autre	2	0,6%
Total	351	100,0%

Autre : ça dépend des situations (2)

Deux cent quatre-vingt treize (293) usagers, soit 83,5% expliquaient d'abord l'acte qu'ils s'apprêtaient à poser avant d'administrer des soins à un proche.

Tableau XXXIV : Répartition des usagers selon qu'ils avaient ou non l'habitude de donner à leurs proches des informations concernant leurs maladies.

Réponses	Effectif	Pourcentage
Oui	264	75,2%
Non	75	21,4%
Autre	12	3,4%
Total	351	100,0%

Autre : Tout dépend des situations (4) ; Par moment (2) ; pas tout le temps (6)

Deux cent soixante quatre (264) usagers, soit 75,2% avaient l'habitude de donner à leurs proches des informations concernant leurs maladies

Tableau XXXV : Répartition des usagers selon la condition dans laquelle ils faisaient la toilette d'un malade.

Sous le regard des autres malades	8	2,3%
En préservant son intimité	339	96,6%
NSP	4	1,1%
Total	351	100,0%

Trois cent trente neuf (339) usagers, soit 96,6% faisaient la toilette d'un malade tout en préservant son intimité.

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1. **Limites de notre étude**

Les difficultés que nous avons rencontrées tout au long de notre étude sont les suivantes :

- Une indisponibilité de la part d'un certain nombre de soignants due aux occupations
- Une indisponibilité de la part de certains malades, vu leur état
- Une insuffisance de bibliographie concernant l'étude des connaissances et attitudes des étudiants soignants liées à l'éthique des soins.
- Un manque de financement

2. **Analyse des résultats chez les étudiants soignants, infirmiers et aides-soignants.**

1. **Données socioprofessionnelles.**

Les sujets interrogés étaient constitués en grande majorité par les étudiants en médecine, qui atteignaient 36,3%, suivis des étudiants en pharmacie, 29,2%. Les infirmiers, les étudiants en soins infirmiers et les aides-soignants représentaient respectivement : 15,8% ; 8% et 4,4%. Les autres membres des professions sanitaires n'appartenant pas aux catégories citées précédemment représentaient 6,3%. Ces résultats sont différents de ceux de Mamadou D, dans une étude réalisée à la maternité du CS Réf de la commune V du district de Bamako, qui faisait part de 20,4% d'étudiants en médecine. **[16]**

La forte participation des étudiants en médecine et en pharmacie s'expliquerait par une représentation plus forte de ces deux catégories qui nous étaient facilement accessibles car la FMPOS constituait l'un des six lieux de notre enquête. Cela pourrait également s'expliquer par les stages obligatoires de ces étudiants dans les différentes structures sanitaires.

2. **connaissances**

Jusqu'à 30,9% des sujets ayant participé à l'étude n'avaient jamais entendu parler d'éthique des soins. En effet, 24,8% des étudiants en médecine ; 30,8% des étudiants en pharmacie ; 36,4% des étudiants en sciences infirmières ; 43,1% des infirmiers et 22,2% des aides-soignants avaient affirmé n'avoir jamais entendu parler d'éthique des soins. Face à ce résultat, nous pouvons dire que les connaissances relatives à l'éthique des soins seraient influencées par les différentes catégories socioprofessionnelles.

En ce qui concerne la déontologie médicale, 89,1% des enquêtés en avaient entendu parler.

Parmi les enquêtés qui avaient entendu parler d'éthique des soins, 80,3% l'avaient entendu à l'école ou à la faculté et parmi ceux qui avaient entendu parler de déontologie médicale, 90,4% l'avaient également entendu à l'école ou à la faculté. Devant ce résultat, nous pensons que les connaissances liées à l'éthique des soins et à la déontologie médicale seraient influencées par la source d'information.

Interrogés sur le rôle des établissements de santé, 84,2% des enquêtés avaient pu donner la réponse exacte. Nous pouvons en effet dire que le rôle des établissements de santé est de garantir la qualité de l'accueil et des soins chez les malades.

Quant à la condition dans laquelle l'acte médical devait être pratiqué chez un malade, 83% des enquêtés pensaient que l'acte médical ne devait être pratiqué chez un malade qu'après son consentement libre et éclairé.

Pour 85,2% des enquêtés, il fallait respecter les croyances, l'intimité et la tranquillité du malade. Cependant, 11,4% pensaient que cela n'était pas nécessaire. D'après une enquête menée par HOFFMANN-WILD E à Grenoble en 2003, [38] 75% des infirmiers trouvaient que le respect et l'écoute sont une ligne de conduite dans la relation de soin.

3. attitudes

Interrogés sur leur attitude quant au respect de la vie privée et des informations personnelles concernant les malades, 66,2% des participants avaient répondu en affirmant que la vie privée ainsi que la confidentialité des informations personnelles concernant les malades étaient respectées dans les hôpitaux.

En ce qui concerne les informations reçues par les malades à propos de leur maladie, les avis étaient assez partagés car 54% des participants pensaient que les malades ne recevaient pas toutes les informations concernant leur maladie tandis que 39,7% pensaient le contraire.

Quant aux attitudes concernant le consentement volontaire et éclairé des malades, les avis étaient également partagés car 54% des enquêtés pensaient que les soignants obtenaient le consentement volontaire et éclairé des malades avant de leur administrer des soins, tandis que 42,1% pensaient que ce n'était pas le cas. Pour le reste, soit 3,9%, les soignants le faisaient, mais pas dans tous les cas.

4. pratiques comportementales

Notre étude a montré que l'ethnie et la religion n'interféraient pas dans l'administration des soins. C'est ainsi que 85,6% des enquêtés avaient l'habitude de donner des soins aux malades d'ethnie ou de religion différente de la leur, tandis que 14,4% ne le faisaient pas. Pour ces derniers, la principale raison qui a été évoquée était le manque d'occasion car ils n'avaient pas eu à s'occuper de patients de religion différente de la leur.

Dans 93,7% des cas, les sujets enquêtés avaient l'habitude de garder confidentielles les informations personnelles concernant les malades.

La majorité des enquêtés, soit 92,2% expliquaient d'abord au malade l'acte qu'ils s'apprêtaient à poser et obtenaient son consentement avant de lui administrer des soins.

C'est dans le même sens que 83% d'entre-eux donnaient aux malades des informations concernant leur maladie, et 88,6% examinaient les malades en préservant leur intimité.

54,3% des enquêtés ne permettaient pas qu'un malade quitte l'hôpital avant guérison.

3. **Analyse des résultats chez les malades et aidants naturels.**

1. **Données sociodémographiques**

Le CHU du Point G est le lieu où avait été recruté le plus grand nombre d'usagers, soit 39,9%. Ceci pourrait s'expliquer par la situation de cette structure, qui nous a paru beaucoup plus accessible que les autres.

52,4% de ces usagers étaient des malades, et ceci s'expliquerait par le fait que l'hôpital soit tout d'abord un lieu réservé aux personnes malades.

2. **Connaissances**

Dans 86% des cas, les usagers n'avaient pas entendu parler d'éthique des soins, et dans 85,8% des cas, de déontologie médicale. Parmi les usagers qui avaient entendu parler d'éthique des soins et de déontologie médicale, la principale source d'information évoquée avait été la radio. Soit respectivement 51% et 44%. Les informations relatives à l'éthique des soins et à la déontologie médicale chez les malades et aidants naturels sembleraient être liées à la source d'information.

Interrogés sur le rôle des établissements de santé, 68,7% des usagers avaient donné la définition exacte. En effet, les établissements de santé ont pour rôle de garantir la qualité de l'accueil et des soins chez les malades. Ceci serait peut être lié à une expression de leur volonté personnelle, une expression de la manière dont ils aimeraient que les établissements de santé se présentent à l'utilisateur.

Quant aux connaissances relatives au consentement éclairé, les avis étaient partagés en ce sens que 55% des usagers pensaient que l'acte médical devait être pratiqué chez un patient après son consentement libre et éclairé. Pour 34,5% d'entre eux, le consentement du malade n'était pas nécessaire et comme justification, il y'aurait le fait que le malade puisse entièrement faire confiance au soignant.

Dans 82,6% des cas, les usagers pensaient que dans la prise en charge d'un malade, il fallait respecter ses croyances, son intimité ainsi que sa tranquillité.

3. Attitude

Les usagers étaient satisfaits de la qualité de l'accueil et des soins dans les établissements de santé, soit 77,2%. Ce résultat est assimilable à celui de Rosine Laure D qui dans une étude réalisée en 2005 au centre de santé communautaire de l'hippodrome, trouvait que 94% des consultants étaient satisfaits de la qualité de l'accueil. [17] Mamadou D en commune V trouvait 98%. [16]

Selon 76,6% des usagers, les hôpitaux sont soucieux et discrets pour ce qui est de la vie privée des patients ainsi que la confidentialité des informations personnelles les concernant. Ce résultat se rapproche de celui de Rosine Laure, qui trouvait 98% des usagers.

Selon 61,3% des usagers, les malades recevaient toutes les informations concernant leur maladie. Dans une étude réalisée en 2005 dans les six unités de planification sanitaire des CS-REF de Bamako, Aboubacar G a trouvé 87% des usagers. [18]

Pour 88,9% des usagers, les soignants obtenaient le consentement volontaire et éclairé des malades avant de leur administrer des soins. Ceci se rapproche du résultat de Mamadou D qui trouvait 100% en 2005. [16]

Les usagers étaient très satisfaits des soignants au sein de leurs structures sanitaires dans 42,5% des cas; 26,2% étaient assez satisfaits ; 25,9% peu satisfaits et 5,4% pas du tout satisfaits. Aboubacar G [18] quant à lui trouvait en 2005 que : 16,1% des usagers étaient très satisfaits, 81,5% assez satisfaits et 2,4% pas du tout satisfaits.

4. Pratiques comportementales

Les usagers avaient l'habitude d'assister des personnes malades d'ethnie ou de religion différente de la leur dans 90,9% des cas. Cependant, 9,1% n'en avaient pas l'habitude et parmi ceux-ci, un bon nombre accusait le manque d'occasion car cette éventualité ne s'était jamais présentée à eux.

Les usagers avaient l'habitude de garder confidentielles les informations personnelles concernant un malade dans 91,7% des cas. Ceux qui ne le faisaient pas disaient ne s'être jamais trouvés dans une telle situation.

En outre, 83,5% des usagers déclaraient qu'avant d'administrer des soins à un proche, ils lui expliquaient d'abord l'acte et obtenaient son consentement oral. Tout ceci pourrait s'expliquer par le fait de l'éducation reçu par les différents usagers.

7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. CONCLUSION

A l'issue de ce travail, nous pouvons dire que la relation soignant-soigné est une réalité indispensable dans la pratique médicale. En tant que telle, cette relation laisse une place de choix au langage, entendu comme paroles, gestes et comportements pouvant traduire une prise en compte de l'autre comme une personne. Nous l'avons vu dans les différentes étapes de notre travail, l'art de soigner ne consiste pas tout simplement aux prescriptions techniques relevant des connaissances théoriques des soignants. Mais il suppose ou mieux il intègre toute une autre dimension que nous qualifions d'humaine. Nous avons compris à la base que la médecine, par son principe de bienfaisance est un exercice où l'interhumain est fortement présent. Nous avons constaté que les paroles, les gestes et les comportements des soignants peuvent avoir des conséquences au niveau thérapeutique. On est dès lors amené à penser que la prise en compte du côté humain dans une relation de soins est indispensable car c'est bien de l'homme qu'il s'agit et l'homme pris dans sa dimension la plus totale, en intégrant tous les aspects du corps, de la relation, de la communauté qui dès lors ne vont plus limiter le soin à son simple aspect biologique ou somatique. Dans la pratique quotidienne, certains éléments comme l'organisation administrative, ou comme le développement technologique peuvent occulter cette prise en compte de la dimension humaine dans la pratique médicale, mais le fait pour les soignants d'intégrer ces valeurs pourrait malgré tout faciliter la mise en avant de ces éléments qui peuvent aller au-delà du simple devoir, redonner à celui qui souffre dans sa maladie un espoir ou même une espérance. Espoir de ne pas se sentir seul dans sa souffrance, de se savoir faire l'objet d'une attention particulière, bref l'espoir d'une vie meilleure dont la guérison en est le gage.

Même si l'exercice de la médecine fait de celle-ci une pratique organisée à

l'intérieur de tout un système social avec des lois et des droits, ce qui nous paraît fondamental demeure qu'il s'agit bien et en premier de l'homme en tant que personne, et c'est bien celle-ci qui est l'objet de la médecine et non pas la maladie.

2. **RECOMMANDATIONS**

Au terme de notre étude, nous nous sommes permis de formuler quelques recommandations :

A l'état

- Créer dans chaque structure sanitaire, une unité d'information, d'éducation et de communication en éthique des soins et en déontologie médicale.
- Procéder à un recyclage du personnel soignant en matière d'éthique des soins et de déontologie médicale.

Aux agents de santé publique

- Dans le domaine de l'éducation pour la santé, intensifier l'information et l'éducation des populations afin que les malades aient une meilleure connaissance de leurs droits (mais aussi de leurs devoirs) en ce qui concerne l'administration des soins.
- Procéder à une relecture de certains textes, en particulier la charte du patient hospitalisé du 2 Mars 2006, afin d'améliorer les conditions de prise en charge des malades dans les hôpitaux.

Aux professionnels de la santé

Améliorer la relation soignant-soigné par :

- L'obtention du consentement libre et éclairé des malades avant chaque acte de soin.
- Le respect des croyances, de l'intimité et de la tranquillité des malades.
- Le respect de la vie privée et de la confidentialité des informations personnelles concernant les malades.
- L'information continue du malade à propos de sa maladie.
- L'administration des soins sans considérations ethniques ou religieuses.
- L'écoute des malades ainsi que la prise en compte de leurs éventuelles plaintes.

8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **JL. Payen.** Les grands principes éthiques au XX ième siècle (I). La lente naissance d'une éthique confidentielle, revue du praticien, 2003 ; 53 : 1849-53.
2. www.conseil-national.medecin.fr (13/03/09)
3. **JL. Payen.** Les grands principes éthiques au XX ième siècle (II). De la circulaire de Weimar à la loi HURIET. Revue du praticien, 2003 ; 53 :1965-9
4. **FROMENT (Alain)** : « Elaborer la décision avec le soigné », in prescrire, Décembre 1999, p.201.
5. **FABREGAS (Bernadette)** : « La relation soignant-soigné » in soin n° 680. Novembre 2003, p 29.
6. **BIOY .A** : Communication soignant-soigné : Repères et pratiques, paris, Bréal, 2003.
7. **PAULIN TCHASSOU (Dieudonné).** « La logique du malade ou le droit à la différence, un essai de compréhension socioculturelle de soins » in recherche en soins infirmiers n° 22, Septembre 1990.
8. **DUPONT (Bernard-Marie)** : « La relation soignant-soigné » in soins n° 680, Novembre 2003, p.33.
9. **FROMENT Alain** : Maladie, souffrance et médecine soignante. Les archives contemporaines, 2001.
10. **LECOUFLET Marie** : DCEM3, item 7 : Ethique et déontologie médicale, p.1
11. **GRAND Emmanuel,** « La relation médecin-patient ou le problème de la juste distance. Evaluation dans un réseau de soins. », Mémoire de DEA d'éthique médicale, 2003-2004, p.3

12. **Simone PLOURDE**, « La notion de personne : une clef qui ouvre la dimension éthique des possibilités technoscientifiques », in vision éthique de la personne, paris, l'harmattan, 2001, p. 112
13. **Société les échos**, 22-06-2005, CNESS, L'éthique de la santé va s'affirmer.
14. **Petit LAROUSSE illustré de la langue française**.
15. **Charte du patient hospitalisé du 2 Mars 2006**.
16. **Mamadou. G .DIARRA** : « Evaluation de la qualité des soins à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako » ; Th. Médecine, Bamako 2005, N° 154.
17. **Rosine Laure .D. DONGMO** : « Etude de la qualité des consultations curatives et prénatales au centre de santé communautaire de l'hippodrome en district de Bamako », Th. Médecine, Bamako 2005, N° 45
18. **Aboubacar. S. GUINDO** : « Evaluation de la qualité des services offerts dans les six unités de planification familiale des CS Réf du district sanitaire », Th. Médecine, Bamako 2005, N° 252, 128 p
19. **Centre d'éducation du patient**. Godinne (Belgique) www.educationdupatient.be/cep/pages/educationpatient/ep24.htm.
20. **Le ROBERT** : Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française.
21. **MANOUKIAN A et MASSEBEUF A** : La relation soignant-soigné. Paris, Lamarre, 1995.
22. **GROUSSET Sylvie** : « Intégrer la démarche relationnelle dans la démarche clinique » in soins n° 681, Décembre 2003, p. 30.
23. **JEAN R et VERDELHAN-PASCAL C**. « L'expérience infirmière en unité mobile de soins palliatifs » in perspective soignante. Septembre 2003, p. 17.

24. **BROUSSET Véronique** : La relation soignant-soigné à travers le toucher. Mémoire rédigé en 2000, IFSI Niort, [http : || perso. Orange.fr| gregory. Bottier|](http://perso.orange.fr/gregory.bottier/).
25. **LLORCA. G** : Communication médicale. Paris, Ellipses marketing. 1994.
26. **RISPAIL Dominique** : Mieux se connaître pour mieux soigner. Paris, Masson, 2002.
27. **SABOURIN. R** : Les 5 sens de la vie relationnelle. Belgique, Erasme Bouge, 1999.
28. **MANTZ Jean-Marie et WATTEL Francis** : Importance de la communication dans la relation soignant-soigné, rapport adopté le 20 Juin 2006, académie nationale de médecine.
29. **SALOME Jacques** : Relation d'aide et formation à l'entretien. Villeneuve d'ascq, presses universitaires du septentrion, 2006.
30. **HOFFMANN-WILD Emmanuel** : « Le soin relationnel coté infirmier(e) et coté patient » in soins n° 680, Novembre 2003, p. 42.
31. **In Recherche en soins infirmiers**, n° 82, Septembre 2005. Edition Mallet conseil.
32. **LIEGEOIS Maurice** : L'entretien de soutien psychologique. Paris Lamarre, 2007.
33. **BIOY Antoine et FOUQUES Damien** : Manuel de psychologie du soin. Rosny-Sous-Bois, Bréal, 2002.
34. **SICARD Didier** : in la lettre de l'espace éthique apr. HP, Hiver-été 2002.
35. **Décret n°93-221 du 16 février 1993 du Code de Déontologie.**
36. **Décret n°2002-194 du 11 février 2002 du Code de la Santé Publique.**

37. **DEVILLE Joanna ; NOGUERO Julie** : « ou commence et ou s'arrête le secret professionnel ? », http : ||. www.google.com
38. **HOFFMANN-WILD Emmanuelle** : « Le soin relationnel coté infirmier(e) et coté patient », 2003, n° 680, Masson, Paris, France. (1956) (Revue).
39. **Loi n°02-048 du 22 Juillet 2002 portant loi hospitalière en république du Mali**

9. ANNEXES

Annexe I

La nouvelle charte du 2 mars 2006

PRINCIPES GÉNÉRAUX :

1. Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.

2. Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur

La charte du patient hospitalisé :

Conformément à la circulaire ministérielle 95-22 du 6 mai 1995, la charte du patient hospitalisé est affichée dans les services de soins et dans les lieux d'accueil de

et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.

3. L'information donnée au patient doit être **accessible et loyale**. Le patient participe aux choix thérapeutiques qui le concernent. Il peut se faire assister par une personne de confiance qu'il choisit librement.

4. Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.

5. Un consentement spécifique est prévu, notamment pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.

6. Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.

7. La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.

8. La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.

9. Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.

10. La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie **d'un accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants-droit, en cas de décès, bénéficient de ce même droit.

11. La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

Annexe II

Décret no 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité et du ministre délégué à la santé,

Vu le [code de la santé publique](#) ;

Vu le [décret no 90-1118](#) du 18 décembre 1990 modifiant le [décret no 47-1544](#) du 13 août 1947 instituant un diplôme d'Etat de puériculture ;

Vu le [décret no 91-1281](#) du 17 décembre 1991 modifiant le [décret no 88-903](#) du 30 août 1988 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation ;

Vu le [décret no 92-48](#) du 13 janvier 1992 modifiant le décret no 71-388 du 21 mai 1971 portant création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier de salle d'opération ;

Vu le [décret no 93-221](#) du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières ;

Vu l'avis de la commission des infirmiers du Conseil supérieur des professions paramédicales en date du 23 février 2001 ;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 26 juin 2001 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1er. - L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

Art. 2. - Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

- 1o De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
- 2o De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
- 3o De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
- 4o De contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;
- 5o De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la

détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Art. 3. - Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions de l'article 5 ci-après. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Art. 4. - Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article 3.

Art. 5. - Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ; vérification de leur prise ; surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article 6 ci-après, et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
- Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire de changement de sondes vésicales ;
- Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
- Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
- Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
- Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
- Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;

Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux visés à l'article 6 ci-après ;
Prévention et soins d'escarres ;
Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
Toilette périnéale ;
Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
Irrigation de l'œil et instillation de collyres ;
Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
Surveillance de scarifications, injections et perfusions visées aux articles 6 et 8 ci-après ;
Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
Pose de timbres tuberculiques et lecture ;
Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
Surveillance des cathéters, sondes et drains ;
Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article 9, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;
Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;
Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :
a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène (pH) ;
b) Sang : glycémie, acétonémie ;
Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
Aide et soutien psychologique ;
Observation et surveillance des troubles du comportement ;
Dans le domaine de la santé mentale, l'infirmier accomplit en outre les actes ou soins suivants :
a) Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;
b) Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;
c) Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;
d) Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient.

Art. 6. - Outre les actes et activités visés aux articles 11 et 12, l'infirmier est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :
Scarifications, injections et perfusions autres que celles visées au deuxième alinéa de l'article 8 ci-après, instillations et pulvérisations ;
Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiques ;
Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;
Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables

mis en place par un médecin ;
Injections, et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages ;
a) De produits autres que ceux visés au deuxième alinéa de l'article 8 ci-après ;
b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article 10 ci-après.
Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;
Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article 5 ci-dessus ;
Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;
Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;
Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;
Ablation du matériel de réparation cutanée ;
Pose de bandages de contention ;
Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ; renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;
Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;
Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article 9 ci-après ;
Instillation intra-urétrale ; injection vaginale ;
Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;
Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ; soins et surveillance d'une plastie ;
Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;
Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;
Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;
Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;
Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;
Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;
Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;
Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article 9 ci-après ;
Mesure de la pression veineuse centrale ;
Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
Pose d'une sonde à oxygène ; installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;
Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;
Saignées ;

Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;
Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;
Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;
Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;
Recueil aseptique des urines ;
Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;
Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;
Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique ;
Mise en œuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient, et des protocoles d'isolement.

Art. 7. - L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

Art. 8. - L'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :
Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ;
Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;
Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;
Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;
Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;
Pose de dispositifs d'immobilisation ;
Utilisation d'un défibrillateur manuel ;
Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article 10 ci-après ;
Techniques de régulation thermique y compris en milieu psychiatrique ;
Cures de sevrage et de sommeil.

Art. 9. - L'infirmier participe à la mise en œuvre par le médecin des techniques suivantes
Première injection d'une série d'allergènes ;
Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;
Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;
Prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles visées à l'article 6 ci-dessus ;
Actions mises en œuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;
Explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation ;
Pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;

Activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus ;
Transports sanitaires ;
a) Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
b) Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
Sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

Art. 10. - L'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :

- 1o Anesthésie générale ;
- 2o Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;
- 3o Réanimation peropératoire.

Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole. En salle de surveillance postinterventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux deuxième, troisième et quatrième alinéas et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques. Les transports sanitaires visés à l'article 9 du présent décret sont réalisés en priorité par l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat. L'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

Art. 11. - Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme :

- 1o Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;
- 2o Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;
- 3o Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;
- 4o Soins du nouveau-né en réanimation ;
- 5o Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie.

Art. 12. - Les activités suivantes sont exercées en priorité par l'infirmier titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme :

- 1o Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;
 - 2o Elaboration et mise en œuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;
 - 3o Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;
 - 4o Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;
 - 5o Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés.
- En per-opératoire, il exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur. Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée

diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière.

Art. 13. - En l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient. En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Art. 14. - Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

- Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;
- Encadrement des stagiaires en formation ;
- Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;
- Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ;
- Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ;
- Éducation à la sexualité ;
- Participation à des actions de santé publique ;
- Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire.

Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes.

Art. 15. - Le [décret no 81-539](#) du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier et le [décret no 93-345](#) du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier sont abrogés.

Art. 16. - La ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 11 février 2002.

Par le Premier ministre : Lionel Jospin

La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Elisabeth Guigou

Le ministre délégué à la santé,

Bernard KOUCHNER

Annexe 3

Fiche d'enquête N°1

Questionnaire d'entretien étudiant/infirmier/aide-soignant

Information et consentement :

Je suis étudiant - chercheur en médecine et je vous invite à participer à une étude sur les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales en matière d'éthique pratique des soins en milieu hospitalier. L'étude est anonyme et votre participation est entièrement volontaire ! Désirez-vous y participer ?
/___/ 1=où, 2=non, 88=NSP

Identification

1. N° de la fiche d'enquête/_____/ **2. Date du jour:** /___/___/___/

3. Lieu de l'enquête /___/ 1=CHU-point G ; 2=CHU-Gabriel Touré ; 3=CHU-Kati ; 4=CHU-CENOS ; 5=FMPOS ; 99= Autre à préciser :

4. Age /___/ 1=15-20 ans ; 2=21-29 ans ; 3=30-39 ans ; 4=40-49 ans 5=50 ans et plus

5. Sexe/___/1=masculin ; 2=féminin

6. Profession /___/1=étudiant en médecine ; 2=étudiant en pharmacie ; 3=étudiant en soins infirmiers ; 4= infirmier ;5=aide-soignant ; 6=malade ;7= accompagnateur ;99=autre (à préciser).....

7. Résidence/___/1=C1 ; 2=C2 ; 3=C3 ; 4=C4 ; 5=C5 ; 6=C6 ; 99=autre (à préciser)

Première partie : Connaissances liées à l'éthique des soins et à la déontologie médicale chez les étudiants-soignants, les infirmiers et les aides-soignants

8. Avez-vous entendu parler de l'éthique des soins ?/___/1=où ; 2=non

9. Si oui, dans quel contexte en avez-vous entendu parler ?/___/1=radio ; 2=télévision ; 3=école/faculté (université) ; 4=hôpital ; 99=autre (à préciser)
.....

Comment définirez-vous brièvement l'éthique des soins ? :
.....

10. Avez-vous entendu parler de la déontologie médicale ?/___/1=où ; 2=non

11. Si oui, dans quel contexte en avez-vous entendu parler ?/___/1=radio ; 2=télévision ; 3=école/faculté (université) ; 4=hôpital ; 99=autre (à préciser).....

12. Existe-il un code d'éthique et de déontologie des ordres de la santé (médecins, pharmaciens et sages-femmes) au Mali ? /___/ 1=Où, 2=Non, 88=NSP

13. Si oui, savez-vous où vous pouvez vous le procurer ?/___/ 1=Oui, 2=Non, 88=NSP

14. Savez-vous Quelle est le rôle des établissements de santé ?/___/1=ils garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins chez les malades ; 2=ils garantissent seulement la qualité du traitement et des soins ; 88=NSP ; 99=autre (à préciser)
.....

15. Quel est le rôle de la personne malade dans le choix des thérapeutiques qui la concernent ?/___/1=elle participe au choix des thérapeutiques ; 2=elle décide toute seule des thérapeutiques ; 3=elle ne décide de rien ; 88=NSP ; 99=autre (à préciser)
.....

16. Dans quelle condition l'acte médical doit-il être pratiqué chez un malade ?/___/1=après son consentement libre et éclairé ; 2=son consentement n'est pas nécessaire ; 88=NSP ; 99=autre (à préciser).....

17. Pendant la prise en charge d'un malade, il faut:/___/1=respecter ses croyances, son intimité et sa tranquillité ; 2=ne pas tenir compte de ses croyances, ni de son intimité ; 88=NSP ; 99=autre (à préciser).....

18. Avez-vous déjà entendu parler d'un service aux usagers des services de soins de santé ?/___/ 1=oui ; 2=non

19. Avez-vous déjà entendu parler d'un conseil en éthique au sein des services de soins de santé ?/___/ 1=oui ; 2=non

20. Savez-vous s'il existe des comités d'éthique au Mali ?/___/ 1=oui ; 2=non

21. Si oui, lesquels ?

1.....2.....3.....4.....

Deuxième partie : Attitudes des étudiants-soignants, des infirmiers et des aides-soignants, liées à l'éthique des soins et à la déontologie médicale

22. Que pensez-vous de l'accessibilité au service public hospitalier ?/___/1=il est accessible à tous sans distinction ; 2=il est accessible seulement aux personnes démunies ; 3=il est accessible seulement aux personnes aisées ; 88=NSP ; 99=autre (à préciser).....

23. Pensez-vous que les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil et des soins des malades ?/___/1=oui ; 2=non ; 88=NSP ; 99=autre (à préciser)
.....

24. Pensez-vous que la vie privée des patients et la confidentialité des informations personnelles les concernant sont respectées? /___/1=oui ; 2=non ; 88=NSP

25. A votre avis, les malades reçoivent-ils toutes les informations concernant leur maladies ?/___/1=oui ; 2=non ; 88=NSP

26. Pensez-vous que les soignants obtiennent le consentement volontaire et éclairé des malades avant de leur administrer les soins ? /___/1=oui ; 2=non ; 99=autre (à préciser)
.....

27. Selon vous, est ce que les croyances ainsi que l'intimité des malades sont préservées dans les hôpitaux ? /___/1=oui ; 2=non ; 88=NSP

28. Quel est votre niveau de satisfaction avec les patients au sein de votre structure sanitaire ou durant vos activités de soins ? /___/1=très satisfaisant ; 2=assez satisfaisant ; 3=peu satisfaisant ; 4=pas du tout satisfaisant.

29. Justifiez votre réponse:

.....

30. Quel est votre niveau de satisfaction avec les accompagnateurs de patients au sein de votre structure sanitaire ou durant vos activités de soins ? /___/1=très satisfaisant ; 2=assez satisfaisant ; 3=peu satisfaisant ; 4=pas du tout satisfaisant.

31. Justifiez votre réponse:

.....

32. Pensez-vous que votre structure sanitaire et en général les CHU, CSREF et structures sanitaires aient besoin d'une unité d'information, d'éducation et de communication en éthique des soins et en déontologie médicale ? /___/ 1=oui ; 2=non, 88=NSP.

Troisième partie : Pratiques comportementales liées à l'éthique des soins et à la déontologie médicale chez les étudiants-soignants, les infirmiers et les aides-soignants.

33. Avez-vous l'habitude de prendre en charge des patients sans aucune ressource financière ? /___/1=oui ; 2=non

34. Justifiez votre réponse :

.....

35. Avez-vous l'habitude de donner des soins à des malades d'ethnie ou de religion différente de la votre ? /___/1=oui ; 2=non

36. Si non, pour quelle raison ?.....

37. Avez-vous l'habitude de garder confidentielles les informations personnelles concernant les malades ? /___/1=oui ; 2=non

38. Lorsque vous êtes devant un malade à qui vous devez administrer des soins, que faites-vous ? /___/1= vous lui expliquez d'abord l'acte que vous vous apprêtez à poser et obtenez son consentement ; 2= vous posez l'acte sans donner d'explication au patient ; 99=autre (à préciser).....

39. Lui donnez-vous des informations sur sa maladie ? /___/1=oui ; 2=non ; 99=autre (à préciser).....

40. Lorsqu'il vous arrive d'examiner un malade, dans quelle condition le faites-vous ? /___/1=sous le regard des autres malades ; 2=en préservant son intimité ; 99=autre (à préciser).....

41. Avez-vous l'habitude d'écouter les malades ou leurs accompagnateurs et de prendre en compte leurs éventuelles plaintes ? /___/1=oui ; 2=non

42. Est-ce qu'il vous arrive souvent d'accepter qu'un malade quitte l'hôpital avant guérison ?/___/1=oui ; 2=non

43. Si oui, dans quel contexte le permettez-vous ?/___/1=Après avoir informé le malade des risques éventuels auxquels il s'expose ; 2=Sans aucune condition ; 99= autre (à préciser).....

C'est la fin de l'entretien, je vous remercie pour votre disponibilité !

Avez-vous des questions ou des observations à faire ?

Fiche d'enquête N° 2

Questionnaire d'entretien malade/accompagnateur

Information et consentement :

Je suis étudiant - chercheur en médecine et je vous invite à participer à une étude sur les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales en matière d'éthique pratique des soins en milieu hospitalier. L'étude est anonyme et votre participation est entièrement volontaire ! Désirez-vous y participer ? /___/ 1=oui, 2=non, 88=NSP.

Identification

1.N° de la fiche d'enquête/_____/ 2. Date du jour: /___/___/___/

3. Lieu de l'enquête /___/ 1=CHU-point G ; 2=CHU-Gabriel Touré ; 3=CHU-Kati ;

4=CHU-CENOS ; 5=FMPOS ; 99= Autre à préciser :

4. Age /___/ 1=15-20 ans ; 2=21-29 ans ; 3=30-39 ans ; 4=40-49 ans ; 5= ≥50 ans

5. Sexe/___/1=masculin ; 2=féminin

6. Profession /___/1=étudiant en médecine ; 2=étudiant en pharmacie ; 3=étudiant en soins infirmiers ; 4=infirmier ; 5=aide-soignant ; 6=malade ; 7= accompagnateur ; 99=autre (à préciser).....

7. Résidence/___/1=C1 ; 2=C2 ; 3=C3 ; 4=C4 ; 5=C5 ; 6=C6 ; 99=autre (à préciser)

Première partie : Connaissances liées à l'éthique des soins et à la déontologie médicale chez les étudiants-soignants, les infirmiers et les aides-soignants

8. Avez-vous entendu parler de l'éthique des soins ?/___/1=oui ; 2=non

9. Si oui, dans quel contexte en avez-vous entendu parler ?/___/1=radio ; 2=télévision ; 3=école/faculté (université) ; 4=hôpital ; 99=autre (à préciser)

.....

10. Avez-vous entendu parler de la déontologie médicale ?/___/1=oui ; 2=non

11. Si oui, dans quel contexte en avez-vous entendu parler ?/___/1=radio ; 2=télévision ; 3=école/faculté (université) ; 4=hôpital ; 99=autre (à préciser)

.....

12. Savez-vous Quelle est le rôle des établissements de santé ?/___/1=ils garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins chez les malades ; 2=ils garantissent seulement la qualité du traitement et des soins ; 88=NSP ; 99=autre (à préciser)

.....

13. Quel est le rôle de la personne malade dans le choix des thérapeutiques qui la concernent ?/___/1=elle participe au choix des thérapeutiques ; 2=elle décide toute seule des thérapeutiques ; 3=elle ne décide de rien ; 88=NSP ; 99=autre (à préciser)

.....

14. Dans quelle condition l'acte médical doit-il être pratiqué chez un malade ?/___/1=après son consentement libre et éclairé ; 2=son consentement n'est pas nécessaire ; 88=NSP ; 99=autre (à préciser).....

15. Pendant la prise en charge d'un malade, il faut:/___/1=respecter ses croyances, son intimité et sa tranquillité ; 2=ne pas tenir compte de ses croyances, ni de son intimité ; 88=NSP ; 99=autre (à préciser).....

16. Avez-vous déjà entendu parler d'un service aux usagers des services de soins de santé ?/___/ 1=oui ; 2=non.

Deuxième partie : Attitudes des étudiants-soignants, des infirmiers et des aides-soignants, liées à l'éthique des soins et à la déontologie médicale

17. Que pensez-vous de l'accessibilité au service public hospitalier ?/___/1=il est accessible à tous sans distinction ; 2=il est accessible seulement aux personnes démunies ; 3=il est accessible seulement aux personnes aisées ; 88=NSP ; 99=autre (à préciser).....

18. Pensez-vous que les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil et des soins des malades ?/___/1=oui ; 2=non ; 88=NSP

19. Pensez-vous que la vie privée des patients et la confidentialité des informations personnelles les concernant sont respectées dans les structures hospitalières ? /___/1=oui ; 2=non; 88=NSP

20. A votre avis, les malades reçoivent-ils toutes les informations concernant leur maladie ?/___/1=oui ; 2=non ; 88=NSP

21. Pensez-vous que les soignants obtiennent le consentement volontaire et éclairé des malades avant de leur administrer des soins ? /___/1=oui ; 2=non ; 88=NSP

22. Selon vous, les croyances ainsi que l'intimité des malades sont-ils préservées dans les hôpitaux ?/___/1=oui ; 2=non ; 88=NSP

23. Quel est votre niveau de satisfaction avec les soignants au sein des structures sanitaires? /___/1=très satisfaisant ; 2=assez satisfaisant ; 3=peu satisfaisant ; 4=pas du tout satisfaisant.

24. Justifiez votre réponse.....

25. Pensez-vous que votre structure sanitaire et en général les CHU, CSREF et structures sanitaires aient besoin d'une unité d'information, d'éducation et de communication en éthique des soins et en déontologie médicale ?/___/ 1=ooui ; 2=non, 88=NSP.

Troisième partie : Pratiques comportementales liées à l'éthique des soins et à la déontologie médicale chez les étudiants-soignants, les infirmiers et les aides-soignants.

26. Avez-vous l'habitude d'assister des personnes malades qui soient d'une ethnie ou d'une religion différente de la votre ?/___/1=ooui ; 2=non

27. Si non, pour quelle raison ?.....

28. Avez-vous l'habitude de garder confidentielles les informations personnelles concernant un proche malade ?/___/1=ooui ; 2=non

29. Lorsqu'il vous arrive d'administrer des soins à un proche malade, que faites-vous ?/___/1=vous lui expliquez d'abord l'acte que vous vous apprêtez à poser et obtenez son consentement ; 2=vous posez l'acte sans lui donner d'explication ; 88=NSP ; 99=autre

(à préciser).....

30. Lui donnez-vous des informations sur sa maladie ?/___/1=ooui ; 2=non ; 99=autre

(à préciser).....

31. Lorsqu'il vous arrive de faire la toilette d'un proche malade, dans quelle condition le faites-vous ?/___/1=sous le regard des autres malades ; 2=en préservant son intimité ; 88=NSP ; 99=autre (à préciser).....

C'est la fin de l'entretien, je vous remercie pour votre disponibilité !

Avez-vous des questions ou des observations à faire ?

FICHE SIGNALETIQUE

NOM: MOUTE

PRENOMS: Pascal Blaise

Nationalité: Camerounais

Ville de soutenance : Bamako

Titre: Connaissances, attitudes et pratiques liées à l'éthique des soins et à la déontologie médicale chez les étudiants et aidants soignants des CHU du Mali.

Année Académique: 2008-2009

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

Secteur d'intérêt: Tous les C.H.U du Mali.

Résumé : La meilleure connaissance de l'éthique et de la déontologie médicale est obligatoire pour une bonne pratique médicale. Dans les pays occidentaux, la tendance actuelle en matière de soins est la mise en avant de l'individu en tant que personne. La nouvelle charte du 2 Mars 2006 relative à la personne hospitalisée énonce que Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur ; L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. Le patient participe aux choix thérapeutiques qui le concernent. Il peut se faire assister par une personne de confiance qu'il choisit librement ; Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Beaucoup de pays ont adopté cette charte et le Mali en fait partie, puisque 93,7% des étudiants et aidants-soignants ont l'habitude de garder confidentielles les informations personnelles concernant les malades et que 92,2% expliquent d'abord au malade l'acte qu'ils s'appêtent à poser et obtiennent son consentement avant de lui administrer des soins. Cependant, il existe encore des lacunes car 54% de cette même population pensent que les malades ne reçoivent pas toutes les informations concernant leur maladie et 42,1% pensent que les soignants n'obtiennent pas le consentement volontaire et éclairé des malades avant de leur administrer des soins.

Au vu de ces résultats, il est plus que jamais nécessaire que les autorités compétentes créent dans chaque structure sanitaire, une unité d'information, d'éducation et de communication en éthique des soins et en déontologie médicale et Procèdent à un recyclage du personnel soignant en matière d'éthique des soins et de déontologie médicale.

Mots clés : Connaissances ; attitudes ; Pratiques ; éthique ; déontologie

Contact : de_blaiso2000@yahoo.fr

Family Health International

certifie que

Blaise Pascal Mouté

a complété le

COURS DE FORMATION SUR L'ETHIQUE DE LA RECHERCHE

Janvier 28, 2009

David Borasky, MPH CIP

Director,

Office of International Research Ethics Regulatory Affairs and Quality Assurance

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Je le jure.