

MINISTERE DE L'EDUCATION

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITE DU MALI

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET

D'ODONTO-STOMATOLOGIE (F.M.P.O.S.)

Année Universitaire 2002 – 2003

THESE No.....

**L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS
CHIRURGICAUX A L'HOPITAL DU POINT**

«G»

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :

Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

Par

Monsieur : *SEYDOU KANTE*

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Jury

| | | |
|-------------|----------------|-------------------------------------|
| Président : | Professeur | Issa TRAORE |
| Membres : | Docteur | Filifing SISSOKO |
| | Madame KOUMARE | Lucienne Paraiso |
| Directeur : | Professeur | <i>Abdoul Kader TRAORE dit DIOP</i> |

SOMMAIRE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

I – INTRODUCTION :page : 1

II – OBJECTIFS :page : 3

- 1 – Objectif général
- 2 – Objectifs spécifiques

IV – METHODOLOGIE : page : 4

- 1 – Domaine, Type et Période d'étude :
- 2 – Critères d'inclusion
- 3 – Critères de non-inclusion
- 4 – Confection de la fiche d'enquête
- 5 – Collecte des données
- 6 – Saisie et analyse des données

V – RESULTATS :page : 7

VI – COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :page : 48


VII – CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :page : 57

VII – BIBLIOGRAPHIE. page : 59

VIII – ANNEXE

IX – RESUME

BON COURAGE DEDICACES



Après avoir remercié le roi de l'univers « ALLAH » qui m'a assisté dans toutes mes épreuves jusqu'à ce jour et salué son prophète MOUHAMAD (SAW) , je dédie cette thèse :

➤ **A mon Père Feu EL HADJ SIDIKI KANTE**

Que votre âme repose en paix et que le Tout Puissant vous accepte dans son paradis éternel ! C'est vous qui m'avez appris la rigueur, le don de soi dans la vie, et dès mon bas âge vous m'avez fait savoir que l'homme ne doit compter que sur lui-même et que l'aide des autres viendra après. Votre disparition prématurée nous a donné le souci de bien serrer les ceintures. Nous vous remercions très infiniment pour vos sages conseils que vous nous prodiguez en toute circonstance. Nous vous sommes reconnaissants pour tous les efforts que vous avez consentis pour nous. Dormez en paix cher père, que la terre vous soit légère. Ce travail est le vôtre.

➤ **A ma Mère KADIDIA DOUMBIA**

Les mots me manquent en cette occasion pour vous remercier à suffisance. Si nous sommes aujourd'hui ce que nous sommes , c'est grâce à vous ; c'est vous qui avez accepté de souffrir afin que je sois à ce niveau. Je vous remercie pour tous les efforts que vous avez consentis pour moi et mes frères et sœurs. Que le bon Dieu vous accorde une très longue vie pleine de santé afin que nous vous soyons utiles !

➤ **A ma Mère adoptive feu Hadja Beïko SOUMAORO**

Votre pragmatisme, votre sens élevé de la vérité, votre franchise m'ont beaucoup impressionné. Je suis convaincu que les bénédictions que vous m'avez faites m'ont été utiles. Je prie le Seigneur du monde et de l'au-delà pour qu'il vous accepte dans son paradis.

➤ **A mes autres mères :**

Feu Hadja Tonko DOUMBIA, Feu Flani Koumba DOUMBIA, Feu Ba Mariama, vous avez toutes œuvré pour la cohésion familiale pendant votre séjour terrestre. Dormez toutes en paix honorables Mères.

➤ **A mon grand frère Noumory KANTE**

Vous avez été de tous temps disponible pour me venir en aide dans les situations difficiles ; c'est grâce à vous que j'ai atteint ce niveau d'étude. Vous avez été mon seul soutien dans la famille pour mener à bon port mes études après le décès de notre père. Merci pour tout ce que vous m'avez fait personnellement et pour tout ce que vous avez été pour les autres membres de la famille.

➤ **A mes frères et sœurs**

Fanta, Sekou, Amadou, Mariam dite Batoma, Fousseyni, Salimata, Kouradjè, Sory, Sokolon, Hadja Minata, Toumani, Mama, Koumba , Mâma Djoma, feu Dramane et Daouda KANTE
Vous m'avez tous à tous les niveaux apporté votre contribution dans le cadre de la solidarité familiale. Puisse Dieu nous prêter longue vie et nous aider à rester unis pour la bonne marche de la famille.

➤ **A mon Logeur Bourama SIDIBE et Famille**

C'est grâce à votre accueil que nous parlons de ce travail aujourd'hui, vous vous êtes donnés corps et âme afin que les gens qui vivent sous votre tutelle puissent se sentir à l'aise au détriment de votre propre intérêt. Merci pour le don de soi, pour le sacrifice consenti pour les autres. Que le bon Dieu vienne à votre secours !

➤ **A mes mères de la grande famille**

Nounsira Doumbia, Sounoukoun Siama, Minata Camara. Merci pour m'avoir soutenu pendant mes périodes d'étude de l'école fondamentale.

➤ **Particulièrement à mon ami Diakaridia Sidibé :**

Vous m'avez été d'un soutien inestimable au cours de mes deux dernières années d'études à la Faculté ; trouvez ici cher ami l'expression des mes sentiments les plus reconnaissants.

➤ **A Souleymane Sidibé et famille :**

Merci pour votre soutien matériel ; c'est grâce à vous que j'ai pu faire la saisie de mes données. Je remercie particulièrement le petit Barou qui m'a initié à l'ordinateur.

➤ **A mon Fils *SORY IBRAHIM KANTE* et sa maman**

Fatoumata Diakité :

Que Dieu vous prête longue vie pleine de bonheur et de santé !

REMERCIEMENTS

➤ **A mes cousins maternels**

Ladji DOUMBIA, Broulaye DOUMBIA et à leur père Feu BANGALY DOUMBIA, leur mère Feue MARIAM SACKO, merci à tous pour le sacrifice consenti pour ma cause.

➤ **A mes neveux et nièces :**

Souleymane Kanté, Siaka Kanté, Lassina Kanté, Mamadou Kanté Aïcha Kanté, Hadja Tonko Kanté, Hadja Beïko Kanté, Aboucar Sidiki Kanté, Mohamed Kanté dit Guindjo Imam, Diakaridia Kanté, Moussa Kanté, Yaya Kanté ainsi que tous ceux qui n'ont pas été cités ; retrouvez ici l'expression de mes sentiments les plus sincères.

➤ **A mes belles sœurs :**

Veronique Fortès dite FIFI, Sata Doumbia, Feue Mariam Soumaoro, Fanta Kanté, Oumou Soumaoro, Bintou Sidibé, Fatoumata Kanté dite Yakare, Feue Korotoumou Diawara, Feue Kitaba Diakité, Ninerè Tienta, Mama Sidibé, Fanta, Noussira, Saly. Merci à toutes pour vos bienfaits envers ma personne.

➤ **A mes frères et Amis**

Moussa Samou Sidibé, Mamadou Kaba, Dramane Kaba Diakité, Sanaba Keïta, Ladji Keïta, Djibril A Sabane, Ousmane Camara dit Issou Kane, à la famille Kane, à la famille Soumaré, Issiaka Djiguiba à tout le personnel du grin devant l'atelier, Moro Sidibé, Aboubacar Sidiki Sidibé, Mohamed Sidibé, Souleymane Sidibé, Bakary Sidibé, Koumba Sidibé, Mariam Sidibé, Seydou Sidibé, Fatoumata Goundo Coulibaly, Fatoumata Bintou Sy dite Soupou, Haby Dembelé, Kany Sidibé, Fatoumata Keita Ami Keïta, Safiatou Soumaré, Adama Sacko, Adoul Aziz Diakité, Fatou Tembely Korotoumou Sidibe dite mama. Sincères reconnaissances.

A tout le personnel de la Chirurgie « B » particulièrement aux Majors : Moussa Traoré, Hawa Ouologuem, Madame Kamano Fatoumata Camara dite Madame Andre, Madame Touré Maïmouna Sow, Madame Diallo Fanta Koné, Oumou Keïta, Madame Diallo Fanta Konaré, Lassina Traoré dit LT aux GS de la chirurgie « B » et le personnel du Bloc Opératoire. Nous vous Présentons nos excuses pour nos erreurs de débutant ; trouvez ici l'expression de nos sentiments les plus reconnaissants.

Au Docteur Mamadou Mariko :

Vous êtes un homme qui sait ce qu'il cherche dans la vie, un homme qui sait où mettre ses pieds dans la vie, un homme qui a toutes les qualités d'un vrai bambara ; votre très grande disponibilité votre simplicité votre très grande sensibilité au problème des autres m'ont beaucoup impressionné.

Cette thèse est le fruit de votre engagement. Veuillez recevoir ici, cher aîné académique, l'expression des mes sentiments les plus reconnaissants.

A tous mes collègues internes en particulier ceux de la chirurgie «B» de l'HPG :

Bakary SIDIBE, Soumela DEMBELE, Ibrahim OUOLOGUEM, Mahamadou GUINDO, Amadou MAIGA, Moro SISSOKO, Ben MOULAYE et Boubacar CISSE

Rappelez-vous les moments passés ensemble dans le service ; puisse *ALLAH* (SWA) nous donner longue vie dans une parfaite santé de production pour faire goûter à nos parents le fruit de ce long périple.

Succès et bonne chance pour le reste du long chemin.

A nos aînés de la chirurgie «B» qui sont tous docteurs ce jour ; Bakary K TRAORE, Nouhoum DIARRA, Oumar COULIBALY, Oumar DIALLO, Saibou DIARRA, Youssouf SIDIBE ; Justine MERCEDES ; Yaya DESIRE.

A nos Maîtres du service Docteur Nouhoum ONGOIBA, Docteur Sidiki BERETHE

Votre qualité d'encadreur, votre Sympathie, votre Disponibilité et la rigueur dans votre travail font de vous des maîtres inoubliables. Soyez assurés de notre profonde gratitude.

➤ Au Professeur DIOP et Famille

Nous avons été très marqués par la très grande hospitalité de Madame DIOP AWA DIARRA lors de nos différentes présences dans votre foyer, que Dieu couvre votre famille de bonheur.

Veuillez recevoir ici, l'expression des mes sentiments les plus reconnaissants.

REMERCIEMENTS A NOS

MAITRES ET JUGES

⇒ **A Notre Maître et Président du Jury Monsieur le Professeur *Issa TRAORE***

- Professeur de radiologie ;
- Chef de service de radiologie et de médecine nucléaire de l'Hôpital du Point «G» ;
- Président de la Société de Radiologie d'Afrique Noire Francophone (SRANF) ;
- Président de la Société Malienne d'Imagerie Médicale (SMIM) ;
- Vice-président du Groupe des Radiologistes Enseignants Francophones (GREF) ;
- Ancien doyen de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS) ;
- Directeur Général de l'Hôpital du Point «G» ;
- Officier de palme académique de la République de France.

C'est un grand honneur et un grand plaisir que vous nous faites en acceptant la présidence de ce Jury.

Nous sommes très touchés par la gentillesse avec laquelle vous nous avez toujours reçus. Votre rigueur, votre amour pour le travail bien fait et votre disponibilité font de vous un maître admirable.

Veillez croire Cher Maître, en l'expression de notre profonde gratitude et notre profond respect.

⇒ **A notre Maître et Juge Monsieur le Docteur *Filifing SISSOKO***

- Maître assistant en chirurgie «B» de l'Hôpital du Point «G» ;
- Chargé de cours de pathologie chirurgicale à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali (FMPOS).

La précision, la rapidité, la finesse et la rigueur dans le travail, ont retenu notre attention. Votre disponibilité et votre simplicité font de vous un Maître exemplaire et admirable.

Trouvez ici cher Maître notre profonde reconnaissance.

⇒ **A notre maître et Juge Madame *KOUMARE Lucienne Paraiso***

- Administratrice des affaires sociales ;
- Membre du Conseil d'Administration au Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) ;
- Membre du Club International des Femmes ;
- Membre fondateur du LIONS' CLUB « YEELEN » ;
- Chevalier de l'ordre national du Mali ;
- Chef du service social de l'Hôpital du Point «G»

La gentillesse avec laquelle vous nous avez accepté , votre simplicité, votre disponibilité, votre rigueur et votre bien vaillance ont joué un rôle capital pour la bonne réussite de ce travail. Votre Qualité d'assistante sociale et votre accessibilité font de vous un Maître exemplaire.

Veillez recevoir cher Maître notre profonde reconnaissance

⇒ **A notre Maître et Directeur de thèse, Monsieur le Professeur *Abdoul Kader TRAORE dit DIOP***

- Maître de conférence agrégé de chirurgie ;
- Chargé des cours d'anatomie et de pathologie chirurgicale à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie ;

Votre très grande sociabilité cache en vous votre amour pour le travail bien fait .

Votre simplicité cache en vous votre rigueur scientifique.

La facilité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail et la constance dans le suivi de celui-ci, ainsi que l'invitation à l'effort supplémentaire que vous nous avez adressé de manière permanente nous ont été d'un apport déterminant. Vos multiples charges n'ont altéré en rien l'intérêt que vous avez apporté à toutes les étapes de notre recherche. Soyez en infiniment remercié.

⇒ **A notre maître Monsieur le Professeur *Abdel Karim KOUMARE***

- Professeur de chirurgie et d'anatomie ;
- Spécialiste d'Organogenèse, de pédagogie et de recherche médicale ;
- Officier de l'ordre national du Mali ;
- Chevalier du mérite national du Mali ;

Pour l'attention toute particulière que vous avez accordé à chacune des étapes de notre travail, aussi bien sur le plan intellectuel que pratique.

Vos conseils et vos observations auxquels s'ajoutent vos qualités d'éducateur de haut vol ont servi de sous bassement à ce travail

Ce travail est le reflet de votre qualité.

C'est une fierté pour nous de compter parmi vos élèves.

Cher Maître le mot nous manque ce jour pour vous en remercier, cependant veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

➤ INTRODUCTION

L'accompagnement du patient hospitalisé est un phénomène universel. Il est cependant d'une importance assez réduite dans les pays occidentaux où la disponibilité des moyens matériels, financiers et humains, le type d'organisation des centres de soins et la philosophie même de la médecine hippocratique réduisent la dimension des soins à une **interface malade-médecin**.

Il est par contre largement répandu en Afrique et plus particulièrement au Mali.

De façon empirique, il ressort que l'accompagnement du patient hospitalisé par un parent ou un proche en Afrique tire sa force et sa justification des éléments suivants :

- Le faible ratio personnel de santé par habitants : un (1) infirmier pour 10022 habitants au Mali [11] alors que l'OMS recommande un (1) infirmier pour 5000 habitants. Les accompagnants comblent le déficit créé par cette insuffisance du personnel dans ses activités de soins et d'appui aux malades.
- La solidarité africaine qui trouve un cadre d'expression en toute occasion heureuse ou malheureuse.
- La perception de la maladie par les populations dans le schéma de la médecine traditionnelle dont les résidus post-coloniaux régissent encore assez fréquemment les modes de pensée dans ce domaine ; ainsi le malade et le praticien ayant la même vision socioculturelle de l'environnement et du mal, le système de soins n'est plus considéré comme une discipline séparée, mais comme élément d'un système culturel complexe et intégré . Dans ces conditions l'interface malade-soignant se mue en un **triangle malade-société-soignant**.

Pourtant en dépit de son universalité et de son ampleur (dans la région africaine), ce phénomène de l'accompagnement ne semble pas susciter l'intérêt des chercheurs.

Parmi les rares qui s'y sont intéressés, on peut citer :

- Madame Kubler-Ross dont les travaux ont surtout porté sur l'accompagnement du mourant et le processus du deuil [7]

- Collomb dont les travaux ont abouti à la nécessité “d’hospitaliser le malade avec l’accompagnant” à l’Hôpital de Fann, Dakar [6] dans une perspective de sécurisation identitaire et sociale du patient psychiatrique.
- BAMBA (service du Professeur DOLO) qui en 2000 a fait une étude surtout quantitative sur la présence des accompagnants dans le service de Gynéco-obstétrique de l’Hôpital du Point «G» Bamako [1].

Mais la problématique de l’accompagnement en Afrique reste sous étudiée et fort méconnue surtout dans ses ressorts sociologiques et ses implications socio-économiques et sanitaires. Cela explique certainement pourquoi sa réalité n’a jamais été prise en compte dans les programmes ou dans les différentes réformes de la santé au Mali.

Ni l’environnement architectural hospitalier, ni l’organisation des soins, ni l’organisation de la logistique autour du patient n’intègrent la présence de l’accompagnant. Le programme décennal du développement socio-sanitaire (PDSS) qui sert de référentiel au développement sanitaire et social au Mali pour la décennie 1998-2007 ne prévoit pas de place pour l’accompagnant .

C’est pour palier cette lacune notoire que nous avons entrepris ce travail avec les objectifs suivants :

OBJECTIFS

Objectif général :

Etudier la problématique de l'accompagnement dans le service de chirurgie générale « B » de l'Hôpital du Point «G».

Objectifs spécifiques :

- Déterminer le nombre moyen d'accompagnants par patient.
- Déterminer la nature des liens entre accompagnant et patient.
- Décrire l'apport des accompagnants dans la prise en charge financière, matérielle, logistique et psychoaffective des patients.
- Déterminer les contraintes cognitives et environnementales liées à l'accompagnement.

METHODOLOGIE

1 - CADRE DE L' ETUDE (HOPITAL DU POINT «G» : HPG)

Créé en 1906 sur un terrain de 25 hectares et administré par des médecins militaires jusqu'en 1958, l'Hôpital du Point «G» est la formation sanitaire la plus importante du Mali. Il a été érigé en Etablissement Public à caractère Administratif (E.P.A.) doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière suivant la loi N°92-023/AN-RM du 05 octobre 1992. La nouvelle loi hospitalière , de juin 2002 vient de lui donner le statut d'EPH (établissement public hospitalier). Il est situé sur la colline du Point «G» à 8 kilomètres du centre de la ville de Bamako ; d'où une difficulté d'accès. Il est entouré de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie qui est doté d'un internat très peuplé où chaque étudiant est à sa propre charge, et du village du Point «G» également très peuplé, occupé par une partie du personnel de l'hôpital et par d'anciens malades qui après guérison ont préféré s'installer près de l'hôpital. Devant ce fait nous assistons à une flambée du prix des denrées toutes natures confondues. Tous ces facteurs montrent à quel point le coût de la vie au Point «G» est élevée surtout pour les patients démunis.

L'hôpital a pour mission :

- de fournir des soins curatifs, préventifs et de réhabilitation ;
- de se prêter à la formation, à la recherche et au perfectionnement du personnel socio-sanitaire.

Il est dirigé par :

- un directeur général assisté :
- d'un directeur général adjoint
- d'un directeur administratif
 - d'un surveillant général
 - du chef du bureau des entrées
 - du chef du service social

Il s'agit d'un hôpital de 3^{ème} référence nationale et donc, de dernier recours. Il est de style pavillonnaire. Il dispose d'un plateau technique bien équipé et avait en 1999 une capacité de 511 lits, répartis entre 18 services

- Services de médecines et spécialités médicales [cardiologie A, cardiologie B, néphrologie, neurologie, maladies infectieuses, médecine A, médecine B, médecine C, médecine D (hémato-oncologie, endocrinologie et médecine interne), pneumo-phtisiologie et psychiatrie].
- Services de chirurgie et spécialités chirurgicales (chirurgie A, chirurgie B, gynéco-obstétrique et urologie).
- Un service des urgences et de réanimation.

Il dispose depuis l'année 2000 de 489 lits, répartis entre :

- Salles pour très importantes personnalités (V.I.P.) ;
- Salles de première catégorie : chambre de 1 à 2 lits ;
- Salles de deuxième catégorie : chambre de 3 à 5 lits ;
- Salles de troisième catégorie : chambre de 5 à 10 lits ;
- Et un centre d'accueil pour les femmes atteintes de fistule vesico-vaginale, recto-vaginale et vesico-recto-vaginale appelé «OASIS».

A l'accueil une équipe d'hôtesse identifiables par leurs badges est à la disposition des patients et des populations à l'entrée de l'hôpital pour les informer, les orienter et les assister dans leurs démarches.

Les examens paracliniques les plus disponibles sont :

- les examens de laboratoire et de médecine Nucléaire ;
- les examens d'imagerie Médicale, radiographie (scanner, échographie) ;
- Les examens endoscopiques : anorectoscopie, cœlioscopie, bronchoscopie, cystoscopie ;
- Les examens d'électrocardiographie (ECG) et d'electroencéphalographie (EEG)
- Une unité de dialyse rénale.

Notre étude a été menée dans le service de chirurgie «B» l'un des quatre services de chirurgie dirigé par le professeur AK. KOUMARE assisté d'un professeur

agrégé, d'un maître assistant, d'un assistant chef de clinique et d'un praticien hospitalier.

2- TYPE ET DUREE DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude prospective portant sur les patients hospitalisés ainsi que leurs accompagnants. Elle s'est étendue sur une période de 4 mois (octobre 2001- 30 janvier 2002).

3- CRITERES D'INCLUSION :

Ont été inclus dans cette étude :

- Les patients hospitalisés pendant au moins 24h et leurs accompagnants.

4- CRITERES DE NON-INCLUSION :

- Les patients hospitalisés pendant moins de 24h
- Les accompagnants n'ayant pas accepté de répondre au questionnaire.

5- ENQUETE :

Plusieurs étapes ont été suivies pour l'élaboration de ce travail.

5-1- CONCEPTION ET CONFECTION DE LA FICHE D'ENQUETE :

La fiche d'enquête a été faite par l'étudiant et corrigée par le Directeur de thèse. Un pré test a été effectué sur un échantillon de 10 malades et 10 accompagnants avant la finalisation et la validation de la fiche d'enquête

5-2- SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES :

La saisie des données a été effectuée sur les logiciels Microsoft Word et Epi Info 6.04. L'analyse des données a nécessité l'utilisation du test de Student de comparaison des moyennes.

RESULTATS

1 - FREQUENCE DE L'ACCOMPAGNEMENT

Pendant la période d'étude, nous avons recruté 100 malades qui bénéficiaient d'un accompagnement. Pendant la même période, 100 patients ont été hospitalisés dans le service. La fréquence globale de l'accompagnement a donc été de 100% .

2 - DONNEES SOCIO-ADMINISTRATIVES DES PATIENTS

2-1- L'AGE

TABLEAU I : Répartition des malades en fonction de l'âge

| Classe d'âge | Effectif | Fréquence % |
|---------------------|-----------------|--------------------|
| 1 – 20 | 16 | 16.0 |
| 21 – 40 | 42 | 42.0 |
| 41 – 60 | 24 | 24.0 |
| 61 – 80 | 18 | 18.0 |
| TOTAL | 100 | 100.0 |

L'âge moyen a été de 41.2 ans avec un écart type = 29.5 ($p < 0.001$) et des extrêmes allant de 3 ans à 81 ans

2-2- LE SEXE

TABLEAU II : Répartition des patients selon le sexe

| Sexe | Effectif | Fréquence % |
|--------------|-----------------|--------------------|
| Masculin | 48 | 48.0 |
| Féminin | 52 | 52.0 |
| TOTAL | 100 | 100.0 |

Le sexe ratio chez les patients a été de 1.08 en faveur du sexe féminin.

2-3- L'ETHNIE

TABLEAU III: Répartition des patients selon l'ethnie

| Ethnie | Effectif | Fréquence % |
|---------------|-----------------|--------------------|
| Bambara | 25 | 25.0 |
| Peul | 21 | 21.0 |
| Malinké | 16 | 16.0 |
| Sarakolé | 15 | 15.0 |
| Sonrhaï | 5 | 5.0 |
| Sénoufo | 4 | 4.0 |
| Kakolo | 4 | 4.0 |
| Minianka | 2 | 2.0 |
| Dogon | 2 | 2.0 |
| Bobo | 2 | 2.0 |
| Bozo | 1 | 1.0 |
| Touareg | 1 | 1.0 |
| Dafing | 1 | 1.0 |
| Arabe | 1 | 1.0 |
| TOTAL | 100 | 100.0 |

Les ethnies les mieux représentées (Bambara, Peuhl , Malinké, Sarakolés) bénéficient de la même distribution démographique au sein de la population générale du Mali.

2-4- LA RELIGION

TABLEAU IV : Répartition des patients en fonction de leur religion

| Religion des patients | Effectif | Fréquence % |
|------------------------------|-----------------|--------------------|
| Musulman | 98 | 98.0 |
| Chrétien | 2 | 2.0 |
| TOTAL | 100 | 100.0 |

2-5- LE STATUT MATRIMONIAL

TABLEAU V : Répartition des patients selon leur statut matrimonial

| Statut matrimonial des patients | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Marié | 61 | 61.0 |
| Célibataire | 32 | 32.0 |
| Veuf | 3 | 3.0 |
| Fiancé | 4 | 4.0 |
| TOTAL | 100 | 100.0 |

La plupart des patients étaient mariés soit 61.0%. nous avons enregistré 32.0% de célibataires, 3 veufs et 4 fiancés.

2-6- LA PROFESSION

TABLEAU VI : Répartition des patients selon la profession

| Profession des patients | Effectif | Fréquence % |
|--------------------------------|-----------------|--------------------|
| Sans profession | 3 | 3.0 |
| Cadre supérieur | 2 | 2.0 |
| Cadre moyen | 15 | 15.0 |
| Commerçant | 9 | 9.0 |
| Ouvrier qualifié | 7 | 7.0 |
| Scolaire | 18 | 18.0 |
| Cultivateur | 14 | 14.0 |
| Ménagère | 27 | 27.0 |
| Chauffeur | 3 | 3.0 |
| Eleveur | 1 | 1.0 |
| TOTAL | 100 | 100.0 |

2-7- LA RESIDENCE

TABLEAU VII : Répartition des patients en fonction de la Résidence

| Résidence des patients | Effectif | Fréquence % |
|-------------------------------|-----------------|--------------------|
| Kayes | 12 | 12.0 |
| Koulikoro | 22 | 22.0 |
| Sikasso | 12 | 12.0 |
| Ségou | 19 | 19.0 |
| Mopti | 6 | 6.0 |
| Tombouctou | 1 | 1.0 |
| Gao | 4 | 4.0 |
| Bamako | 22 | 22.0 |
| Guinée Conakry | 2 | 2.0 |
| TOTAL | 100 | 100.0 |

Les localités de Bamako et de Koulikoro abritaient la majorité de nos patients avec 22% des cas chacun.

La première abrite le cadre de l'étude et la seconde en est la plus proche en dehors de Bamako.

2-8- LA CATEGORIE D'HOSPITALISATION

TABLEAU VIII : Répartition des patients selon la catégorie d'hospitalisation

| Catégorie d'hospitalisation | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| 1 ^{ère} catégorie | 26 | 26.0 |
| 2 ^{ème} catégorie | 48 | 48.0 |
| 3 ^{ème} catégorie | 26 | 26.0 |
| TOTAL | 100 | 100.0 |

3 - RENSEIGNEMENTS CLINIQUES SUR LES PATIENTS :

3-1- LE DIAGNOSTIC PATHOLOGIQUE :

TABLEAU IX: Répartition des patients selon le diagnostic pathologique

| Diagnostic pathologique | Effectif | Fréquence % |
|--------------------------------|-----------------|--------------------|
| Appendicite aiguë | 10 | 10.0 |
| Cancer de l'estomac | 9 | 9.0 |
| Goitre | 8 | 8.0 |
| Cancer du sein | 7 | 7.0 |
| Péritonite | 6 | 6.0 |
| Occlusion intestinale | 5 | 5.0 |
| Fibrome utérin | 4 | 4.0 |
| Hernie inguinale | 4 | 4.0 |
| Hernie ombilicale | 4 | 4.0 |
| Lithiase vésicale | 3 | 3.0 |
| Nodule du sein | 3 | 3.0 |
| Abcès appendiculaire | 2 | 2.0 |
| Adénome de la prostate | 2 | 2.0 |
| Eventration | 2 | 2.0 |
| Kyste ovarien | 2 | 2.0 |
| Lithiase vésiculaire | 2 | 2.0 |
| Plastron appendiculaire | 2 | 2.0 |
| Tumeur du pancréas | 2 | 2.0 |
| Abcès du foie | 1 | 1.0 |
| Angiome du cou | 1 | 1.0 |
| Artérite du membre inférieur | 1 | 1.0 |
| Artérite du membre supérieur | 1 | 1.0 |
| Cancer du bas œsophage | 1 | 1.0 |
| Cancer du cæcum | 1 | 1.0 |

| | | |
|-----------------------------------|------------|--------------|
| Cancer du colon ascendant | 1 | 1.0 |
| Cancer du rectum | 1 | 1.0 |
| Contusion de la rate | 1 | 1.0 |
| Fissure anale | 1 | 1.0 |
| Fistule anale | 1 | 1.0 |
| Hydrocèle | 1 | 1.0 |
| Invagination intestinale aiguë | 1 | 1.0 |
| Kyste du pancréas | 1 | 1.0 |
| Lithiase urétérale | 1 | 1.0 |
| Perforation cœcale par arme à feu | 1 | 1.0 |
| Prolapsus hémorroïdaire | 1 | 1.0 |
| Prolapsus utérin | 1 | 1.0 |
| Séquelles de brûlure | 1 | 1.0 |
| Sténose duodénale | 1 | 1.0 |
| Thrombose hémorroïdaire | 1 | 1.0 |
| Varice membre inférieur | 1 | 1.0 |
| TOTAL | 100 | 100.0 |

3-2- AUTONOMIE PHYSIQUE (INDICE DE KARNOFSKI)

TABLEAU X: Répartition des patients selon le degré d'autonomie physique de KARNOFSKI

| Degré d'autonomie physique de KARNOFSKI | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Grand malade grabataire | 17 | 17.0 |
| Hospitalisation nécessaire | 2 | 2.0 |
| Soins importants | 1 | 1.0 |
| Aide importante | 3 | 3.0 |
| Aide occasionnelle | 2 | 2.0 |
| Autonome mais aucun travail possible | 28 | 28.0 |
| Légère diminution de l'activité physique | 17 | 17.0 |
| Activité normale malgré la maladie | 30 | 30.0 |
| TOTAL | 100 | 100.0 |

85% des patients étaient physiquement autonomes et n'avaient théoriquement aucun besoin d'assistance. Et pourtant tous ces patients avaient des accompagnants, la dimension sociale de l'accompagnement, qui est surtout un acte de solidarité

3-3- TRAITEMENT

TABLEAU XI : Répartition des patients selon le type de traitement

| Type de traitement | Effectif | Fréquence % |
|---------------------------|-----------------|--------------------|
| Chirurgical | 98 | 98.0 |
| Médical | 2 | 2.0 |
| TOTAL | 100 | 100.0 |

TABLEAU XII : Répartition des patients selon les suites opératoires

| Suites opératoires | Effectif | Fréquence % |
|---------------------------|-----------------|--------------------|
| Simple | 97 | 97.0 |
| Décès | 1 | 1.0 |
| TOTAL | 98 | 98.0 |

4- DONNEES SOCIO-ADMINISTRATIVES DES ACCOMPAGNANTS

4-1- L'AGE

TABLEAU XIII: Répartition des accompagnants en fonction de la classe d'âge

| Classe d'âge | Effectif | Fréquence % |
|---------------------|-----------------|--------------------|
| 1 – 20 | 18 | 12.7 |
| 21 – 40 | 47 | 31.1 |
| 41 – 60 | 57 | 40.1 |
| 61 – 80 | 20 | 14.1 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

L'âge moyen de nos accompagnants a été 38.3 ans avec un Ecart type = 15.0 (P <0.001) ; des extrêmes allant de 14 ans à 76 ans.

4-2- LE SEXE

TABLEAU XIV : Répartition des accompagnants selon le sexe

| Sexe | Effectif | Fréquence % |
|----------------|-----------------|--------------------|
| Masculin | 58 | 40.8 |
| Féminin | 84 | 59.2 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

Le sexe ratio a été de 1.4 en faveur du sexe féminin.

4-3- L'ETHNIE

TABLEAU XV : Répartition des accompagnants selon l'ethnie

| Ethnie | Effectif | Fréquence % |
|----------------|-----------------|--------------------|
| Bambara | 33 | 23.2 |
| Peul | 25 | 17.6 |
| Malinké | 17 | 12.0 |
| Sarakolé | 15 | 10.6 |
| Sonrhaï | 9 | 6.3 |
| Bozo | 6 | 4.3 |
| Minianka | 6 | 4.3 |
| Sénoufo | 5 | 3.5 |
| Kakolo | 5 | 3.5 |
| Bobo | 5 | 3.5 |
| Dogon | 4 | 2.8 |
| Touareg | 4 | 2.8 |
| Dafing | 4 | 2.8 |
| Arabe | 4 | 2.8 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

Les Bambara ont été l'ethnie dominante parmi les accompagnants (soit 23.2%)

4-4- LA RELIGION

TABLEAU XVI : Répartition des accompagnants en fonction de la religion

| Religion de l'accompagnant | Effectif | Fréquence % |
|-----------------------------------|-----------------|--------------------|
| Musulman | 119 | 83.8 |
| Chrétien | 23 | 16.2 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

4-5- LE STATUT MATRIMONIAL

TABLEAU XVII : Répartition des accompagnants selon le statut matrimonial

| Statut matrimonial | Effectif | Fréquence % |
|---------------------------|-----------------|--------------------|
| Marié | 78 | 54.9 |
| Divorcé | 13 | 9.1 |
| Célibataire | 25 | 17.6 |
| Veuf | 17 | 12.0 |
| Fiancé | 9 | 6.3 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

La plupart des accompagnants étaient mariée (soit 54.9%).

4-6- LA PROFESSION

TABLEAU XVIII : Répartition des accompagnants selon la profession

| Profession | Effectif | Fréquence % |
|-------------------|-----------------|--------------------|
| Sans profession | 6 | 4.2 |
| Cadre supérieur | 8 | 5.6 |
| Cadre moyen | 23 | 16.2 |
| Commerçant | 16 | 11.3 |
| Ouvrier qualifié | 14 | 9.9 |
| Scolaire | 9 | 6.3 |
| Cultivateur | 19 | 13.4 |
| Ménagère | 43 | 30.3 |
| Eleveur | 4 | 2.8 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

Les ménagères ont été les plus nombreuses parmi les accompagnants(soit 30.3%).

4-7- LE NIVEAU D'INSTRUCTION

TABLEAU XIX : Répartition des accompagnants en fonction de leur niveau d'instruction :

| Niveau d'instruction | Effectif | Fréquence % |
|-----------------------------|-----------------|--------------------|
| Illettré | 55 | 38.7 |
| Primaire | 33 | 23.2 |
| Secondaire | 26 | 18.3 |
| Supérieur | 12 | 8.5 |
| Ecole coranique | 16 | 11.3 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

38.7% de nos accompagnants étaient des illettrés. Seuls 8.5% avaient un niveau d'étude supérieur.

5-CARACTERISTIQUES SOCIOLOGIQUES DE L'ACCOMPAGNEMENT

5-1- NOMBRE D'ACCOMPAGNANTS PAR PATIENTS

TABLEAU XX : Répartition des patients selon le nombre de leur accompagnant

| Nombre accompagnant | Patients | Fréquence % |
|----------------------------|-----------------|--------------------|
| 1 | 64 | 64.0 |
| 2 | 31 | 31.0 |
| 3 | 4 | 4.0 |
| 4 | 1 | 1.0 |
| TOTAL | 100 | 100.0 |

Le nombre total d'accompagnants a été de 142, ci dessous détaillé :

- 64 patients avaient chacun 1 accompagnant , soit : 64 accompagnants.
- 31 patients avaient chacun 2 accompagnants , soit : 62 accompagnants .
- 4 patients avaient chacun 3 accompagnants , soit : 12 accompagnants .
- 1 seul patient avait 4 accompagnants , soit : 4 accompagnants .

Le nombre moyen d'accompagnants par malade a donc été de 1.42 avec un écart type = 0.6 ($p < 0.001$).

5-2- LE TYPE D'ACCOMPAGNEMENT

TABLEAU XXI : Répartition des accompagnants en fonction du type d'accompagnement

| Type d'accompagnement | Effectif | Fréquence % |
|-----------------------|------------|--------------|
| Temporaire | 23 | 16.2 |
| Permanent | 101 | 71.1 |
| Intermittent | 18 | 12.7 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

5-3- EXPERIENCE DANS L'ACCOMPAGNEMENT

TABLEAU XXII : Répartition des accompagnants en fonction d'expériences antérieures dans l'accompagnement

| Expérience antérieur dans l'accompagnement | Effectif | Fréquence % |
|--|------------|--------------|
| Oui | 81 | 57.0 |
| Non | 61 | 43.0 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

57.0% des accompagnants avaient déjà accompagné des patients à l'hôpital tandis que 43.0% étaient à leur premier accompagnement.

5-4- REPARTITION DES ACCOMPAGNANTS EN FONCTION DU NOMBRE D'ACCOMPAGNEMENTS

TABLEAU XXIII : Répartition des accompagnants en fonction du nombre d'accompagnements

| Nombre d'accompagnements | Effectif | Fréquence % |
|---------------------------------|-----------------|--------------------|
| 1 | 46 | 32.4 |
| 2 | 34 | 23.9 |
| 3 | 17 | 12.0 |
| 4 | 8 | 5.6 |
| 5 | 10 | 7.0 |
| 6 | 6 | 4.3 |
| 7 | 6 | 4.3 |
| 8 | 5 | 3.5 |
| 10 | 5 | 3.5 |
| 15 | 5 | 3.5 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

32.4% des accompagnants étaient à leur premier accompagnement tandis que 5 des accompagnants étaient à leur 15^{ème} accompagnement(soit 3.5%).

5-5- NATURE DES LIENS PATIENTS-ACCOMPAGNANTS

TABLEAU XXIV : Répartition des accompagnants en fonction du lien avec le patient

| Qualité lien accompagnant/patient | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Père | 12 | 8.5 |
| Mère | 14 | 9.9 |
| Sœur | 10 | 7.0 |
| Frère | 12 | 8.5 |
| Oncle | 4 | 2.8 |
| Tante | 4 | 2.8 |
| Cousin | 11 | 7.7 |
| Collègue de travail | 4 | 2.8 |
| Voisin | 6 | 4.2 |
| Conjoint | 18 | 12.8 |
| Enfant | 27 | 19.0 |
| Coépouse | 4 | 2.8 |
| Belle-mère | 5 | 3.5 |
| Servante du patient | 3 | 2.1 |
| Grand-mère | 5 | 3.5 |
| Belle fille | 3 | 2.1 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

5-6- MOTIVATION POUR L'ACCOMPAGNEMENT

Nous l'avons estimé à partir du mode de décision de l'accompagnant à venir assister le patient.

TABLEAU XXV : Répartition des accompagnants en fonction de leur motivation

| Mode de décision | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Venu de lui-même | 71 | 50.0 |
| Venu sur demande du malade | 38 | 26.8 |
| Venu sur instruction de la famille ou d'un tiers | 33 | 23.2 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

6- APPORT DES ACCOMPAGNANTS

6-1- APPORT FINANCIER

TABLEAU XXVI : Répartition des accompagnants en fonction de la contribution financière à la prise en charge des patients

| Contribution financière à la prise en charge des patients | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Oui | 49 | 34.5 |
| Non | 93 | 65.5 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

TABLEAU XXVII : Affectation de la contribution

| Affectation de la contribution | Effectif | Fréquence % |
|---|-----------------|--------------------|
| Frais ordonnances | 2 | 4.1 |
| Frais nourriture | 5 | 10.2 |
| Frais ordonnance et nourriture | 5 | 10.2 |
| Frais ordonnance et hospitalisation | 3 | 6.1 |
| Frais nourriture et hospitalisation | 3 | 6.1 |
| Frais ordonnance, nourriture et hospitalisation | 31 | 63.3 |
| TOTAL | 49 | 100.0 |

6-2- APPORT PSYCHO-AFFECTIF

Il a été établi à partir des entretiens avec les patients.

TABLEAU XXVIII: Répartition des accompagnants en fonction de leur apport psychoaffectif

| Apport psychoaffectif des accompagnants | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Information | 6 | 4.3 |
| Apaisement | 14 | 9.9 |
| Réconfort | 5 | 3.5 |
| Information et apaisement | 7 | 4.9 |
| Information et réconfort | 5 | 3.5 |
| Apaisement et réconfort | 76 | 53.5 |
| Information, apaisement et réconfort | 17 | 12.0 |
| Information, confiance et réconfort | 5 | 3.5 |
| Apaisement, confiance et réconfort | 7 | 4.9 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

L'information consiste pour l'accompagnant à donner des nouvelles rassurantes au patient sur son état, sur la famille et sur la situation de ses affaires en souffrance.

6-3- APPUI AUX ACTIVITES DES SOINS

6-3-1- APPUI A LA DISPENSATION DES SOINS AUX PATIENTS

L'appui à la dispensation des soins est très variable : aide au transport du matériel de soins, aide à l'immobilisation du patient dans des postures adéquates pendant les soins, aide aux levers, etc.

TABLEAU XXIX : Répartition des accompagnants en fonction de leur appui à la dispensation des soins aux patients

| Appui des accompagnants aux soins des patients | Effectif | Fréquence % |
|---|-----------------|--------------------|
| Oui | 34 | 23.9 |
| Non | 108 | 76.1 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

TABLEAU XXX : Répartition des accompagnants en fonction de l'appui aux déplacements de leurs patients

| Appui des accompagnants aux déplacements du patient | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Oui | 28 | 19.7 |
| Non | 114 | 80.3 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

Cette tâche consiste à aider le malade à marcher dans la phase post-opératoire surtout

TABLEAU XXXI : Répartition des accompagnants en fonction de leur participation au brancardage

| Participation des accompagnants au brancardage | Effectif | Fréquence % |
|---|-----------------|--------------------|
| Oui | 22 | 15.5 |
| Non | 120 | 84.5 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

TABLEAU XXXII : Répartition des accompagnants en fonction de leur participation au nursing de leur patient

| Nursing des patients par les accompagnants | Effectif | Fréquence % |
|---|-----------------|--------------------|
| Oui | 111 | 78.2 |
| Non | 31 | 21.8 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

6-4- APPORT LOGISTIQUE

TABLEAU XXXIII : Répartition des accompagnants en fonction de la prise en charge de la logistique de leur patient

| Prise en charge de la Logistique du patient par les accompagnants | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Oui | 83 | 58.4 |
| Non | 59 | 41.6 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

La logistique consiste à faire les courses du patient, à s'occuper de son matériel domestique.

6-5- TACHES MENAGERES

TABLEAU XXXIV : Répartition des accompagnants en fonction de la prise en charge de la lessive de leur patient

| Prise en charge de la lessive du patient par les accompagnants | Effectif | Fréquence % |
|---|-----------------|--------------------|
| Oui | 69 | 48.6 |
| Non | 73 | 51.4 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

TABLEAU XXXV : Répartition des accompagnants en fonction de la prise en charge de la vaisselle du patient

| Prise en charge de la vaisselle du patient par les accompagnants | Effectif | Fréquence % |
|---|-----------------|--------------------|
| Oui | 55 | 38.7 |
| Non | 87 | 61.3 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

TABLEAU XXXVI : Répartition des accompagnants en fonction de la prise en charge de l'hygiène du local d'hospitalisation

| Prise en charge de l'hygiène du local d'hospitalisation par les accompagnants | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Oui | 23 | 16.2 |
| Non | 119 | 83.8 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

TABLEAU XXXVII : Répartition des accompagnants en fonction de la gestion des déchets domestiques de leur patient

| Gestion des déchets domestiques du patient par les accompagnants | Effectif | Fréquence % |
|---|-----------------|--------------------|
| Oui | 111 | 78.2 |
| Non | 31 | 21.8 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

TABLEAU XXXVIII : Répartition des accompagnants en fonction du lieu d'évacuation des déchets domestiques

| Lieu d'évacuation des déchets domestiques du patients par les accompagnants | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| WC | 81 | 73.0 |
| Poubelle | 30 | 27.0 |
| TOTAL | 111 | 100.0 |

TABLEAU XXXIX : Répartition des accompagnants en fonction de la gestion des déchets médicaux de leur patient

| Gestion des déchets médicaux du patient par les accompagnants | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Oui | 28 | 19.7 |
| Non | 114 | 80.3 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

TABLEAU XXXX : Répartition des accompagnants en fonction du lieu d'évacuation des déchets médicaux de leur patient

| Lieu d'évacuation des déchets médicaux du patient par les accompagnants | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Poubelle | 28 | 19.7 |
| TOTAL | 28 | 19.7 |

7 - AVIS DES PATIENTS SUR LES TACHES DES ACCOMPAGNANTS

TABLEAU XXXXI : Répartition des patients selon leur avis sur la tâche la plus importante effectuée par leurs accompagnants

| Avis des patients sur la tâche la plus importante effectuée par leurs accompagnants | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Soutien psychoaffectif | 10 | 10.0 |
| Aide logistique | 80 | 80.0 |
| Tâche domestique | 10 | 10.0 |
| TOTAL | 100 | 100.0 |

La plupart des patients 80.0% trouvaient que l'aide logistique a été la tâche la plus importante effectuée par leurs accompagnants.

TABLEAU XXXXII: Répartition des patients selon le nombre d'accompagnants nécessaire pour leur prise en charge

| Nombre d'accompagnant nécessaire pour la prise en charge du patient | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| 1 | 50 | 50.0 |
| 2 | 43 | 43.0 |
| 3 | 7 | 7.0 |
| TOTAL | 100 | 100.0 |

50% de nos patients ont estimé qu'un seul accompagnant serait nécessaire pour leur prise en charge. Le nombre moyen d'accompagnant estimé nécessaire a été d'environ 1,5 avec un écart type = 0,6 ($p < 0.000$)

8 – CONTRAINTES DE L'ACCOMPAGNEMENT

TABLEAU XXXXIII : Répartition des accompagnants en fonction de leur lieu de sommeil et de repos

| Lieu de sommeil et de repos des accompagnants | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Salle d'hospitalisation | 84 | 59.1 |
| Sous la véranda de la salle | 26 | 18.3 |
| Cour de l'hôpital | 13 | 9.2 |
| A domicile | 19 | 13.4 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

TABLEAU XXXXIV : Répartition des accompagnants en fonction de leur opinion sur la consommation de temps occasionnée par l'accompagnement

| Consommation de temps de l'accompagnant | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Trop de temps | 36 | 25.4 |
| Beaucoup de temps | 74 | 52.1 |
| Peu de temps | 32 | 22.5 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

52.1% des accompagnants trouvaient que l'accompagnement consomme beaucoup de leur temps.

TABLEAU XXXXV : Répartition selon l'impact de l'accompagnement sur les activités habituelles de l'accompagnant

| Impact négatif de l'accompagnement sur l'accompagnant | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Très négatif | 18 | 12.7 |
| Négatif | 73 | 51.4 |
| Peu négatif | 26 | 18.3 |
| Pas du tout négatif | 25 | 17.6 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

TABLEAU XXXXVI : Répartition des accompagnants en fonction de leur conception sur le caractère gênant du lieu de repos par rapport au personnel sanitaire

| Caractère gênant du lieu de repos des accompagnants | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Gênant | 96 | 67.6 |
| Non gênant | 46 | 32.4 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

La plupart de nos accompagnants soit 67.6% trouvaient que leur lieu de repos gênait l'activité du personnel sanitaire tandis que 32.4% estimaient que leur lieu de repos ne gênait en rien l'activité du personnel sanitaire.

TABLEAU XXXXVII : Répartition des accompagnants en fonction de leur degré de satisfaction sur leur lieu de repos

| Avis des accompagnants sur leur lieu de repos | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Satisfait | 76 | 53.5 |
| Non satisfait | 66 | 46.5 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

La majorité de nos accompagnants soit 53.5% étaient satisfaits de leur lieu de repos tandis que 46.5% ne trouvaient aucune satisfaction du lieu de repos.

TABLEAU XXXXVIII : Répartition des accompagnants en fonction du lieu de repas

| Lieu de repas des accompagnants | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Salles d'hospitalisation | 40 | 28.2 |
| Cour de l'Hôpital | 18 | 12.7 |
| Véranda de la salle | 61 | 42.9 |
| Domicile | 23 | 16.2 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

TABLEAU XXXXIX : Répartition des accompagnants en fonction de la connaissance du règlement intérieur de Hôpital

| Connaissance du règlement intérieur de l'hôpital par les accompagnants | Effectif | Fréquence % |
|---|-----------------|--------------------|
| Oui | 50 | 35.2 |
| Non | 92 | 64.8 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

TABLEAU L : Répartition des accompagnants en fonction de leur connaissance sur l'hygiène hospitalière

| Connaissance d'hygiène hospitalière par les accompagnants | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Oui | 35 | 24.6 |
| Non | 107 | 75.4 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

TABLEAU LI : Répartition des accompagnants en fonction de leur connaissance de la sécurité au sein de l'hôpital

| Connaissance sur la sécurité hospitalière par les accompagnants | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Oui | 32 | 22.5 |
| Non | 110 | 77.5 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

TABLEAU LII : Répartition des accompagnants en fonction de la gêne dans leurs activités par d'autres accompagnants

| Gêne inter activité entre accompagnants | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Gêne | 25 | 17.6 |
| Non gêné | 117 | 82.4 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

Seuls 17.6% des accompagnants se trouvaient gênés dans leurs activités par d'autres accompagnants.

TABLEAU LIII: Répartition des accompagnants en fonction de leur impression de gêner le personnel sanitaire dans ses occupations

| Impression des accompagnants de gêner le personnel sanitaire dans ses occupations | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Gêne | 114 | 80.3 |
| Ne gêne pas | 28 | 19.7 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

80.3% des patients pensaient qu'ils gênaient le personnel sanitaire dans ses occupations.

TABLEAU LIV : Répartition des patients en fonction de leur appréciation sur la compétence du personnel administratif

| Appréciation des patients sur la compétence du personnel administratif | Effectif | Fréquence % |
|---|-----------------|--------------------|
| Très compétent | 13 | 13.0 |
| Compétent | 50 | 50.0 |
| Peu compétent | 20 | 20.0 |
| Non compétent | 17 | 17.0 |
| TOTAL | 100 | 100.0 |

TABLEAU LV : Répartition des accompagnants en fonction de leur avis sur la disponibilité du personnel sanitaire

| Disponibilité du personnel sanitaire selon l'avis des accompagnants | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Très disponible | 33 | 23.2 |
| Disponible | 44 | 31.0 |
| Peu disponible | 28 | 19.7 |
| Non disponible | 37 | 26.1 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

TABLEAU LVI : Répartition des accompagnants en fonction de leur avis sur la serviabilité du personnel sanitaire

| Serviabilité du personnel sanitaire de l'avis des accompagnants | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Très serviable | 17 | 12.0 |
| Serviable | 39 | 27.5 |
| Peu serviable | 53 | 37.3 |
| Non serviable | 33 | 23.2 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

TABLEAU LVII : Répartition des accompagnants en fonction de leur avis sur la compétence du personnel sanitaire

| Avis des accompagnants sur la compétence du personnel sanitaire | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Très compétent | 28 | 19.7 |
| Compétent | 50 | 35.2 |
| Peu compétent | 31 | 21.8 |
| Non compétent | 33 | 23.3 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

TABLEAU LVIII : Répartition des accompagnants en fonction de leur avis sur la courtoisie du personnel sanitaire

| Courtoisie du personnel sanitaire selon l'avis des accompagnants | Effectif | Fréquence % |
|---|-----------------|--------------------|
| Très courtois | 28 | 17.9 |
| Courtois | 40 | 28.2 |
| Peu courtois | 55 | 38.7 |
| Non courtois | 19 | 13.4 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

TABLEAU LIX :Répartition des accompagnants en fonction de leur avis sur l'accueil du personnel sanitaire

| Accueil du personnel sanitaire de l'avis des accompagnants | Effectif | Fréquence % |
|---|-----------------|--------------------|
| Très accueillant | 20 | 14.1 |
| Accueillant | 47 | 33.1 |
| Peu accueillant | 55 | 38.7 |
| Non accueillant | 20 | 14.1 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

TABLEAU LX :Répartition des accompagnants en fonction de leur avis sur la disponibilité du personnel administratif

| Disponibilité du personnel administratif de l'avis des accompagnants | Effectif | Fréquence % |
|---|-----------------|--------------------|
| Très disponible | 33 | 23.2 |
| Disponible | 32 | 22.5 |
| Peu disponible | 35 | 24.7 |
| Non disponible | 42 | 29.6 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

TABLEAU LXI : Répartition des accompagnants en fonction de leur avis sur la serviabilité du personnel administratif

| Serviabilité du personnel administratif de l'avis des accompagnants | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Très serviable | 20 | 14.1 |
| Serviable | 38 | 26.8 |
| Peu serviable | 58 | 40.8 |
| Non serviable | 26 | 18.3 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

TABLEAU LXII : Répartition des accompagnants en fonction de leur avis sur la courtoisie du personnel administratif

| Courtoisie du personnel administratif de l'avis des accompagnants | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Très courtois | 26 | 18.3 |
| Courtois | 49 | 34.5 |
| Peu courtois | 31 | 21.8 |
| Non courtois | 36 | 25.4 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

TABLEAU LXIII : Répartition des accompagnants en fonction de leur avis sur l'accueil du personnel administratif

| Accueil du personnel administratif de l'avis des accompagnants | Effectif | Fréquence % |
|---|-----------------|--------------------|
| Très accueillant | 21 | 14.8 |
| Accueillant | 38 | 26.8 |
| Peu accueillant | 53 | 37.3 |
| Non accueillant | 30 | 21.1 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

TABLEAU LXIV : Répartition des accompagnants en fonction de leur avis sur la compétence du personnel administratif

| compétence du personnel administratif de l'avis des accompagnants | Effectif | Fréquence % |
|--|-----------------|--------------------|
| Très compétent | 24 | 16.9 |
| Compétent | 45 | 31.7 |
| Peu compétent | 40 | 28.2 |
| Non compétent | 33 | 23.2 |
| TOTAL | 142 | 100.0 |

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1 - METHODOLOGIE :

Notre étude a été menée dans le service de chirurgie « B » de l'Hôpital National du Point « G ». Nous avons effectué une étude prospective sur tous les patients hospitalisés pendant au moins 24 heures et leurs accompagnants. La difficulté majeure a été la rareté des études sur l'accompagnement ; en outre, la plupart des travaux ont porté sur peu de variables ; les discussions s'en trouvent forcément réduites. Nous avons préféré le terme d'accompagnant à celui d'accompagnateur. En effet, comme l'a fait remarquer GBIKPI, l'accompagnateur est plutôt perçu comme un technicien de la relation tandis que l'accompagnant n'est qu'un être humain, suffisamment proche du patient cependant pour le comprendre, l'aider et le représenter ; il est un prolongement de la présence du patient au sein des structures hospitalières [6]. C'est certainement avec l'accompagnant et non avec l'accompagnateur que l'accompagnement atteint toute la plénitude de sa signification dans le contexte africain où la maladie est toujours globalisante dans sa référence au groupe et à la relation sociale [6]. Dans la médecine traditionnelle africaine, le guérisseur ne sépare jamais le malade de ceux qui l'accompagnent.

Par ailleurs, pour des modalités opérationnelles, nous avons convenu des définitions suivantes :

- Un accompagnant permanent est un accompagnant toujours présent auprès de son malade du début de l'hospitalisation jusqu'à la sortie.
- Un accompagnant temporaire est un accompagnant qui se fait remplacer par un autre dans la journée.
- Un accompagnant intermittent est celui qui reste momentanément auprès de son malade sans se faire remplacer.

BAMBA n'avait retenu que deux types d'accompagnants : les permanents et les intermittents [1]. Le concept d'accompagnant temporaire n'est cependant pas

superflu ; bien au contraire, il témoigne d'une réalité très importante : les variations de la population fluctuante de l'hôpital dont l'impact sur l'écologie microbienne des hôpitaux en terme d'apparition de souches résistantes est connu.

Enfin contrairement à BAMBA qui a fixé dans ses critères d'inclusion une durée d'hospitalisation d'au moins 48 heures [1], nous avons ramené la durée d'hospitalisation à une valeur minimale de 24 heures ; cela permet de cerner la promptitude des proches du patient à organiser son accompagnement.

2 - DONNEES SOCIO-ADMINISTRATIVES ET MEDICALES SUR LES PATIENTS :

Nous avons recruté pendant les 4 mois de l'étude 100 patients (soit 25 patients par mois) dont 48% d'hommes et 52% de femmes, avec un âge moyen de 41.2 ans (écart type 29.5). L'étude de BAMBA, effectuée dans le même hôpital, mais dans un service de Gynéco-obstétrique a permis de recenser également 100 malades, mais en six mois (soit 16.6 patient par mois), toutes de sexe féminin en raison de la vocation du service [1].

Cette différence de fréquentation est imputable à plusieurs facteurs :

- Les vocations des deux services sont différentes : Chirurgie générale et Gynéco-obstétrique.
- Les périodes couvertes par les deux études sont différentes : celle de BAMBA s'est déroulée de mai à octobre 1999 tandis que la nôtre s'étend d'octobre 2001 à janvier 2002 ; or plusieurs études ont montré les variations saisonnières dans la fréquentation des hôpitaux (2 ;12).

Les pathologies rencontrées dans notre étude n'ont rien de particulier par rapport à celles d'un service de chirurgie générale. Mais la seule étude locale disponible sur l'accompagnement, celle de BAMBA ne permet pas de faire de comparaisons des pathologies avec notre étude à cause d'un énorme biais de recrutement (l'étude de BAMBA s'est déroulée dans un service de Gynéco-obstétrique).

Nous avons déterminé pour chaque patient le degré d'autonomie physique à travers l'indice de KARNOFSKI. Ainsi, d'après cet indice, seulement 15% de nos patients

n'avaient pas d'autonomie physique et avaient par conséquent un besoin réel d'assistance physique. Nous n'avons pas trouvé dans les études similaires disponibles cette notion d'indice de KARNOFSKI qui se trouve cependant être un outil précieux dans l'évaluation des besoins d'assistance des patients, toutes pathologies confondues.

3 – FREQUENCE ET TYPOLOGIE DES ACCOMPAGNANTS

3-1 – Fréquence de l'accompagnement :

Chacun de nos 100 patients avait au moins un accompagnant ; la fréquence de l'accompagnement a donc été de 100%, avec une moyenne de 1.42 accompagnants par patient, ce qui confirme le caractère fréquent de cette pratique en Afrique. BAMBA abonde dans le même sens en notant l'existence d'au moins un accompagnant au près de 98% de ses patients, avec une moyenne de 1.28 accompagnant par patient [1]. On note parfois des cas pléthoriques (jusqu'à 4 accompagnants chez certain patient dans notre série), ce qui n'est pas sans inconvénients sur les structures sanitaires [1]. Mais il existe aussi l'autre extrême, où le patient peut ne pas avoir d'accompagnant [1] ; ce phénomène de non accompagnement était surtout observé dans les services de Psychiatrie où le patient était pratiquement abandonné par ses proches, comme s'il était civilement mort. C'est dans les années 1970-1980 que l'école psychiatrique dakaroise, pour freiner cette dérive, a formalisé et codifié l'accompagnement en créant le concept de « l'institution accompagnant », faisant de la paire « patient-accompagnant » un couple quasiment indissociable [6]. Ce modèle parfaitement superposable au modèle traditionnel africain peut être envisagé dans les services médico-chirurgicaux, devant des cas chroniques ou des cas d'indigence occasionnant parfois la fuite de responsabilité des proches .

3-2 – Typologie des accompagnants :

L'accompagnant type tel que retrouvé dans notre série est une personne d'âge mûr, de sexe féminin, sans emploi formel (c'est à dire non salarié), d'un niveau d'éducation faible. La plupart de ces caractéristiques sont retrouvées dans l'étude de BAMBA :

- L'âge moyen a été de 38.3 ans dans notre étude et de 44.29 ans dans celle de BAMBA ; il s'agit bien là, dans les deux cas d'adultes d'âge mûr. Bien que nous ayons retrouvé un taux de 12.7% d'accompagnants ayant un âge ≤ 20 ans, l'on notera que l'accompagnement est une chose jugée assez sérieuse, qui requiert un certain sens de la responsabilité, raison pour laquelle plus de 54% des accompagnants avaient plus de 40 ans.
- Le sexe : BAMBA, en relevant la prédominance du sexe féminin au sein de la population accompagnante (82.03% d'accompagnantes) avait imputé ce fait au recrutement de ses malades toutes de sexe féminin [1] ; la pudeur voudrait en effet que les femmes hospitalisées pour des raisons gynéco-obstétricales se fassent accompagner de préférence par d'autres femmes, pour mieux préserver leur intimité. Notre étude bat en brèche cette hypothèse dans la mesure où 84 de nos 142 accompagnants (soit 59,2%) étaient de sexe féminin alors que moins de la moitié des malades (48%) étaient de sexe masculin. On peut en déduire que même les malades de sexe masculin préfèrent se faire accompagner par des femmes. Il s'agit là d'une confirmation du rôle de la femme dans la prise en charge des autres membres de la famille, en période critique ou non ; en fait, la période d'hospitalisation constitue un prolongement spécial du rôle de la femme dans la cellule familiale et dans la société.
- La profession : Nous n'avons retrouvé que 30.3% de ménagères contre 61.19% chez BAMBA [1] ; cependant, si l'on y ajoute les scolaires, les chômeurs, les cultivateurs et éleveurs, nous atteignons le taux de 68.3% d'accompagnants sans emploi formel. GBIKPI [6] retrouve un taux encore plus élevé (95.83%). Il est parfaitement compréhensible que les familles assignent la mission d'accompagnement à ceux de leurs membres qui jouissent d'une grande flexibilité dans leurs occupations professionnelles. Il semble par ailleurs, selon l'expérience de GBIKPI que plus l'hospitalisation est de longue durée ,plus le taux d'accompagnants sans emploi formel soit élevé [6]. Notons cependant que dans notre série, plus d'un accompagnant sur cinq (soit 21.8%) étaient des cadres de l'administration, ce qui pose le problème de l'absentéisme dans les services de l'Etat.

- Le niveau d'instruction : 61.90% de nos accompagnants avaient un niveau d'instruction nul ou primaire ; BAMBA avait noté que 73.43% de ses accompagnants ne savaient ni lire ni écrire [1]. Ce bas niveau d'instruction des accompagnants est préjudiciable au respect des règles hospitalières. De fait, 64.8% des accompagnants dans notre série ont déclaré ignorer l'existence d'un règlement intérieur à l'hôpital ; 75.4% n'avaient pas de notion sur l'hygiène hospitalière et 77.5% n'avaient pas d'information sur les règles de sécurité à l'hôpital. Ces données interpellent fortement les autorités hospitalières si l'on sait que leur unique moyen de communication avec les accompagnants se limite à placarder des messages écrits à l'intention d'une population largement illettrée ou sous-illettrée.

- Liens accompagnants / patients : Nous avons noté que 69.7% de nos accompagnants avaient des liens de parenté directs (1^{er} et 2^e degré) avec leurs patients ; BAMBA est dans la même fourchette avec un taux de 66.41% de liens directs [1] ; GBIKPI également avec un taux de 70%. KINGUE [8] et DIARRA [5] ont fait remarquer que le lien de parenté influe sur la prise en charge des dépenses de santé.

Par ailleurs nous notons que les conjoints ne sont pas forcément les plus accompagnateurs ; ce sont les enfants des patients qui accompagnent le plus souvent (1 cas sur 5), ce qui souligne le devoir d'assistance filial qui est de règle dans les sociétés africaines. Enfin, nous avons noté avec BAMBA que les « relations des patients » (amis, voisins, collègues de travail) ne sont pas à négliger (6.25% des cas chez BAMBA, 7% dans notre série) ; elles témoignent de la puissance des réseaux de solidarité dans les sociétés africaines à travers des liens transversaux dans les relations sociales.

3.3 – Rôle des accompagnants

Il se situe à plusieurs niveaux :

- L'appui psychoaffectif au patient : tous les patients dans notre série signalent ce rôle de l'accompagnant ; l'accompagnant est source d'information (4.3%), de confiance, mais surtout de réconfort et d'apaisement (53.3%). BAMBA n'a pas étudié cet aspect de l'accompagnement ; mais GBIKPI l'a cerné de très près et a même esquissé des

archétypes en fonction des déviations qui peuvent résulter d'une appropriation erronée ou excessive du rôle ; c'est ainsi qu'il signale l'existence d'accompagnants complices, compréhensifs, médiateurs ,somatisants , mais aussi résignés, mercenaires ,etc.[6]

Ces déviations expliquent peut- être en partie le peu d'importance que les patients accordent à ce rôle des accompagnants par comparaison à d'autres rôles : 80% des patients ont signalé que la tâche la plus importante des accompagnants est l'aide logistique ; 10% seulement d'entre eux trouvent que le soutien psychoaffectif est le rôle le plus important. Il y a là une interpellation sur la nécessité d'une formation de l'accompagnant aux techniques d'approche psychologique du patient.

- l'aide logistique et l'appui aux soins : le caractère artisanal de la gestion hospitalière dans nombre de pays africains impose la nécessité d'une présence physique à côté du patient ; c'est ainsi qu'émerge « l'accompagnant valet » (selon un autre archétype de GBIKPI [6]) chargé des tâches domestiques : cuisine ,lessive, vaisselle, nettoyage des salles d'hospitalisation, déplacement du patient ,courses (incessants allers et retours entre salles d'hospitalisation d'une part et services administratifs, laboratoires, services d'imagerie et pharmacie d'autre part).L'accompagnant va jusqu'à apporter un appui aux soins proprement dits, mais cela n'est pas spécifique aux pays africains ;DE HENNEZEL signale en effet qu'en Europe aussi , les familles s' impliquent car beaucoup de soignants refusent de s'investir dans les soins de nursing (hygiène corporelle du patient ,mobilisation, surveillance ,massage de confort) pourtant indispensables à la prévention des souffrances liées à l'immobilisation et à la perte d'autonomie [3,4]. Cette « prise de fonction » de l'accompagnant dans le système de santé telle que constatée dans notre étude est certainement due à l'insuffisance qualitative et quantitative du personnel soignant ; mais GBIKPI souligne à juste titre que la présence d'accompagnant entraîne souvent une démission du personnel [6] .Cette situation est parfaitement illustrée par le fait que 15.5% de nos accompagnants étaient utilisés par le personnel pour participer au brancardage. Une définition et une répartition claires des tâches s'imposent certainement.

- L'apport financier : à peu près un accompagnant sur trois a apporté un soutien financier à son patient et cet apport a été affecté dans 63.3% des cas aux frais d'ordonnance, de nourriture et d'hospitalisation. L'absence d'assurance maladie augmente ainsi de façon considérable les charges des familles, et plus particulièrement des accompagnants qui enregistrent par ailleurs un manque à gagner dans leurs revenus du fait de leur immobilisation à l'hôpital.

Plusieurs auteurs [1 , 2 ,5 ,9] ont mis en exergue la fragilité de la prise en charge par la famille et son impact sur la promptitude avec laquelle les traitements sont institués. La qualité des soins s'en ressent directement. Autant GBIKPI pense que la présence de l'accompagnant entraîne la démission du personnel soignant, autant nous pensons que cette même présence contribue à accentuer la démission des autorités sanitaires (et donc de l'Etat) dans la prise en charge financière des patients.

CONTRAINTES DE L'ACCOMPAGNEMENT

- Contraintes environnementales : ni l'organisation des soins, ni l'architecture hospitalière ne prévoient la présence de l'accompagnant qui est dans une situation ambivalente : autant les personnels socio-sanitaire et administratif se reposent sur lui (tâches logistiques, prise en charge financière du patient), autant il est considéré comme un intrus, comme en attestent les données suivantes :

- 58.4% du personnel administratif et 52.8% du personnel socio-sanitaire se sont montrés peu accueillants vis à vis des accompagnants.
- 54.3% du personnel administratif et 45.8% du personnel socio-sanitaire se sont montrés peu disponibles vis à vis des accompagnants.
- Les accompagnants ne disposent d'aucune structure spéciale pour le repos et les repas ; la cohabitation avec les patients est manifeste quand les salles d'hospitalisation et leurs vérandas sont utilisées respectivement dans 28.2% et 42.9% des cas pour ce faire. Autre chiffre, 16.2% des accompagnants, à cause du caractère inapproprié des locaux, deviennent de facto des accompagnants intermittents en adoptant d'aller se reposer et se restaurer à domicile. Le problème de l'hébergement de l'accompagnant est clairement posé. Sa résolution devrait

s'inspirer de l'expérience du village Psychiatrique de l'Hôpital du Point «G» et de l'Hôpital Psychiatrique de FANN qui ont intégré la présence de l'accompagnant dans le système architectural des services.

- Contraintes cognitives : nous avons retrouvé 61.9% d'accompagnants illettrés et/ou sous illettrés et BAMBA en avait retrouvé 73.4%. Ceci est une limite objective à la compréhension des règles de fonctionnement de l'hôpital, aux rapports avec l'administration et le personnel socio-sanitaire. Plus de trois accompagnants sur quatre n'avaient aucune notion ni sur l'hygiène hospitalière, ni sur les règles de sécurité à l'hôpital. Il n'est donc pas étonnant de retrouver des déchets domestiques et médicaux dans des endroits inappropriés, ou de retrouver des cuisines de fortune installées à quelques mètres seulement des lits des malades. Par ailleurs, l'analphabétisme de l'accompagnant peut être source d'erreurs graves dans l'administration au patient de substances médicamenteuses per os dont il a souvent la charge. Enfin, l'accompagnant illettré éprouve souvent de grandes difficultés dans la gestion des documents médicaux et financiers (au niveau du bureau des entrées) du patient.

- Contraintes occupationnelles : l'accompagnement est un moment d'immobilisation total ou partiel. Si la plupart des accompagnants semblent motivés pour ce travail (50.0% sont venus d'eux-mêmes), il est à signaler que 77.5% d'entre eux déclarent que l'accompagnement est trop ou très consommateur de temps, tandis que 64.1% estiment qu'il a un effet négatif sur leurs activités habituelles.

GBIKPI a esquissé le tableau de l'accompagnant résigné qui considère la mission comme une véritable corvée [6]. La lourdeur des tâches y est certainement pour quelque chose.

- Contraintes financières : l'accompagnant peut être soumis à une forte pression financière comme nous l'avons signalé dans l'apport financier ; La famille est en effet la principale assurance-maladie dans notre pays comme l'attestent les études de NARE et de BAMBA dans lesquelles les parents prennent en charge tous les frais du patient dans 90.0% et 96.0% respectivement [1,10]. Face à cette pression financière, l'accompagnant, surtout de sexe féminin peut être amené à s'impliquer dans certaines activités légalement ou moralement répréhensibles. La pression financière peut aussi

entraîner une fuite de responsabilité, allant jusqu'à l'abandon du patient. L'institution d'une assurance-maladie universelle s'impose donc plus que jamais, surtout pour l'amélioration de la qualité des soins, mais aussi pour la protection des patients et de leurs accompagnants sur le plan de la sauvegarde de leur dignité.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSIONS :

Malgré ses contraintes et ses travers ,l'accompagnement du patient dans les structures hospitalières par ses proches est un phénomène de grande vitalité qui témoigne éloquentement de l'étendue et de la solidité des réseaux de solidarité en Afrique.

L'accompagnement est quasiment systématique (100% des patients en ont bénéficié dans notre étude) ; il est pris en charge par la famille , mais aussi par les amis , les voisins , les collègues de travail .La femme , de par son rôle de gardienne de la famille (et donc de la société) est retrouvée aux avant-postes de cette activité dans presque toutes les études disponibles (trop rares, cependant). L'accompagnant pallie significativement l'insuffisance quantitative et qualitative du personnel hospitalier, mais aussi la démission de l'Etat face à la prise en charge financière des patients. Il n'est cependant ni reconnu par les textes ,ni prévu dans l'espace physique hospitalier de nos pays. .

Des mesures s'imposent donc sur le plan de la réglementation et des aménagements pour accompagner l'accompagnement afin de le normaliser et de mieux l'intégrer dans le paysage hospitalier.

D'autres études s'avèrent nécessaires par ailleurs pour mieux cerner la typologie des accompagnants ,ainsi que les relations entre accompagnants et personnel soignant.

RECOMMANDATIONS

1 : Repenser l'espace architectural dans le but de préserver davantage l'intimité et la sécurité des patients et de leurs accompagnants.

2 : Elaborer une charte de l'accompagnant en vue d'une réglementation de l'accompagnement (contingentement en fonction de l'indice de KARNOFSKI, droits, devoirs)

3 : Etablir un cadre formel de dialogue entre personnel hospitalier et accompagnants pour une information des uns et des autres.

4 : Doter les structures hospitalières de personnels spécialisés et en nombre suffisant (kinésithérapeutes , équipes de brancardiers ,femmes de ménage etc.)

5 :Instituer l'assurance –maladie obligatoire .

BIBLIOGRAPHIE

1 - BAMBA B. :

Place des accompagnants (es) dans le système de soins : Cas du service de Gynécologie obstétrique de l'Hôpital National du point G

Thèse Med ; Bamako; 2000 ; 1 ; 30p.

2 – BANKINEZA E. M. :

Etude rétrospective des activités du service de chirurgie B à l'Hôpital National du Point G :

Thèse Med Bamako 1992 ; 51 ; 182p.

3 - DE HENNEZEL M. :

La mort intime.

Paris : Robert Laffont ; 1995 ; 232p

4 - DE HENNEZEL M. :

L'intimité des derniers instants de la vie

In présence haptonomique 1996 ; 3 ; 56-62.

5 – DIARRA T. :

Itinéraire thérapeutique dans le quartier de BANCONI. « Se soigner au Mali » une contribution aux sciences sociales

Edition Khartala –ORSTOM ; Paris ; 1995

6 – GBIKPI P. A. :

L'accompagnant dans une institution Psychiatrique (à propos de 20 cas) Thèse Med. Dakar ; 1978 ; 21 ; 177p.

7 - KUBLER-ROSS E. :

Les derniers instants de la vie

Genève Labor et FIDES ; 1996 ; 279p.

8 – KURINGUE A. S. :

Problème et comportement lié à la santé et à la reproduction des ménages et groupe à risque dans le cercle de Kolondièba.

These Med; Bamako; 1995; 37; 167p

9 – MARIKO M. :

Malades Indigents Hospitalisés: prise en charge à l'Hôpital du Point G Thèse Med. Bamako ; 2002 ; 68 ; 71p.

10 – NARE H. :

Etude du coût de la consommation des médicaments par les patientes hospitalisées dans les services de Gynécologie et Obstétrique des Hôpitaux du Gabriel Touré et du Point G

Thèse de Pharmacie ; Bamako ; 1997 ; 19 ; 83p.

11- Rapport bilan du Ministère de la santé (juin 1992 à mars 2002) ; cellule de planification et de statistique ; Bamako (koulouba) mai 2002 .

12 – SANGARE Y. :

Mortalité et Facteurs de risque des nouveau-nés prématurés de faible poids de naissance unité de Réanimation néonatalogie service de Pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré , une étude rétrospective de 447 dossiers Thèse Med Bamako; 2002 ; 85 ; 61p.

ANNEXES

REPARTITION DES PATIENTS SELON LE DEGRE D'AUTONOMIE PHYSIQUE DE KARNOFSKI

| Cotation KARNOFSKI | Degré d'autonomie physique du malade |
|--------------------------------------|---|
| Mort | 0 |
| Moribond | 10 |
| Grand malade grabataire | 20 |
| Hospitalisation nécessaire | 30 |
| Soins importants | 40 |
| Aide importante | 50 |
| Aide occasionnelle | 60 |
| Autonome mais aucun travail possible | 70 |
| Légère diminution de l'activité | 80 |
| Activité normale malgré la maladie | 90 |
| Individu normal | 100 |

FICHE D'ENQUETE

MALADE

I - RENSEIGNEMENTS SOCIO-ADMINISTRATIFS

- Q1 : N° fiche....././././
- Q2 : N° du dossier....././././
- Q3 : Nom et Prénom.....
- Q4 : Age (année)....././././
- Q5 : Sexe....././
- 1 : masculin 2 : féminin
- Q6 : Profession....././
- 1 : cadre supérieur 2 : cadre moyen 3 : commerçant 4 : ouvrier qualifié 5 : scolaire 6 : cultivateur 7 : ménagère 9 : autres à préciser.....
- Q7 : Religion....././
- 1 : Musulman 2 : Chrétienne 3 : Animiste 4 : témoin de Jehova
- 5 : Autres à préciser
- Q8 : Ethnie....././
- 1 : bambara 2 : peulh 3 : malinké 4 : sonrhai 5 : senoufo 6 : sarakolé 7 : bozo 8 : minianka 9 : dogon 10 : bobo 99 : autres à préciser.....
- Q9 : Résidence....././
- 1 : Kayes 2 : Koulikoro 3 : Sikasso 4 : Segou 5 : Mopti 6 : Tombouctou
- 7 : Gao 8 : Kidal 9 : Bamako 99 : autres à préciser.....
- Q10 : Adresse à Bamako.....
- Q11 : Catégorie d'hospitalisation....././
- 1 : 1^{ère} catégorie 2 : 2^{ème} catégorie 3 : 3^{ème} catégorie 9 : autres à préciser.....
- Q12 : Niveau d'instruction....././
- 0 : illettré 1 : primaire 2 : secondaire 3 : supérieur 9 : autres à préciser
- Q13 : Statut matrimonial....././
- 1 : marié(e) 2 : divorcé(e) 3 : célibataire 4 : veuf(ve) 5 : fiancé(e) 9 : autres à préciser
- Q14 : Situation professionnelle du malade....././
- 1 : congé(e) 2 : retraité(e) 3 : activité 4 : permission 5 : autres à préciser

II- DEGRE D'AUTONOMIE PHYSIQUE DU MALADE (KARNOFSKI)

- Q15 : Diagnostic du malade.....
- Q16 : Cotation Karnofski....././././

0 : mort 10 : moribond 20 : grand malade grabataire 30 : hospitalisation
40 : soins importants 50 : aide importante 60 : aide occasionnelle 70 : autonome
mais aucun travail possible 80 : légère diminution de l'activité 90 : activité
normale malgré la maladie 100 : individu normal

III-AVIS DU MALADE SUR L'ORGANISATION DES SOINS

Q17: avis du malade sur le personnel sanitaire

Q17a : avis du malade sur la disponibilité du personnel sanitaire...../.../

1: personnel sanitaire très disponible 2: personnel sanitaire peu disponible
3: personnel sanitaire disponible 4 : personnel sanitaire non disponible
9 : autres à préciser.....

Q17b : avis du malade sur la serviabilité du personnel sanitaire...../.../

1: personnel sanitaire très serviable 2: personnel sanitaire peu serviable
3: personnel sanitaire serviable 4 : personnel sanitaire non serviable
9 : autres à préciser.....

Q17c : avis du malade sur la compétence du personnel sanitaire...../.../

1: personnel sanitaire très compétent 2: personnel sanitaire peu compétent
3: personnel sanitaire compétent 4 : personnel sanitaire non compétent
9 : autres à préciser.....

Q17d : avis du malade sur la courtoisie du personnel sanitaire...../.../

1: personnel sanitaire très courtois 2: personnel sanitaire peu courtois
3: personnel sanitaire courtois 4 : personnel sanitaire non courtois
9 : autres à préciser.....

Q17e : avis du malade sur l'accueil du personnel sanitaire...../.../

1: personnel sanitaire très accueillant 2: personnel sanitaire peu accueillant
3: personnel sanitaire accueillant 4 : personnel sanitaire non accueillant
9 : autres à préciser.....

Q18: avis du malade sur le personnel administratif

Q18a : avis du malade sur la disponibilité du personnel administratif/.../

1: personnel administratif très disponible 2: personnel administratif peu
disponible 3: personnel administratif disponible 4 : personnel administratif non
disponible 9 : autres à préciser.....

Q18b : avis du malade sur la serviabilité du personnel administratif/.../

1: personnel administratif très serviable 2: personnel administratif peu
serviable 3: personnel administratif serviable 4 : personnel administratif non
serviable 9 : autres à préciser.....

Q18c : avis du malade sur la compétence du personnel administratif/.../

1: personnel administratif très compétent 2: personnel administratif peu
compétent 3: personnel administratif compétent 4 : personnel administratif non
compétent 9 : autres à préciser.....

Q18d : avis du malade sur la courtoisie du personnel administratif/.../

1: personnel administratif très courtois 2: personnel administratif peu courtois
3: personnel administratif courtois 4 : personnel administratif non courtois
9 : autres à préciser.....

Q18e : avis du malade sur l'accueil du personnel administratif/.../

1: personnel administratif très accueillant 2: personnel administratif peu accueillant 3: personnel administratif accueillant 4 : personnel administratif non accueillant 9 : autres à préciser.....

IV - AVIS DU MALADE SUR L'ACCOMPAGNEMENT

Q19 : Avez-vous combien d'accompagnant ?...../.../

Q20 : Nature des liens avec son (ses) accompagnant(s)...../.../

1:père (A1) 2: mère(A2) 3: sœur (A3) 4: frère(A4) 5: oncle(A5)
6 : tante(A6) 7 : cousin(A7) 8 : amis(A8) 9 : collègue de travail(A9)
10 : voisin(A10) 11 : conjoint(A11) 12 : enfants(A12) 99 : autres à préciser.....

Q21 : avis du malade sur le nombre d'accompagnants nécessaire pour sa prise en charge...../.../

Q22 : avis du malade sur son (ses) accompagnant(s)

Q22a : disponible...../.../

1 :oui 2 : non

Q22b : serviable...../.../

1 : oui 2 : non

Q22c : courtois...../.../

1 : oui 2 : non

Q23 : perception du malade sur la présence de l'accompagnant

Q23a : Rassuré...../.../

1 : oui 2 : non

Q23b : Réconforté...../.../

1 : oui 2 : non

Q23c : Sécurisé...../.../

1 : oui 2 : non

Q23d : Ennuyé...../.../

1 : oui 2 : non

Q23e : Gêné...../.../

1 : oui 2 : non

Q23f : Autres à préciser.....

Q24 : quelle est la tâche la plus importante effectuée par les accompagnants ?...../.../

1 : soutien psychoaffectif 2 : aide logistique 3 : tâche domestique

Q25 : Les accompagnants peuvent ils être remplacés par le personnel ?...../.../

1 : oui 2 : non

FICHE D'ENQUETE

ACCOMPAGNANT

I - RENSEIGNEMENTS SOCIO-ADMINISTRATIFS

Q1 : N° fiche....././././

Q2 : N° du dossier....././././

Q3 : Nom et Prenom.....

Q4 : Age (année)...../././././

Q5 : Sexe....././

1 : masculin 2 : féminin

Q6 : Profession....././

1 : cadre supérieur 2 : cadre moyen 3 : commerçant 4 : ouvrier qualifié 5 : scolaire 6 : cultivateur 7 : ménagère 9 : autres à préciser.....

Q7 : Religion....././

1 : Mmusulman 2 : Chrétienne 3 : Animiste 4 : témoin de Je Hova
5 : Autres à préciser

Q8 : Ethnie....././

1 : bambara 2 : peuhl 3 : malinké 4 : sonrhai 5 : senoufo 6 : sarakolé 7 : bozo 8 : minianka 9 : dogon 10 : bobo 99 : autres à préciser.....

Q9 : Résidence....././

1 : Kayes 2 : Koulikoro 3 : Sikasso 4 : Ségou 5 : Mopti 6 : Tombouctou
7 : Gao 8 : Kidal 9 : Bamako 99 : autres à préciser.....

Q10 : Adresse à Bamako.....

Q11 : Niveau d'instruction...../././

0 : illettré 1 : primaire 2 : secondaire 3 : supérieur 9 : autres à préciser.....

Q12 : Nature des liens avec le malade....././

1 : père 2 : mère 3 : sœur 4 : frère 5 : oncle 6 : tante 7 : cousin 8 : amis
9 : collègue de travail 10 : voisin 11 : conjoint 12 : enfants
99 : autres à préciser.....

Q13 : Motivation de l'accompagnant....././

1 : venu de lui-même 2 : à la demande du malade 3 : sur instruction de la famille ou d'un tiers

Q14 : Statut matrimonial...../././

1 : marié(e) 2 : divorcé(e) 3 : célibataire 4 : veuf(ve) 5 : fiancé(e)
9 : autres à préciser

Q15 : type de l'accompagnant....././

1 : Temporaire 2 : Permanent 3 : Intermittent 9 : autres à préciser.....

II – APPORT DE L'ACCOMPAGNANT

Q16 : contribution financière...../../
1 : oui 2 : non

Q17 : si oui à Q16...../../
1 : achat des ordonnances 2 : paye la nourriture 3 : paye les frais

d'hospitalisation 4 : (1+2) 5 : (1+3) 6 : (2+3) 7 : (1+2+3) 9 : autres à préciser.....

Q18 : apport logistique...../../
1 : s'occupe des courses 2 : s'occupe du nursing 3 : s'occupe de la cuisine

4 : s'occupe de la lessive 5 : s'occupe de la vaisselle 6 : s'occupe de l'hygiène
du local 7 : appui aux soins 8 : appui au déplacement 9 : appui au transport
brancardage

Q19 : Apport psychoaffectif...../../
1 : informe le malade 2 : rassure le malade 3 : amène le malade à se confier

4 reconforte le malade

Q20 : quelle est la tâche la plus importante effectuée par l'accompagnant ?...../../
1 : soutien psychoaffectif 2 : aide logistique 3 : tâche domestique

Q21 : Opinion de l'accompagnant sur le personnel sanitaire

Q21a : avis de l'accompagnant sur la disponibilité du personnel sanitaire...../../
1 : personnel sanitaire très disponible 2 : personnel sanitaire peu disponible

3 : personnel sanitaire disponible 4 : personnel sanitaire non disponible
9 : autres à préciser.....

Q21b : avis de l'accompagnant sur la serviabilité du personnel sanitaire...../../
1 : personnel sanitaire très serviable 2 : personnel sanitaire peu serviable

3 : personnel sanitaire serviable 4 : personnel sanitaire non serviable
9 : autres à préciser.....

Q21c : avis de l'accompagnant sur la compétence du personnel sanitaire...../../
1 : personnel sanitaire très compétent 2 : personnel sanitaire peu compétent

3 : personnel sanitaire compétent 4 : personnel sanitaire non compétent
9 : autres à préciser.....

Q21d : avis de l'accompagnant sur la courtoisie du personnel sanitaire...../../
1 : personnel sanitaire très courtois 2 : personnel sanitaire peu courtois

3 : personnel sanitaire courtois 4 : personnel sanitaire non courtois
9 : autres à préciser.....

Q21e : avis de l'accompagnant sur l'accueil du personnel sanitaire...../../
1 : personnel sanitaire très accueillant 2 : personnel sanitaire peu accueillant

3 : personnel sanitaire accueillant 4 : personnel sanitaire non accueillant
9 : autres à préciser.....

Q22: avis de l'accompagnant sur le personnel administratif

Q22a : avis de l'accompagnant sur la disponibilité du personnel administratif/../
1 : personnel administratif très disponible 2 : personnel administratif peu

disponible 3 : personnel administratif disponible 4 : personnel administratif non
disponible 9 : autres à préciser.....

Q22b : avis de l'accompagnant sur la serviabilité du personnel administratif/../
1 : personnel administratif très serviable 2 : personnel administratif peu serviable

3 : personnel administratif serviable 4 : personnel administratif non serviable
9 : autres à préciser.....

1: personnel administratif très serviable 2: personnel administratif peu serviable
3: personnel administratif serviable 4: personnel administratif non serviable
9 : autres à préciser.....

Q22c : avis de l'accompagnant sur la compétence du personnel administratif//.../

1: personnel administratif très compétent 2: personnel administratif peu compétent
3: personnel administratif compétent 4 : personnel administratif non compétent
9 : autres à préciser.....

Q22d : avis de l'accompagnant sur la courtoisie du personnel administratif//.../

1: personnel administratif très courtois 2: personnel administratif peu courtois
3: personnel administratif courtois 4 : personnel administratif non courtois
9 : autres à préciser.....

Q22e : avis de l'accompagnant sur l'accueil du personnel administratif//.../

1: personnel administratif très accueillant 2: personnel administratif peu accueillant
3: personnel administratif accueillant 4 : personnel administratif non accueillant
9 : autres à préciser.....

Q23 : Avis de l'accompagnant sur l'organisation du service

1 : bien organisé 2 : mal organisé

III – CONTRAINTES DE L'ACCOMPAGNEMENT

Q24 : répartition du temps de l'accompagnant

Q24a : contrainte de temps.....//.../

1 : trop de temps 2 : beaucoup de temps 3 : peu de temps

Q24b : l'accompagnement nuit-il à vos occupations habituelles.....//.../

1 : trop 2 : beaucoup 3 : peu 4 : pas du tout

Q25 : contraintes logistiques

Q25a : nombre d'accompagnants au près de votre malade.....//.../

Q25b : nombre d'accompagnants dans votre salle.....//.../

Q25c : Etes vous gênés dans vos activités par d'autres accompagnants.....//.../

1 : oui 2 : non

Q25d : avez vous l'impression que les accompagnants gênent le personnel de santé dans ses occupations.....//.../

1 : oui 2 : non

Q26 : où passez vous la nuit ou la sieste ?.....//.../

1 : dans la salle 2 : sous la véranda de la salle 3 : dans la cour

9 : autres à préciser.....

Q27 : ce lieu convient-il à votre repos ?.....//.../

1 : oui 2 : non

Q28 : ce lieu gêne – t –il le personnel dans ses activités ?.....//.../

1 : oui 2 : non

Q29 : où prenez-vous vos repas ?.....//.../

1 : dans la salle 2 : dans la cour 3 : sous la véranda 9 : autres à préciser....

IV – CONNAISSANCE HOSPITALIERE

Q30 : aviez vous déjà accompagné un malade ?.....//.../

1 : oui 2 : non

- Q31 : si oui à Q30 combien de fois ?...../.../.../
- Q32 : estimez vous avoir des connaissances suffisantes sur l'hôpital ?...../.../
- 1 : oui 2 : non
- Q33 : avez vous reçu des renseignements sur les règles d'hygiène dans le service ?...../.../
- 1 : oui 2 : non
- Q34 : avez vous reçu des renseignements sur les règles de sécurité dans le service ?...../.../
- 1 : oui 2 : non
- Q35 : vous occupez-vous des déchets domestiques de votre malade ?...../.../
- 1 : oui 2 : non
- Q36 : si oui à Q35 où les jetez-vous ?.....
- Q37 : vous occupez-vous déchets médicaux de votre malade ?...../.../
- 1 : oui 2 : non
- Q38 : si oui à Q37 où les jetez-vous ?.....

RESUME

NOM : KANTE

PRENOM : SEYDOU

TITRE DE LA THESE:

L'accompagnement de patients chirurgicaux à l'Hôpital National du Point «G».

ANNEE :

NUMERO DE LA THESE :

VILLE DE SOUTENANCE : *BAMAKO (Mali)*.

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Dans l'optique de dégager le rôle et l'avis de l'accompagnant dans la prise en charge des patients chirurgicaux hospitalisés, nous avons mené une étude prospective dans le service de Chirurgie « B » de l'Hôpital National du Point «G» pour cela notre objectif général a été de : étudier la problématique de l'accompagnement dans le service de chirurgie générale « B » de l'Hôpital du Point «G».

- Nos objectifs spécifiques ont été :

- De déterminer le nombre moyen d'accompagnants par patient.
- De déterminer la nature des liens entre accompagnant et patient.
- De déterminer l'apport des accompagnants dans la prise en charge financière, matérielle, logistique et psychoaffective des patients.
- De déterminer les contraintes cognitives et environnementales liées à l'accompagnement.

Pour atteindre ces objectifs nous avons effectué une étude portant sur 100 patients et leurs 142 accompagnants dans le service de Chirurgie « B » de l'Hôpital du Point «G» dont l'enquête a duré 4 mois allant d'octobre 2001 au 30 janvier 2002. Les accompagnants ont joué un rôle important dans la prise en charge financière (nourriture, ordonnances, hospitalisation) qui a été assurée par 49 accompagnants soit 34.5%. 21.8% de ces 49 accompagnants ont assuré à la fois la nourriture l'ordonnance et l'hospitalisation. Le soutien psychoaffectif (information, réconfort, apaisement, confiance) a été assuré par presque tous les accompagnants. 53.5% jouaient à la fois le rôle de réconfort et d'apaisement. Tous les accompagnants ont participé aux activités de soins de leur patient. 78.2% des accompagnants assuraient le nursing de leur patient. 58.4% des accompagnants ont assuré les activités logistiques de leur patient. Les tâches ménagères (vaisselle, lessive, déchets domestiques et médicaux, hygiène du local) ont été exécutées par la plupart des accompagnants. 48.6% des accompagnants faisaient la lessive, 38.7% la vaisselle, 16.2% l'hygiène du local, 78.2% s'occupaient des déchets domestiques et 19.7% des déchets médicaux.

La plupart des accompagnants ont signalé l'intérêt d'un lieu pour leur repos. Notons que cette étude nous a permis de savoir que la plupart des accompagnants n'avaient aucune connaissance hospitalière. Un nombre important d'accompagnants et de patients ont une mauvaise impression sur la manière de réception, d'orientation et du comportement du personnel sanitaire et administratif de l'hôpital. Ces constats nous permettent de dire que l'accompagnement des patients hospitalisés est indispensable de nos jours pour la bonne prise en charge des patients.

MOTS CLES : Accompagnement ; patients chirurgicaux ; Hospitalisés ; Chirurgie « B » ; Hôpital du Point «G», Bamako, Mali.

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 en aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se 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 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 menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

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