

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
et de la Recherche Scientifique



REPUBLIQUE DU MALI  
*Un Peuple- Un But- Une Foi*



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES  
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

*Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie*

**FMOS**

Année Universitaire : 2020-2021

N°...../

**THESE**

**Évaluation de la satisfaction des accompagnateurs  
des patients admis en hospitalisation dans le  
Service de  
Maladies infectieuses et tropicale (SMIT) du CHU du  
Point G**

Présentée et soutenue publiquement le 15/07/2021  
Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie

**M. Cissoko Abdoul Karim**

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

**JURY**

**Président :** Pr. Hamadou SANGHO  
**Membres :** Dr. Brehima A DIALLO  
Dr SIDIBE Assetou FOFANA  
**Co-directeur :** Dr. Issa KONATE  
**Directeur :** Pr. Soukalo DAO

## DÉDICACES ET REMERCIEMENTS

### Dédicaces

De tout mon cœur je remercie et dédie ce travail à :

*« Louange à Allah, Seigneur de l'univers » sourate 1, Verset 2 (le saint cour-ân).  
Je ne vous serai jamais assez reconnaissant, ALLAH, de m'avoir accordé la grâce  
de réaliser ce travail. Veuillez m'accorder le privilège de vous connaître et de  
vous servir. Puisse votre lumière éclairer et guider nos pas.*

***Notre prophète Mohamed, paix et salut sur lui et à toute sa famille et ses  
compagnons et à ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.***

### **A mon père : Feu Mohamed Lamine CISSOKO**

Ce travail est le fruit de ta rigueur. Tu m'as enseigné la discipline, le respect de  
l'autre. Grâce à toi j'ai su que le travail est un trésor.

Que Dieu te fasse miséricorde et que ce travail puisse profiter à l'humanité.

### **A mes Mères : Fatoumata DIALLO et Fatou COULIBALY**

Que de journées et de nuits sans repos pour vous ! Vous avez tout fait pour que  
je devienne ce que je suis aujourd'hui. Malgré vos modestes moyens, vous  
n'avez ménagé aucun effort pour me venir en aide. Je vous suis redevable de la  
chose la plus importante qui soit : la vie. Vous avez pris soin de nous ; vous  
nous avez toujours protégés. Femmes dynamiques, généreuses, loyales,  
sociables, attentionnées, croyantes et infatigables, vos conseils, vos  
encouragements, vos câlins, vos bénédictions ne m'ont jamais fait défaut. Voici  
le fruit de votre amour et de vos sacrifices. Je ne saurai vous remercier assez ;  
seul DIEU peut vous gratifier pour tout ce que vous avez fait pour nous.  
Qu'ALLAH vous récompense de vos biens faits et vous accorde longue vie et  
bonne santé. Amen !

### **À mon Ami : Boubacar DIALLO**

Puisse ce travail te procure toutes les affections dont j'ai été incapable, en espérant que je serai fière de toi. Je me rappelle encore du moment où on s'est rencontré à Faladiè comme si c'était hier malgré tous les obstacles nous avons résisté et la relation est resté tel que le premier jour de notre rencontre merci de m'avoir accepté de partager ma vie, j'espère que les choses resteront ainsi jusqu'à ce que la mort nous séparera, merci pour ce merveille cadeau du ciel que tu m'as donné. Je te prie de progresser dans la dignité et dans le respect des valeurs humaines. Que DIEU te donne une longue vie pleine de réussite.

### **À mon oncle : Colonel Douah Abraham CISSOKO**

Tu demeures pour moi un exemple de droiture, de la rigueur, de responsabilité, et d'amour des autres. Tu as été toujours là quand il le fallait. Tu ne m'as pas considéré comme un neveu mais comme un fils. Je ne pourrais jamais oublier toute l'aide tant précieuse qu'indispensable que tu m'as toujours apportée dans les moments difficiles. Tu m'as tout donné sans rien me demander. Je te dédie ce travail en guise de reconnaissance.

### **À mes femmes : Maimouna DIALLO et Mariam KONE**

Vous n'avez jamais manqué à vos devoirs de me soutenir aux bons et mauvais jours et de me conseiller. Merci surtout pour vos patiences et tout ce que vous avez fait pour moi. Aujourd'hui je réitère la volonté de vous être toujours absolument attachées. Puisse l'éternel nous unir chaque jour davantage.

**À mes fils :** Mohamed Lamine, Ramatou, Youssouf, Modibo, Douga Ibrahima, Mohamed Lamine, Mohamed Lamine, Mamadou, Abraham, Idriss, Ada et Adama.

Votre venue en ce monde a inondé mon cœur de joie et de fierté. Que ce travail soit le testament de ma tendresse de mon affection particulièrement de ma dévotion pour vous. Qu'Allah vous accorde le bonheur dans la paix, la prospérité, le respect des valeurs humaines et morales Amen.

**À toutes les familles des patients** qui sont admis au service de maladies infectieuses et tropicales du CHU du PT-G ! Sans votre accord votre patience et votre courage ce travail qui est le vôtre n'aura pas eu lieu. Trouver ici mes sincères considérations. Combattants de la vie, l'espoir est réel. Que dans vos cœurs, triomphe l'amour et dans vos pensées, triomphe l'espérance. C'est à vous aussi que je dédie ce travail

## Remerciements

Aux Familles de feu Pr Bocar Sidi SALL, de feu Général Moussa TRAORE, feu Amadou TOURE, Dramane TRAORE Gaoussou TRAORE Feu (Ladji Boi, Modibo, Balla) ; Douah Abraham, Alain, Bruno, Charles Isaac tous CISSOKO, Diakaridia KONE, Modibo, Djibril ; Modibo, Mahamadou, Moussa tous KEITA, Feu Moussa DIARRA, Broullaye DOUMBIA, Abdoulaye SANGARE, Salif COULIBALY, feu Moussa DIALLO, Modibo COULIBALY, Faraba KEITA, Dipa COULIBALY, Drissa COULIBALY Mamadou DIALLO Abdoulaye KONATE, Salif KONE Kassim KONE.

Je vous exprime toute ma gratitude pour le soutien moral, matériel et l'assistance que vous avez faite montre à mon égard. Que DIEU vous accorde une bonne santé et une longue vie.

### **À mon grand frère Dr DIARRA Bakary Monzon et sa famille**

Votre disponibilité, votre soutien moral, vos conseils, et vos bénédictions ont été déterminantes durant ce long parcours. Trouvez ici mes sincères remerciements.

### **À mes maitres du service de radiologie et d'imagerie médicale de l'HGT**

Pr Mamady KANE, Pr Mamadou DIALLO, Feu le Major FANE et tout le personnel du service de 2008 à 2013.

À mes frères et collègues Awa, feu Lalia, Oumar, Aminata, Balla, Mama, feu Adama Cyrille, Adama, Kadi, Mariam CISSOKO, Oumou SANGARE, Mamadou BAGAOKO, Manssour KONARE, Houd Bakary KONE, Abdoul MAQSSOUD, Abdoulaye DIAWARA, Djibril DAGNOGO, Seydou DJONGO, Abdrahmane KODIO, Chouaib KONATE, Aboubacar SIDIBE, Mohamed BOIRE, Yacoub SIBY Bourama KONE,, Dr SAMAKE Alou, Dr KONATE Harouna, Pr ,Piere Adégné TOGO, Dr COULIBALY Daouda, Dr DIARRA Siaka, Dr SANOGO Bassirou, Dr DEMBELE youssouf, Dr Abdel Karim COULIBALY Dr TOGO Etienne Dr DEMBELE Mamadi Dr

Ounkoumba DIARRA Dr Issa CISSE Dr Amadou DOUMBIA Dr KEITA Mamadou Dr COULIBALY Bourama Dr Mamadou CISSE, (mon très cher frère) (Dogoni Yèrè Yèrè ) Dr DOUMBIA Djidal, Dr DEMBELE David Dr Lamine SANGARE, Abdoulaye DIALLO, Ibrahim DEMBELE, Lassine CAMARA, SAGARA, Ahmed DIAWARA, Abdoulaye YOLO, Lassana DIANE, les majors Koke SAMAKE et Bourahima TRAORE, Ibrahim SAMAKE, Karounga KEITA, Dr Cheik HAIDARA Dr Abdoulaye DJIRE Tous le personnel de l' ASACOBFAFA, MIPROMA, ASACOSODIA ANIASCO, ADASCO, IMAGERIE DE l'HGT de l'infectiologie du point G, des cliniques KOULAKOU, BANAN et de la COTE), Les cabinets Médicales BAYO ASSA et NOUR.

Mes chers frères le mot me manque pour vous dire merci pour tout votre soutien, trouvez ici ma profonde reconnaissance. Ce travail est le vôtre.

**À tous mes maitresses et maitres de la fondamentale jusqu'à l'université :**

C'est aujourd'hui que j'apprécie mieux le métier combien fatiguant mais combien noble d'enseignant. Sans vous que sera l'humanité : une immense obscurité. Qu'Allah bénisse davantage cette profession.

**Au Pr Adama Diaman KEITA :** Ce travail est aussi le vôtre. Grâce à vous nous avez montré que la mosquée n'est pas seulement un lieu de prière mais elle sert à beaucoup d'autre. Merci beaucoup que dieu vous récompense Par le paradis Amen.

**À mes Amis de la Faculté :** Dr Bassirou SANOGO, Dr Modibo Z DOUMBIA, Dr COULIBALY Bakary, feu Hamidou DAOU, Dr DIARRA Siaka, Dr SIDIBE Hamadi, Dr Daouda COULIBALY Dr Oumarou BAGAYOKO Dr Mathieu

DOUMBIA, Dr Lamine SANGARE, Dr Cheik Modibo DIARRA, Dr CISSOKO Hamadi, Dr Mamadou CISSE, Dr Seydou Simbo DIAKITE, Mohamed DIABATE, Abdoul

Karim DIARRA : Merci pour tout votre soutien, trouvez ici ma profonde reconnaissance.

**À Toute la neuvième promotion du numerus clausus : merci**

**À mes maîtres du SMIT de l'hôpital du Point-G :**

**À MES CHERS MAITRES DU SMIT**

Merci pour tout l'enseignement reçu. Vous avez été des exemples par votre dévouement pour le travail bien fait et par votre simplicité. Puisse le seigneur vous combler au-delà de vos attentes

**AU PERSONNEL DU SERVICE DE MALADIE INFECTIEUSE ET TROPICALE**

Je vous remercie pour tous les moments partagés. Je souhaite à chacun de vous longue vie et prospérité

Aux chers maitres et tout le personnel au service des maladies infectieuses : merci pour vos enseignements, vos conseils, l'accueil et courtoisie A tous mes collègues thésard du SMIT : merci pour l'accueil et la courtoisie

**À mes aînés médecins et DES du SMIT : merci**

**À mes collègues internes du service :**

SOHE Aristide ; SANGARE Abdoul Karim, ODIO Anna, NDIOUNANE Ismail, MONKAM Jaurel, AKAPO Essenam, KALI DEGA Aicha, DIAWARA Maimouna, BAHOKEN Raoul, LIMANE Veltomtoh, BA Sadio, SINTINA Sidy Modibo, SANOGO Oumou, KAMDEM Borel et SIDIBE Bamody merci pour l'accueil et la courtoisie.

**À tout le Personnel infirmier, Assistants Médicaux en Maladies Infectieuse et Tropicale et aux Techniciens de surface du dit Service.**

**À tout le personnel du CHU du Point G.**

- ✓ Aux corps Professoral de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) et de la Faculté de Pharmacie (FPH) :  
Nous remercions tout le corps professoral de la FMOS et de la FPH pour la qualité de l'enseignement dispensée et sa disponibilité entière.
- ✓ À ma très chère patrie, le MALI pour l'éducation reçue.
- ✓ À tous ceux qui m'ont soutenu moralement et financièrement

Ma profonde gratitude

A tout ce dont je ne pourrai citer les noms.

## HOMMAGES AU MEMBRES DU JURY

À notre Maître et Président du jury

**Pr Hamadou SANGHO**

- ↳ Professeur Titulaire en Santé Publique à la Faculté de Médecine et D'Odontostomatologie ;
- ↳ Ancien directeur Général du Centre de Recherche, d'Études et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS) ;
- ↳ Chef du Département des Études et de la Recherche en Santé Publique et Spécialités ;
- ↳ Chevalier de l'ordre national du Mali.

**Cher maître**

C'est un grand honneur que vous ayez accepté de présider ce jury de cette thèse.

La gentillesse que vous avez manifestée à mon égard m'a profondément touché.

Malgré vos multiples occupations, vous nous avez accordé une grande partie de votre temps, pour nous donner l'encadrement adéquat.

Permettez-moi de vous témoigner ma gratitude pour votre accueil sympathique, votre disponibilité et votre soutien.

Vous aurez marqué, non seulement moi, mais des générations de médecins par vos cours.

Soyez assuré cher Maître de notre profond respect.

À notre Maitre et Juge

**Dr Bréhima Adama DIALLO**

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

Cher maître,

Nous sommes honorés que vous avez accepté malgré vous multiples occupations de siéger à ce jury. Vous nous avez montré à travers ce travail quel homme de rigueur scientifique et humaine vous êtes.

Votre esprit méthodique pour le travail bien fait, votre accueil, toujours courtois et affectif, votre disponibilité constante fait de vous un maître admiré. Vos suggestions ont été pertinentes pour l'amélioration de la qualité de ce travail. Nous vous prions, cher maitre d'accepter l'expression de notre profonde considération.

**Évaluation de la satisfaction des accompagnateurs des patients admis en hospitalisation dans le Service de  
Maladies infectieuses et tropicales (SMIT) du CHU de Point G**

À notre Maître et Juge

**Dr Assétou FOFANA**

- ↳ Médecin infectiologue ;
- ↳ Praticien hospitalier au CHU point G ;
- ↳ Présidente du comité technique d'hygiène et de sécurité du CHU Point G ;
- ↳ Chargée de recherche ;
- ↳ Trésorière Générale de la SOMAPIT,
- ↳ Membre de la SAPI et de la SPILF.

Cher maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury, malgré vos nombreuses occupations. La clarté de votre enseignement, votre simplicité et votre sens élevé du devoir ont forcé notre admiration. Veuillez accepter l'expression de notre profonde gratitude.

À notre Maître et Co-directeur de thèse

**Docteur Issa KONATE**

- ↪ Diplôme d'Etudes Spécialisées en Maladies Infectieuses et Tropicales
- ↪ Diplôme Inter-Universitaire (DIU) en Antibiotologie et Antibiothérapie en Afrique Subsaharienne
- ↪ Maître-assistant à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
- ↪ Secrétaire administratif de la Société Malienne de Pathologies Infectieuses et Tropicales.
- ↪ Membre de la Société Africaine de Pathologie Infectieuse (SAPI)
- ↪ Membre de la cellule d'assurance qualité de la FMOS/USTTB
- ↪ Membre de la structure nationale de coordination de la RAM (Résistance au antimicrobiens)
- ↪ Investigateur National d'Antibiotic Afrique au Mali

Cher Maître,

Nous avons eu le privilège de vous avoir comme codirecteur et avons trouvé auprès de vous le guide et le conseiller qui nous a reçus en toutes circonstances avec sympathie, sourire et bienveillance.

Votre probité au travail et votre dynamisme, votre sens de responsabilité nous ont toujours impressionnés et sont pour nous un idéal à atteindre.

Nous espérons être dignes de votre confiance, et nous vous prions, d'accepter notre profonde reconnaissance et profonde gratitude.

À notre Maître et Directeur de thèse

**Professeur Sounkalo DAO**

- ✉ Professeur titulaire de Maladies Infectieuses.
- ✉ Responsable de l'enseignement des pathologies infectieuses à la FMOS.
- ✉ Coordinateur du DES de Maladies Infectieuses et Tropicales
- ✉ Coordinateur du D.U du VIH/Sida
- ✉ Président de la Société Malienne de Pathologies Infectieuses et Tropicale (SOMAPIT).
- ✉ Membre de la Société Africaine de Pathologie Infectieuse (SAPI)
- ✉ Membre de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF).
- ✉ Chef de service de Maladies Infectieuses du CHU du Point.

Cher Maître,

Nous tenons à vous déclarer nos remerciements les plus sincères pour avoir accepté de diriger ce travail et avoir veillé à son élaboration avec patience et disponibilité.

Nous garderons un excellent souvenir de votre sollicitude et de votre dévouement au travail.

Nous avons apprécié votre accueil bienveillant dans votre service et vos conseils bien précieux.

Qu'il nous soit permis, cher maître, de vous exprimer notre grande estime et notre profonde reconnaissance.

Votre bonté humainement appréciée, vos compétences et vos qualités humaines n'ont cessé de susciter notre grande admiration.

Veillez trouver ici, l'assurance de nos sentiments les plus respectueux

## **TABLES DES ILLUSTRATIONS**

### **Liste des abréviations**

|                |   |
|----------------|---|
| <b>Art</b>     | : Article   |
| <b>ATCD</b>    | : Antécédents   |
| <b>AVC</b>     | : Accident Vasculaire Cérébral                              |
| <b>CAMUS</b>   | : Collectifs des Ançars en Milieu Universitaire et Scolaire |
| <b>CHU GT</b>  | : Centre Hospitalier Universitaire de Gabriel Touré         |
| <b>CHU PTG</b> | : Centre Hospitalier Universitaire point G                  |
| <b>CI</b>      | : Commune I   |
| <b>CII</b>     | : Commune II  |
| <b>CIII</b>    | : Commune III   |
| <b>CIV</b>     | : Commune IV  |
| <b>CS Com</b>  | : Centre de Santé Communautaire                             |
| <b>CS Réf</b>  | : Centre de santé de référence                              |
| <b>CV</b>      | : Commune V   |
| <b>CVI</b>     | : Commune VI  |
| <b>DES</b>     | : Diplôme d'Etude Spécialisé                                |
| <b>Dr</b>      | : Docteur   |
| <b>FAPH</b>    | : Faculté de Pharmacie                                      |
| <b>FMOS</b>    | : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie               |
| <b>HB</b>      | : Hors Bamako   |
| <b>INFSS</b>   | : Institut National de Formation en science de santé        |
| <b>OMS</b>     | : Organisation Mondiale de la Santé                         |
| <b>PEC</b>     | : Prise en Charge   |
| <b>SMIT</b>    | : service de maladies infectieuses et tropicales            |
| <b>ULSHB</b>   | : Université des lettres et des sciences humaines de Bamako |
| <b>VIH</b>     | : Virus de l'immunodéficience humaine                       |
| <b>TID</b>     | : Terrain immunodéprimé                                     |

## TABLES DES ILLUSTRATIONS

### Liste des figures

|  |    |
|--|----|
| <b>Figure 1</b> : Répartition des patients en fonction du sexe .....                   | 28 |
| <b>Figure 2</b> : Répartition des patients en fonction de l'âge.....                   | 29 |
| <b>Figure 3</b> : Répartition des patients en fonction de l'ethnie .....               | 30 |
| <b>Figure 4</b> : Répartition des patients en fonction du régime de mariage.....       | 31 |
| <b>Figure 5</b> : Répartition des patients en fonction la durée de séjour en jour..... | 34 |
| <b>Figure 6</b> : Répartition des accompagnateurs en fonction du sexe .....            | 36 |
| <b>Figure 7</b> : Répartition des accompagnateurs en fonction de la tranche d'âge..... | 37 |

### Liste des tableaux

|   |    |
|---|----|
| <b>Tableau I</b> : Répartition des patients en fonction de la résidence .....   | 29 |
| <b>Tableau II</b> : Répartition des patients en fonction de la profession.....  | 30 |
| <b>Tableau III</b> : Répartition des patients en fonction du statut matrimonial.....                                      | 31 |
| <b>Tableau IV</b> : Répartition des patients en fonction du niveau d'étude.....   | 31 |
| <b>Tableau V</b> : Répartition des patients en fonction du motif d'admission.....   | 32 |
| <b>Tableau VI</b> : Répartition des patients en fonction du mode de référence.....  | 33 |
| <b>Tableau VII</b> : Répartition des patients en fonction le service de référence et ou évacuation.....                   | 33 |
| <b>Tableau VIII</b> : Répartition des patients en fonction du diagnostic après l'admission .....                          | 34 |
| <b>Tableau IX</b> : Répartition des patients en fonction la sévérité de la maladie .....                                  | 35 |
| <b>Tableau X</b> : Répartition des patients en fonction de l'antécédent d'hospitalisation dans les<br>antécédents.....    | 35 |
| <b>Tableau XI</b> : Répartition des patients en fonction du service d'hospitalisation dans les<br>antécédents.....        | 35 |
| <b>Tableau XII</b> : Répartition des patients en fonction coût total de la prise en charge .....                          | 36 |
| <b>Tableau XIII</b> : Répartition des accompagnateurs en fonction de la profession.....                                   | 37 |
| <b>Tableau XIV</b> : Répartition des accompagnateurs en fonction de lien de parenté.....                                  | 38 |
| <b>Tableau XV</b> : Répartition des accompagnateurs en fonction de l'accueil par l'équipe de<br>soignante à l'entrée..... | 38 |
| <b>Tableau XVI</b> : Répartition des accompagnateurs en fonction de la rapidité d'information ...                         | 38 |

|   |    |
|---|----|
| <b>Tableau XVII</b> : Répartition des accompagnateurs en fonction de leur satisfaction par rapport aux informations apportées par les médecins..... | 39 |
| <b>Tableau XVIII</b> : Répartition des accompagnateurs en fonction de la clarté des explications données.....                                       | 39 |
| <b>Tableau XIX</b> : Répartition des accompagnateurs en fonction de leur satisfaction par rapport à la courtoisie de l'équipe soignante.....        | 39 |
| <b>Tableau XX</b> : Répartition des accompagnateurs en fonction de la satisfaction de la disponibilité de l'équipe soignante.....                   | 40 |
| <b>Tableau XXI</b> : Répartition des accompagnateurs en fonction qu'ils se soient sentis seuls ou isolés.....                                       | 40 |
| <b>Tableau XXII</b> : Répartition des accompagnateurs en fonction de la Satisfaction de la PEC de son malade.....                                   | 40 |
| <b>Tableau XXIII</b> : Répartition des accompagnateurs en fonction des éléments de PEC par l'équipe soignante qui pourraient être améliorés.....    | 41 |
| <b>Tableau XXIV</b> : Répartition des accompagnateurs en fonction des indicateurs de structure.....   | 41 |
| <b>Tableau XXV</b> : Répartition des accompagnateurs en fonction des indicateurs d'organisation.....  | 42 |
| <b>Tableau XXVI</b> : Répartition des accompagnateurs en fonction des indicateurs de procédure.....   | 43 |
| <b>Tableau XXVII</b> : Répartition des accompagnateurs en fonction de la satisfaction globale.....  | 43 |
| <b>Tableau XXVIII</b> : Répartition des patients en fonction de la satisfaction globale et le sexe ...  | 44 |
| <b>Tableau XXIX</b> : Répartition des patients en fonction de la satisfaction globale et la Tranche d'âge.....                                      | 44 |
| <b>Tableau XXX</b> : Répartition patients en fonction de la satisfaction globale et la profession ...   | 45 |
| <b>Tableau XXXI</b> : Répartition des patients en fonction de la satisfaction globale et le statut matrimonial.....                                 | 45 |
| <b>Tableau XXXII</b> : Répartition des patients en fonction de la satisfaction globale et le niveau d'étude.....                                    | 46 |
| <b>Tableau XXXIII</b> : Répartition des patients en fonction de la satisfaction globale et le motif d'admission.....                                | 47 |
| <b>Tableau XXXIV</b> : Répartition des patients en fonction de la satisfaction globale et la durée de séjour.....                                   | 48 |
| <b>Tableau XXXV</b> : Répartition des accompagnants en fonction de la satisfaction globale et la tranche d'âge.....                                 | 48 |

**Évaluation de la satisfaction des accompagnateurs des patients admis en hospitalisation dans le Service de  
Maladies infectieuses et tropicales (SMIT) du CHU de Point G**

|   |    |
|---|----|
| <b><u>Tableau XXXVI</u></b> : Répartition des accompagnants en fonction de la satisfaction globale et le sexe.....                | 49 |
| <b><u>Tableau XXXVII</u></b> : Répartition des accompagnants en fonction de la satisfaction globale et le niveau d'étude.....     | 49 |
| <b><u>Tableau XXXVIII</u></b> : Répartition de la satisfaction selon les indicateurs de structure et la satisfaction globale..... | 50 |
| <b><u>Tableau XXXIX</u></b> : Répartition de la satisfaction selon les indicateurs d'organisation et la satisfaction globale..... | 52 |
| <b><u>Tableau XL</u></b> : Répartition de la satisfaction selon les indicateurs de procédure et la satisfaction globale.....      | 53 |

## TABLE DES MATIERES

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUCTION .....</b>  | <b>1</b>  |
| <b>OBJECTIFS.....</b>  | <b>4</b>  |
| a. Objectif général : .....  | 4         |
| b. Objectifs spécifiques : .....   | 4         |
| <b>I. GENERALITES .....</b>  | <b>5</b>  |
| 1. Définitions opérationnelles .....   | 5         |
| 2. Historiques .....   | 6         |
| 3. Types d'information délivrée aux accompagnateurs.....   | 7         |
| <b>II. MATERIEL ET METHODE .....</b>   | <b>24</b> |
| 1. Cadre d'étude.....  | 24        |
| 2. Type et période de l'étude .....  | 25        |
| 3. La population de l'étude .....  | 25        |
| 4. Méthodes .....  | 26        |
| 5. Evaluation de la satisfaction des accompagnateurs des patients admis au service de<br>maladies infectieuses ..... | 27        |
| 6. Analyse des données : .....   | 27        |
| 7. Aspect éthique .....  | 27        |
| <b>III. RESULTATS.....</b>   | <b>28</b> |
| 1. Données sur les patients .....  | 28        |
| 1.1. Caractéristiques socio démographiques des patients.....   | 28        |
| 1.2. Condition d'admission du malade .....   | 32        |
| 1.3. Données clinique et évolutif des patients .....   | 34        |
| 2. Caractéristiques des accompagnateurs .....  | 36        |
| 2.1. Données sociodémographiques.....  | 36        |
| 2.2. Données sur la satisfaction des accompagnateurs.....  | 38        |
| 3. Facteurs de satisfaction des accompagnants.....   | 48        |
| <b>IV. DISCUSSION.....</b>   | <b>54</b> |
| 1. Fréquences globales.....  | 54        |
| 2. Analyse des patients.....   | 54        |
| 3. Caractéristiques des accompagnateurs .....  | 57        |
| 4. Caractéristiques des enquêtes de la satisfaction.....   | 58        |
| 5. Description sur la partie de la satisfaction des différents indicateurs.....                                      | 59        |

|                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| <b>V. CONCLUSION .....</b>       | <b>61</b> |
| <b>VI. RECOMMANDATIONS .....</b> | <b>62</b> |
| <b>VII. REFERENCES .....</b>     | <b>63</b> |
| <b>ANNEXES .....</b>             | <b>67</b> |
| Fiche d'enquête .....            | 67        |
| Diagramme de Gant.....           | 70        |
| Fiche signalétique .....         | 71        |
| Data sheet.....                  | 73        |
| Serment d’Hippocrate .....       | 75        |

## INTRODUCTION

La satisfaction est « l'acte par lequel on accorde à quelqu'un ce qu'il demande, c'est aussi un sentiment de bien-être et de plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce que l'on juge souhaitable » [1].

Dans le contexte des soins, la satisfaction est indissociable de la démarche qualité, dont elle est un des indicateurs. La qualité des soins se définit selon l'OMS comme « le fait de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui assureront le meilleur résultat en termes de santé conformément à l'état actuel dans la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats et contacts humains à l'intérieur du système de soins » [2,3].

L'amélioration de la qualité des soins représente une priorité et un thème commun que l'on retrouve dans différents programmes de santé de différents pays. La prise de conscience de l'importance de l'amélioration de la qualité des soins est la conséquence de l'attention croissante accordée à la sécurité des patients, à la réduction des erreurs médicales et les efforts entrepris pour réduire le gaspillage afin de s'assurer que les ressources limitées du secteur de la santé soient utilisées de manière convenable pour obtenir un impact maximum [3].

A travers le monde, des efforts impressionnants sont en cours dans les différentes structures de santé publique et privée pour améliorer la qualité des soins [4].

En effet, l'objectif de la médecine infectieuse est de prendre en charge les patients atteints d'infections induites par une bactérie, un virus, un champignon ou un parasite y compris les infections chez les patients

immunodéprimés et les infections complexes. Elle réalise également une expertise en antibiothérapie et agit dans le domaine de la vaccination, du dépistage et de la prévention des maladies infectieuses [5].

L'hospitalisation d'un patient représente une nuisance qui porte atteinte à l'intégrité physique et psychologique de la personne.

Ce contexte particulier fait certains patients ne sont pas en mesure d'être informés ou de communiquer leurs souhaits concernant leur prise en charge. Ainsi le personnel soignant a tendance à s'adresser spontanément aux proches des patients pour le recueil des informations et la communication sur la prise en charge de celui-ci.

La nécessité de l'information et le recueil du consentement du patient sont fondés sur les principes du droit garantissant le respect de la dignité de la personne humaine. Cette règle fondamentale est rappelée par la loi hospitalière [6] et la loi relative au prélèvement et à la greffe d'organe, de tissus et de cellules humains [7].

Mais, qu'en est-il de l'évaluation de la qualité des soins et de la satisfaction des accompagnateurs des patients admis en hospitalisation au Service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) ?

En milieu infectieux, la qualité des soins est focalisée sur le soignant, le processus de soin et le devenir du patient.

Par ailleurs malgré les plaintes des usagers aucune étude ni projet de loi ne vient éclaircir cette ambiguïté qui persiste. C'est pourquoi nous nous sommes proposé de mener ce travail.

### **Question de recherche**

Les accompagnateurs des patients admis en hospitalisation dans le service de Maladies infectieuses et tropicales du CHU du point G sont-ils satisfaits de la prise en charge de leurs proches ?

### **Hypothèse de recherche**

Les indicateurs de structure, d'organisation et de procédure sont-ils satisfaisants dans le service de maladies infectieuses et tropicales du CHU du point G ?

## OBJECTIFS

### a. Objectif général :

Évaluer la satisfaction des accompagnateurs des patients admis en hospitalisation dans le service de maladies infectieuses et tropicales du CHU du Point G

### b. Objectifs spécifiques :

1. Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients et accompagnateurs admis en hospitalisation dans le service de maladies infectieuses et tropicales du CHU du point G durant période de novembre et décembre 2020.
2. Identifier les caractéristiques cliniques des patients.
3. Apprécier les éléments de satisfactions des accompagnateurs présents dans le service de maladies infectieuses et tropicales au moment de notre enquête
4. Déterminer le niveau de satisfaction des accompagnateurs dans le service de maladies infectieuses et tropicales au moment de notre enquête.

## I. GENERALITES

### 1. Définitions opérationnelles

#### a) Satisfaction :

Le mot satisfaction vient du latin *satisfactio* qui est « l'action de satisfaire un besoin, un désir, une demande, une tendance » ou bien « le contentement, la joie résultant en particulier de l'accomplissement d'un désir, d'un souhait » ou enfin, « ce qui répond à la demande de quelqu'un ».

Ou encore : « sentiment de bien-être, plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on attend, désire, ou simplement d'une chose souhaitable ». Ainsi, la satisfaction des clients reflète dans quelle mesure un produit ou un service répond à leurs attentes [7].

**b) Accompagnateurs** : C'est une personne proche qui prend soin du malade de manière continue, dont le rôle, léger et intermittent au début, peut devenir très lourd et permanent avec la progression de la maladie [8]

**c) Patient** : Personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale.

**d) Hospitalisation** : admission ou séjour dans un établissement hospitalier.

**e) Évaluation** : c'est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'action atteint avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.

**f) Les indicateurs de structure** : Ils représentent tous les composants d'une structure en personnel, en locaux, et équipement. Ces éléments structurels sont faciles à mesurer. On pourra rattacher à ces indicateurs la présence et la précision de la documentation. Les indicateurs mesurent certaines propriétés du département leur absence est

significative d'un défaut de qualité, mais l'inverse n'est pas vrai. Leur évaluation n'a d'intérêt que s'ils sont reliés aux résultats.

**g) Les indicateurs de procédure :** Ils permettent de mesurer ce qui est fait et comment. Plus difficile à mettre en place est cette surveillance de l'utilisation appropriée des agents de santé, du respect des indications et contre-indications des différentes techniques car les standards de pratique varient dans le temps et d'une région à une autre. Il ne faut pas les confondre avec les indicateurs de documentation des soins, qui ont été longtemps les seuls moyens accessibles pour la mesure des procédés de réalisation des soins hospitaliers [9].

## 2. Historiques

La législation a placé la famille comme un interlocuteur indispensable et incontournable lorsque le malade est incompetent. La prise en compte des choix du patient est impérative pour respecter le principe d'autonomie. La communication avec les accompagnateurs doit être activement recherchée et soutenue par des documents écrits. Il est possible de mieux répondre aux besoins des proches et de réduire les troubles psychologiques des accompagnateurs en modifiant les pratiques, les organisations et les comportements des soignants. L'amélioration de la communication et la prise en compte de la satisfaction des accompagnateurs sont des objectifs qui s'intègrent dans l'amélioration globale de la qualité des soins en infectiologie. La restriction des visites en durée et en nombre de visiteurs est encore largement appliquée dans le monde. Rien dans la littérature ne justifie cette politique. Un accès H24, avec des modalités adaptées en fonction de l'état du malade et de ses souhaits, en tenant compte des besoins des accompagnateurs et des impératifs de soins a des effets bénéfiques pour les malades, les

accompagnateurs et les soignants. L'objectif est d'établir un contrat de confiance réciproque entre les visiteurs et les soignants. Les soignants doivent aussi respecter les droits des malades et aider les familles à faire face aux souffrances qu'induit l'hospitalisation de leur proche. Longtemps perçues comme difficilement conciliables, ces deux missions apparaissent aujourd'hui synergiques et indissociables. Parmi les facteurs associés à une augmentation de la satisfaction des accompagnateurs et à leur capacité à comprendre l'information délivrée, la qualité de la relation et de la communication avec les soignants ainsi que l'organisation de l'accès des visiteurs apparaissent au premier plan.

### **3. Types d'information délivrée aux accompagnateurs**

#### **Dispositions légales et réglementaires relatives à l'obligation d'information :**

En matière de soins et de recherche biomédicale, le principe de l'information constitue un droit du malade, il repose sur le respect de l'autonomie du patient. Ce droit est encadré par des dispositions réglementaires et légales, renforcées par des recommandations institutionnelles. Les dispositions ne diffèrent quasiment plus entre exercice privé et public [10].

#### **La loi hospitalière [11]**

La loi N° 02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière souligne l'obligation d'information au chapitre I : des dispositions générales ; sous-section VII : autres obligations des établissements hospitaliers publics et des établissements privés participant au service public hospitalier et précise à son article 29 que : « *dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des hôpitaux assurent l'information des personnes prises en charge en tenant compte de leur niveau de compréhension. Les infirmiers et les sages-*

*femmes participent à cette information dans leurs domaines de compétence et dans le respect des leurs règles professionnelles.*

*Tout séjour dans un hôpital doit être considéré par la direction et le personnel comme une occasion privilégiée pour élever les niveaux de connaissance des usagers en matière de santé afin de promouvoir la prévention et d'améliorer le traitement ». [11]*

### **La charte du malade hospitalisé [12]**

Au Mali, l'Arrêté N° 08-2716/MS-SG du 06 octobre 2008 portant charte du malade hospitalisé détermine les droits et devoirs essentiels des patients accueillis dans les établissements hospitaliers conformément aux lois et règlements en vigueur. Cette charte est affichée dans tous les services de l'établissement hospitalier [10]. Elle formule à son article 13 que : *« le malade a le droit d'être informé de ce qui concerne son état. C'est l'intérêt du malade qui doit être déterminant pour l'information à lui donner. Cette information doit lui permettre d'obtenir un aperçu complet de tous les aspects médicaux et autres, de son état et de prendre lui-même les décisions ou de participer aux décisions pouvant avoir des conséquences sur son bien-être. » [10]*

### **Loi relative au prélèvement et à la greffe d'organes, de tissus et de cellules humains [13]**

En matière de texte relatif à l'information du patient la loi N° 09-017 du 26 juin 2009 relative au prélèvement et à la greffe d'organe, tissus et de cellules humains est très novatrice. Elle spécifie la qualité de cette information à l'article 6, à l'alinéa 2, et dispose que : *« ... L'information donnée par l'établissement ou le médecin doit être simple, intelligible, loyale et accessible à tous les patients.*

*Elle doit être adaptée aux éventuelles difficultés de communication ou de compréhension des patients afin de garantir à tous l'égalité d'accès à l'information. Le secret médical n'est pas opposable au patient. L'information porte sur :*

- Toutes les conséquences prévisibles d'ordre physique et psychique du prélèvement ainsi que les répercussions éventuelles de ce prélèvement sur la vie personnelle, familiale et/ou professionnelle du donneur ;*
- Tous les résultats qui peuvent être attendus de la greffe par le receveur. »*

### **Serment d'Hippocrate :**

Le serment d'Hippocrate fixe un cadre éthique à l'intervention du médecin. Il a également pour fonction de marquer le moment de passage du statut d'étudiant (d'interne) à celui de médecin proprement dit. En ce sens, on peut aussi considérer son énonciation, devant ses pairs, ses proches, et ses maîtres, comme un véritable rite de passage [14]. Ce serment a été réactualisé en 1996 par le Pr. Bernard HOERNI [15], son passage ci-dessous propose le devoir d'informer le patient, afin qu'il comprenne l'ensemble des soins qui vont lui être administrés, et donc de le laisser acteur de sa santé : « ...J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs Conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences... »

### **Le code de déontologie médicale [16]**

Au Mali le code de déontologie médicale est un code annexé à la Loi 86 35 / AN-RM portant institution de l'ordre national des médecins. Il comprend : 6 titres et 55 articles, Article 24 du titres II : devoirs envers les malades ; pose le principe du contrat des soins, qui est un véritable contrat moral Entre le malade et son médecin, il stipule que :

« Le médecin ou chirurgien-dentaire, dès lors qu'il accepte prendre un malade en charge s'oblige :

- A lui donner au besoin ou avec l'aide d'un tiers qualifié tous les soins au malade ». Cependant il n'aborde pas le sujet de l'information du patient de façon claire de même il ne mentionne à aucun moment le consentement libre et éclairé du patient.

### **Jurisprudence française :**

L'arrêt Mercier [17] a fondé le caractère contractuel de la responsabilité médicale et l'obligation de moyens dans le secteur hospitalier privé et en médecine libérale. De même, l'arrêt Teyssier [18] a fondé le devoir d'information du patient par son médecin. L'arrêt Hedreul [19] précise que " le recueil du consentement éclairé est la condition même du droit conféré au médecin d'agir sur la personne humaine ". Mais c'est surtout l'inversion de la charge de preuve qui marque d'une pierre blanche l'évolution du droit médical car désormais il appartient au médecin d'apporter la preuve de l'information donnée au patient. Il ne précise pas les conditions et les moyens de délivrance de cette information.

**Particularités de la médecine infectieuse : circonstances et limites de l'obligation d'information en infectiologie.** L'hospitalisation d'un patient représente une nuisance qui porte atteinte à l'intégrité physique et psychologique de la personne L'hospitalisation d'un malade en infectiologie est une agression physique et psychologique. Ce contexte particulier fait que certains patients ne sont pas en mesure d'être informés ou de communiquer leurs souhaits concernant leur prise en charge [20,21] Face à ce déficit contextuel de possibilité d'information, et en dehors des cas où le patient avait exprimé le souhait que l'équipe soignante (médecins et équipe paramédicale) ne communique pas d'information à ses proches, les équipes de l'infectiologie

s'adressent spontanément aux proches des patients [22]. Les difficultés du patient à communiquer et sa représentation par les membres de la famille, ne doivent néanmoins pas mener les infectiologues à se soustraire aux principes généraux et aux exigences de l'information, chaque fois que possible.

L'évolution actuelle des recommandations sur l'information au patient impose une mise en question de la nature " paternaliste " encore appliquée au Mali de la relation médecin-malade. L'autonomie du malade doit être valorisée, recherchée et prise en compte [23]. Si l'application des dispositions légales et réglementaires en matière d'information est impossible en pratique, le patient de l'infectiologie reste un sujet de droit, et la relation médecin-malade ne doit pas être rompue pour autant [20,21].

Mais le médecin peut apprécier assez librement d'après la charte du malade hospitalisé (Art 14 et 12) et le code de déontologie (*" dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes (...) en toute conscience (...) et sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination"*), dans quelles circonstances le patient peut être laissé dans l'ignorance d'un diagnostic ou pronostic grave. Les mêmes textes soulignent quatre circonstances que le médecin seul évalue, pouvant justifier l'exonération du devoir d'informer le patient :

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

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

décisions pour le patient, tant que celui-ci n'a pas retrouvé ses capacités mentales. " Au risque d'ailleurs que " le malade reprenant conscience signifie qu'il est en désaccord avec ces soins « [24]. Il ne s'agit donc pas de substituer l'avis de tiers à celui de la personne (majeure et juridiquement capable) mais, pour le médecin, de prendre la décision qui paraît la plus adéquate pour la personne compte tenu de son état et, lorsqu'elle l'avait exprimé, de son point de vue, recueilli auprès des proches [25].

### **Les proches :**

Pour les patients qui ne peuvent pas être informés, le devoir d'information s'applique a priori aux proches, qui doivent être considérés comme les interlocuteurs des infectiologues. En dehors des cas où le patient avait exprimé le souhait que les informations le concernant soient tues à tout ou partie de sa famille, les membres de la famille doivent être informés du diagnostic de l'affection aiguë ayant conduit le patient en infectiologie, du pronostic et des principaux traitements dont bénéficie le patient. Dans les pays anglo-saxons, l'implication des accompagnateurs dans les décisions médicales est courante, d'autant plus qu'il s'y mêle un impératif financier, puisque c'est souvent l'accompagnant qui honore la facture d'hospitalisation [26]. Au Mali, les décisions sont assumées le plus souvent par l'équipe médicale, les proches étant peu informés, quelquefois consultés, mais moins souvent impliqués dans les décisions. Le déficit de système de couverture sociale nous incombe d'aller vers l'implication des accompagnateurs dans les décisions médicales. L'application du secret médical reste entière en infectiologie : les employeurs, les caisses d'assurance, ou encore des personnes qui ne sont pas directement impliquées dans la situation des malades ne doivent en aucun cas être informés. A ce titre, les informations téléphoniques doivent être l'objet d'une vigilance particulière. L'information apportée aux accompagnateurs repose sur

le principe que celles-ci auraient été prévenues et informées par le patient s'il avait été compétent (" consentement présumé " du patient). L'annonce d'un pronostic grave à la famille (code de déontologie) doit être complétée par l'annonce des motifs connus de cette mise en jeu du pronostic (sauf interdiction légale ou déontologique), et par l'annonce des traitements principaux mis en œuvre. La multiplicité des membres de la famille justifie souvent qu'il soit demandé de désigner un interlocuteur privilégié. Cette attitude permet de concentrer les efforts réalisés pour l'information et d'en améliorer la qualité. Dans la mesure du possible, le conjoint du patient hospitalisé est prioritaire, et doit être considéré a priori comme l'interlocuteur privilégié [27]. Il convient d'inviter la famille, seule capable de désigner le représentant familial, à tenir compte des symptômes d'anxiété et/ou de dépression des personnes concernées.

### **Principe et contenu de l'information**

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

### **Information sur la pathologie du patient et la cause du séjour en infectiologie**

Les interlocuteurs (médecin spécialisé, interne, infirmière, ...) doivent se présenter pour permettre aux accompagnateurs d'identifier la personne à qui elle a à faire. Dans la mesure du possible, l'infirmière en charge du patient assiste à l'entretien entre l'accompagnateur et le médecin, ce qui donne l'image d'un travail d'équipe, permet à l'infirmière de prolonger les explications et réduit le risque de contradictions dans le discours. En cas de difficulté

linguistique, un interprète doit être recherché, si possible parmi les proches, sinon auprès de l'établissement, voire des autorités du pays d'origine.

### **Information initiale**

Pour l'information initiale, il faut chercher à expliciter les principes de la prise en charge d'un malade en infectiologie, sa pathologie ainsi que les particularités du service. Comme généralement peu d'informations sont comprises à la phase initiale de la prise en charge, il faut rester concis mais savoir prendre le temps nécessaire en s'efforçant d'établir un climat de confiance entre les proches et l'équipe soignante. Cette information doit être donnée par un médecin, au moins lors de la première entrevue, elle doit être sincère et loyale. C'est une occasion importante pour connaître le mode de vie et les souhaits du patient et de son entourage.

Les liens entre les proches et le patient doivent être formellement précisés à cette occasion, afin de savoir en particulier à qui donner des nouvelles. La désignation d'un interlocuteur privilégié est utile pour assurer non seulement la confidentialité de l'information mais aussi sa cohérence dans le temps. La maladie du patient et les principales étapes diagnostiques doivent être décrites, en présentant les certitudes et les incertitudes du moment. Il est indispensable d'envisager les complications avérées ainsi que les risques de complications ou de séquelles, liées à la pathologie ou aux techniques utilisées. « Le malade ou son représentant a le droit d'être complètement informé à l'avance des risques que peut présenter toute prestation en vue du diagnostic ou du traitement » [28] Il est admis que la vérité ne doit pas être masquée aux proches mais expliquée, souvent de façon progressive, et mise en perspective des faits. Les limites des techniques utilisées doivent être envisagées, chaque fois que cela semble nécessaire. Seule une fraction de ce qui est dit sera

mémorisée. C'est pour cette raison que l'information immédiate doit être concise, en donnant une perspective simple de l'évolution. L'information sera détaillée et renouvelée au fur et à mesure du cheminement en infectiologie [29].

### **Informations ultérieures**

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

### **Informations techniques sur les moyens utilisés**

Celles-ci doivent être données de façon appropriée, en sachant anticiper. L'environnement instrumental doit être décrit succinctement, tout comme la

possibilité de recourir à des techniques supplémentaires. Par exemple, le risque, le mécanisme et les moyens de prévention des infections nosocomiales doivent être schématiquement expliqués. Toute nouvelle technique significative sera décrite dans son principe et sa finalité. Il est recommandé d'envisager l'inconfort pour le patient, engendré par ces techniques, et les moyens utilisés pour l'atténuer.

### **Complications iatrogènes (CI) et infections nosocomiales (IN)**

L'information préalable (dès l'admission) du patient et de ses proches est ici encore capitale car elle assure la crédibilité de l'équipe médicale qui l'effectue. Les complications iatrogènes doivent être restituées dans ce contexte en expliquant qu'à chaque moment le rapport risque-bénéfice sera évalué. Parler d'infection nosocomiale permet de préciser les facteurs de risque auxquels le patient est soumis et les moyens utilisés pour leur prévention. Il faut souligner que le risque zéro n'existe pas. Lorsque survient une CI ou une IN il faut rappeler l'information antérieure, expliquer le mécanisme de survenue, les modalités de prise en charge et les conséquences prévisibles. Lorsqu'un signalement est nécessaire, le patient ou ses proches doivent en être informés [31].

### **Gestion de l'anxiété des proches**

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

reconnaissance de la souffrance des proches de ce patient est une des premières formes de compassion et d'empathie à leur égard.

### **Informations à caractère social**

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

### **Refus de soins et urgence vitale (32,33)**

Lorsqu'un patient a clairement fait état d'un refus de soins, il y a lieu de respecter ce refus. Cependant, ce principe peut être en contradiction avec la finalité même de l'activité médicale, en cas d'urgence vitale. Ainsi, l'obligation faite au médecin de toujours respecter la volonté du malade, si elle puise son fondement dans les principes d'inviolabilité et d'intégrité du corps humain, n'en trouve pas moins sa limite dans l'obligation qu'a également le médecin, de protéger en dernier ressort la vie de l'individu [33]. Par conséquent, ne peut être considéré comme fautif le médecin qui, devant une urgence vitale et en l'absence d'alternative thérapeutique, pratiquent les actes indispensables à la survie du patient, fût-ce en opposition à la volonté préalablement exprimée par celui-ci [32]. En d'autres termes, deux devoirs existent, celui de préserver la vie et celui de respecter la volonté de la personne. Tout doit être tenté pour respecter la volonté du patient et c'est faute de solution alternative que le médecin peut être amené à faire prévaloir son premier devoir sur l'autre en cas de menace vitale urgente.

### **Preuve de l'information (31,34,35,36)**

La charge pour le médecin de faire la preuve de l'information a été établie par l'Arrêt Hedreul. Le médecin, à l'instar de tous professionnels doit donner une information adéquate au patient afin qu'il puisse effectuer un choix éclairé. Il doit faire la preuve qu'il l'a bien donnée. Rappelons que l'arrêt Hedreul ne statue pas sur les moyens de la preuve (la question n'était pas posée à la Cour

de cassation). Les sociétés savantes vont mettre l'accent sur deux points : la quasi-certitude que les médecins recourront à un écrit qu'ils feront signer au patient alors qu'aucun texte ne l'exige et l'incidence d'une telle pratique sur la relation patient-médecin reste méconnu [31]. Si les auteurs expliquent la solution par le souci du juge de protéger la partie la plus faible et sur le fait qu'il est plus facile au médecin de prouver qu'il a informé le patient qu'à ce dernier de démontrer qu'il ne l'a pas fait [34], ils pensent que « l'obligation pour le médecin débouchera inéluctablement sur un écrit » [35], l'écrit étant considéré comme le seul moyen de se préconstitué une telle preuve. On relèvera que souvent la remise d'un document d'information écrit est confondue avec la constitution d'une preuve écrite, signée par le patient aux termes de laquelle il affirme avoir reçu l'information. En outre, cette évolution est considérée comme une source possible d'effets pervers pour deux raisons essentielles :

- 1°- la dimension émotive de tout ce qui touche à son corps, à sa santé, à sa vie peut entraîner une mauvaise compréhension de ce qui aura été dit au patient
- 2°- la signature d'un écrit témoigne que la confiance ne règne pas entre le médecin et le malade. On remarquera toutefois que cette manière d'aborder la question en termes psychologiques occulte celle de savoir comment les intérêts du patient sont les mieux pris en considération : par lui-même ou par le médecin [36].

### **Place de l'information orale**

Le dialogue qu'implique l'information nécessite qu'elle soit transmise oralement. L'information orale est primordiale car elle peut être adaptée au cas de chaque personne. Il est nécessaire d'y consacrer du temps et de la disponibilité, et, si nécessaire, de la moduler en fonction de la situation du

patient. Elle requiert un environnement adapté. Elle s'inscrit dans un climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes du patient. Elle peut nécessiter d'être délivrée de manière progressive. Lorsque la personne est étrangère, il est recommandé de recourir si besoin à un traducteur.

### **L'information écrite :**

Un complément possible à l'information orale Lorsque des documents écrits existent, il est souhaitable qu'ils soient remis au patient pour lui permettre de s'y reporter et/ou d'en discuter avec toute personne de son choix, notamment avec les médecins qui lui dispensent des soins. La fonction du document d'information est exclusivement de donner au patient des renseignements par écrit et ce document n'a pas vocation à recevoir la signature du patient. De ce fait, il ne doit être assorti d'aucune formule obligeant le patient à y apposer sa signature [27].

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

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

s'intéresser, aux causes naturelles de la maladie, aux origines d'ordre surnaturel.

Les patients et leur entourage tenteront de comprendre et d'expliquer leurs maux en termes de malheur, de sanctions dues à la transgression d'interdits, ou encore en évoquant une agression liée à la sorcellerie.

### **À propos du Consentement éclairé :**

Dans les pays en développement, le poids de la communauté et le respect des traditions représentent souvent un frein puissant au développement de cette pratique. Au Mali dans le contexte traditionnel la société est avant tout communautaire et le chef y a tout pouvoir : sa décision prime sur celle du chef de famille et celle de sa famille sur celui du patient. Ainsi le consentement éclairé individuel, est presque impossible à obtenir dans certains pays africains où le sujet, demeure un sujet communautaire. Cependant il n'est pas rare d'obtenir un consentement collégial donné par le chef de famille, l'intéressé lui-même n'étant pas toujours informé. En effet dans la relation des soins la confiance du malade peut osciller entre celle qu'il accorde au médecin et celle qu'il accorde au guérisseur local [37]. De la désignation des représentants légaux. En ce qui concerne les sujets mineurs, juridiquement, leurs accompagnateurs ou représentants légaux doivent donner leur consentement aux soins. Il est nécessaire de discuter de ces deux termes (parent et représentant/tuteur légal) car ce sont des réalités complexes et différentes selon les contextes. Dans le contexte occidental, en matière de père, il n'existe que le père biologique. Le concept de père est toujours employé au singulier parce qu'il n'y en a qu'un et un seul, celui biologique. Or, en Afrique, "pères" peut être utilisé au pluriel car le père biologique et le père social peuvent être confondus. Les pères sont en effet toutes les personnes âgées du village dont

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

Dans le sens occidental le terme de père a une visée restrictive, alors qu'en Afrique il est inclusif. En effet, les Africains en font un emploi large et lui donnent un contenu très étendu. Les particularités des termes fils et fille sont, dans le français d'Afrique noire, en rapport avec les particularités des relations traditionnelles entre les "enfants" et les "parents". Dans ce cas, le fils n'est pas seulement l'enfant naturel d'un homme et d'une femme, mais aussi le neveu, (car l'oncle y est considéré en tant que père, et la tante en tant que mère) et le fils d'un ami ou d'une amie (dans le sens africain de ces termes).

La parenté est conçue très largement et met en exergue la force de la solidarité africaine. Au moment du recueil du consentement des mineurs, toutes ces considérations doivent être prises en compte [38].

## II. MATERIEL ET METHODE

### 1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de maladies infectieuses et tropicales (SMIT) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point-G. Le CHU du point G est situé à 8 km du centre-ville, sur la colline du Point G. C'est un hôpital de troisième niveau de la pyramide sanitaire du Mali. Il compte actuellement 27 services médicaux techniques. Le SMIT prend en charge entre autres pathologies, les personnes vivantes avec le VIH et d'autres coinfections associées au VIH.

#### i Situation géographique du service

Le service de maladies infectieuses et tropicales se situe au sein du CHU du point G plus précisément au nord du service de médecine légale et de la morgue, au sud de la mosquée du CHU Point G et du service de cardiologie B, à l'est le service de médecine interne et à l'ouest, le service de cardiologie A.

#### ii Organisation du service

Le service de maladies infectieuses et tropicales est constitué de personnels ci-après :

- Deux professeurs titulaires
- Quatre maîtres assistants
- Deux chargés de recherche
- Deux attachés de recherche
- Seize médecins en spécialisation
- Les faisant fonction d'interne des hôpitaux
- Les assistants médicaux
- Les techniciens de surface

### **iii Activités dans le service**

Les activités dans le service de maladies infectieuses et tropicales consistent pour la plupart du temps aux consultations y compris la prise en charge des PvVIH, aux suivis des patients hospitalisés dans le service et aux activités de formation et de recherche.

#### **iiii Activités par rapport aux malades**

- Consultation
- Hospitalisation
- Visites des malades hospitalisés
- PEC psycho médicale
- Vaccination
- Consulting
- Ailleurs il y a des activités pédagogiques et de formation des médecins candidat à la spécialisation

## **2. Type et période de l'étude**

Il s'agissait d'une étude transversale à visée évaluative dont la collecte a consisté à un entretien à partir d'un questionnaire sur une période de deux mois allant de novembre à décembre 2020 dans le service de Maladies infectieuses et tropicales du CHU de point G

## **3. La population de l'étude**

Notre étude à portée sur les patients et les accompagnateurs des patients hospitalisés dans le service de maladies infectieuses et tropicales durant la période de collecte.

### 3.1. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude les accompagnateurs des patients qui ont séjournés au moins 48 heures dans le service et ayant donné leur consentement libre et éclairé, un accompagnateur par patient.

### 3.2. Critères de non inclusion

Les accompagnateurs qui ont refusé de participer à l'étude, des consultations externes du service et ceux d'autres services.

## 4. Méthodes

### 4.1. Déroulement de l'enquête

Les accompagnateurs des patients ont été sollicités 48 heures après l'admission du patient au service des maladies infectieuses et tropicales. Une fiche d'enquête a été élaborée contenant des informations, précises, détaillées, délivrées de façon intelligible dans l'anonymat et loyale portant sur les points suivants : les données socio démographiques des patients et leurs accompagnateurs, les indicateurs de structure, d'organisation et de structure.

#### Satisfaction :

Le mot satisfaction vient du latin *satisfactio* qui est « l'action de satisfaire un besoin, un désir, une demande, une tendance » ou bien « le contentement, la joie résultant en particulier de l'accomplissement d'un désir, d'un souhait » ou enfin, « ce qui répond à la demande de quelqu'un ».

Ou encore : « sentiment de bien-être, plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on attend, désire, ou simplement d'une chose souhaitable ». Ainsi, la satisfaction des clients reflète dans quelle mesure un produit ou un service répond à leurs attentes [7].

## 4.2. Variables recueillies

### ↳ Variables qualitatives

- Sexe
- Profession
- Statut matrimonial
- Résidence
- Provenance / Ethnie
- Niveau d'étude
- Lien de parenté

### ↳ Variables quantitatives

- Age
- La durée du séjour (en jours)
- Cout du traitement (pec)

## 5. Evaluation de la satisfaction des accompagnateurs des patients admis au service de maladies infectieuses

### 5.1. Questionnaires utilisés

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

- 1) Êtes-vous satisfait : de l'accueil par l'équipe de maladie infectieuse oui ? non ?
- 2) Avez-vous été rapidement informé de l'état de santé de votre proche par le médecin ?? oui ? non
- 3) Êtes-vous satisfait des informations qui vous ont été apportées par :
  - les médecins oui ? non ?
  - les infirmières(e)s et aides-soignants(e)s oui ? non ?
- 4) Les explications données étaient-elles claires ? oui ? non
- 5) Êtes-vous satisfait de :
  - la courtoisie de l'équipe soignante oui ? non ?
  - la disponibilité de l'équipe soignante oui ? non ?
- 6) Vous est-il arrivé de vous sentir seul ou isolé ? oui ? non

Si oui, à quel(s) moment(s) :

? Accueil ; ? Annonce d'une complication

? Annonce d'une maladie ; ? Transfert vers un autre service

Si oui, un accompagnement psychologique vous a-t-il été proposé ? oui ? non

7) En cas de transfert vers un autre service ou de sortie, avez-vous été informé ? oui ? non ?

8) Êtes-vous satisfait de la prise en charge de votre proche par l'équipe

Soignante oui ? non ?

9) Pensez-vous que des éléments de la prise en charge par l'équipe

Soignante pourraient être améliorés oui ? non

Si oui, lesquels : .....

## 5.2. Indicateurs

Nous avons utilisé certains indicateurs. Afin de cibler cet audit clinique. Plusieurs axes d'intérêt ont été choisis et regroupés en indicateurs de structure, d'organisation ou de procédure.

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

### a) Indicateurs de structure :

Les indicateurs de structure sont les suivants :

- le calme et le confort de la salle d'attente ;
- la qualité du livret d'information fourni ;
- le soutien psychologique et / ou matériel (service sociale, appui du SMIT) apporté aux familles durant l'hospitalisation ;
- le gêne occasionné par le niveau sonore.

### b) Indicateurs d'organisation :

Les indicateurs d'organisation sont les suivants :

- les horaires des visites ;
- le délai d'attente avant les visites ;
- la disponibilité des équipes médicales et infirmières ;
- la rapidité de l'équipe à répondre aux besoins des patients.

**c) Indicateurs de procédure :**

- la clarté de l'information délivrée ;
- l'attente avant le compte rendu de certains examens complémentaires aux familles ;
- le respect du secret médical et de l'intimité des patients ;
- la prise en compte des souhaits des familles ;
- la lutte contre la douleur et contre l'anxiété des patients ;
- la qualité des soins délivrés.

**6. Analyse des données :**

Les données ont été recueillies à partir d'une fiche d'enquête (annexe) établie en se basant sur un questionnaire.

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées avec le logiciel d'IBM, SPSS Statistic 20.0. Les corrélations entre variables qualitatives ont été recherchées par le test exact de Fisher avec une significativité fixée à 5%. Le traitement du texte et des graphiques a été réalisé à l'aide des logiciels Office 2016 de Microsoft : Word et Excel.

**7. Aspect éthique**

Les données ont été collectées dans le strict respect de la confidentialité (en gardant l'anonymat des enquêtés).

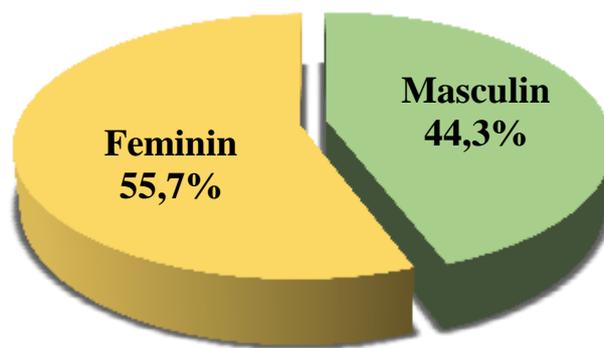
Un consentement verbal a été requis avant toute inclusion dans l'étude. L'assurance a été donnée que les résultats issus de l'étude serviront à améliorer la prise en charge des patients.

### III. RESULTATS

Durant notre période de collecte, 149 patients étaient hospitalisés dans le service de maladies infectieuses et tropicales (SMIT) du CHU Point G. Parmi eux 131 patients ont été colligés soit un taux de participation de 87,92%. Aucun patient n'a été exclu. Au total, 131 patients auxquels correspondaient 131 accompagnateurs ont participé à l'étude.

#### 1. Données sur les patients

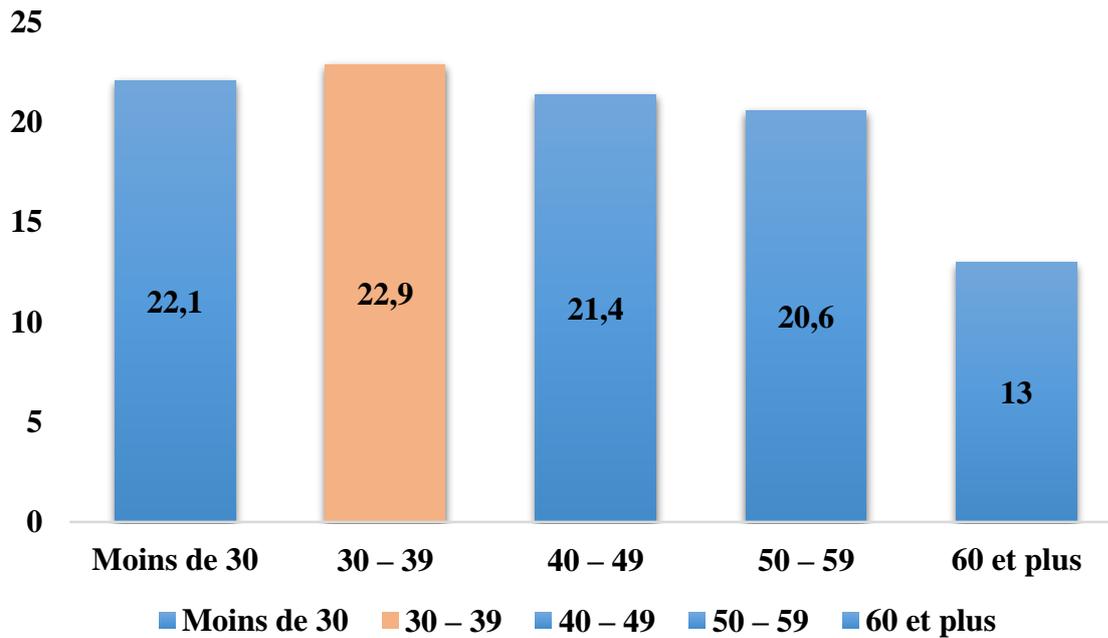
##### 1.1. Caractéristiques socio démographiques des patients



**Figure 1** : Répartition des patients en fonction du sexe

Nos patients étaient majoritairement du sexe féminin avec un taux de 55,7% soit un sexe-ratio de 0,79.

Évaluation de la satisfaction des accompagnateurs des patients admis en hospitalisation dans le Service de Maladies infectieuses et tropicales (SMIT) du CHU de Point G



**Figure 2** : Répartition des patients en fonction de l'âge

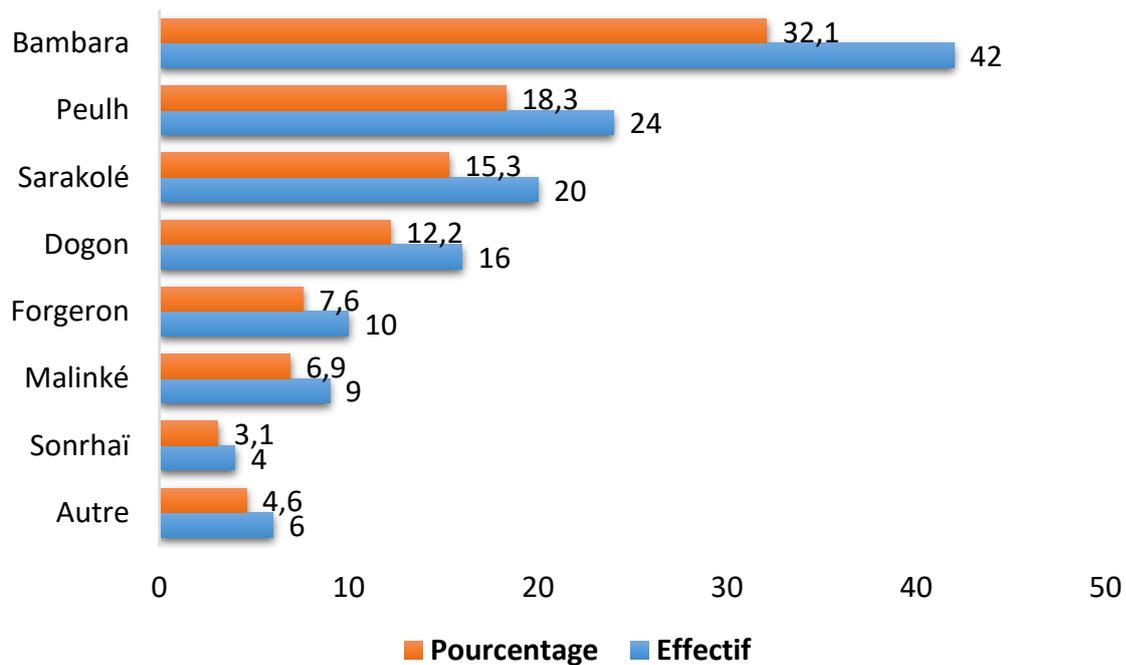
Les patients de moins de 40 ans ont dominé notre étude avec 45% des cas. L'âge moyen a été de **41,63 ± 13,02** ans avec des extrêmes de 19 et 66 ans.

**Tableau I** : Répartition des patients en fonction de la résidence

| Résidence      | Effectif   | Pourcentage  |
|----------------|------------|--------------|
| Bamako         | 82         | 62,6         |
| Hors de Bamako | 49         | 37,4         |
| <b>Total</b>   | <b>131</b> | <b>100,0</b> |

Nos patients provenaient majoritairement (**62,6%**) de Bamako.

**Évaluation de la satisfaction des accompagnateurs des patients admis en hospitalisation dans le Service de Maladies infectieuses et tropicales (SMIT) du CHU de Point G**



**Figure 3** : Répartition des patients en fonction de l’ethnie

Autre : Kakolo (2), Maure (2), Bobo (1), Minianka (1).

L’ethnie bambara a été majoritairement représentée dans notre étude avec des parts de **32,1%**.

**Tableau II** : Répartition des patients en fonction de la profession

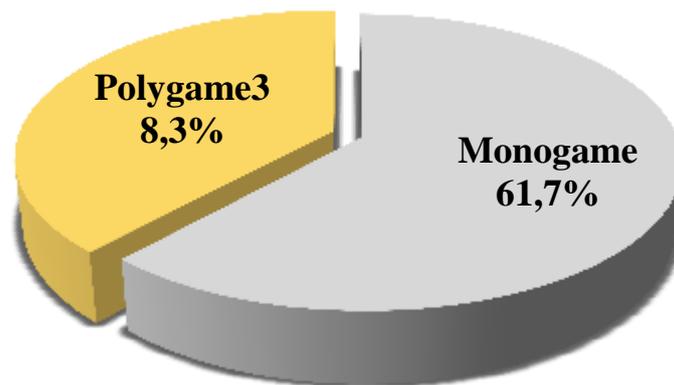
| Profession                  | Effectif   | Pourcentage  |
|-----------------------------|------------|--------------|
| Femme au foyer (ménagère)   | 53         | 40,5         |
| Commerçant(e)               | 30         | 22,9         |
| Profession libérale         | 20         | 15,3         |
| Cultivateur/Pêcheur/Éleveur | 16         | 12,2         |
| Fonctionnaire               | 8          | 6,1          |
| Elève/Étudiant(e)           | 2          | 1,5          |
| Aide-ménagère               | 2          | 1,5          |
| <b>Total</b>                | <b>131</b> | <b>100,0</b> |

Les femmes au foyer ont été les plus représentées soit **40,5%**.

**Tableau III** : Répartition des patients en fonction du statut matrimonial

| Statut matrimonial | Effectif   | Pourcentage  |
|--------------------|------------|--------------|
| Mariée             | 107        | 81,7         |
| Célibataire        | 10         | 7,6          |
| Divorcée           | 5          | 3,8          |
| Veuf (ve)          | 9          | 6,9          |
| <b>Total</b>       | <b>131</b> | <b>100,0</b> |

La majorité soit **81,7%** de nos patients était marié (e).



**Figure 4** : Répartition des patients en fonction du nombre de femme au foyer

La majorité des mariés soit 61,7% étaient issus d'un régime monogamique (une seule femme) au moment de notre étude.

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

| Niveau d'étude | Effectif   | Pourcentage  |
|----------------|------------|--------------|
| Primaire       | 64         | 48,9         |
| Secondaire     | 6          | 4,6          |
| Supérieur      | 8          | 6,1          |
| Non scolarisé  | 53         | 40,5         |
| <b>Total</b>   | <b>131</b> | <b>100,0</b> |

**40,5%** de nos patients étaient non scolarisé.

## 1.2. Condition d'admission du malade

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

| Motifs d'admission              | Effectif (n=131) | Pourcentage |
|---------------------------------|------------------|-------------|
| Terrain immunodéprimé           | 87               | 66,4        |
| Altération de l'état général    | 66               | 50,4        |
| Toux                            | 24               | 18,3        |
| VIH1                            | 18               | 13,7        |
| Suspicion de tétanos            | 14               | 10,7        |
| Altération de la conscience     | 14               | 10,7        |
| Aphasie                         | 12               | 9,2         |
| Dyspnée                         | 9                | 6,9         |
| Diarrhée liquidienne            | 8                | 6,1         |
| Hémi-parésie                    | 8                | 6,1         |
| Confusion mentale               | 5                | 3,8         |
| Myoclonie                       | 5                | 3,8         |
| Fièvre                          | 4                | 3,1         |
| Désorientation                  | 4                | 3,1         |
| Suspicion d'échec thérapeutique | 3                | 2,3         |
| Déficit moteur                  | 3                | 2,3         |
| Déshydratation                  | 3                | 2,3         |
| Trouble de la conscience        | 3                | 2,3         |
| Dysarthrie                      | 3                | 2,3         |
| Douleur thoracique              | 2                | 1,5         |
| Dysphagie                       | 2                | 1,5         |
| Epigastralgie                   | 2                | 1,5         |
| Eructation                      | 2                | 1,5         |
| Ictère                          | 2                | 1,5         |
| Ulcération nécrosante           | 2                | 1,5         |
| Autre*                          | 7                | 5,4         |

\* : Agitation psychomotrice (1), désorientation temporo-spatial (1), OMI (1), Paraparésie (1), Suivi du traitement ARV (1), Suspicion de rétrovirale (1), Tétraparésie (1).

Les principaux motifs d'admission de nos patients étaient la TID et l'altération de l'état général et la toux avec respectivement 66,4%, 50,4% et 18,3% des cas.

**Tableau VI** : Répartition des patients en fonction du mode de référence

| Mode de référence | Effectif   | Pourcentage  |
|-------------------|------------|--------------|
| Référé            | 65         | 49,6         |
| Venu de lui-même  | 64         | 48,9         |
| Evacué            | 2          | 1,5          |
| <b>Total</b>      | <b>131</b> | <b>100,0</b> |

Plus de la moitié soit 51,1% de nos patients avec été référé ou évacué

**Tableau VII** : Répartition des patients en fonction le service de référence et ou évacuation.

| Service d'évacuation/référence | Effectif  | Pourcentage  |
|--------------------------------|-----------|--------------|
| CHU                            | 34        | 50,7         |
| CS Réf                         | 19        | 28,4         |
| Cabinet médical/Clinique       | 8         | 11,9         |
| CS Com                         | 6         | 9,0          |
| <b>Total</b>                   | <b>67</b> | <b>100,0</b> |

Les référés et /ou évacués provenaient principalement des CHU des hôpitaux (du Mali, du point G, GT, Luxembourg, Pr BSS de KATI)

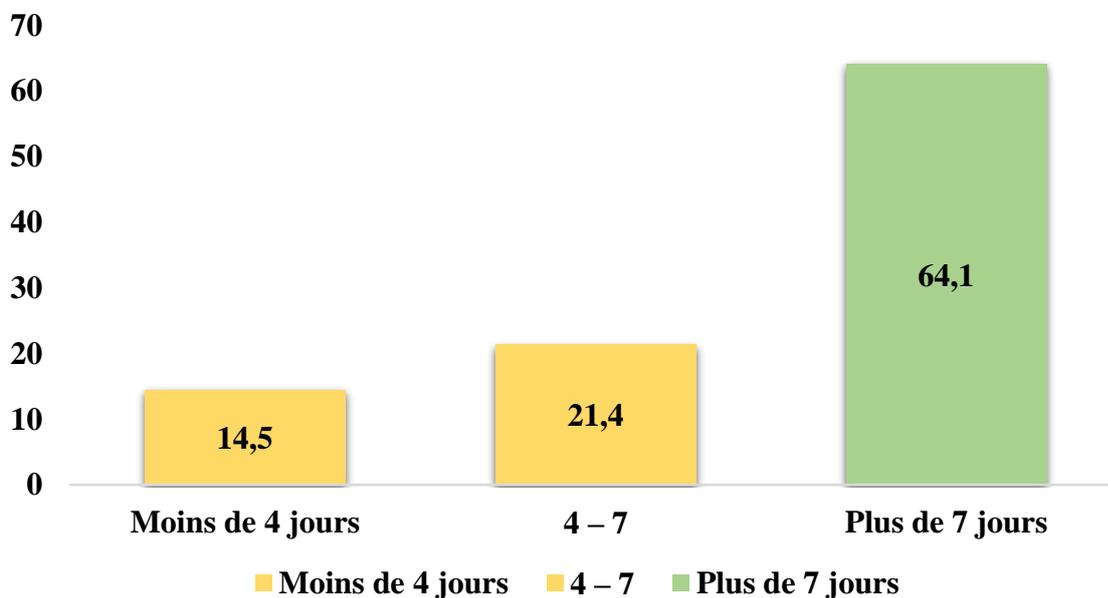
### 1.3. Données clinique et évolutif des patients

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

| Diagnostic à l'admission     | Effectif   | Pourcentage  |
|------------------------------|------------|--------------|
| VIH                          | 78         | 59,5         |
| Tétanos                      | 14         | 10,7         |
| VIH + Palu grave             | 12         | 9,2          |
| Palu grave                   | 9          | 6,9          |
| VIH + Toxoplasmose cérébrale | 7          | 5,3          |
| VIH + Coccidiose digestive   | 3          | 2,3          |
| AEG + Diarrhée               | 2          | 1,5          |
| Candidose digestive          | 2          | 1,5          |
| Autre*                       | 4          | 3,0          |
| <b>Total</b>                 | <b>131</b> | <b>100,0</b> |

\* : Sepsis à porte d'entrée pulmonaire (1), Pneumonie (1), Péritonite sur terrain de retro virose VIH (1), Coccidioses digestives (1).

Le VIH a été le diagnostic à l'admission de 77,8% de nos patients



**Figure 5** : Répartition des patients en fonction la durée de séjour (en jours)

La majorité de nos patients soit **64,1%** ont fait un séjour de plus de 7 jours. La durée de séjour moyenne était de **11,68 ± 8,178** jours avec des extrêmes de **2 et 30** jours.

**Tableau IX** : Répartition des patients en fonction la sévérité de la maladie

| Sévérité de la maladie | Effectif   | Pourcentage  |
|------------------------|------------|--------------|
| Grave                  | 123        | 93,9         |
| Modérés                | 8          | 6,1          |
| <b>Total</b>           | <b>131</b> | <b>100,0</b> |

L'état de 93,9% de nos patients était jugé grave

**Tableau X** : Répartition des patients en fonction de l'antécédent d'hospitalisation dans les antécédents

| Antécédents d'hospitalisation | Effectif   | Pourcentage  |
|-------------------------------|------------|--------------|
| Oui                           | 19         | 14,5         |
| Non                           | 112        | 85,5         |
| <b>Total</b>                  | <b>131</b> | <b>100,0</b> |

La plupart de nos patients soit 85,5% n'avaient jamais eu d'antécédent d'hospitalisation

**Tableau XI** : Répartition des patients selon les services d'hospitalisation antérieur.

| Service d'hospitalisation | Effectif  | Pourcentage  |
|---------------------------|-----------|--------------|
| Gynéco-Obstétrique        | 11        | 57,9         |
| Chirurgie                 | 6         | 31,6         |
| Néphrologie               | 1         | 5,3          |
| Neurologique              | 1         | 5,3          |
| <b>Total</b>              | <b>19</b> | <b>100,0</b> |

Plus de la moitié des patients soit (57,9%) avaient été hospitalisés dans le service de gynéco-Obstétrique

**Tableau XII** : Répartition des patients en fonction du coût total de la prise en charge

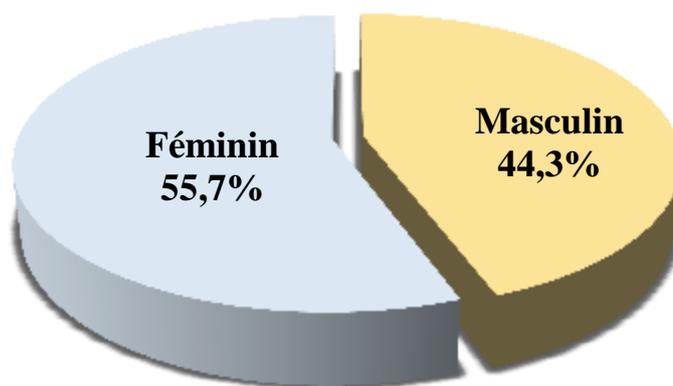
| Coût total en Franc CFA | Effectif   | Pourcentage  |
|-------------------------|------------|--------------|
| Moins de 50 000         | 2          | 1,5          |
| 50 000 - 100 000        | 13         | 9,9          |
| 100 001 - 500 000       | 111        | 84,7         |
| Plus de 500 000         | 5          | 3,8          |
| <b>Total</b>            | <b>131</b> | <b>100,0</b> |

Le coût total de la prise en charge des patients se situait dans 84,7% entre 100 000 et 500 000 francs CFA et plus de 500000F CFA chez 3,8% des patients.

## 2. Caractéristiques des accompagnateurs

Analyse sur les 131 accompagnateurs. Nous avons retenu un accompagnateur par patient.

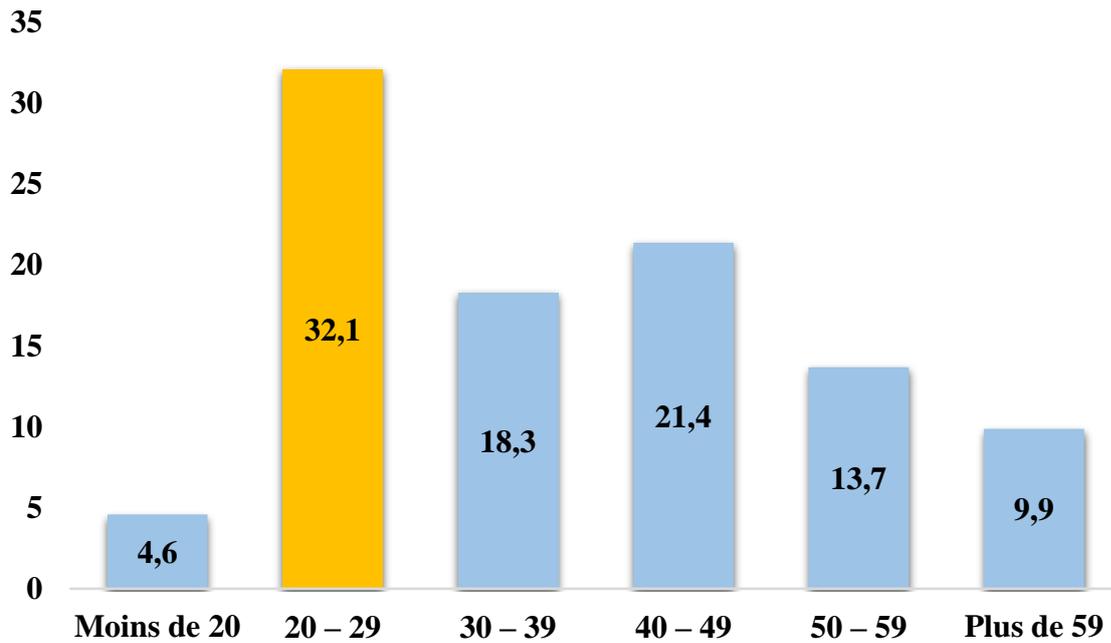
### 2.1. Données sociodémographiques



**Figure 6** : Répartition des accompagnateurs en fonction du sexe.

Les accompagnateurs étaient à **55,7%** de sexe féminin

Évaluation de la satisfaction des accompagnateurs des patients admis en hospitalisation dans le Service de Maladies infectieuses et tropicales (SMIT) du CHU de Point G



**Figure 7** : Répartition des accompagnateurs en fonction de la tranche d'âge

La moyenne d'âge de nos accompagnants a été de  $37,73 \pm 13,981$  ans et les 20 à 39 ans ont représenté 50,4% des cas.

**Tableau XIII** : Répartition des accompagnateurs en fonction de la profession.

| Profession                 | Effectif   | Pourcentage  |
|----------------------------|------------|--------------|
| Commerçant(e)              | 40         | 30,5         |
| Femme au foyer             | 39         | 29,8         |
| Cultivateur/Éleveur/Berger | 19         | 14,5         |
| Profession libérale        | 15         | 11,5         |
| Elève/Étudiant(e)          | 7          | 5,3          |
| Fonctionnaire              | 5          | 3,8          |
| Aide-ménagère              | 2          | 1,5          |
| Autre                      | 4          | 3,1          |
| <b>Total</b>               | <b>131</b> | <b>100,0</b> |

\* : Electricien (1), Staffeur (1), Technicien de mine (1), Tradithérapeute (1),

\* : Une Profession libérale désigne toute profession exercée sur la base de qualification appropriée, à titre personnel sur sa propre responsabilité.

La profession commerçante était plus représentée soit **30,5%**.

**Tableau XIV** : Répartition des accompagnateurs en fonction de lien de parenté

| Lien de parenté       | Effectif   | Pourcentage  |
|-----------------------|------------|--------------|
| Conjoint (e)          | 38         | 29,0         |
| Parent (e)            | 24         | 18,3         |
| Enfant                | 27         | 20,6         |
| Frère ou sœur         | 26         | 19,8         |
| Neveu/Nièce           | 3          | 2,3          |
| Beau-frère/Belle sœur | 4          | 3,1          |
| Ami                   | 3          | 2,3          |
| Autre*                | 6          | 4,6          |
| <b>Total</b>          | <b>131</b> | <b>100,0</b> |

\* : Cousine (2), Tante/Oncle (2), Aide-ménagère (2).

Nos patients étaient dans **29%** des cas accompagnés par leur conjoint (e).

## 2.2. Données sur la satisfaction des accompagnateurs

**Tableau XV** : Répartition des accompagnateurs en fonction de l'accueil par l'équipe de soignante à l'entrée.

| Accueil par l'équipe de soignant | Effectif   | Pourcentage  |
|----------------------------------|------------|--------------|
| Oui                              | 129        | 98,5         |
| Non                              | 2          | 1,5          |
| <b>Total</b>                     | <b>131</b> | <b>100,0</b> |

La quasi-totalité de nos accompagnateurs soit 98,5% ont affirmé avoir été accueillis par l'équipe soignante

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

Tous les accompagnateurs de nos patients ont affirmé avoir été rapidement informés de l'état de leur malade.

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

| Satisfait des informations qui vous ont été apportées par les | Effectif (n=131) | Pourcentage |
|---|------------------|-------------|
| Médecins  | 127              | 96,9        |
| Infirmier (e)s et aides-soignants (es)                        | 124              | 94,7        |

Presque tous nos enquêtés soit 96,9% ont affirmé avoir été satisfait des informations apportées par les médecins.

**Tableau XVIII :** Répartition des accompagnateurs en fonction de la clarté des explications données.

| Clarté des informations | Effectif   | Pourcentage  |
|-------------------------|------------|--------------|
| Oui                     | 128        | 97,7         |
| Non                     | 3          | 2,3          |
| <b>Total</b>            | <b>131</b> | <b>100,0</b> |

Les informations étaient toujours claires pour 97,7% de nos enquêtés.

**Tableau XIX :** Répartition des accompagnateurs en fonction de leur satisfaction par rapport à la courtoisie de l'équipe soignante.

| Satisfait de courtoisie de l'équipe soignante | Effectif   | Pourcentage  |
|---|------------|--------------|
| Oui   | 128        | 97,7         |
| Non   | 3          | 2,3          |
| <b>Total</b>                                  | <b>131</b> | <b>100,0</b> |

97,7% de nos enquêtés étaient satisfaits de la courtoisie du personnel médical.

**Tableau XX** : Répartition des accompagnateurs en fonction de la satisfaction concernant la disponibilité de l'équipe soignante.

| Satisfait de disponibilité de l'équipe soignante | Effectif   | Pourcentage  |
|--|------------|--------------|
| Oui  | 129        | 98,5         |
| Non  | 2          | 1,5          |
| <b>Total+</b>                                    | <b>131</b> | <b>100,0</b> |

98,5% de nos enquêtés étaient satisfaits de la disponibilité de l'équipe soignante

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

| Sentir seul ou isolé | Effectif   | Pourcentage  |
|----------------------|------------|--------------|
| Oui                  | 1          | 0,8          |
| Non                  | 130        | 99,2         |
| <b>Total</b>         | <b>131</b> | <b>100,0</b> |

Dans 0,8 % des cas, nos enquêtés ont affirmé s'être senti seul ou isolé

**Tableau XXII** : Répartition des accompagnateurs en fonction de la Satisfaction de la PEC de son malade.

| Satisfait de la PEC de votre proche par l'équipe soignante | Effectif   | Pourcentage  |
|--|------------|--------------|
| Oui  | 128        | 97,7         |
| Non  | 3          | 2,3          |
| <b>Total</b>   | <b>131</b> | <b>100,0</b> |

Dans 97,7% des cas, nos enquêtés ont affirmé être satisfaits de la prise en charge de leur proche par l'équipe soignante.

**Tableau XXIII** : Répartition des accompagnateurs en fonction des éléments de PEC par l'équipe soignante qui pourraient être améliorés

| Éléments de PEC par l'équipe soignante pourraient être améliorés | Effectif   | Pourcentage  |
|--|------------|--------------|
| Oui  | 6          | 4,6          |
| Non  | 125        | 95,4         |
| <b>Total</b>   | <b>131</b> | <b>100,0</b> |

6 accompagnateurs avaient proposé une amélioration de la PEC par rapport aux points suivants : Qualité de prise en charge ; rapidité de prise en charge ; surveillance.

**Tableau XXIV** : Répartition des accompagnateurs en fonction des indicateurs de structure

| Indicateur de structure   | Effectif | Pourcentage |
|---|----------|-------------|
| <b>Calme dans la salle d'attente</b>  |          |             |
| Très satisfait  | 128      | 97,7        |
| Satisfait   | 3        | 2,3         |
| <b>Qualité de livret d'information</b>                                      |          |             |
| Très satisfait  | 129      | 98,5        |
| Satisfait   | 2        | 1,5         |
| <b>Gêne occasionné par le niveau sonore dans la salle d'hospitalisation</b> |          |             |
| Très satisfait  | 129      | 98,5        |
| Satisfait   | 2        | 1,5         |
| <b>Soutien psychologique</b>  |          |             |
| Très satisfait  | 123      | 93,9        |
| Satisfait   | 6        | 4,6         |
| Non satisfait   | 2        | 1,5         |
| <b>Soutien matériel en argent ou appui du service social</b>                |          |             |
| Très satisfait  | 122      | 93,1        |
| Satisfait   | 6        | 4,6         |
| Non satisfait   | 3        | 2,3         |

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

**Tableau XXV** : Répartition des accompagnateurs en fonction des indicateurs d'organisation

| Indicateur d'organisation                        | Effectif | Pourcentage |
|--|----------|-------------|
| <b>Rapidité de l'équipe à répondre au besoin</b> |          |             |
| Très satisfait                                   | 129      | 98,5        |
| Satisfait  | 2        | 1,5         |
| Non satisfait                                    | 0        | 0           |
| <b>Disponibilité de l'équipe infirmière</b>      |          |             |
| Très satisfait                                   | 124      | 94,7        |
| Satisfait  | 7        | 5,3         |
| Non satisfait                                    | 0        | 0           |
| <b>Disponibilité de l'équipe médicale</b>        |          |             |
| Très satisfait                                   | 129      | 98,5        |
| Satisfait  | 2        | 1,5         |
| Non satisfait                                    | 0        | 0           |
| <b>Horaires de visites</b>                       |          |             |
| Très satisfait                                   | 129      | 98,5        |
| Satisfait  | 2        | 1,5         |
| Non satisfait                                    | 0        | 0           |
| <b>Délais de réponse en salle d'attente</b>      |          |             |
| Très satisfait                                   | 129      | 98,5        |
| Satisfait  | 2        | 1,5         |
| Non satisfait                                    | 0        | 0           |

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

**Tableau XXVI** : Répartition des accompagnateurs en fonction des indicateurs de procédure

| Indicateur de procédure                                | Effectif | Pourcentage |
|--|----------|-------------|
| <b>Qualité des soins</b>                               |          |             |
| Très satisfait   | 128      | 97,7        |
| Satisfait  | 3        | 2,3         |
| <b>Respect de l'intimité</b>                           |          |             |
| Très satisfait   | 129      | 98,5        |
| Satisfait  | 2        | 1,5         |
| <b>Clarté de l'information médicale</b>                |          |             |
| Très satisfait   | 129      | 98,5        |
| Satisfait  | 2        | 1,5         |
| <b>Lutte contre la douleur</b>                         |          |             |
| Très satisfait   | 128      | 97,7        |
| Satisfait  | 3        | 2,3         |
| <b>Respect du secret médical</b>                       |          |             |
| Très satisfait   | 129      | 98,5        |
| Satisfait  | 2        | 1,5         |
| <b>Prise en comptes des souhaits familiaux</b>         |          |             |
| Très satisfait   | 129      | 98,5        |
| Satisfait  | 2        | 1,5         |
| <b>Attente avant rendu des examens complémentaires</b> |          |             |
| Très satisfait   | 129      | 98,5        |
| Satisfait  | 2        | 1,5         |

Les accompagnateurs étaient très satisfaits dans la qualité des soins et la lutte contre la douleur avec respectivement 90%, 88,8% et 87,5%.

**Tableau XXVII** : Répartition des accompagnateurs en fonction de la satisfaction globale

| Satisfaction globale  | Effectif   | Pourcentage  |
|-----------------------|------------|--------------|
| Satisfait (26 – 36)   | 2          | 1,5          |
| Très satisfait (> 36) | 129        | 98,5         |
| <b>Total</b>          | <b>131</b> | <b>100,0</b> |

Score : Min = 34 ; max = 51 ; moy = 50,53 ± 2,202.

Sur un score total de 51 points, **69 (98,5%)** ont pu être jugé très satisfaits.

## Facteurs de satisfaction des patients

**Tableau XXVIII** : Répartition des patients en fonction de la satisfaction globale et le sexe

| Sexe         | Satisfaction globale |                    | Total (%)          |
|--------------|----------------------|--------------------|--------------------|
|              | Satisfait (%)        | Très satisfait (%) |                    |
| Masculin     | 1 (1,7)              | 57 (98,3)          | 58 (44,3)          |
| Féminin      | 1 (1,4)              | 72 (98,6)          | 73 (55,7)          |
| <b>Total</b> | <b>2 (1,5)</b>       | <b>129 (98,5)</b>  | <b>131 (100,0)</b> |

Test exact de Fisher = 0,27 ; ddl = 1 ; **p = 1,000**

Il n'existe pas de lien statistique entre le sexe des patients et la satisfaction globale de leurs accompagnateurs.

**Tableau XXIX** : Répartition des patients en fonction de la satisfaction globale et la Tranche d'âge

| Tranche d'âge    | Satisfaction globale |                    | Total (%)          |
|------------------|----------------------|--------------------|--------------------|
|                  | Satisfait (%)        | Très satisfait (%) |                    |
| Moins de 30 ans  | 1 (3,4)              | 28 (96,6)          | 29 (22,1)          |
| <b>[30 - 39[</b> | <b>1 (3,3)</b>       | <b>29 (96,7)</b>   | <b>30 (22,9)</b>   |
| [40 - 49[        | 0 (0)                | 28 (21,4)          | 28 (21,4)          |
| [50 - 59[        | 0 (0)                | 27 (100)           | 27 (20,6)          |
| 60 ans et plus   | 0 (0)                | 17 (100)           | 17 (13)            |
| <b>Total</b>     | <b>2 (1,5)</b>       | <b>129 (98,5)</b>  | <b>131 (100,0)</b> |

Test exact de Fisher = 2,646; ddl = 4 ; **p = 1**

Il n'existe pas de lien statistique entre la tranche d'âge des patients et la satisfaction globale de leurs accompagnateurs.

**Tableau XXX** : Répartition patients en fonction de la satisfaction globale et la profession

| Profession                  | Satisfaction globale |                    | Total (%)          |
|-----------------------------|----------------------|--------------------|--------------------|
|                             | Satisfait (%)        | Très satisfait (%) |                    |
| Femme au foyer              | 1 (1,9)              | 52 (98,1)          | 53 (40,5)          |
| Commerçant (e)              | 0 (0)                | 30 (100)           | 30 (22,9)          |
| Étudiant (e)/Elève          | 0 (0)                | 2 (100)            | 2 (1,5)            |
| Profession libérale         | 0 (0)                | 20 (100)           | 20 (15,3)          |
| Fonctionnaire               | 0 (0)                | 8 (100)            | 8 (6,1)            |
| Aide-ménagère               | 0 (0)                | 2 (100)            | 2 (1,5)            |
| Cultivateur/Pêcheur/Éleveur | 1 (6,3)              | 15 (93,8)          | 16 (12,2)          |
| <b>Total</b>                | <b>2 (1,5)</b>       | <b>129 (98,5)</b>  | <b>131 (100,0)</b> |

Test exact de Fisher = 7,040; ddl = 6 ; **p = 0,760**

Il n'a pas existé un lien statistique entre la profession des patients et la satisfaction globale de leurs accompagnateurs.

**Tableau XXXI** : Répartition des patients en fonction de la satisfaction globale et le statut matrimonial

| Statut matrimonial | Satisfaction globale |                    | Total (%)          |
|--------------------|----------------------|--------------------|--------------------|
|                    | Satisfait (%)        | Très satisfait (%) |                    |
| Marié(e)           | 2 (1,9)              | 105 (98,1)         | 107 (81,7)         |
| Célibataire        | 0 (0)                | 10 (100)           | 10 (7,6)           |
| Divorcé(e)         | 0 (0)                | 5 (100)            | 5 (3,8)            |
| Veuf               | 0 (0)                | 9 (6,9)            | 9 (6,9)            |
| <b>Total</b>       | <b>2 (1,5)</b>       | <b>129 (98,5)</b>  | <b>131 (100,0)</b> |

Test exact de Fisher = 1,985 ; ddl = 3 ; **p = 0,929**

Il n'a pas existé un lien statistique entre le statut matrimonial des patients et la satisfaction globale de leur accompagnant.

**Tableau XXXII** : Répartition des patients en fonction de la satisfaction globale et le niveau d'étude

| Niveau d'étude | Satisfaction globale |                    | Total (%)          |
|----------------|----------------------|--------------------|--------------------|
|                | Satisfait (%)        | Très satisfait (%) |                    |
| Primaire       | 2 (3,1)              | 62 (96,9)          | 64 (48,9)          |
| Secondaire     | 0 (0)                | 6 (100)            | 6 (4,6)            |
| Supérieur      | 0 (0)                | 8 (100)            | 8 (6,1)            |
| Non scolarisé  | 0 (0)                | 53 (100)           | 53 (40,5)          |
| <b>Total</b>   | <b>2 (1,5)</b>       | <b>129 (98,5)</b>  | <b>131 (100,0)</b> |

Test exact de Fisher =2,835 ; ddl = 3 ; **p = 0,408**

Il n'a pas existé un lien statistique entre le niveau d'étude des patients et la satisfaction globale de leurs accompagnateurs.

**Tableau XXXIII** : Répartition des patients en fonction de la satisfaction globale et le motif d'admission.

| Motifs d'admission              | Satisfaction globale |                    | Total (%)  | p     |
|---------------------------------|----------------------|--------------------|------------|-------|
|                                 | Satisfait (%)        | Très satisfait (%) |            |       |
| Toux                            | 0 (0)                | 24 (100)           | 24 (18,3)  | 1,000 |
| Suspicion de tétanos            | 1 (7,1)              | 13 (92,9)          | 14 (10,79) | 1,000 |
| VIH1                            | 0 (0)                | 18 (100)           | 18 (13,7)  | 1,000 |
| TID                             | 1 (1,1)              | 86 (98,9)          | 87 (66,4)  | 1,000 |
| AEG                             | 1 (1,5)              | 65 (98,5)          | 66 (50,4)  | 1,000 |
| Douleur thoracique              | 0 (0)                | 2 (100)            | 2 (1,5)    | 1,000 |
| Dyspnée                         | 0 (0)                | 9 (100)            | 9 (6,9)    | 1,000 |
| Fièvre                          | 0 (0)                | 4 (100)            | 4 (3,1)    | 1,000 |
| Aphasie                         | 0 (0)                | 12 (100)           | 12 (9,2)   | 1,000 |
| Altération de la conscience     | 0 (0)                | 14 (100)           | 14 (10,7)  | 1,000 |
| Diarrhée liquidienne            | 0 (0)                | 8 (100)            | 8 (6,1)    | 1,000 |
| Confusion mentale               | 0 (0)                | 5 (100)            | 5 (3,8)    | 1,000 |
| Myoclonie                       | 0 (0)                | 5 (100)            | 5 (3,8)    | 1,000 |
| Hémi-parésie                    | 0 (0)                | 8 (100)            | 8 (6,1)    | 1,000 |
| Désorientation                  | 0 (0)                | 4 (100)            | 4 (3,1)    | 1,000 |
| Suspicion d'échec thérapeutique | 0 (0)                | 3 (100)            | 3 (2,3)    | 1,000 |
| Déficit moteur                  | 0 (0)                | 3 (100)            | 3 (2,3)    | 1,000 |
| Déshydratation                  | 0 (0)                | 3 (100)            | 3 (2,3)    | 1,000 |
| Trouble de conscience           | 0 (0)                | 3 (100)            | 3 (2,3)    | 1,000 |
| Dysarthrie                      | 0 (0)                | 3 (100)            | 3 (2,3)    | 1,000 |

Aucun motif de consultation n'a été lié statistiquement à la satisfaction globale de leurs accompagnateurs.

**Tableau XXXIV** : Répartition des patients en fonction de la satisfaction globale et la durée de séjour

| Duré de séjour   | Satisfaction globale |                    | Total (%)          |
|------------------|----------------------|--------------------|--------------------|
|                  | Satisfait (%)        | Très satisfait (%) |                    |
| Moins de 4 jours | 0 (0)                | 19 (100)           | 19 (14,5)          |
| 4 – 7            | 1 (3,6)              | 27 (96,4)          | 28 (21,4)          |
| Plus de 7 jours  | 1 (1,2)              | 83 (98,8)          | 84 (64,1)          |
| <b>Total</b>     | <b>2 (1,5)</b>       | <b>129 (98,5)</b>  | <b>131 (100,0)</b> |

Test exact de Fisher = 1,460 ; ddl = 2 ; **p = 0,591**

Il n'a pas existé un lien statistique entre la durée de séjour des patients et la satisfaction globale de leur accompagnateur.

### 3. Facteurs de satisfaction des accompagnateurs

**Tableau XXXV** : Répartition des accompagnants en fonction de la satisfaction globale et la tranche d'âge

| Tranche d'âge   | Satisfaction globale |                    | Total (%)          |
|-----------------|----------------------|--------------------|--------------------|
|                 | Satisfait (%)        | Très satisfait (%) |                    |
| Moins de 20 ans | 0 (0)                | 6 (100)            | 6 (4,6)            |
| [20 - 29[       | 1 (2,4)              | 41 (97,6)          | 42 (32,1)          |
| [30 - 39[       | 0 (0)                | 24 (100)           | 24 (18,3)          |
| [40 – 49[       | 0 (0)                | 28 (100)           | 28 (21,4)          |
| [50 -59[        | 1 (5,6)              | 17 (94,4)          | 18 (13,7)          |
| 59 ans et plus  | 0 (0)                | 13 (100)           | 13 (9,9)           |
| <b>Total</b>    | <b>2 (1,5)</b>       | <b>129 (98,5)</b>  | <b>131 (100,0)</b> |

Test exact de Fisher = 4,021 ; ddl = 5 ; **p = 0,642**

Il n'a pas existé un lien statistique entre la tranche d'âge des accompagnateurs et leur satisfaction globale

**Tableau XXXVI** : Répartition des accompagnateurs en fonction de la satisfaction globale et le sexe

| Sexe         | Satisfaction globale |                    | Total (%)          |
|--------------|----------------------|--------------------|--------------------|
|              | Satisfait (%)        | Très satisfait (%) |                    |
| Masculin     | 1 (1,7)              | 57 (98,3)          | 58 (44,3)          |
| Féminin      | 1 (1,4)              | 72 (98,6)          | 73 (55,7)          |
| <b>Total</b> | 2 (1,5)              | 129 (98,5)         | <b>131 (100,0)</b> |

Test exact de Fisher = 0,27 ; ddl = 1 ; **p = 1,000**

Il n'existe pas de lien statistique entre le sexe des accompagnateurs et leurs satisfactions globales.

**Tableau XXXVII** : Répartition des accompagnateurs en fonction de la satisfaction globale et le niveau d'étude

| Niveau d'étude | Satisfaction globale |                    | Total (%)          |
|----------------|----------------------|--------------------|--------------------|
|                | Satisfait (%)        | Très satisfait (%) |                    |
| Primaire       | 0 (0)                | 52 (100)           | 52 (39,7)          |
| Secondaire     | 0 (0)                | 16 (100)           | 16 (12,2)          |
| Supérieur      | 0 (0)                | 8 (100)            | 8 (6,1)            |
| Non scolarisé  | 2 (3,6)              | 53 (96,4)          | 55 (42,0)          |
| <b>Total</b>   | 2 (1,5)              | 129 (98,5)         | <b>131 (100,0)</b> |

Test exact de Fisher = 2,636 ; ddl = 3 ; **p = 0,664**

Il n'existe pas de lien statistique entre le niveau d'étude des accompagnateurs et leurs satisfactions globales.

**Tableau XXXVIII** : Répartition de la satisfaction selon les indicateurs de structure et la satisfaction globale

| Indicateur de structure                                    | Satisfaction globale |                    | Total (%)      |
|--|----------------------|--------------------|----------------|
|  | Satisfait (%)        | Très satisfait (%) |                |
| <b>Calme dans la salle d'attente</b>                       |                      |                    |                |
| Très satisfait   | 0 (0)                | 128 (100)          | 128 (97,7)     |
| Satisfait  | 2 (66,7)             | 1 (33,3)           | <b>3 (2,3)</b> |
| Test exact de Fisher = 16,878 ; ddl = 1 ; <b>p = 0,000</b> |                      |                    |                |
| <b>Gêne occasionné par le niveau sonore</b>                |                      |                    |                |
| Très satisfait   | 0 (0)                | 129 (100)          | 129 (98,5)     |
| Satisfait  | 2 (100)              | 0 (0)              | <b>2 (1,5)</b> |
| Test exact de Fisher = 20,698 ; ddl = 1 ; <b>p = 0,000</b> |                      |                    |                |
| <b>Soutien matériel</b>                                    |                      |                    |                |
| Très satisfait   | 0 (0)                | 122 (100)          | 122 (93,1)     |
| Satisfait  | 2 (33,5)             | 4 (66,7)           | 6 (4,6)        |
| Insatisfait  | 0 (0)                | 3 (100)            | 3 (2,3)        |
| Test exact de Fisher = 14,583 ; ddl = 2 ; <b>p = 0,002</b> |                      |                    |                |
| <b>Soutien psychologique</b>                               |                      |                    |                |
| Très satisfait   | 0 (0)                | 123 (100)          | 123 (93,9)     |
| Satisfait  | 2 (33,3)             | 4 (66,7)           | 6 (4,6)        |
| Insatisfait  | 0 (0)                | 2 (100)            | 2 (1,5)        |
| Test exact de Fisher = 14,980; ddl = 2 ; <b>p = 0,003</b>  |                      |                    |                |
| <b>Rapidité de l'équipe à répondre au besoin</b>           |                      |                    |                |
| Très satisfait   | 0 (0)                | 129 (100)          | 129 (98,5)     |
| Satisfait  | 2 (100)              | 0 (0)              | 2 (1,5)        |
| Test exact de Fisher = 20,698; ddl = 1 ; <b>p = 0,000</b>  |                      |                    |                |
| <b>Disponibilité de l'équipe infirmière</b>                |                      |                    |                |
| Très satisfait   | 0 (0)                | 124 (100)          | 124 (94,7)     |
| Satisfait  | 2 (28,6)             | 5 (71,4)           | 7 (5,3)        |
| Test exact de Fisher = 12,322; ddl = 1 ; <b>p = 0,002</b>  |                      |                    |                |
| <b>Horaires de visite</b>                                  |                      |                    |                |
| <b>Très satisfait</b>                                      | 0 (0)                | 129 (100)          | 129 (98,5)     |
| <b>Satisfait</b>   | 2 (1,5)              | 0 (0)              | 129 (98,5)     |
| Test exact de Fisher = 20,698; ddl = 1 ; <b>p = 0,000</b>  |                      |                    |                |
| <b>Délai de réponse en salle d'attente</b>                 |                      |                    |                |
| <b>Très satisfait</b>                                      | 0 (0)                | 129 (100)          | 129 (98,5)     |
| <b>Satisfait</b>   | 2 (100)              | 0 (0)              | 2 (1,5)        |
| Test exact de Fisher = 20,698; ddl = 1 ; <b>p = 0,000</b>  |                      |                    |                |

**Évaluation de la satisfaction des accompagnateurs des patients admis en hospitalisation dans le Service de Maladies infectieuses et tropicales (SMIT) du CHU de Point G**

| <b>Qualité de soins</b>                                   |          |           |            |
|---|----------|-----------|------------|
| Très satisfait  | 0 (0)    | 128 (100) | 128 (97,7) |
| Satisfait   | 2 (66,7) | 1 (33,3)  | 3 (2,3)    |
| Test exact de Fisher = 16,878; ddl = 1 ; <b>p = 0,000</b> |          |           |            |
| <b>Respect de l'intimité</b>                              |          |           |            |
| Très satisfait  | 0 (0)    | 129 (100) | 128 (98,5) |
| Satisfait   | 2 (100)  | 0 (0)     | 2 (1,5)    |
| Test exact de Fisher = 20,698; ddl = 1 ; <b>p = 0,000</b> |          |           |            |
| <b>Clarté de l'information médicale</b>                   |          |           |            |
| Très satisfait  | 0 (0)    | 129 (100) | 128 (98,5) |
| Satisfait   | 2 (100)  | 0 (0)     | 2 (1,5)    |
| Test exact de Fisher = 20,698; ddl = 1 ; <b>p = 0,000</b> |          |           |            |
| <b>Lutte contre la douleur</b>                            |          |           |            |
| Très satisfait  | 0 (0)    | 128 (100) | 128 (97,7) |
| Satisfait   | 2 (66,7) | 1 (33,3)  | 3 (2,3)    |
| Test exact de Fisher = 16,878; ddl = 1 ; <b>p = 0,000</b> |          |           |            |
| <b>Respect du secret médical</b>                          |          |           |            |
| Très satisfait  | 0 (0)    | 129 (100) | 128 (98,5) |
| Satisfait   | 2 (100)  | 0 (0)     | 2 (1,5)    |
| Test exact de Fisher = 20,698; ddl = 1 ; <b>p = 0,000</b> |          |           |            |
| <b>Prise en compte des souhaits familiaux</b>             |          |           |            |
| Très satisfait  | 0 (0)    | 129 (100) | 128 (98,5) |
| Satisfait   | 2 (100)  | 0 (0)     | 2 (1,5)    |
| Test exact de Fisher = 20,698; ddl = 1 ; <b>p = 0,000</b> |          |           |            |
| <b>Attente avant rendu des examens complémentaires</b>    |          |           |            |
| Très satisfait  | 0 (0)    | 129 (100) | 128 (98,5) |
| Satisfait   | 2 (100)  | 0 (0)     | 2 (1,5)    |
| Test exact de Fisher = 20,698; ddl = 1 ; <b>p = 0,000</b> |          |           |            |

Tous les indicateurs de structure ont été liés statistiquement à la satisfaction globale des accompagnateurs.

**Tableau XXXIX :** Répartition de la satisfaction selon les indicateurs d'organisation et la satisfaction globale

| Indicateur d'organisation                                  | Satisfaction globale |                    | Total (%)  |
|--|----------------------|--------------------|------------|
|  | Satisfait (%)        | Très satisfait (%) |            |
| <b>Rapidité de l'équipe à répondre au besoin</b>           |                      |                    |            |
| Très satisfait   | 0 (0)                | 129 (100)          | 129 (98,5) |
| Satisfait  | 2 (100)              | 0 (0)              | 2 (1,5)    |
| Test exact de Fisher = 20,698; ddl = 1 ; <b>p = 0,000</b>  |                      |                    |            |
| <b>Disponibilité de l'équipe infirmière</b>                |                      |                    |            |
| Très satisfait   | 0 (0)                | 124 (100)          | 124 (94,7) |
| Satisfait  | 2 (28,6)             | 5 (71,4)           | 7 (5,3)    |
| Test exact de Fisher = 12,322 ; ddl = 1 ; <b>p = 0,002</b> |                      |                    |            |
| <b>Disponibilité de l'équipe médicale</b>                  |                      |                    |            |
| Très satisfait   | 0 (0)                | 129 (100)          | 129 (98,5) |
| Satisfait  | 2 (100)              | 0 (0)              | 2 (1,5)    |
| Test exact de Fisher = 20,698; ddl = 1 ; <b>p = 0,000</b>  |                      |                    |            |
| <b>Horaires de visites</b>                                 |                      |                    |            |
| Très satisfait   | 0 (0)                | 129 (100)          | 129 (98,5) |
| Satisfait  | 2 (100)              | 0 (0)              | 2 (1,5)    |
| Test exact de Fisher = 20,698; ddl = 1 ; <b>p = 0,000</b>  |                      |                    |            |
| <b>Délais de réponse en salle d'attente</b>                |                      |                    |            |
| Très satisfait   | 0 (0)                | 129 (100)          | 129 (98,5) |
| Satisfait  | 2 (100)              | 0 (0)              | 2 (1,5)    |
| Test exact de Fisher = 20,698; ddl = 1 ; <b>p = 0,000</b>  |                      |                    |            |

Tous les indicateurs d'organisation ont un lien statistique avec la satisfaction globale des accompagnateurs.

**Tableau XL** : Répartition de la satisfaction selon les indicateurs de procédure et la satisfaction globale

| Indicateur de procédure                                    | Satisfaction globale |                    | Total (%)  |
|--|----------------------|--------------------|------------|
|  | Satisfait (%)        | Très satisfait (%) |            |
| <b>Qualité des soins</b>                                   |                      |                    |            |
| Très satisfait   | 0 (0)                | 128 (100)          | 128 (97,7) |
| Satisfait  | 2 (66,7)             | 1 (33,3)           | 3 (2,3)    |
| Test exact de Fisher = 16,878 ; ddl = 1 ; <b>p = 0,000</b> |                      |                    |            |
| <b>Respect de l'intimité</b>                               |                      |                    |            |
| Très satisfait   | 0 (0)                | 129 (100)          | 129 (98,5) |
| Satisfait  | 2 (100)              | 0 (0)              | 2 (1,5)    |
| Test exact de Fisher = 16,878 ; ddl = 1 ; <b>p = 0,000</b> |                      |                    |            |
| <b>Clarté de l'information médicale</b>                    |                      |                    |            |
| Très satisfait   | 0 (0)                | 129 (100)          | 129 (98,5) |
| Satisfait  | 2 (100)              | 0 (0)              | 2 (1,5)    |
| Test exact de Fisher = 16,878 ; ddl = 1 ; <b>p = 0,000</b> |                      |                    |            |
| <b>Lutte contre la douleur</b>                             |                      |                    |            |
| Très satisfait   | 0 (0)                | 128 (100)          | 128 (97,7) |
| Satisfait  | 2 (66,7)             | 1 (33,3)           | 3 (2,3)    |
| Test exact de Fisher = 16,878 ; ddl = 1 ; <b>p = 0,000</b> |                      |                    |            |
| <b>Respect du secret médical</b>                           |                      |                    |            |
| Très satisfait   | 0 (0)                | 129 (100)          | 129 (98,5) |
| Satisfait  | 2 (100)              | 0 (0)              | 2 (1,5)    |
| Test exact de Fisher = 20,698 ; ddl = 1 ; <b>p = 0,000</b> |                      |                    |            |
| <b>Prise en comptes des souhaits familiaux</b>             |                      |                    |            |
| Très satisfait   | 0 (0)                | 129 (100)          | 129(98,5)  |
| Satisfait  | 2 (100)              | 0 (0)              | 2 (1,5)    |
| Test exact de Fisher = 20,698 ; ddl = 1 ; <b>p = 0,000</b> |                      |                    |            |
| <b>Attente avant rendu des examens complémentaires</b>     |                      |                    |            |
| Très satisfait   | 0 (0)                | 129 (100)          | 129 (98,5) |
| Satisfait  | 2 (100)              | 0 (0)              | 2 (1,5)    |
| Test exact de Fisher = 20,698 ; ddl = 1 ; <b>p = 0,000</b> |                      |                    |            |

Tous les indicateurs de procédure ont été liés statistiquement à la satisfaction globale des accompagnateurs.

## IV. DISCUSSION

### 1. Fréquences globales

Durant notre période de collecte, 149 patients étaient hospitalisés dans le service de maladies infectieuses et tropicales (SMIT) du CHU Point G. Parmi eux 131 patients ont accepté soit un taux de participation 87,92%. Au total, 131 patients auxquels correspondaient 131 accompagnateurs ont participé à l'étude. Un accompagnateur par patient.

### 2. Analyse des patients

#### 2.1 Caractéristiques sociodémographiques

##### ○ Sexe

Parmi les 131 patients inclus, il y avait 73 femmes (55,7%) et 58 hommes (44,3%), soit une sex-ratio 0,79 en faveur du sexe féminin. Nos résultats étaient superposables à ceux d'Ouédraogo N et al qui avaient rapporté des taux respectifs de 73% [39] et de Samaké F [40] concernant les PvVIH où le sex-ratio était de 0,96 en faveur du sexe féminin. Cette prédominance féminine pourrait s'expliquer par le fait que ce sont les hommes qui tiennent les finances des familles donc ne sont pas disposés à rester longtemps hospitalisés.

Par contre Ouédraogo M et al [41] au Burkina Faso avaient retrouvé une prédominance masculine (sex-ratio=1,2) chez les PvVIH hospitalisés dans le service de pneumologie. Cela peut s'expliquer par l'influence dans cette dernière étude des opportunistes pulmonaires qui constituaient le motif d'hospitalisation de ces PvVIH dans le service de pneumologie.

### ○ Âge

Tous les âges étaient concernés par notre série. Les patients de la tranche d'âge de moins de 40 ans ont dominé avec un taux de 45%, l'âge modale était de  $41,63 \pm 13,02$  ans avec des extrêmes de 19 et 66 ans.

On aurait pu s'attendre à un âge plus jeune car l'activité sexuelle commence plus tôt, mais la tranche d'âge modale retrouvée dans notre série pourrait s'expliquer par la tendance au vieillissement de la population des patients infectés par le VIH avec l'avènement des ARV.

Ce résultat est similaire à celui de Samaké [40] qui avait retrouvé dans son étude dans un Service de Maladies Infectieuses et Tropicales un taux plus élevé d'admission se situait dans la tranche d'âge de 31 à 45 ans soit 45,8% avec un âge moyen de 37,03 ans.

Notre moyenne d'âge est supérieure à celles trouvées par Apetse [42] au Togo (37ans avec des extrêmes de [15-78]) et Ouédraogo et al [41] au Burkina (36,7 ans avec des extrêmes de [17-73]) ; elle est par contre inférieure à celle retrouvée par Kra [43] en Côte d'Ivoire (39 avec des extrêmes de [18-86]) et Fortes [44] au Sénégal entre 2007-2008 ( $41 \pm 10$  ans). Ces deux dernières études avaient comme critère d'inclusion un âge supérieur à 15 ans et l'appartenance à une file active de PVVIH déjà suivie dans une structure de prise en charge par les ARV alors que notre étude était exhaustive incluant les sujets de moins de 15 ans qui représentaient 2,5% de notre population et aussi bien des PvVIH connues et suivies que ceux de découverte récente.

### ○ Profession

Durant notre étude, 53 patients soit 40,5 % étaient des femmes au foyer (taux de scolarisation des filles bas). La plupart des admissions du service de Maladies infectieuses et tropicales du Point G étaient des cas de VIH.

En effet Kanta K [45] dans son étude sur l'utilisation des services de santé et la perception de la qualité des soins par les populations à Segué rapportait une prédominance des femmes au foyer avec 48,7%.

### ○ Niveau d'études

Le niveau d'études, retrouvé comme facteur influençant la qualité du jugement de la satisfaction d'un patient, la majorité de nos patients à concerner 40,5% non scolarisés, 6,1% avaient un niveau supérieur au secondaire et 48,9% du niveau primaire, il faut constater que 89,4% était non scolarisé ou avait un niveau d'étude primaire.

### ○ Diagnostique à l'admission

Les principaux motifs d'hospitalisation de nos patients étaient le VIH (77,8%) suivi du tétanos (10,7%) et VIH sur paludisme grave (6,9%). Ces résultats se superposent avec la série de Samaké F [40] en 2015 qui avait retrouvé aussi le VIH avec une prévalence hospitalière de 74,6%. Cette prévalence est élevée en comparaison avec celle du VIH dans la population générale au Mali qui est de 1,1% selon l'EDSV [46].

Ceci est dû au caractère sélectif de notre recrutement qui porte sur une population hospitalière, c'est-à-dire malade et de plus hospitalisée dans un service spécialisé de maladies infectieuses qui est considéré comme la référence pour la prise en charge des personnes vivants avec le VIH au Mali. Des prévalences moins élevées du VIH ont été retrouvées en milieu hospitalier dans d'autres pays africains comme le Togo ou sur 1 764 patients hospitalisés testés dans plusieurs centres, 714 étaient séropositifs au VIH, soit 40,5% [42], au Sénégal 27% de l'ensemble des admissions entre 2007 et 2008 (soit 527/1947 patients) étaient infectés par le VIH dans un service de maladies infectieuses [44].

### ○ Durée de séjour

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

En effet la grande partie de nos patients soit **64,1%** ont fait un séjour de plus de 7 jours. La durée de séjour moyenne était de **11,68 ± 8,178** jours avec des extrêmes de **2 et 30** jours. Inférieure à celle de Samaké F [40] qui était de 18,9 jours pour les PvVIH et 12,4 jours pour les patients testés négatifs à l'infection VIH.

L'état de 93,9% de nos patients était jugé grave avec des antécédents d'hospitalisation pour 14,5% d'entre eux.

### 3. Caractéristiques des accompagnateurs

A chacun des 131 accompagnateurs inclus correspondant 131 patients, il y avait 73 femmes (55,7%) et 58 hommes (44,3%) soit un sexe-ratio de 0,79. L'âge moyen était de  $36,21 \pm 11,351$  ans et les 20 à 39 ans ont représenté 50,4% des cas. Concernant la profession des accompagnateurs, 40 participants (30,5%) étaient commerçant, 39 des femmes au foyer, 19 Cultivateur/Éleveur/Berger, 15 Profession libéral, 7 Elève/Étudiant, 5 Fonctionnaires, 2 Aide-ménagère, 4 Autre.

Concernant le lien de parenté avec les patients, 38 accompagnateurs (29%) étaient des conjoints, 24 des accompagnateurs étaient des parents (18,3%) et 12 des enfants de patients (15%).

Soumaré et al [47] quant à eux avaient rapporté pour 120 accompagnateurs de patients hospitalisés en réanimation une prédominance de la tranche d'âge des 25 à 59 ans (72%) et les liens de parenté les plus représentés étaient les enfants et les conjoints et époux avec respectivement 37% et 27%.

#### 4. Caractéristiques des enquêtes de la satisfaction

Dans le contexte des soins, la satisfaction est indissociable de la démarche qualité, dont elle est un des indicateurs.

L'évaluation de la qualité des soins correspond à celle de la structure, du processus, et des résultats. La satisfaction des patients est un élément important dans les résultats de prise en charge dans le service de maladies infectieuses et tropicales. Elle ne constitue pas toujours une priorité pour de nombreux soignants. Cependant, l'amélioration continue de la qualité de soins doit être un souci constant de toutes les structures sanitaires contemporaines.

Aujourd'hui, l'indicateur réel pour évaluer la performance d'un centre de santé n'est pas seulement son plateau technique mais surtout sa capacité à satisfaire les besoins et les attentes des patients de façon globale. Le patient est un être vivant avec une composante physique, psychique, sociale et culturelle à prendre en compte.

Durant notre période d'étude 131 accompagnateurs de patients inclus dans notre étude ont été interrogés sur leur niveau de satisfaction en termes de procédures, résultats et contacts humains à l'intérieur du service de maladie infectieuse du CHU du Point G.

Différents points ont été très satisfaisant pour ses accompagnateurs, tels que :

- La rapidité d'informations données par le personnel soignant a été satisfaisante pour la totalité (100%) de nos enquêtés.
- S'en suivent : l'accueil et la disponibilité de l'équipe de soignant (98,5%) et la courtoisie (97,7%).

Au point où que seulement six (6) accompagnateurs soient 4,6% ont trouvé qu'on pourrait améliorer des éléments (Qualité de prise en charge ; rapidité de prise en charge ; surveillance) de PEC.

Le sentiment d'être de ne se sentir seul (0,8%).

Dans leur série, Amadou H et al ont rapporté une satisfaction de patients sur un plan accueil de la part du personnel soignant dans 75,77%, d'accessibilité au service dans 72,69%, de prise en charge dans 54,63% et de communication soignant-patient dans 63% et incriminait le temps d'attente dans 41,41% [48].

## **5. Description sur la partie de la satisfaction des différents indicateurs**

### **✧ Indicateur de structure**

Notre enquête auprès des 131 accompagnateurs de patients hospitalisés au service de maladies infectieuses et tropicales nous a révélé que le gène occasionné par le niveau sonore et le soutien matériel étaient jugés très satisfaisant par une grande partie des accompagnateurs avec 1,5% de satisfaits et 98,5% de très satisfaits par contre 2,3% des accompagnateurs avaient jugé insatisfaisant le soutien matériel, 4,6% satisfaisant et 93,1% très satisfaisant.

Soumaré N et al [47] dans son étude sur la satisfaction de famille de patients hospitalisés en réanimation rapportaient comme principaux indicateurs de structure le calme dans la salle d'attente (80% de très satisfaits et 16% moyennement satisfaits), la qualité du livret d'information (76% de très satisfaits et 11% moyennement satisfaits) et le gène occasionné par le niveau sonore (74% de très satisfaits et 16% moyennement satisfaits).

### **✧ Indicateur d'organisation**

Concernant la rapidité de l'équipe à répondre au besoin, la disponibilité de l'équipe médicale, les horaires de visites et le délai de réponse en salle d'attente 98,5% des accompagnateurs ont affirmé être très satisfait et 1,5%

satisfait. Pour la disponibilité de l'équipe infirmière 94,7% ont affirmé de très satisfait et 5,3% de satisfait.

Soumaré et al [47] rapportaient les mêmes indicateurs aux proportions des très satisfaits de 83,8% pour la rapidité de l'équipe à répondre au besoin, 80 pour la disponibilité de l'équipe infirmière et 72% pour la disponibilité de l'équipe médicale.

#### ❖ **Indicateur de procédure**

Concernant les indicateurs de procédure, le mieux satisfaisant a été le respect de l'intimité, clarté de l'information médicale, respect du secret médical, prise en comptes des souhaits familiaux et l'attente avant le compte rendu des examens complémentaires avec 98,5% de très satisfait et 1,5% de satisfaits et la qualité des soins était à 97,7% de très satisfaits et 2,3% de satisfaits.

Contrairement à nos résultats, Soumaré et al [47] Rapportaient une plus forte représentativité de la qualité des soins (92% de très satisfaits et 88% de moyennement satisfaits) suivi du respect de l'intimité (88% de très satisfaits et 8% de moyennement satisfaits) et de la clarté de l'information médicale (86% de très satisfaits et 7% de moyennement satisfaits).

## V. CONCLUSION

Au terme de notre étude nous pouvons tirer plusieurs enseignements.

L'évaluation de la satisfaction des accompagnateurs est possible même dans des pays peu nantis comme le Mali malgré certaines difficultés.

La satisfaction des accompagnateurs de patients découle de plusieurs indicateurs. Des études plus larges sont souhaitables afin de suivre la progression de la satisfaction des accompagnateurs et étudier ses facteurs déterminants.

Le grand défi pour les recherches futures est d'établir une stratégie de communication et un programme d'information destiné à évaluer les besoins des accompagnateurs en maladies infectieuses et tropicales et améliorer leurs satisfactions.

## VI. RECOMMANDATIONS

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

### **Aux autorités administratives.**

Il faut des textes législatifs sur l'information du patient.

### **Aux autorités Sanitaires :**

Amélioration des infrastructures hospitalières : Il faut

- Une salle d'information des accompagnateurs
- La confection des toilettes adaptées aux personnes à mobilité réduite
- Création d'un accueil standard pour la sensibilisation et l'information des accompagnateurs.

### **Au personnel de santé :**

Information globale orale associée à un complément écrit.

- Traçabilité de l'information dans l'observation médicale
- Livret d'accueil et distribution

Information apportée aux accompagnateurs des patients hospitalisés

Information coordonnée, apportée par une équipe structurée et visible

- Connaissance par les accompagnateurs du rôle des soignants
- Salle d'attente et salle réservée à l'information au service.

Comment communiquer avec les accompagnateurs.

- Réserver une salle à l'information
- Contenu de l'information
- Contextualité et temporalité de l'information

## VII. REFERENCES

1. **HAS Santé.** Rapport expérience patient. Disponible au [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1055814/fr/rapport-experience-patient-avril-2011](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1055814/fr/rapport-experience-patient-avril-2011)
2. **Syed SB, Leatherman S, Mensah-Abrampah N, Neilson M Kelley E.** Améliorer la qualité des soins dans tout le système de santé. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 2018;96:799. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.226266>
3. **Tjam FS.** Technology assessment and transfer in district health systems. *World Hosp Health Serv* 1994; 30: 3-8.
4. **Claveranne J-P, Vinot D, Fraisse S, Robelet M, Candèl D, Dubois D, et al.** Les perceptions de la qualité chez Les professionnels des établissements de santé, Rapport pour la Direction de L'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins 2003.
5. **CHU Rouen Normandie.** Maladies infectieuses et Tropicales. Disponible au <https://www.chu-rouen.fr/service/service-des-maladies-infectieuses-et-tropicales/>
6. **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.** Décret N° 02-050 du 22 juillet 2002. Portant loi hospitalière en république du Mali.
7. **Président de la république du Mali.** Loi N° 09-017/ du 26 juin 2009 relative au prélèvement et à la greffe d'organe, tissus et de cellules humains en république du Mali.
8. **Compaoré KM.** Rôle de l'accompagnant de malade hospitalisé dans le service de pneumo phtisiologie du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo Burkina Faso. [Thèse Med] Université d'Ouagadougou 2011. p84. N°246.
9. **Zerbo Z.** Evaluation de la satisfaction des accompagnants des patients hospitalisés dans les services du département de Pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou (CHUSS) de Bobo-Dioulasso [Thèse]. Médecine : Ouagadougou ; 2018. P121
10. Décret N° 02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière en république du Mali.
11. **Ministère de la santé du Mali.** Arrête n°08-2716/MS-SG du 6 octobre 200 portant charte du malade dans les établissements hospitaliers
12. **La loi N° 09-017/26.** Juin 2009 relative au prélèvement et à la greffe d'organe, tissus et de cellules humains

13. **Larue A.** Diagnostic grave dissimulé au patient à la demande des proches : réflexions éthiques ; mémoire de Dipl inter-Univ NANCYF&STRASBOURG 2006. p 26
14. **Hoerni B.** Bulletin de l'Ordre des Médecins français, Avr 1996, n°4.
15. **Code de déontologie médicale du Mali.** Décret N° 86-35/AN.RM portant institution de l'ordre national des médecins
16. **L'arrêt Mercier.** Cour de Cassation, 20-mai-1936
17. Req. 28-janvier-1942 arrêt Teyssier D.C.1942 p.63
18. **Arrêt HEDREUL**, civ. 1 re ,25 février 1997, Gaz. Pal.27-29 avr. 1997, P.22 rapport sargos, note Guigue, Rennes, France
19. **Cohen LM, McCue JD, Green GM.** Do clinical and formal assessments of the capacity of patients in the intensive care unit to make decisions agree? Arch Intern Med 1993 ; 153 : 2481-5.
20. **Jacob DA.** Family members' experiences with decision making for incompetent patients in the ICU : a qualitative study. Am J Crit Care 1998 ; 7 : 30-6.
21. **Molter NC.** Families are not visitors in the critical care unit. DimensCrit Care Nurs 1994 ; 13 : 2-3.
22. **Cook D.** Patient autonomy versus parentalism. Crit Care Med 2001 ; 29 : N24-5.
23. **Azoulay E, Cattaneo I, Ferrand E, Pochard F.** Informations au patient de Réanimation et à ses proches, Ann Fr AnesthRéanim2001; 20:fi129-39
24. Informations aux patients de réanimation et à leurs proches Ann Fr AnesthRéanim 2001 ; 20 :fi119-28
25. **Pirard M, Janne P, Installe E, Reynaert C.** Patient, family, nurses and intensive care unit : review of the literature and state of a practice "in the field". Ann Med Psychol (Paris) 1994 ; 152 : 600-8.
26. **Pochard F, Grassin M, Le Roux N, Herve C.** Medical secrecy or disclosure in HIV transmission : a physician's ethical conflict. Arch Intern Med 1998 ;158 : 1716 -9.
27. **Pochard F, Grassin M, Herve C.** Palliative options at the end of life. Jama1998 ; 279 : 1065-6 ; discussion 1066-7.
28. **Ministère de la santé du Mali.** Arrête n°08-2716/MS-SG du 6 octobre 2008 portant charte du malade dans les établissements hospitaliers.

29. **Azoulay E, Pochard F, Chevret S, F Lemaire, M Mokhtari, JR Le Gall, et al.** Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med* 2001 ; 163 : 135-9.
30. Décret N° 02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière en république du Mali.
31. [http://www.elsevier.fr/SFAR/information\\_patient\\_en\\_reanimation](http://www.elsevier.fr/SFAR/information_patient_en_reanimation). Consulté le 29/04/ 2009 à 11h : 02 min
32. **Lienhart A.** Refus de soins et urgence vitale : un conflit entre la finalité de l'exercice médical et l'obligation de respecter la volonté de la personne. *Ann Fr Anesth Réanim* 2000;19:fi42-4
33. Code de déontologie médicale du Mali : décret N° 86-35/AN.RM portant institution de l'ordre national des médecins
34. **Lapoyade-Deschamps C.** Les médecins à l'épreuve (à propos de l'arrêt de la 1re chambre civile du 25 février 1997), *Resp. civ. et ass.* Avril 1997, 4.
35. **Dubouis L.** La preuve de l'information du patient incombe au médecin : progrès ou régression de la condition des patients ? note sous Cass. 1re civ., 25 févr. 1997, *Rev. dr. san. et soc.* 1997, 288.
36. [http://www.anaes.fr/service\\_des\\_recommandations\\_et\\_references\\_professionnelles/](http://www.anaes.fr/service_des_recommandations_et_references_professionnelles/). Information des patients : recommandations destinées aux médecins. Mars 2000. Consulte le 29/05/2009
37. **Azoulay E, Chevret S, Leleu G.** Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med* 2000; 28:3044-3049
38. **Kopp N.** Ethique médicale interculturelle : regards francophones 1 e édit. Harmatan, Lyon1. 2006 225p
39. **Ouedrago N, Niakera A, Somne A, Barro S, Ouedrago H, Saou J.** Cahier d'étude et de recherche francophone/santé. Numéro12, volume 4, 375-82, Octobre – Décembre 2002
40. **Samake F.** Profil des pathologies en hospitalisation dans un Service de Maladies Infectieuses et Tropicales à l'ère du VIH : cas de Bamako. [Thèse Med] FMOS 2015, p101, N°15M166.
41. **Ouedraogo M, Ouedraogo SM, Badoum G, Boncounou K, Ouedraogo G.** Impact des maladies infectieuses chez les patients infectés par le VIH dans un service de pneumologie à Ouagadougou. *MaliMed.* 2007;XXII(1):14-17.

- 42. Apetse K, Assogba K, Kevi K, Balogou AAK, Pitche P et al.** Infections opportunistes du VIH/sida chez les adultes en milieu hospitalier au Togo. Bull Soc Pathol Exot. 2011;104(5):352-4.
- 43. Kra O, Aba YT, Yao KH, Ouattara B, Abouo F, Tanon KA et al.** Profil clinicobiologique, thérapeutique et évolutif des patients infectés par le VIH hospitalisés au service des maladies infectieuses et tropicales d'Abidjan (Côte d'Ivoire). Bull Soc Pathol Exot 2013;106:37-42.
- 44. Fortes Déguénonvo L, Manga NM, Diop SA, Dia Badiane NM, Seydi M, Ndour CT et al.** Profil actuel des patients infectés par le VIH hospitalisés à Dakar (Sénégal). Bull Soc Pathol Exot.2011;104(5):361–70.
- 45. Kanta K.** Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de Segué (Cercle de Kolokani). [Thèse de Médecine], Bamako 2007 ; p211, N°165.
- 46. Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International, 2014.** Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013. Rockville Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International, 637p.
- 47. Soumaré N, Levrat Q, Frasca D, Dahyot C, Pinsard M, Debaene B et al.** Enquête de satisfaction de famille de patients hospitalisés en réanimation. Elsevier Masson SAS 2011, Doi: 10.1016/j.annfar.2011.05.015 ; 30(2011):894-8.
- 48. Adamou H, Magagi AI, Habou O, Halidou M, Karimou S, Sani R et al.** Satisfaction des patients, élément important dans la globalité des soins : cas d'un service des urgences chirurgicales au Niger. Mali Médical 2015 ; 32 (2) :20-6.

## ANNEXES

### Fiche d'enquête

DOSIER N°.....

#### 1. Données sur le malade

##### 1.1. Données sociodémographiques

Age (en année) ..... Sexe : /\_\_ / 1) masculin 2) féminin

Ethnie : /\_\_ / 1) Bambara 2) Malinké 3) Bobo 4) Minianka 5) senoufo 6) Sarakolé 7) Sonrhaï 8) Dogon 9) Bozo 10) Kassonké 11) Peulh 12) Autre.....

Profession : /\_\_ / 1) Elève/étudiant(e) ; 2) Commerçant(e) ; 3) Fonctionnaire 4) Profession libérale ; 5) Femme au foyer ; 6) Aide-ménagère ; 7) Retraité 10) Autre: .....

Résidence ..... 1. Bamako ; 2. Hors de Bamako

Statut Matrimonial : ..... 1) marié(e) ; 2) célibataire ; 3) divorce(e) ; 4) veuf(ve)

Régime matrimonial : ..... 1) monogame ; 2) polygame

Niveau d'étude : ..... 1) primaire 2) secondaire 3) supérieur 4) Non scolarisé

##### 1.2. Condition d'admission du malade

Motifs d'admission : .....

Mode de références : ..... 1. Venu de lui-même ; 2. Référé ; 3. Evacué

Si référé/Evacué : service de référence/Evacuation .....

##### 1.3 Données clinique et évolutif du malade

Diagnostic à l'admission : .....

Dure de séjour : ..... jours

Etat de santé antérieur : .....

Sévérité de la maladie : .....

ATCD d'hospitalisation ..... 1. Oui ; 2. Non Si oui, service.....

Cout total ..... Fcfa

#### 2. Caractéristiques des accompagnateurs

##### 2.1. Données sociodémographiques

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

Profession : ..... 1) Elève/étudiant(e) ; 2) Commerçant(e) ; 3) Fonctionnaire 4) Profession libérale ; 5) Femme au foyer ; 6) Aide-ménagère ; 7) Retraité 10) Autre: .....

Residence.....

Niveau d'étude : ..... 1) Primaire ; 2) Secondaire ; 3) Supérieur ; 4) Non scolarisé

Lien de parenté : ..... 1) Conjoint ; 2) Parent ; 3) Enfant ; 4) Frère ou sœur ;

5) Autre à préciser.....

**Évaluation de la satisfaction des accompagnateurs des patients admis en hospitalisation dans le Service de Maladies infectieuses et tropicales (SMIT) du CHU de Point G**

**1) Êtes-vous satisfait :**

- Accueil par l'équipe de soignant

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

Oui ; 2. Non

**3) Êtes-vous satisfait des informations qui vous ont été apportées par :**

- Les médecins ? .....1. Oui ; 2. Non
- les infirmier(e)s et aides-soignants(es) ? .....1. Oui ; 2. Non

**4) Les explications données étaient-elles claires ? .....1. Oui ; 2. Non**

**5) Êtes-vous satisfait de :**

- Courtoisie de l'équipe soignante ?
- Disponibilité de l'équipe soignante ?

**6) Vous est-il arrivé de vous sentir seul ou isolé ? .....1. Oui ; 2. Non**

**Si oui, à quel(s) moment(s) ?**

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

**7) Si oui, un accompagnement psychologique vous a-t-il été proposé ? .....1. Oui ; 2. Non**

**8) En cas de transfert vers un autre service ou de sortie avez-vous été informé ? ...1. Oui ; 2. Non**

**9) Êtes-vous satisfait de la prise en charge de votre proche par l'équipe soignante ? .....1. Oui ; 2.**

Non

**10) Pensez-vous que des éléments de la prise en charge par l'équipe soignante pourraient être améliorés ? .....1. Oui ; 2. Non**

si oui, lesquels : .....

|   | Très satisfait | Satisfait | Non satisfait |
|---|----------------|-----------|---------------|
| <b>INDICATEUR DE STRUCTURE</b>            |                |           |               |
| Calme dans la salle d'attente             |                |           |               |
| Qualité de livret d'information           |                |           |               |
| Gene occasionne par le niveau sonore      |                |           |               |
| Soutien psychologique                     |                |           |               |
| Soutien matériel                          |                |           |               |
| <b>INDICATEUR D'ORGANISATION</b>          |                |           |               |
| Rapidité de l'équipe à répondre au besoin |                |           |               |
| Disponibilité de l'équipe infirmière      |                |           |               |
| Disponibilité de l'équipe médicale        |                |           |               |
| Horaires de visites                       |                |           |               |
| Délais de réponse en salle d'attente      |                |           |               |
|   |                |           |               |

**Évaluation de la satisfaction des accompagnateurs des patients admis en hospitalisation dans le Service de  
Maladies infectieuses et tropicales (SMIT) du CHU de Point G**

| <b>INDICATEUR DE PROCEDURE</b>                  |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Qualité de soins                                |  |  |  |
| Respect de l'intimité                           |  |  |  |
| Clarté de l'information médicale                |  |  |  |
| Lutte contre la douleur                         |  |  |  |
| Respect du secret médical                       |  |  |  |
| Prise en comptes des souhaits familiaux         |  |  |  |
| Attente avant rendu des examens complémentaires |  |  |  |

### Diagramme de Gant

| Périodes<br>Activités                    | Sept<br>2020              | Oct<br>2020 | Nov<br>2020 | Dec<br>2020 | Jan<br>2021 | Fev<br>2021 | Mars<br>2021 | Avril<br>2021 | Mai<br>2021 | Juin<br>2021 | Juil<br>2021 |
|--|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|---------------|-------------|--------------|--------------|
|  | Recherche Bibliographique |             |             |             |             |             |              |               |             |              |              |
| Rédaction protocole                      |                           |             |             |             |             |             |              |               |             |              |              |
| Enquête                                  |                           |             |             |             |             |             |              |               |             |              |              |
| Saisie analyse et traitement des données |                           |             |             |             |             |             |              |               |             |              |              |
| Rédaction thèse                          |                           |             |             |             |             |             |              |               |             |              |              |
| Correction                               |                           |             |             |             |             |             |              |               |             |              |              |
| Soutenance                               |                           |             |             |             |             |             |              |               |             |              |              |

### Fiche signalétique

**Nom :** CISSOKO Abdoul Karim

**Mail :** cissokoabdoulkarim44@gmail.com

**Titre de la thèse :** L'évaluation de la satisfaction des accompagnateurs est une nécessité médicale et une part essentielle de la responsabilité des praticiens en infectiologie.

### Résumé :

**OBJECTIF :** Évaluer la satisfaction des accompagnateurs des patients admis en hospitalisation dans le service de maladies infectieuses et tropicales du CHU du Point G.

**Méthodes :** Notre étude était descriptive et analytique à collecte prospective sur une période de deux mois allant de novembre à décembre 2020.

**Résultats :** Il y avait 73 femmes (55,7%) et 58 hommes (44,3%) sex-ratio (M/F) = 0,79. L'âge moyen était de  $41,63 \pm 13,02$  ans. Concernant la profession des accompagnateurs, 53 accompagnateurs, soit (40,5%) étaient des femmes au foyer.

30 accompagnateurs (22,9%) étaient des commerçants, 20 des accompagnateurs (15,3%) étaient de profession libérale, 16 des Cultivateur/Pêcheur/ Eleveur (12,2%), 8 des fonctionnaires (6,1%), 2 des Elève/Étudiant(e) (1, 5%), et 2 autres des aide-ménagères encore (1, 5%).

La clarté des informations données par le personnel soignant, la courtoisie de l'équipe soignante (97,7%) et la disponibilité de l'équipe soignante (98,5%).

Les informations données par les médecins (100%), les Infirmier(e)s et aide-soignante(es) (97,7%) étaient très satisfaites. La qualité de la prise en charge (PEC) du proche par l'équipe soignante (97,7%) était très satisfaite.

Une minorité d'accompagnateurs soit 1 (0,8%) a affirmé s'être senti seul ou isolé à un certain moment durant leur passage dans le service.

Dans un sens global, l'ensemble des accompagnateurs étaient soit satisfaites (1,5%) soit très satisfaites (98,5%) et cette satisfaction globale a été principalement associée dans notre étude au sexe ( $p = 0,03$ ).

**CONCLUSION :** La satisfaction des accompagnateurs en infectiologie est une entité évolutive dans le temps. Des études plus larges sont souhaitables afin de suivre la progression de la satisfaction des familles et étudier ses facteurs déterminants. Le grand défi pour les recherches futures est d'établir une stratégie de communication et un programme d'information destiné à évaluer les besoins des accompagnateurs en infectiologie et améliorer leur satisfaction.

**Mots clés :** Satisfaction, accompagnateur, admission, patient, infectiologie, Bamako.

**Évaluation de la satisfaction des accompagnateurs des patients admis en hospitalisation dans le Service de  
Maladies infectieuses et tropicales (SMIT) du CHU de Point G**

**Data sheet**

**Name:** CISSOKO Abdoul Karim

**Mail:** cissokoabdoulkarim44@gmail.com

**Title of thesis:** Evaluating the satisfaction of attendants is a medical necessity and an essential part of the responsibility of infectious disease practitioners.

**Abstract:**

**Objective:** To assess the satisfaction of those accompanying patients admitted to hospital in the infectious and tropical diseases department of the Point G University Hospital.

**Methods:** Our study was descriptive and analytical with prospective collection over a two-month period from November to December 2020.

**Results:** There were 73 women (55.7%) and 58 men (44.3%) sex ratio (M / F) = 0.79. The mean age was  $41.63 \pm 13.02$  years. Regarding the profession of accompanying persons, 53 accompanying persons, or (40.5%) were housewives.

30 guides (22.9%) were traders, 20 of the guides (15.3%) were liberal, 16 Farmer / Fisherman / Breeder (12.2%), 8 civil servants (6.1%), 2 of the Pupil / Student (1, 5%), and 2 others of the household help (1, 5%).

The clarity of the information given by the healthcare staff, the courtesy of the healthcare team (97.7%) and the availability of the healthcare team (98.5%).

The information given by the doctors (100%), nurses and nursing assistants (97.7%) were very satisfied. The quality of care (PEC) of the loved one by the healthcare team (97.7%) was very satisfied.

A minority of attendants, ie 1 (0.8%) said they felt alone or isolated at some point during their time in the service.

In an overall sense, all of the caregivers were either satisfied (1.5%) or very satisfied (98.5%) and this overall satisfaction was mainly associated in our study with gender ( $p = 0.03$ ).

**Conclusion:** The satisfaction of infectious disease counselors is an evolving entity over time. Wider studies are desirable in order to follow the progression of family satisfaction and study its determining factors. The big challenge for future research is to establish a communication strategy and an information program designed to assess the needs of infectious disease counselors and improve their satisfaction.

**Keywords:** Satisfaction, support person, admission, patient, infectious disease, Bamako.

**Évaluation de la satisfaction des accompagnateurs des patients admis en hospitalisation dans le Service de  
Maladies infectieuses et tropicales (SMIT) du CHU de Point G**

## Serment d'Hippocrate

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire 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 leur père.

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

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

Je le jure.