

**BURKINA FASO**

**UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU**

**Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR / SDS)**

.....  
**SECTION MEDECINE**

**Année Universitaire 2010-2011**

**Thèse n° : 246**



**RÔLE DE L'ACCOMPAGNANT DE MALADE HOSPITALISÉ  
DANS LE SERVICE DE PNEUMO - PHTISIOLOGIE  
DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO  
OUEDRAOGO (BURKINA FASO)**

**THESE présentée et soutenue publiquement le 27 décembre 2011  
pour l'obtention du grade de DOCTEUR EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)**

**par**

**COMPAORE Kuiliga Mathieu**

**Né le 07 août 1979 à Ouagadougou (BURKINA FASO)**

**Directeur de thèse:**

**Pr. Martial OUEDRAOGO**

**Co Directeur:**

**Dr Gisèle BADOUM / OUEDRAOGO**

**Dr Georges OUEDRAOGO**

**JURY :**

**Président : Pr. Nazinigouba OUEDRAOGO**

**Membres : Dr Vincent OUEDRAOGO**

**Dr Emile BIRBA**

**Dr Gisèle BADOUM / OUEDRAOGO**

## **DEDICACES**

### **A ma mère bien-aimée, Zoenabo KONSEIGA**

Merci pour tout ton amour, ton soutien inconditionnel, ton réconfort, tes sacrifices, sans lesquelles je n'aurais pu en arriver là. Peu de mots sauraient exprimer mon éternelle gratitude et mon amour à ton égard. Toujours présente, tu t'es battue pour nous sans retenue malgré les difficultés multiples. Puisse ce travail être le couronnement et la reconnaissance de tous les efforts que tu as consentis pour moi. Je suis fier de t'avoir comme mère.

### **A ma petite sœur Martine.**

Ce travail est aussi le tien. Je te le dédie comme le fruit des moments difficiles passés ensemble. Soyons dignes de nos parents et restons toujours unis et solidaires. Retrouve ici le témoignage de ma profonde sympathie et de mon amour fraternel.

### **A mon cousin Alphonse.**

Plus qu'un cousin, tu as toujours été comme un frère et un ami pour moi. Merci pour ton soutien de toutes sortes. Puissions nous garder nos liens fraternels et surtout notre amour en Jéhovah Dieu.

### **A Mr Sabné KOUANDA et à son épouse Alizèta KOUANDA**

C'est grâce à vous que j'ai pu commencer l'école. Vous m'avez soutenu sur tous les plans durant mes études primaires, secondaires et universitaires. Vous avez su me redonner le courage quand j'avais envie d'abandonner sans ce soutien je ne serai pas arrivé là aujourd'hui. Mille fois merci.

### **A Mme Cathérine DAYAMBA et à son époux Denis DAYAMBA.**

Vous m'avez mis sur la voie de la Médecine et vous m'avez soutenu tout au long de mes études. Je vous suis reconnaissant pour avoir participé à mon éducation et à ma réussite. Merci infiniment.

**A tous mes frères et sœurs Témoins de Jéhovah, en particulier Ahmadou SEDOGO, Georges GNESSIEN, Michael GERBIG, Pierre Yves DEBIZE, Jérôme YERBANGA, Olivier SOME, Olivier ZIBA, Théophile M'BOTAINGAR, Talardia ONADJA, Constant CAMARA, Hermann LANKAONDE, Guillaume HONDT, Minata COULIBALY.**

Auprès de vous j'ai eu l'écoute et une formation pour la vie, merci sincèrement.

**A mes oncles Drissa COMPAORE, Salam COMPAORE, Abel CONSEIGA et leurs épouses respectives.**

Sincères remerciements et reconnaissances pour votre contribution à ma réussite.

**A mes amis du quartier : Hervé NIKIEMA, Adolf NIKIEMA, Maurice YERBANGA, Hubert TRAORE, Désire NONGUIERMA, Ramata COMPAORE** pour les bons moments passés ensemble.

**A mes amis de l'UFR/SDS : Drissa ZAN, Ghislain BOUDA, Souleymane OUBIAN, Marcel KUIRE, Mariétou ZIDA, Gisèle OUEDRAOGO, Sosthène OUEDRAOGO, Eric NEBIE, Agathe CARAMA, Désire NEBOUA, Tiénnou HAFFING, Pierre Xavier SIA, Daouda BAMBA, Alexis BADOLO, Ida THIOMBIANO, Carine DAKOURE, Anata SORE, Romualdo KOUDOUGBO.** Nous avons mené ce long et pénible combat ensemble et toujours aussi soudé que les doigts de la main. Que notre amitié soit éternelle.

**A mes promotionnaires du primaire, du lycée et de l'université**

En souvenir des moments de joie et de tristesse que nous avons traversés ensemble. Restons solidaires pour les épreuves à venir.

## **REMERCIEMENT**

**Nos sincères remerciements vont à tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre ont contribué à la réalisation de ce travail, et en particulier :**

**A JÉHOVAH Dieu**

Merci tendre père pour ta présence à chaque étape de ma vie. Que ton non soit toujours glorifié. Merci de continuer à nous protéger et à nous guider chaque jour.

**Au Docteur Gisèle BADOUM :**

Merci pour le soutien inestimable dont nous avons bénéficié dans l'élaboration de ce document.

**Au Docteur Georges OUEDRAOGO.**

Nos sincères remerciements.

**Au Docteur Kadiatou BONCOUNGOU.**

Nous vous remercions pour votre disponibilité et pour votre soutien.

**Au Docteur Médard BAMBARA.**

Merci pour le soutien inestimable dans l'élaboration de ce document

**Au Docteur Macaire OUEDRAOGO.**

Vous m'avez tant appris. Merci beaucoup !

**A tout le personnel du service de pneumo-physiologie du CHU-YO et de la clinique Edgard OUEDRAOGO.**

Merci pour votre soutien et pour tous les moments passés avec vous.

**A tout le personnel des services des Urgences Médicales, des Urgences viscérales, de réanimation, de Médecines internes, de Pédiatrie, de Dermatologie, de Gastro - Entérologie, d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, de Neurologie médicale, de Neuro - Chirurgie et de Gynéco - Obstétrique du CHU-YO: Merci pour la formation reçue, ce travail est également le vôtre !**

**Au Docteur Tiémoko OUATTARA et aux personnels de la Clinique Médicale Centre d'Or.**

Merci pour la formation médicale et le soutien multiforme.

**Au Docteur Daouda SIGUE et aux personnels de la clinique Saint Jérémie**

Merci pour l'accompagnement multiforme durant ce travail.

**Au Docteur Anatole ZAGRE**

Merci pour vos précieux conseils.

**Au Docteur Eric Arnaud DIENDERE**

Merci pour la formation pluridisciplinaire reçue auprès de vous.

**A Salifou NAPON, Marcel KUIRE, Emmanuel HARO, Rodrigue THIOMBIANO, Hermann LANKOANDE, Mariam KOUBEM, Yacine OUEDRAOGO, Faiçal OUBDA**

Merci pour tout le temps précieux que vous m'avez accordé. Votre regard critique a largement contribué à la réalisation de cette étude.

**A mes enseignants du primaire, du secondaire et de l'UFR/SDS**

Peu de mots sauraient vous exprimer ma gratitude et mon immense respect.

**Aux accompagnants de malade de l'étude.**

Ce travail n'aurait jamais vu le jour sans votre aimable participation.

**A NOS MAITRES ET JUGES**



**A notre honorable Maître et Président du jury**

**Le Professeur Nazinigouba OUEDRAOGO**

- **Professeur titulaire en anesthésie réanimation à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou**
- **Chef de service des urgences médicales du CHU-Yalgado OUEDRAOGO**
- **Médecin colonel major des forces armées nationales du Burkina Faso.**
- **Médecin chef de l'infirmerie de la présidence du FASO**
- **Président de la Société d'Anesthésie Réanimation et de Médecine d'Urgence du Burkina (SARMU-B)**
- **Directeur centrale des Services de Santé de l'armée**

**Cher Maître,**

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant, malgré vos multiples occupations et sollicitation de présider le jury de notre thèse. Ce travail, nous en sommes sûr gagnera en qualité. Nous avons eu le privilège de bénéficier de votre enseignement au cours de notre formation. Nous avons été profondément marqués par votre modestie et vos qualités humaines et scientifiques. Nous vous prions, cher maître d'accepter nos sincères remerciements.

**A notre honorable Maître et Directeur de thèse**

**Le Professeur Martial OUEDRAOGO**

- **Professeur titulaire de Pneumologie à l'UFR/SDS de l'université de Ouagadougou**
- **Vice président et membre fondateur de la Société Africaine de Pneumologie de Langue Française (SAPLF)**
- **Président et membre fondateur de la Société Burkinabé de Pneumologie**
- **Chef de service de Pneumo-phtisiologie du CHU-Yalgado Ouédraogo**

**Cher Maître,**

Vous m'avez fait l'honneur de me confier ce sujet. Votre investissement, votre rigueur scientifique et vos conseils avisés ont permis l'aboutissement de ce travail. Exercer à vos côtés, a été très enrichissant aussi bien sur le plan médical que relationnel. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

**A notre honorable Maître et juge**

**Le Docteur Vincent OUEDRAOGO**

- **Maître assistant en médecine du travail à l'UFR/SDS**
- **Chef de service de médecine du travail au CHU-YO**
- **Médecin conseil de la Caisse National de Sécurité Sociale (CNSS)**

**Cher Maître,**

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de siéger dans le jury. Votre rigueur scientifique et vos remarques avisées permettront d'améliorer ce travail que nous vous présentons. Trouvez ici, l'expression de ma profonde gratitude.

**A notre honorable Maître et juge**

**Le Docteur Emile BIRBA**

- **Assistant chef de clinique à l'Institut Supérieure des Sciences de la Santé (INSSA) de Bobo Dioulasso**
- **Médecin pneumologue au service de Pneumo - Phtisiologie du CHU Sourô SANOU**
- **Chef de service adjoint de Pneumo - Phtisiologie du CHU Sourô SANOU**
- **Secrétaire général à l'information et à la communication de la Société Burkinabè de Pneumologie (SOBUP)**

**Cher Maître,**

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger dans le jury de notre thèse malgré vos multiples occupations. Homme de science, nous avons été marqués par votre simplicité et votre disponibilité.

Puisse notre travail être à la hauteur de vos attentes.

Veillez accepter cher maître, nos hommages les plus respectueux.

**A notre honorable Maître et co-directeur**

**Le Docteur Gisèle OUEDRAOGO/BADOUM**

- **Assistante de Pneumo-phtisiologie à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou**
- **Médecin pneumologue au service de Pneumo - Phtisiologie du CHU Yalgado OUEDRAOGO**
- **Chef de service adjointe de Pneumo - Phtisiologie du CHU Yalgado OUEDRAOGO**

**Cher Maître :**

Vous avez été d'un soutien inestimable dans l'élaboration de ce travail. Nous avons également bénéficié de votre encadrement lors de nos stages pratiques au sein du service de Pneumo - Phtisiologie. Vous avez accepté de diriger ce travail et vous nous avez guidés pas à pas malgré vos multiples occupations. Votre constante disponibilité ainsi que vos grandes qualités humaines et professionnelles nous ont toujours ému et sont un grand souvenir que nous garderons de vous.

Veillez accepter ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

**A notre honorable Maître et co-directeur de thèse,**

**Le Docteur Georges OUEDRAOGO**

- **Assistant de Pneumo - Phtisiologie à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou**
- **Médecin pneumologue et tabacologue au service de Pneumo-phtisiologie du CHU YO**
- **Coordonateur du groupe ESTHER**

**Cher Maître :**

D'une simplicité et d'une modestie admirables, vous avez manifesté une disponibilité remarquable en acceptant sans hésitation de nous guider dans l'élaboration de ce document. Veuillez accepter nos hommages et l'expression de notre profonde gratitude.

« Par délibération, l'UFR/SDS a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentés doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation »

## **SIGLES ET ABBREVIATIONS**



**BF** : Burkina Faso

**CMA** : Centre Médicale avec Antenne Chirurgicale

**CHR** : Centre Hospitalier Régional

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CHU YO** : Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO

**CSPS** : Centre de Santé et de Promotion Sociale

**ENSP** : Ecole Nationale de Santé Publique

**Inf** : Infirmier

**FAF** : Femmes au foyer

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PPH** : Pneumo - Phtisiologie

**RCI** : République de la Côte d'ivoire

**TB** : Tuberculose

**UFR/SDS** : Unité de Formation et de Recherche en Science de la Santé

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## **LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES**

## **LISTE DES TABELAUX**

<b>TABLEAU I :</b> Normes en personnels infirmiers dans les services.....	7
<b>TABLEAU II :</b> Répartition des patients selon le nombre de personnes partageant leurs chambres à domicile.....	25
<b>TABLEAU III :</b> Répartition des patients selon le nombre de personnes partageant leur maison.....	25
<b>TABLEAU IV :</b> Répartition du nombre d'accompagnants selon la qualité du logement.....	27
<b>TABLEAU V :</b> Nombre d'accompagnants selon le nombre de personnes habitant la maison du patient.....	27
<b>TABLEAU VI :</b> Répartition des patients selon le diagnostic.....	28
<b>TABLEAU VII :</b> Nombre d'accompagnants selon le diagnostic du malade...	29
<b>TABLEAU VIII :</b> Nombre d'accompagnants selon l'indice de KARNOFSKY.....	31
<b>TABLEAU IX :</b> Répartition des patients selon le degré de dépendance.....	32
<b>TABLEAU X :</b> Répartition des accompagnants selon le nombre de personnes partageant leur chambre à domicile.....	37
<b>TABLEAU XI :</b> Répartition des accompagnants selon le nombre de personnes partageant leur maison.....	37
<b>TABLEAU XII :</b> Qualité du logement des accompagnants selon le lieu de résidence.....	38
<b>TABLEAU XIII:</b> Répartition des accompagnants selon le temps passé au chevet du patient. ....	40

<b>TABLEAU XIV :</b> Temps passé auprès du malade selon le nombre d'accompagnants.....	42
<b>TABLEAU XV :</b> Lieu où l'accompagnant passe la nuit selon sa résidence....	43
<b>TABLEAU XVI :</b> Répartition des accompagnants selon les tâches effectuées.....	44
<b>TABLEAU XVII :</b> Répartition selon les moyens utilisés pour l'hygiène.....	45
<b>TABLEAU XVIII :</b> Répartition des accompagnants selon les reproches faits au personnel.....	46
<b>TABLEAU XIX :</b> Satisfaction des accompagnants selon la qualité du logement.....	47
<b>TABLEAU XX :</b> Connaissance du diagnostic selon le nombre d'accompagnants.....	48

## **LISTE DES FIGURES**

<b>Figure 1 :</b> Répartition des patients selon la classe d'âge.....	21
<b>Figure 2 :</b> Répartition des patients selon la profession .....	22
<b>Figure 3:</b> Répartition des patients selon le statut matrimonial.....	23
<b>Figure 4 :</b> Répartition des patients selon le niveau d'instruction.....	23
<b>Figure 5 :</b> Répartition des patients selon le lieu de résidence.....	24
<b>Figure 6 :</b> Répartiton des patients selon la qualité du logement.....	26
<b>Figure 7:</b> Répartition des patients selon l'indice de KARNOFSKY.....	30
<b>Figure 8:</b> Répartition des accompagnants selon la classe d'âge.....	33
<b>Figure 9:</b> Répartition des accompagnants selon la profession .....	34
<b>Figure 10 :</b> Répartition des accompagnants selon le statut matrimonial.....	34
<b>Figure 11 :</b> Répartition des accompagnants selon le niveau d'instruction.....	35
<b>Figure 12 :</b> Répartition des accompagnants selon le lieu de résidence.....	36
<b>Figure 13 :</b> Répartition des accompagnants selon la qualité du logement.....	38
<b>Figure 14 :</b> Répartition des accompagnants selon le degré de parenté.....	39
<b>Figure 15 :</b> Répartition des accompagnants selon la source d'information du diagnostic de leur patient.....	48

## **SOMMAIRE**

INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME.....	1
GENERALITES.....	4
I. Eléments contextuels.....	5
II. Normes sanitaires internationales.....	6
II.1. Personnels infirmiers.....	6
II.2. Médecins.....	8
III. Contexte sanitaire de l’accompagnant en Occident.....	8
IV. Contexte sanitaire de l’accompagnant en Afrique.....	8
V. Evaluation du besoin d’aide des patients (indice de KARNOFSKY).....	9
V.1. Définition.....	9
V.2. Description.....	10
VI. Perspectives.....	11
NOTRE ETUDE.....	12
I. Objectifs.....	13
I.1. Objectif général.....	13
I.2.Objectifs spécifiques.....	13
II. Méthodologie.....	14
II.1. Cadre de l’étude.....	14
II.2. Type et période de l’étude.....	17
II.2.1. Critères d’inclusion.....	17
II.2.2. Critères d’exclusion.....	17

II.2.4. Méthode de recueil des données.....	17
II.2.5. Définitions opérationnelles.....	18
II.2.6. Considérations éthiques.....	19
II.3. Traitement des données.....	19
RESULTATS.....	20
I. Données sur les patients.....	21
I.1. Caractéristiques sociodémographiques des patients.....	21
I.1.1. Sexe.....	21
I.1.2. Age.....	21
I.1.3. Profession .....	22
I.1.4. Statut matrimonial.....	22
I.1.5. Niveau d’instruction.....	23
I.1.6. Résidence.....	24
I.1.7. Condition socioéconomique.....	25
I.2. Nombres d’accompagnants.....	26
I.3. Données sur la pathologie du patient.....	27
I.3.1. Diagnostic et sérologie.....	27
I.3.2. Autonomie du patient.....	30
II. Données sur les accompagnants.....	32
II.1. Caractéristiques sociodémographiques des accompagnants.....	32
II.1.1. Sexe.....	32



II.1.2. Age.....	32
II.1.3. Profession .....	33
II.1.4. Statut matrimonial.....	34
II.1.5. Niveau d’instruction.....	35
II.1.6. Résidence.....	35
II.1.7. Condition socioéconomique.....	36
II.2. Degré de parenté avec le patient.....	39
II.3. Expérience dans l’accompagnement.....	40
II.4. Temps passé au chevet du malade.....	40
II.4.1. Temps passé par jour.....	41
II.4.2. Lieu où l’accompagnant passe la nuit.....	42
II.5. Nature de l’accompagnement.....	43
II.6. Moyens d’hygiène.....	45
II.7. Reproches faits aux personnels.....	45
II.8. Sentiments généraux sur la prestation.....	46
II.9. Connaissance sur la pathologie du patient.....	47
II.10. Suggestions des accompagnants pour améliorer leur séjour.....	49
COMMENTAIRES / DISCUSSION.....	50
I. Limites et contraintes de l’étude.....	51
II. Données sur les patients accompagnés.....	51

III. Données sur les accompagnants.....	56
CONCLUSION.....	63
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	65
ANNEXES.....	70
Annexe 1 : Fiche de collette.....	71
Annexe 2 : Indice de KARNOFSKY.....	77
Annexe 3 : Nombre de personnels infirmiers selon les normes.....	78
Annexe 4 : Eléments de cotation de la qualité du logement.....	80
RESUME.....	81
ABSTRACT.....	83

## **INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME**

Les maladies respiratoires font partie des affections les plus fréquents dans le monde, elles se situent en deuxième position après les maladies cardiovasculaires. Dans certains pays comme la Grande Bretagne, elles constituent de nos jours la principale cause de mortalité [1, 2].

Cette situation est amenée à s'accroître, selon les estimations en 2020, sur les 68 millions de décès dans le monde 11,9 millions seront causés par les maladies pulmonaires [1, 2]. En Europe, ces maladies constituent un lourd fardeau pour la population et influencent négativement sa qualité de vie. Effet, le coût financier total de ces maladies pulmonaires y approche les 102 milliards d'euros [1, 2].

Au Canada, plus de 3 millions de personnes doivent faire face à de graves maladies respiratoires, ces pathologies ont une grave répercussion économique sur le système canadiens de soins de santé; en effet, elles totalisent près de 12,18 millions de dollars de dépenses par année. En France, 7% de la population souffrait de maladies respiratoires, ces affectations sont responsable de 5,7 % des séjours hospitaliers, de 7 % des consultations et de 12,8% de l'ensemble des décès [1, 2]. Au Burkina Faso, les maladies respiratoires sont la deuxième cause de consultation après le paludisme [3, 4, 5]; selon une étude, si la situation continue d'évoluer à ce rythme, d'ici 2017, les cas de maladies respiratoires (des maladies pulmonaires, pour la plupart) augmenteront de 359 nouveaux cas de cancers chaque année [6].

Pour faire face à cette situation les pays développés disposent suffisamment de ressources humaines dans les services de santé; en plus des aides soignants, ils ont une densité de 50 - 100 infirmiers et de 20 - 30 médecins pour 10 000 habitants. Dans leurs services d'hospitalisation la norme est de 1 infirmier pour 2 lits, les patients qui y sont hospitalisés n'ont pas d'accompagnant [7]. Ce qui n'est pas le cas dans les pays en développement outre l'absence d'aide soignant, il y a en général moins de 20 infirmiers et moins de 5 médecins pour 10 000 habitants [7].

Le Burkina Faso (BF) a une densité de 1 infirmier pour 2 803 et 1 médecin pour 22 063 habitants [5, 7]. Ainsi le service de PPH du CHU YO compte 5 pneumologues et 11 infirmiers. On se retrouve avec une proportion d'un infirmier pour 25 lits durant la journée de service et un infirmier pour 51 lits pendant les gardes. Cette insuffisance de personnel fait que lors de l'hospitalisation d'un patient, ses proches deviennent ses accompagnants et interviennent dans certains aspects de sa prise en charge. En outre, l'accompagnement des malades en Afrique en général et particulièrement au BF se justifie de la solidarité africaine qui trouve un cadre d'expression en toute occasion heureuse ou malheureuse. Se pose alors la complexité de l'écrit « un malade = un accompagnant », généralement affiché sur les portes d'hospitalisation : on veut limiter le nombre d'accompagnants d'une part, tout en souhaitant la présence d'un accompagnant parce qu'on est conscient du problème de personnel.

A cet effet, une étude menée dans le service de PPH du CHU de Cocody en Côte d'Ivoire a montré que 88% des accompagnants dorment à l'hôpital avec le malade [8]. Selon une autre étude en milieu phtisiologie au CHU du Point G au Mali, 76,5% des accompagnants ont surveillé les soins [9]. Le rôle de l'accompagnant n'a jamais été évalué dans le service de PPH du CHU Yalgado Ouédraogo. Fort de ce constat, il nous a paru nécessaire de réaliser la présente étude.

## **GENERALITES**

## **I. Éléments contextuels**

Ils déambulent dans les couloirs, se perdent souvent ou s'accrochent au chevet du malade. Dans les établissements de soins, la cohabitation entre les accompagnants des malades et les soignants n'est pas toujours chose facile. Les uns rendent visite à leurs proches malades, y apportant leur lot d'angoisse, d'interrogations, d'agressivité, de chagrin. Les autres doivent se concentrer sur le soin, effectuer les bons gestes, prendre les décisions thérapeutiques appropriées au moment opportun [10].

L'Aidant, est la 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. Le terme d'accompagnant est également utilisé. Il met moins l'accent sur le service matériel et plus sur la présence et le soutien psychologique [10, 11]. L'accompagnateur, terme aussi employé est plutôt perçu comme un technicien de la relation tandis que l'accompagnant n'est qu'un être humain, suffisamment proche du patient cependant pour le comprendre, l'aider et le représenter. Ainsi, nous avons préféré le terme d'accompagnant à celui d'accompagnateur [10, 11, 12]

Ces accompagnants sont le plus souvent issus de la famille du malade. En effet la famille, la plus ancienne des institutions, joue un rôle essentiel dans la société humaine. Tout au long de l'Histoire, ce sont les familles fortes qui ont fait les civilisations fortes. La famille est le meilleur cadre pour l'épanouissement de ses membres. Lorsqu'un des leurs tombe malade, il en résulte un bouleversement des habitudes quotidiennes. Même lorsqu'elle est de courte durée, une maladie exige des adaptations, des concessions et des sacrifices [13].

L'accompagnement du patient hospitalisé est un phénomène universel. Il est cependant d'une importance disparate selon les ressources, le type

d'organisation des centres de soins et la conception même de la médecine des pays à travers le monde [10, 11].

## **II. Normes sanitaires internationales.**

### **II. 1. Personnels infirmiers.**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande un infirmier pour 5000 habitants [7]. En plus, il est requis un infirmier pour 2 lits dans la majorité des services d'hospitalisation [7]. Le tableau I indique les normes de personnels infirmiers par service de soins



**Tableau I : Normes en personnels infirmiers dans les services.**

---

<b>Services</b>	<b>Normes en personnels infirmiers</b>
<b>Services des urgences</b>	1 inf. pour 2 lits
<b>Services de médecines et spécialités médicales</b>	
Hémodialyse	4 inf. pour 1 lit
Services des VIP	1 inf. par lit
Autres	1 inf. pour 2 lits
<b>Service de Gynéco - Obstétriques</b>	2 inf. pour 1 lit
<b>Service de Pédiatrie</b>	1 inf. pour 2 lits
<b>Service chirurgicaux et spécialités chirurgicales</b>	
Réanimation Anesthésie Soins intensifs	2,5 inf. pour 1 lit
Cliniques des grands brûlés	2,5 inf. pour 1 lit
Autres	1 inf. pour 2 lits

---

Source : Direction des soins infirmiers et obstétricaux du CHU YO [14]

En s'appuyant sur ce tableau, nous pouvons déduire que le service de Pneumo-Phtisiologie (PPH) du Centre Hospitalier Universitaire YALGADO OUEDRAOGO (CHU YO) qui a 51 lits, devrait compter au moins 25 infirmiers. Or, ce service n'a que 11 infirmiers, soit un déficit d'au moins 14 infirmiers.

## **II.2. Médecins.**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), recommande un médecin pour 10 000 habitants [7]. Or, dans plusieurs pays du monde cette norme est loin d'être atteinte, c'est surtout le cas dans les pays en développement [5, 7].

## **III. Contexte sanitaire de l'accompagnant en occident.**

Pour faire face aux besoins des malades en général et en particulier en cas d'hospitalisation, les pays développés disposent suffisamment de ressources humaines dans leurs services de soins. Ces derniers ont une densité de 50-100 infirmiers et de 20-30 médecins pour 10 000 habitants. En outre, les services de santé disposent d'aides soignants [7].

Les malades qui sont hospitalisés n'ont pas d'accompagnants pour les assister pendant leur séjour en hospitalisation. En effet, l'accompagnant de malade est d'une importance assez réduite dans les pays occidentaux où la disponibilité des moyens matériels, financiers et humains, le type d'organisation des centres de soins et la philosophie même de la médecine réduisent la dimension des soins à une interface malade-médecin.

## **IV. Contexte sanitaire de l'accompagnant en Afrique.**

Les ressources humaines dans la santé sont réduites dans les pays en développement en général et en Afrique subsaharienne en particulier. Dans ces pays, il y a en général moins de 20 infirmiers et moins de 5 médecins pour 10 000 habitants contre un médecin pour 10 000 habitants selon les recommandations de l'OMS [7, 15]. En plus, il n'y a pas d'aides soignants. A l'instar de ces chiffres, le Burkina Faso (BF) a une densité de 1 médecin pour 22 063 habitants [3, 4, 5, 7, 15]

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

- le faible ratio personnel de santé par habitants. Les accompagnants comblent le déficit créé par cette insuffisance du personnel dans ses activités de soins et d'appui aux malades.
- la solidarité africaine qui trouve un cadre d'expression en toute occasion heureuse ou malheureuse.
- la perception de la maladie par les populations dans le schéma de la médecine traditionnelle dont les résidus post-coloniaux régissent encore assez fréquemment les modes de pensée dans ce domaine ; ainsi le malade et le praticien ayant la même vision socioculturelle de l'environnement et du mal, le système de soins n'est plus considéré comme une discipline séparée, mais comme élément d'un système culturel complexe et intégré. Dans ces conditions l'interface malade-soignant se mue en un triangle malade-société-soignant [12].

## **V. Evaluation du besoin d'aide des patients (indice de KARNOFSKY).**

### **VI.1. Définition.**

Egalement appelé échelle de KARNOFSKY; Échelle KARNOFSKY; IK; index de KARNOFSKY; indice KARNOFSKY [14]. Il s'agit d'un indice permettant d'évaluer la capacité d'une personne à exécuter des actes habituels, d'apprécier le progrès d'un patient après un procédé thérapeutique, et de déterminer la capacité du patient à suivre un traitement [16, 17].

Il est employé le plus généralement dans le pronostic de la thérapie de cancer, habituellement après la chimiothérapie, et traditionnellement avant et après le traitement [16, 17].

Il est baptisé du nom de Dr David A. KARNOFSKY, spécialiste américain en chimiothérapie du cancer qui a décrit la balance en 1949 [16].

## **VI.2. Description.**

L'indice de KARNOFSKY mesure de 10 en 10 les performances d'un individu, de 100 (activité normale sans trouble) à 0 (mort) [16, 17, 18].

Il permet de mesurer objectivement l'importance de l'invalidité d'un patient atteint d'une maladie grave. Il se décompose en 3 catégories [16, 17, 18] :

- **Apte à mener une activité normale, ne nécessite aucun soin particulier**
  - 100** : normal
  - 90** : mène une activité normale avec quelques symptômes peu importants
  - 80** : activité normale avec effort. La maladie s'exprime cliniquement
- **Incapable de travailler mais peut se prendre en charge à domicile**
  - 70** : autonome, mais incapable d'activité physiquement fatigante
  - 60** : a parfois besoin d'aide (presque autonome)
  - 50** : a besoin de beaucoup d'aide et de fréquents soins médicaux.
- **Incapable de se prendre en charge = a besoin de l'hôpital ou d'un équipement**
  - 40** : handicapé nécessite des soins et une assistance particulière
  - 30** : très handicapé, doit être hospitalisé
  - 20** : très malade avec besoin de traitements complexes
  - 10** : moribond
  - 0** : mort

## **VI. Perspectives.**

Durant ces dernières années, la question de la place et du rôle du proche auprès de la personne malade est progressivement devenue une thématique majeure des réflexions sur l'avenir des systèmes de santé. En France se tiennent déjà des assises nationales de la « proximologie ». Concept instauré par le laboratoire pharmaceutique Novartis, grâce à l'appui de sa fondation [10, 11].

La proximologie est une nouvelle approche du système de soins et des différents acteurs de santé. C'est une approche qui n'a jamais été explorée jusqu'à maintenant prenant en compte l'entourage du patient dans de nombreux domaines (médical, sociologique et psychologique) [10, 11].

Elle permet de mieux comprendre les relations entre le malade et l'entourage et les conséquences sur la prise en charge du patient, en particulier pour ceux atteints de pathologies lourdes. Elle met en avant le rôle réel de l'entourage, pour une meilleure reconnaissance de tout ce qu'il peut apporter au patient et au système de soins. Mais elle permet aussi d'identifier les problèmes qu'il peut rencontrer auprès du patient parfois difficile à prendre en charge. Elle évalue donc le retentissement réel des pathologies sur le patient et son entourage et leur prise en charge au quotidien [10, 11].

Cette évolution vise à corriger le fait que pendant longtemps, l'entourage a eu tendance à être tenu à distance, voire ignoré par les professionnels de santé. Cela laisse entrevoir dans un avenir proche une reconnaissance légale de l'accompagnant de malade à travers l'élaboration de ses droits et devoirs [10].

## **NOTRE ETUDE**

## **I. Objectifs de l'étude.**

### **I.1.Objectif général**

Etudier le rôle de l'accompagnant de malade hospitalisé dans le service de PPH du CHUYO.

### **I.2.Objectifs spécifiques.**

1. Décrire les caractéristiques sociodémographiques des accompagnants et du malade accompagné.
2. Evaluer les connaissances de l'accompagnant sur la pathologie de son patient.
3. Evaluer les moyens d'hygiène utilisés par l'accompagnant et son patient.
4. Décrire les tâches inhérentes à un accompagnant.
5. Evaluer la qualité de l'accompagnant vis-à-vis des tâches qu'il accomplit.
6. Evaluer l'appréciation de la prestation hospitalière par les accompagnants.

## **II. Méthodologie.**

### **II.1. Cadre de l'étude.**

L'étude a été réalisée au sein du CHUYO dans le service de PPH.

#### **II.1.1. Rappel sur le Burkina Faso et sa capitale Ouagadougou.**

Logé dans la partie ouest du continent africain et plus précisément dans la boucle du Niger, le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé d'une superficie de 274 200 Km<sup>2</sup>. Il est limité par 6 pays : le Mali, le Niger, le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire.

Le territoire national est divisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 49 communes urbaines et 8228 villages. La population du Burkina Faso a été estimée en 2010 à environ 15 730 977 habitants avec une croissance annuelle de 3,1% ; 77,3% de la population vit en milieu rural [19,20, 21].

Le taux brut de scolarisation dans l'enseignement de base était de 52,7% avec 48,4% de filles scolarisées. La répartition du taux de scolarisation était inégale avec 96,1% en milieu urbain et 42,9% en milieu rural [19, 20, 21].

En 2010, le pays comptait un effectif de 713 médecins, soit un médecin pour 22 063 habitants (un médecin pour 10 000 habitants selon les recommandations de l'OMS) [5, 7, 20, 21].

Le pays compte 3 CHU, 9 CHR, 41 Centres Médicaux avec Antenne chirurgicale (CMA) et 1 172 Centres de Santé et de Promotion Sociale(CSPS).

Le rayon d'action théorique des formations sanitaires était estimé à 8 Km, le ratio habitant par centre médical à 186 681 et le ratio habitant par CSPS à 10 739 [5, 7, 20, 21].

**Ouagadougou**, capitale du Burkina Faso et chef lieu de la province du Kadiogo, est située dans la région du centre et a une superficie de 1.139 Km<sup>2</sup>. Sa population était estimée à 1 633 737 en 2008. Les infrastructures sanitaires de la



ville comprennent 2 CHU dont le CHU-YO, 4 CMA, des CSPS, des structures sanitaires privées. Toutes ces structures sont organisées en 5 districts sanitaires : Nongr'masson, Bogodogo, Boulmiougou, Baskuy et Sig-nonghin [5, 7, 19, 20].

### **II.1.2. Le Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo**

Situé au secteur 4 de Ouagadougou, le Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo constitue le premier centre de référence du Burkina Faso. Son fonctionnement est assuré par 115 médecins, des attachés de santé, des infirmiers, des sages femmes et maïeuticiens, des techniciens de laboratoire, des manipulateurs en radiologie, un personnel de soutien et un personnel administratif. Le CHUYO comporte 22 services d'hospitalisation dont le service de PPH.

#### **▪ Le service de Pneumo - Phtisiologie**

Les activités ont été menées dans le service de PPH du CHUYO. Le service a une capacité de 51 lits dont 31 pour l'unité de pneumologie et de soins intensifs et 20 pour l'unité de phtisiologie et grands contagieux.

Le service de PPH compte 5 médecins pneumologues, 11 infirmiers, 1 secrétaire, 4 garçons et filles de salle.

Le service est organisé en unités fonctionnelles ainsi qu'il suit :

- une unité de pneumologie et de soins intensifs ;
- une unité de phtisiologie et grands contagieux ;
- une unité d'explorations spécialisées et de soins spécifiques (une sous unité d'endoscopie, une sous unité de kinésithérapie respiratoire, une sous unité de petite chirurgie, une sous unité de prise en charge de personne vivant avec le VIH et une sous unité de tabacologie).

Chaque unité est placée sous la responsabilité d'un pneumologue qui est assisté par un surveillant d'unité de soins choisi parmi les infirmiers du service de pneumologie. La coordination étant assurée par le chef de service.

Le service a pour missions principales :

- la prévention, le diagnostic, les soins, la réadaptation physique et sociale de patients atteints de pathologies respiratoires basses ;
- l'enseignement des sciences de la santé par l'encadrement des stagiaires et étudiants de l'Unité de Formation et de Recherche en science de la Santé (UFR/SDS) de l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) ainsi que de toute autre institution de formation en relation avec son projet ;
- la participation à la recherche dans le domaine de la santé et des affections respiratoires ;

L'unité de physiologie et des grands contagieux a pour missions :

- d'assurer les soins aux patients bacillifères hospitalisés et à ceux en ambulatoire ;
- de mener des activités d'information, éducation et communication / changement de comportement sur la tuberculose ;
- d'assurer l'approvisionnement en médicament anti-tuberculeux au sein des différents services hospitaliers du CHU YO ;
- d'assurer la coordination du traitement antituberculeux au sein du CHU YO ;
- d'assurer la prise en charge des maladies respiratoires non tuberculeuses hautement contagieuses.

## **II.2.2. Type et période de l'étude.**

Il s'est agi d'une étude prospective sur une période de 5 mois, allant du 6 septembre 2010 au 10 février 2011.

## **II.2.3. Population d'étude.**

### **II.2.3.1. Critères d'inclusion.**

Ont été inclus dans l'étude tous les patients hospitalisés dans le service de PPH pendant la période de l'étude et leurs accompagnants.

### **II.2.3.2. Critères d'exclusion.**

- refus de participer à l'étude
- les visiteurs des malades

## **II.2.4. Méthode de recueil des données.**

Les données ont été recueillies à partir d'une fiche de collecte (voir annexe 1) comportant :

- Données sur le patient
  - les caractéristiques sociodémographiques
  - Le diagnostic, le statut sérologique et le degré d'autonomie du patient ;
  - Le nombre d'accompagnant.
- Données sur l'accompagnant.
  - les caractéristiques sociodémographiques ;
  - la nature de l'accompagnement ;
  - l'expérience dans l'accompagnement ;
  - relation personnel accompagnant - soigné et la satisfaction de l'accompagnant ;

- le lien familial entre malade et accompagnant ;
- le temps passé au chevet du patient ;
- la connaissance de l'accompagnant sur la pathologie de son malade ;
- les suggestions faites par les accompagnants.

Un entretien a été fait avec les accompagnants des malades hospitalisés en moyenne 30 à 45 mn, afin de recueillir ces données.

#### **II.2.2.5. Définitions opérationnelles.**

- La qualité du logement a été faite selon un score obtenu à partir de la sommation de la cotation des différents éléments de locomotion et de l'habitat.

Ces éléments et leur cotation sont (voir annexe 4):

Locomotion : pied = 1 ; vélo = 2 ; mobylette = 3 ; auto = 4.

Habitat :

Mûr : banco = 1 ; banco amélioré = 2 ; ciment = 3.

Toit : paille = 1 ; tôle galvanisée = 2 ; tôle bac ou béton = 3.

Puits perdu : non = 0 ; oui = 1.

Toilette :

Douche : non = 0 ; oui = 1.

WC : non = 0 ; oui = 1.

Electricité : non = 0 ; oui = 1.

Cuisine : bois ou charbon de bois = 1 ; gaz = 2.

Eau de boisson : puits = 1 ; forage = 2 ; robinet publique = 3 ;  
robinet privé = 4.

Selon le score total obtenu la qualité du logement était jugée comme suit :

- 5 à 9 : « *basse* »
- 10 à 14 : « *moyenne* »

- 15 à 20 : « élevée »
- Afin d'assurer la validité de certains tests de Khi 2, nous avons regroupé :
  - la qualité du logement selon les modalités « basse » et « moyenne » en « basse à moyenne »,
  - le diagnostic des malades en pathologie tuberculeuse et en pathologie non tuberculeuse,
  - Le temps passé au chevet du malade en tranche de 1 à 12 et de 13 à 24 heures,
  - Le nombre de personnes habitant la maison du malade en deux intervalles (1 à 10 personnes et plus de personnes).
  - L'indice de KARNOFSKY en score A et en score B à C.
- Un accompagnant de malade désigne toute personne qui est régulièrement au chevet du malade durant son séjour en hospitalisation et s'implique dans sa prise en charge.

#### **II.2.2.6. Considérations éthiques.**

Le consentement éclairé des enquêtés a été obtenu avant le début de l'étude. Chaque enquêté était informé lors de l'entretien des objectifs de l'étude et rassuré de l'anonymat des fiches. Leur adhésion était volontaire.

#### **II.2.3. Traitement des données.**

Les données de l'enquête ont été saisies et analysées sur un micro-ordinateur équipé d'un logiciel de traitement statistique Epi info version 3.5.1, Excel pour les graphiques et Word pour le traitement de texte.

Les comparaisons ont été effectuées à l'aide du test de Khi carré brut de Pearson et le test exact de Fisher (pour des valeurs attendues <5). Le seuil de signification « p » a été fixé à 0,05.

## **RESULTATS**

Au terme de notre étude, nous avons rencontré 53 patients et leurs 117 accompagnants parmi lesquels 4 ont refusé de participer à l'étude.

## **I. Données sur les patients.**

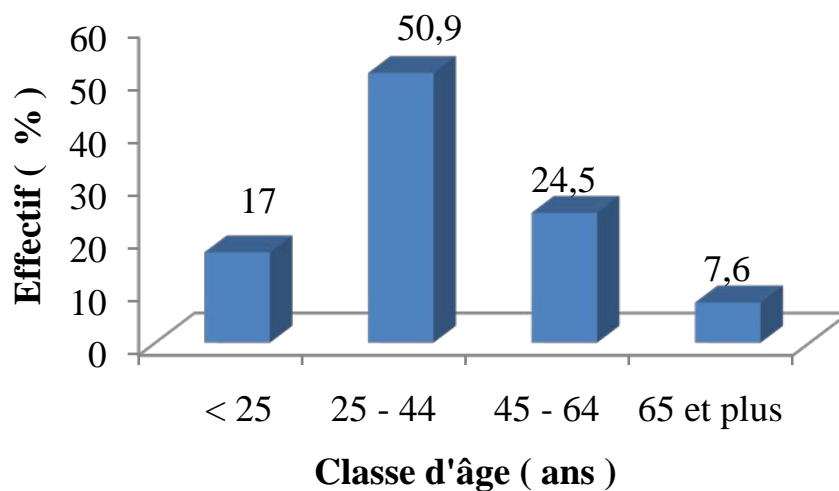
### **I.1. Aspects sociodémographiques.**

#### **I.1.1. Sexe.**

Les hommes ont représenté 58,5% des malades (31 hommes pour 22 femmes) soit un sex-ratio de 1,4.

#### **I.1.2. Age.**

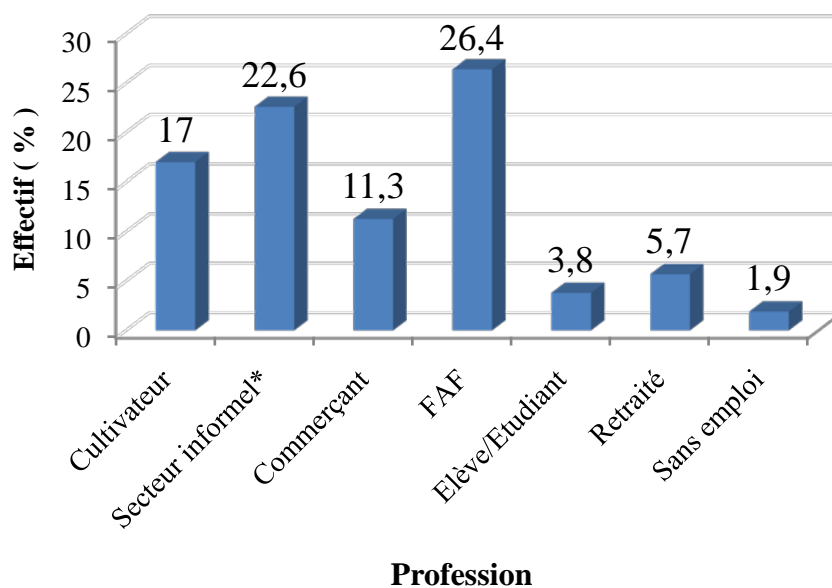
Nos malades étaient âgés en moyenne de  $41,1 \pm 17$ ans avec des extrêmes de 20 et 78 ans. La classe d'âge de 25 - 44 ans est la plus représentée (50,9 % ; n = 27). La figure 1 rapporte la répartition des patients selon la classe d'âge.



**Figure 1 : Répartition des patients selon la classe d'âge.**

### I.1.3. Profession.

Les cultivateurs et les femmes au foyer (FAF) ont représenté respectivement 17% (n = 9) et 26,4% (n = 14) des cas. Le secteur informel (berger, boucher, restauratrice, orpailleur, animateur de musique) a représenté 22,6% (n = 12) de nos malades. La figure 2 rapporte la répartition des patients selon la profession.



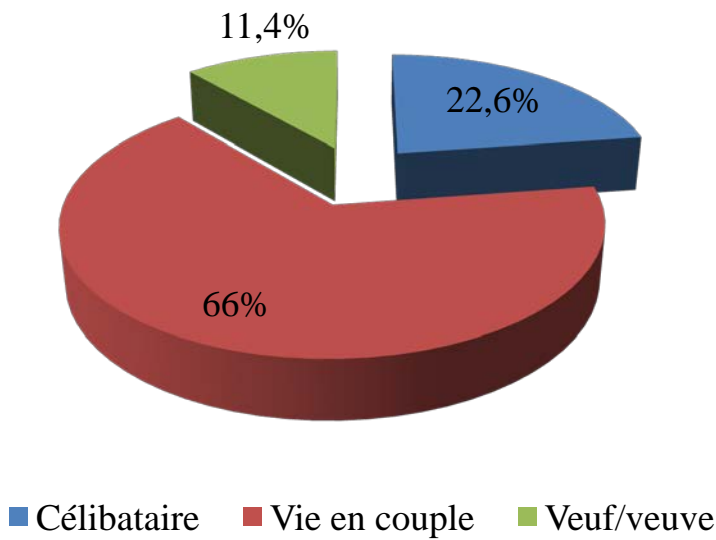
\*berger, boucher, restauratrice, orpailleur, animateur de musique

**Figure 2 : Répartition des patients selon la profession.**

### I.1.4. Statut matrimonial.

La majorité des malades vivait en couple (66%; n = 35). La figure 3 rapporte la répartition des malades selon le statut matrimonial.



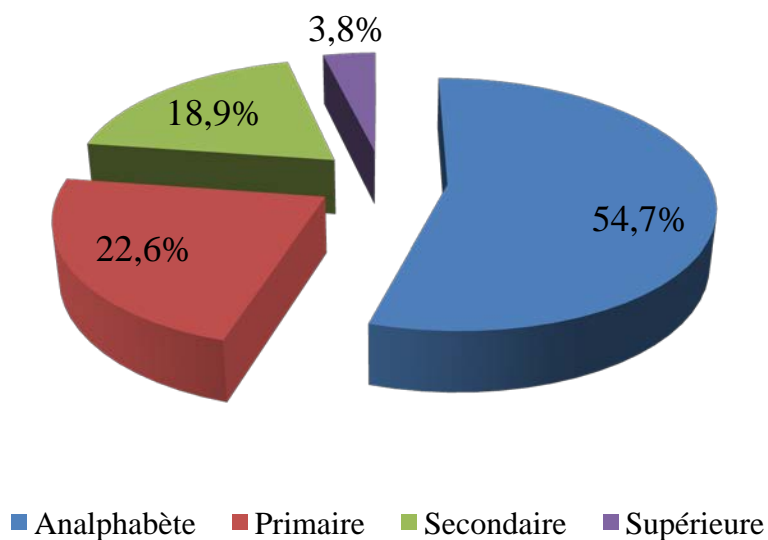


**Figure 3 : Répartition des malades selon le statut matrimonial.**

#### **I.1.5.Niveau d’instruction.**

Plus de la moitié des patients était analphabète (54,7% ; n = 29).

La figure 4 rapporte la répartition des patients selon le niveau d’instruction.



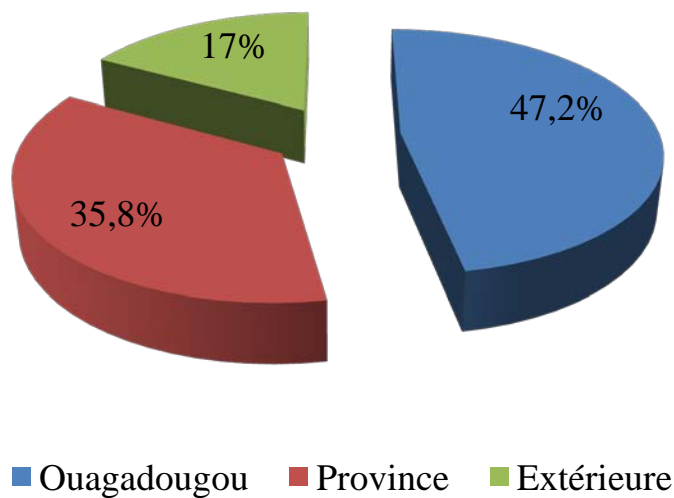
**Figure 4 : Répartition des patients selon le niveau d’instruction.**

### **I.1.6. Résidence.**

Notre échantillon était constitué majoritairement d'une population résidant hors de Ouagadougou dans 52,8% des cas (soit 35,8 % ; n = 19 des provinces et 17% ; n = 9 de la Côte d'Ivoire).

Les patients qui résidaient à Ouagadougou étaient de 47,2% (n = 25).

La figure 5 rapporte la répartition des patients selon le lieu de résidence.



**Figure 5 : Répartition des patients selon le lieu de résidence**

### **I.1.7. Condition socioéconomique.**

- **Nombre de personnes partageant la chambre du patient à domicile.**

Les patients partageaient leurs chambres avec une personne dans 28,3% (n = 15) des cas. Le tableau II rapporte la répartition des patients selon le nombre de personnes partageant leur chambre.

**Tableau II : Répartition des patients selon le nombre de personnes partageant leur chambre à domicile.**

Nombre de personnes partageant la chambre	n (%)
0	14 (26,4)
1	15 (28,3)
2	12 (22,6)
3	8 (15,1)
4	2 (3,8)
5	2 (3,7)

▪ **Nombre de personnes partageant leur maison.**

Plus de la moitié des malades 69,9 % (n = 37) cohabitait avec au plus 9 personnes.

Le tableau III rapporte la répartition des patients selon le nombre de personnes partageant leur maison.

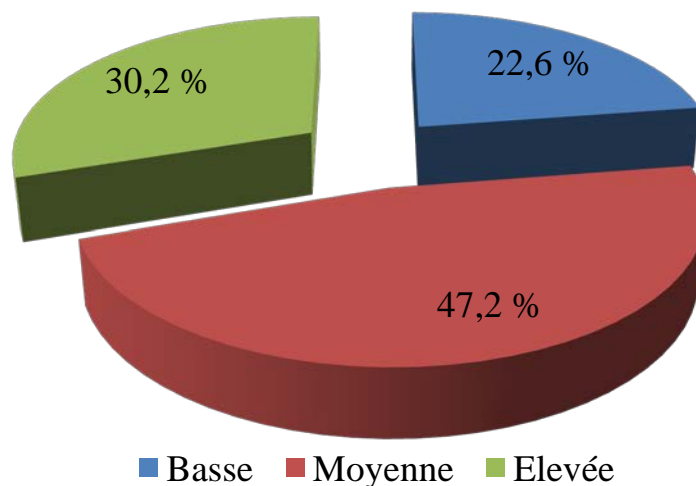
**TABLEAU III : Répartition des patients selon le nombre de personnes partageant leur maison.**

Personnes partageant la maison	n	%
0 – 9	37	69,9
10 – 19	10	19
20 – 29	4	7,5
30 et plus	2	3,8

- **Qualité du logement.**

Dans 47,2 % (n =25) des patients vivaient dans un logement de qualité moyenne.

La figure 6 donne la répartition des patients selon la qualité du logement



**Figure 6 : Répartition des patients selon la qualité du logement.**

### **I.2.Nombre d'accompagnants.**

Les patients avaient en moyenne 2 accompagnants.

La plus part des malades soit 86,9 % (n = 46) avaient entre 1 et 3 accompagnants ; le nombre d'accompagnants par malade était situé entre 4 - 6 dans 13,2 % des cas (n = 7).

- **Qualité du logement et nombre d'accompagnants.**

La proportion des malades ayant moins de 3 accompagnants était de 83,8% (n = 31) parmi ceux vivant dans un logement de qualité basse à moyenne et de 16,2% (n = 6) parmi ceux vivant dans un logement de qualité élevée (p = 0,05). Le tableau IV donne la répartition du nombre d'accompagnants selon la qualité du logement.

**Tableau IV : Répartition du nombre d'accompagnants selon la qualité du logement.**

Nombre d'accompagnants	Basse à moyenne		élevée	
	n	%	n	%
1-3	31	83,8	6	16,2
4-6	13	81,2	3	18,8

**p = 0,05**

- **Nombre de personnes habitant la maison du malade et nombre d'accompagnants.**

Les malades ayant au plus 3 accompagnants cohabitaient avec plus de 10 personnes dans 76,9 % (n = 10) et avec au plus 10 personnes dans 85 % (n = 3). Cette différence n'était pas statistiquement significative (p = 0,3). Le nombre d'accompagnants selon le nombre de personnes cohabitant avec le patient est rapporté par le tableau V.

**Tableau V : Répartition du nombre d'accompagnants selon le nombre de personnes habitant la maison du patient.**

Nombre de personne habitant la maison du malade	1 - 3		4 - 6	
	n	%	n	%
1- 10	34	85	6	15
Supérieur à 10	10	76,9	3	23,1

### I.3. Données sur la pathologie du malade.

#### I.3.1. Diagnostic et statut sérologique.

- **Diagnostic.**

La tuberculose était la pathologie la plus retrouvée 50,9 % des cas (n = 27) suivi des bronchopneumopathies aiguës, des pleurésies bactériennes respectivement dans 15,1 % (n = 8) et 9,4 % (n = 5).

Le tableau VI donne la répartition des malades selon le diagnostic.

**TABLEAU VI : Répartition des malades selon le diagnostic.**

Pathologies	n	%
Tuberculoses (toutes formes)	27	50,9
Bronchopneumopathie chronique	1	1,9
Cancer bronchopneumonaire	7	13,2
Embolie pulmonaire	3	5,7
Pleurésie bactérienne	5	9,4
Bronchopneumopathie aiguë	8	15,1
Asthme	1	1,9
Insuffisance respiratoire chronique	1	1,9
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

▪ **Nombre d'accompagnants et diagnostic du malade.**

Dans notre étude, les malades ayant au moins 3 accompagnants étaient atteints d'une pathologie tuberculeuse dans 47,8 % (n = 33) et d'une pathologie non tuberculeuse dans 84,1 % (n = 37). Cette différence n'était pas statistiquement significative (p = 0,2). Le tableau VII indique le nombre d'accompagnants selon le diagnostic du malade.

**Tableau VII : Nombre d'accompagnants selon le diagnostic du malade.**

Diagnostic	1 – 3		4 – 6	
	n	%	n	%
Pathologie tuberculeuse	33	(47,8)	36	(52,2)
Pathologie non tuberculeuse	37	(84,1)	7	(15,9)

**p = 0,2**

▪ **Sérologie VIH.**

La réalisation de la sérologie VIH a été refusée par 3 patients. Elle était positive dans 30,1 % des cas (n = 16).

Chez les patients séropositifs, nous avons noté :

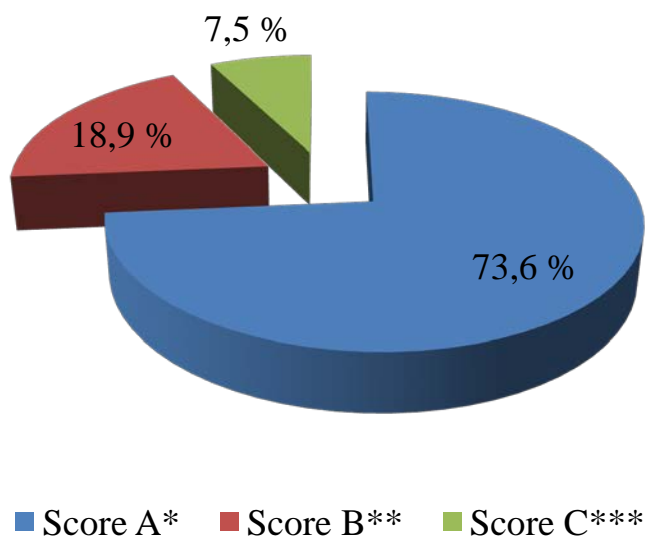
- une prédominance du sexe féminin (10 femmes contre 6 hommes soit un sexe ratio 0,6).
- le VIH-1 était le sérotype le plus dominant dans 81,2% des cas (n=13) ; le VIH-2 était rencontré dans 12,5% des cas (n = 2) et la co-infection VIH1+2 a été rencontré dans 6,2% des cas (n = 1)

### I.3.2. Autonomie du malade.

#### ▪ Indice de KARNOFSKY.

Nos patients étaient incapables de se prendre en charge c'est-à-dire ont besoin de l'hôpital ou d'un équipement (indice de KARNOFSKY = 0 à 40) dans 73,6% des cas (n = 39).

La figure 7 rapporte la répartition des patients selon l'indice de KARNOFSKY.



\*indice de KARNOFSKY compris entre 0 - 40.

\*\*indice de KARNOFSKY compris entre 50 - 70.

\*\*\*indice de KARNOFSKY compris entre 80 - 100.

**Figure 7 : Répartition des patients selon l'indice de KARNOFSKY.**

#### ▪ Indice de KARNOFSKY et nombre d'accompagnants.

Dans notre groupe d'étude, les malades ayant un indice de KARNOSKY de 0 à 40 avaient entre 1 et 3 accompagnants dans 80 % (n = 32) et ceux ayant un indice de KARNOFSKY de 50 à 100 avaient le même nombre d'accompagnants dans 92,3 % des cas (n = 12). Cette différence n'était pas statistiquement significative (p = 0,2). Le tableau VIII indique le nombre d'accompagnants selon l'indice de KARNOFSKY.



**Tableau VIII : Nombre d'accompagnants et indice de KARNOSFSKY.**

Nombre d'accompagnants	A		B et C	
	n	%	n	%
1 - 3	32	(80)	12	(92,3)
4 - 6	8	(20)	1	(7,7)

**p = 0,2**

▪ **Degré de dépendance du malade.**

Dans 98,1% (n = 52) des cas les patients hospitalisés avaient besoin d'aide pour régler les factures et pour retirer les résultats d'examen ; 75 % (n = 39) des patients avaient besoin d'aide pour prendre les médicaments et 69,8% (n = 37) pour se déplacer.

Dans notre étude, 34% (n = 18) des malades avaient besoin d'aide pour s'alimenter. Le tableau IX donne la répartition des malades selon le degré de dépendance.

**Tableau IX : Répartition des malades selon le degré de dépendance.**

<b>Activité</b>	<b>Besoin d'aide</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
Se déplacer	37	69,8
Manger	18	34
Se laver	40	75,5
Prendre des médicaments	40	75,5
Déposer ses prélèvements	51	96,2
Retirer ses résultats	52	98,1
Régler ses factures	52	98,1

## **II. Données sur les accompagnants.**

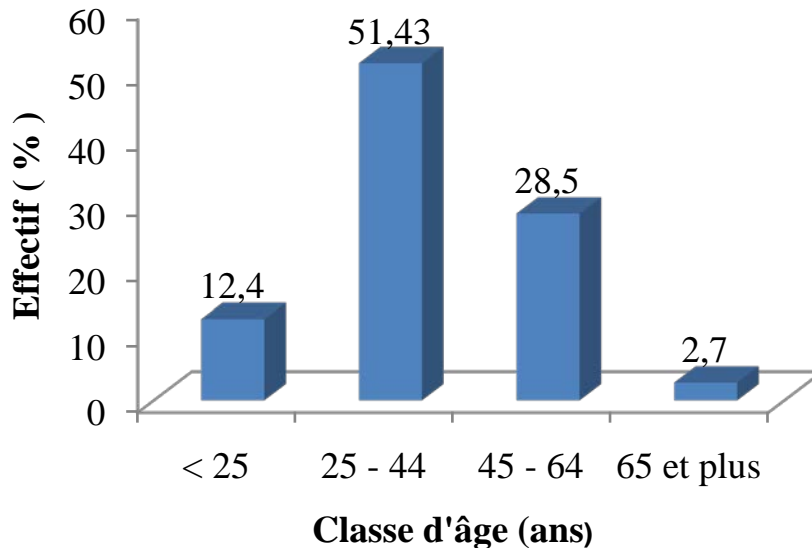
### **II.1. Aspects sociodémographiques.**

#### **II.1.1. Sexe.**

Les femmes ont représenté 54,9% (n = 62) des accompagnants soit un sex-ratio de 0,8.

### II.1.2. Age.

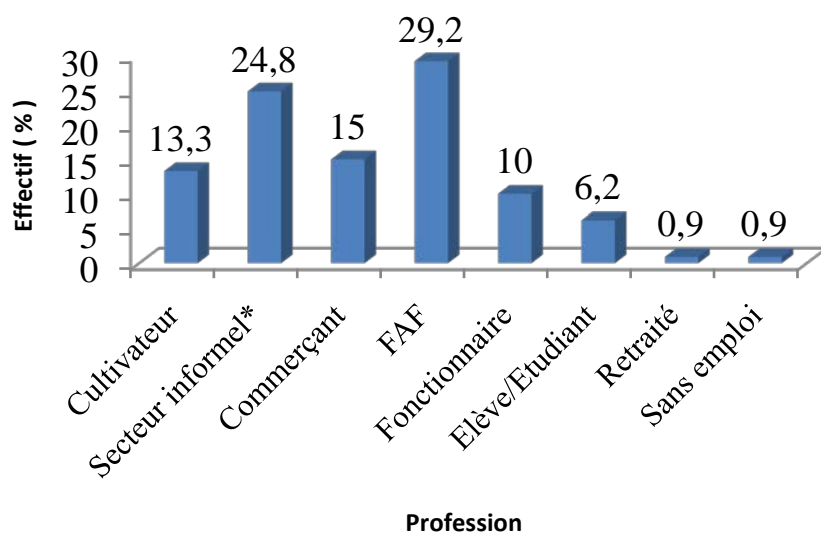
La classe d'âge de 25-44 ans était la plus représentée dans 51,43 % des cas. La moyenne d'âge était de  $38,1 \pm 12$  ans avec des extrêmes de 15 et 65 ans. La figure 8 donne la répartition des accompagnants selon la classe d'âge.



**Figure 8 : Répartition des accompagnants selon la classe d'âge.**

### II.1.3. Profession.

Les FAF et le secteur informel ont représenté respectivement 29,2% (n = 33) et 24,8 % des cas (n = 28). Les commerçants ont représenté 5 % (n = 17) des accompagnants; les cultivateurs 13,3 % (n =15) et les fonctionnaires 10 % (n = 11). La figure 9 rapporte la répartition des accompagnants selon la profession:



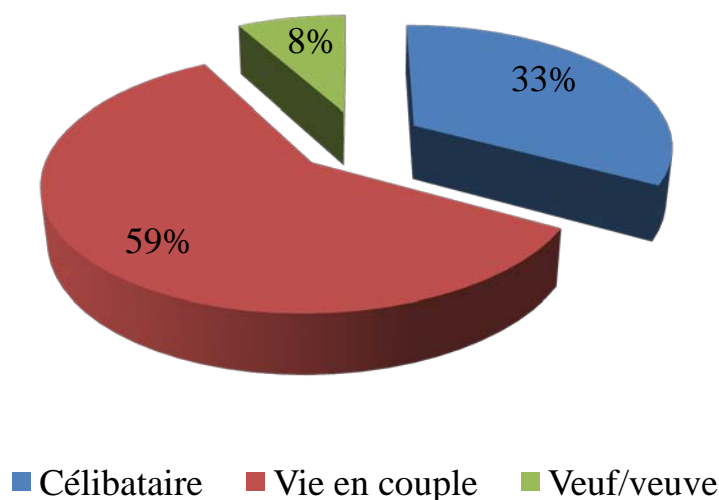
\*berger, boucher, restauratrice, orpailleur, animateur de musique.

**Figure 9 : Répartition des accompagnants selon la profession.**

#### II.1.4.Situation matrimoniale.

La majeure partie de nos accompagnants vivait en couple dans 59 % des cas (n = 66).

La figure 10 rapporte la répartition des accompagnants selon leur statut matrimonial.

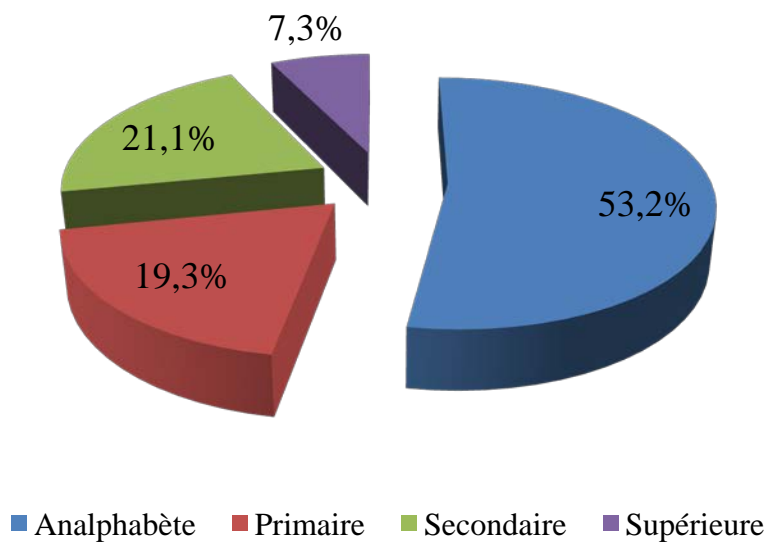


**Figure 10 : Répartition des accompagnants selon le statut matrimonial.**

### II.1.3. Niveau d'étude.

Dans notre série 52,3% (n = 60) des accompagnants étaient analphabètes.

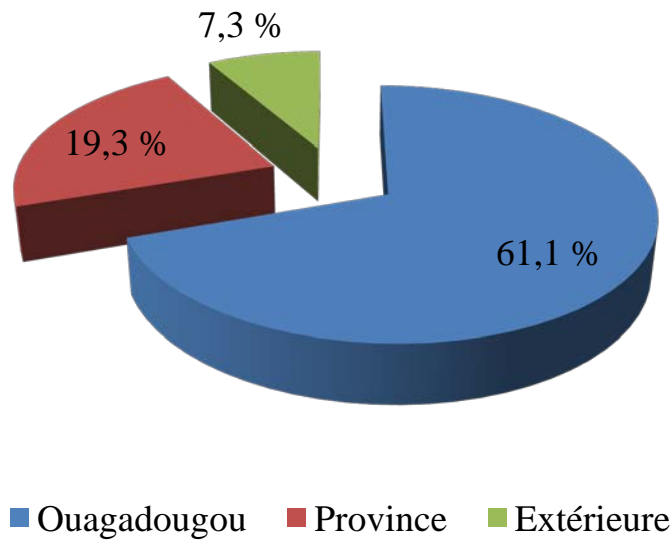
La figure 11 rapporte la répartition des patients selon le niveau d'étude.



**Figure 11 : Répartition des accompagnants selon le niveau d'instruction.**

### II.1.4. Résidence.

Les accompagnants résidaient à Ouagadougou dans 61,1% de cas (n = 69) et 7,3% (n = 7) de la Côte d'Ivoire. La figure 12 rapporte la répartition des accompagnants selon le lieu de résidence.



**Figure 12 : Répartition des accompagnants selon le lieu de résidence.**

#### **II.1.5. Condition socioéconomique.**

- **Nombre de personnes partageant la chambre de l'accompagnant à domicile.**

Les accompagnants partageaient leurs chambres avec une personne dans 30,1 % des cas (n = 34) et 23% (n = 26) l'occupaient seul. La répartition des accompagnants selon le nombre de personnes partageant leurs chambres figure au tableau X.

**Tableau X: Répartition des accompagnants selon le nombre de personnes partageant leur chambre à domicile.**

Personne partageant la chambre	n	%
0	26	23
1	34	30,1
2	18	19,9
3	17	15
4	12	10,6
5	3	2,7
6	2	1,8
7	1	0,8

▪ **Nombre de personnes partageant la maison.**

Les accompagnants cohabitaient au plus avec 9 personnes dans 68,9 % des cas (n = 78).

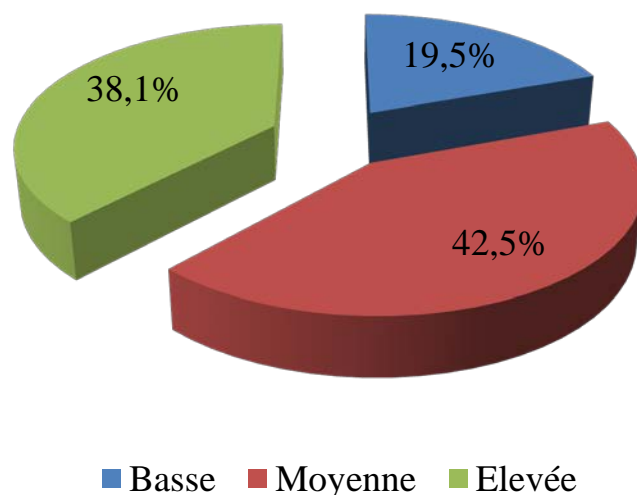
Le tableau XI rapporte la répartition des accompagnants selon le nombre de personnes partageant leur maison.

**Tableau XI : Répartition des accompagnants selon le nombre de personnes partageant leur maison.**

Personnes partageant la chambre des accompagnants	n	%
0 - 9	78	68,9
10 - 19	26	23
20 - 29	5	4,4
30 et plus	4	3,6

- **Qualité du logement.**

Dans 42,5 % des cas (n = 48), les accompagnants avaient un logement de qualité moyenne. La figure 13 indique la répartition des accompagnants selon la qualité du logement.



**Figure 13 : Répartition des accompagnants selon la qualité du logement.**

- **Qualité du logement et résidence.**

Les accompagnants avaient un logement de qualité élevée à Ouagadougou dans 52,2 % des cas (n = 36) et hors de Ouagadougou la qualité du logement était élevée dans 15,9 % (n = 7). Cette différence était statistiquement significative (p = 0,0001). Le tableau XII indique la qualité du logement en fonction de la résidence.



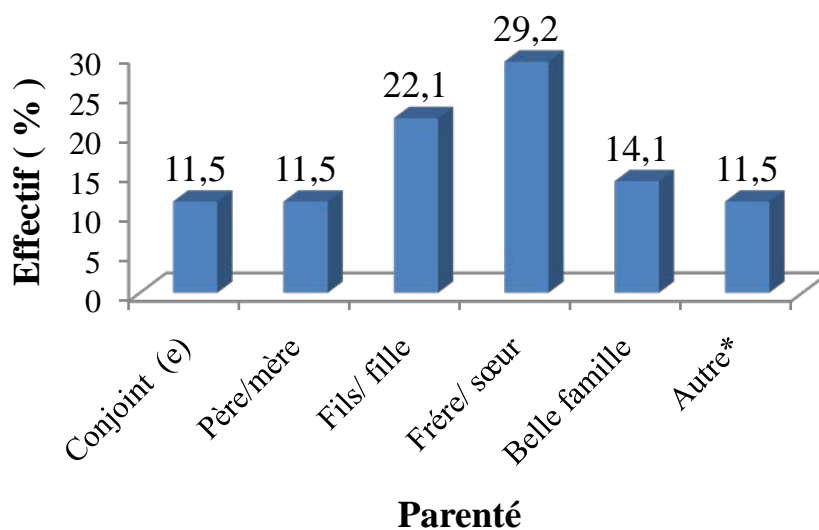
**Tableau XII : Qualité du logement selon la résidence.**

Résidence	Basse et Moyenne		Elevé	
	n	(%)	n	(%)
Ouagadougou	33	(47,8)	36	(52,2)
Hors Ouagadougou	37	(84,1)	7	(15,9)

*p = 0,0001*

## II.2. Degré de parenté avec le patient.

Dans notre étude les accompagnants font partie de l'entourage famille proche dans 88,5 % (Le frère ou la sœur du patient dans 29,2 % ; n = 33. Les enfants dans 22,1 % ; n = 25. La belle famille dans 14,1 % ; n = 16. Les conjoints dans 11,5 % ; n = 13 des cas). La figure 14 donne la répartition des accompagnants selon le degré de parenté.



\*voisin, collègue de travail, ami.

**Figure 14 : Répartition des accompagnants selon le degré de parenté.**

### **II.3. Expérience dans l'accompagnement.**

Les accompagnants accompagnaient un malade pour la première fois dans 27,4 % des cas (n = 31). Par contre 72,6 % (n = 82) avaient déjà accompagné un patient.

### **II.4. Temps passés au chevet du malade.**

#### **II.4.1. Temps passé par jour.**

Les accompagnants ont passé en moyenne 20 heures au chevet de leur malade, avec des extrêmes de 2 et 24 heures ; 72,6 % des accompagnants (n = 82) passaient 24 heures par jour au près de leurs malades. Le tableau XIII donne la répartition du temps passé par 24 heures par les accompagnants au chevet du patient.

**Tableau XIII : Répartition des accompagnants selon le temps passé au chevet du patient.**

Temps passé par jour (heure)	n (%)
2	2 (1,8)
3	1 (0,9)
4	1 (0,9)
5	1 (0,9)
6	2 (1,8)
7	1 (0,9)
8	1 (0,9)
10	6 (5,3)
11	1 (0,9)
12	6 (5,3)
14	1 (0,9)
15	1 (0,9)
16	1 (0,9)
17	1 (0,9)
19	2 (1,8)
20	2 (1,8)
22	1 (0,9)
24	82 (72,6)
<b>Total</b>	<b>113 (100)</b>

- **Temps passé au chevet du malade selon le nombre d'accompagnants.**

Dans notre échantillon, les accompagnants de malade ayant entre 1-3 accompagnants passaient de 1 à 12 heures auprès de leurs malades dans 81,8 % des cas (n = 9). Ils étaient également majoritaires à passer plus de 12 heures dans 83,3 % des cas (n = 35). Cette différence n'était pas statistiquement significative (p = 0,6). Le tableau XIV indique le temps passé auprès du malade selon le nombre d'accompagnants.

**Tableau XIV: Temps passé auprès du malade selon le nombre d'accompagnants.**

	<b>1 - 3</b>	<b>4 - 6</b>
<b>Temps passé</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
1 – 12 heures	9 (81,8)	2 (18,2)
13 – 24 heures	35 (83,3)	7 (16,7)
<b>p = 0,6</b>		

#### **II.4.2. Lieu où l'accompagnant passe la nuit.**

- Plus de la moitié des accompagnants, soit 78,8 % (n = 89) passait la nuit à l'hôpital.

- **Lieu où l'accompagnant passe la nuit selon sa résidence.**

Dans notre groupe d'étude, 69,6% des accompagnants (n = 48) résidant à Ouagadougou contre 93,2% (n = 41) de ceux résidant hors de Ouagadougou (province et extérieur) dormaient à l'hôpital au chevet de leur malade. Cette différence était statistiquement significative (p = 0,002). Le tableau XV indique le lieu où l'accompagnant passe la nuit selon sa résidence.

**Tableau XV: Lieu où l'accompagnant passe la nuit selon sa résidence.**

<b>Résidence</b>	<b>Hors de l'hôpital</b>	<b>Hôpital</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
Ouagadougou	21 (30,4)	48 (69,6)
Hors Ouagadougou	3 (6,8)	41 (93,2)

**p = 0,002**

### **II.5. Nature de l'accompagnement.**

La majeure partie des accompagnants soit 96,5 % (n = 109) ont apporté un soutien psychologique à leurs malades. Ils ont surveillé les soins administrés (perfusion essentiellement, drainage pleurale et d'ascite) dans 83,2% de cas (n = 94). Dans 76,1 % des cas (n = 86), les accompagnants achetaient les médicaments pour leur malade. Le tableau XVI rapporte la répartition des accompagnants selon les tâches qu'ils ont effectuées.

**TABLEAU XVI: Répartition des accompagnants selon les tâches effectuées.**

Nature de l'accompagnement	Effectif	
	n	%
Surveiller des soins	94	83,2
Administrer les médicaments	80	70,8
Aider le malade à s'habiller	72	63,7
Aider le malade à faire sa toilette	64	56,6
Vider le pot du malade	81	71,7
Récupérer les résultats	71	62,8
Aider le malade à s'alimenter	56	49,6
Aider par l'achat des médicaments	86	76,1
Accompagner en radiologie	67	59,3
Soutien psychologique	109	96,5

## II.6. Moyens d'hygiène.

Dans 47,8 % (n = 54) nos accompagnants possédaient de l'eau, du savon et des gants et 52,2 % (n = 59) ont en plus de ces moyens d'hygiène de l'eau de javel.

Le tableau XVII donne la répartition des accompagnants selon les moyens utilisés pour l'hygiène.

**TABLEAU XVII : Répartition selon les moyens utilisés pour l'hygiène.**

Moyens d'hygiène	n	%
Eau, savon, gants	54	47,8
Eau, savon, gants, eau de javel	59	52,2
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>100,0</b>

## II.7. Reproches faits au personnel.

La majorité des accompagnants soit 72,6 % (n = 82) ont reproché au personnel de santé un manque d'explication. Dans 10,6 % des cas (n = 12), les accompagnants se sont plaints de la prescription des ordonnances et des examens complémentaires. Aucun reproche n'a été rapporté dans 8,9 % des cas (n = 10). Les reproches faits par les accompagnants sont rapportés par le tableau XVIII.

**Tableau XVIII: Répartition des accompagnants selon les reproches faits au personnel.**

<b>Problèmes reprochés au personnel</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Aucun	10	8,9
Disponibilité	4	3,5
Prescription	12	10,6
Explication sur l'évolution de la maladie et accueil	82	72,6
Autre*	5	4,4
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>100</b>

\*Autre = les accompagnants font le travail des infirmiers, mauvais entretien des infrastructures (toilette, literie, ventilateurs), absence d'explication sur les moyens de prévention, présence de beaucoup de moustiques, mauvaise qualité de la nourriture offerte.

## **II.8. Appréciation générale sur les prestations hospitalières.**

### **II.8.1. Satisfaction.**

Les accompagnants étaient satisfaits de la prestation hospitalière dans 93,8 % de cas (n = 106).

### **II.8.2. Satisfaction et qualité du logement.**

La proportion des accompagnants satisfaits était de 94,3 % (n = 66) dans la catégorie logement de qualité basse et moyenne et de 93 % (n = 40) dans la catégorie logement de qualité élevée. Cette différence n'était pas statistiquement significative (p = 0,53).



Le tableau XIX rapporte la satisfaction des accompagnants selon la qualité du logement.

**Tableau XIX: Satisfaction des accompagnants selon la qualité du logement.**

Qualité du logement	Basse et Moyenne		Elevée	
	n	%	n	%
Satisfait	66	94,3	40	93
Insatisfait	4	5,7	3	7

**p = 0,53**

## **II.9. Connaissance sur la pathologie du patient.**

- Plus de la moitié des accompagnants 54,9 % (n = 62) était au courant du diagnostic de leur malade.
- **Connaissance du diagnostic du malade et nombre d'accompagnants.**  
 Dans 86,2 % des cas (n = 25), les accompagnants qui étaient au courant du diagnostic et 79,2 % (n = 19) qui ne l'étaient pas ont accompagné un patient ayant entre 1 et 3 accompagnants. Cette différence n'était pas statistiquement significative (p = 0,3).Le tableau XX rapporte la connaissance du diagnostic selon le nombre d'accompagnants.

**Tableau XX : Connaissance du diagnostic selon le nombre d'accompagnants.**

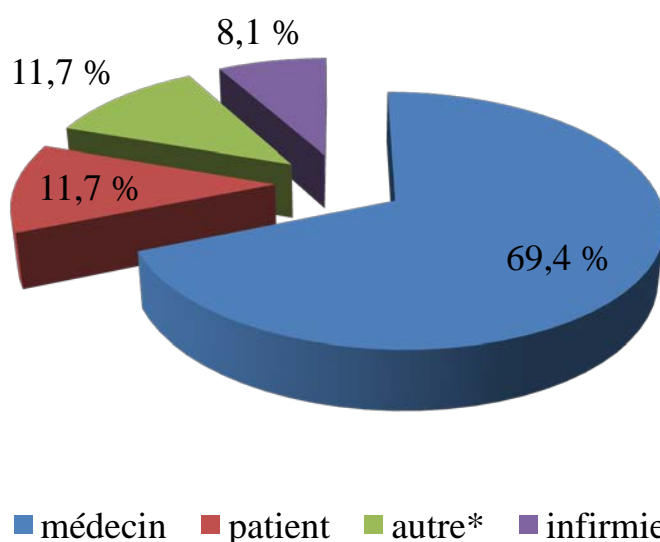
	Oui	Non
Nombre d'accompagnants	n (%)	n (%)
1 - 3	25 (86,2)	19 (79,2)
4 - 6	4 (13,8)	5 (20,8)

**p = 0,3**

▪ **Source d'information sur la pathologie de leur patient.**

Plus de la moitié soit 69,4 % (n = 43) des accompagnants aurait été informée du diagnostic de leur patient par un médecin.

La figure 15 donne la répartition des accompagnants selon la source d'information du diagnostic de leur patient.



\*autre accompagnant, voisin de chambre d'hospitalisation.

**Figure 15 : Répartition des accompagnants selon la source d'information du diagnostic de leur patient.**

- Seuls 33,9 % des accompagnants (n = 21) qui déclaraient être au courant du diagnostic de leur patient ont pu citer au moins un mode de transmission de la pathologie de son malade.

## **II.10. Suggestions des accompagnants pour l'amélioration de leur séjour.**

Les suggestions suivantes ont été émises :

- faciliter la disponibilité des médicaments ;
- améliorer la ration alimentaire en quantité et en qualité ;
- améliorer l'état et l'hygiène des toilettes, des endroits prévus pour la cuisine et pour étaler les linges ;
- prévoir des dortoirs et des paillottes (hangar) ;
- renforcer la bonne collaboration entre malade et soignant ;
- renforcer la sensibilisation de la population sur les pathologies respiratoires ;
- doter les accompagnants et leurs patients de moustiquaires.

## **COMMENTAIRES/ DISCUSSION**

## **I. Limites et contraintes de l'étude.**

La crainte de représailles a pu induire des biais dans les réponses de certains accompagnants aux questions relatives à la qualité du personnel soignant.

Notre étude a concerné les accompagnants de malade hospitalisé au CHU YO, nos résultats ne sont pas extrapolables aux malades ambulatoires ni aux autres centres de santé.

## **II. Données sur les patients accompagnés.**

### **II.1. Caractéristiques socioéconomiques.**

#### **▪ Sexe.**

Une nette prédominance masculine a été observée chez les malades inclus dans notre étude (sexe ratio de 1,4). Cette prédominance masculine est aussi retrouvée par KOFFI et coll. à Abidjan (Côte d'Ivoire) en 2003 [8] et par LANKOANDE à Ouagadougou en 1999 [22].

Ceci pourrait s'expliquer par la vulnérabilité plus grande des hommes face à aux pathologies respiratoires liée à certains facteurs comme le tabagisme, l'alcoolisme, les migrations.

#### **▪ Age.**

L'âge moyen des patients accompagnés était de  $41,1 \pm 17$  ans avec des extrêmes de 20 et 78 ans. Nos résultats étaient proches de ceux de KOFFI et LANKOANDE qui ont trouvé respectivement une moyenne d'âge de 38,78 et de 38 ans [8, 22].

La classe d'âge de 20 - 44 ans était la plus touchée (74%). Cette classe d'âge a été également retrouvée par KOFFI et LANKOANDE [8, 22]. Cette prédominance est due à la jeunesse de la population de notre pays [20, 21].

- **Profession.**

Notre étude a révélé que nos patients sont dans la majorité des cas des FAF (26,4 %; n = 12), suivi du secteur informel, des cultivateurs.

Cette prédominance des ménagères a été retrouvée par LANKOANDE et ZONGO [22, 23]. Elle est le reflet de la situation socioprofessionnelle du BF [20, 21].

- **Situation matrimoniale.**

La majorité des malades vivait en couple dans 66% des cas (n = 35). Un constat similaire a été fait par NAPON au BF où les mariés représentaient 62% des patients [24]. OUEDRAOGO et coll. ont aussi enregistré 54,1% de mariés dans leur étude [25].

Cette situation expose ainsi au premier plan le conjoint et les enfants du patient, compte tenu des liens de proximité qu'ils entretiennent, au risque de transmission d'infection.

- **Niveau d'instruction.**

Plus de la moitié des patients était non scolarisée ou analphabète (54,4% ; n = 29). Ce résultat concorde avec l'étude de NAPON au B F qui a trouvé que 62,5% des patients étaient analphabète [24] et l'étude de KOUASSI et coll. en Côte d'Ivoire qui ont trouvé que 62% des patients avaient un niveau inférieur ou égal au primaire [26]. Il est cependant supérieur à celui de KUABAN et coll. au Cameroun qui ont trouvé 4,9% d'analphabètes [27].

Ces taux élevés sont compatibles avec le niveau élevé d'analphabétisme en général dans nos pays et pourrait constituer un handicap à l'adhésion aux traitements.

### ▪ **Résidence**

Nos patients résidaient majoritairement hors de Ouagadougou dans 52,8% des cas (n = 28). Dans l'étude de NAPON la majorité des patients (62,5%) résidait en milieu rural [24]. Ces résultats refléteraient la réalité de notre pays où la majorité de la population vit en milieu rural [20, 21].

### ▪ **Condition socioéconomique.**

Les malades partageaient leur chambre avec plus d'une personne dans 45,3 % des cas (n = 20). Ce résultat est proche de celui de KOFFI et coll. en RCI qui ont trouvé que 51,3 % de leurs patients vivaient régulièrement avec cinq à dix personnes [8].

Dans 47,2 % des cas (n = 25), les malades vivaient dans un logement de qualité moyenne.

Ces résultats reflèteraient le bas niveau de vie de nos patients qui vivent dans des conditions défavorables (promiscuité, malnutrition,...) favorisant les infections.

## **I.2. Nombre d'accompagnants.**

Les patients avaient en moyenne 2 accompagnants. La majorité des malades soit 86,9% (n = 46) avait entre 1 à 3 accompagnants. Dans 13,2% des cas (n = 7), les patients avaient entre 4 et 6 accompagnants.

Il n'y avait pas de corrélation entre la qualité du logement et le nombre d'accompagnants (p = 0,05), ni entre le nombre de personnes habitant la maison du malade et le nombre d'accompagnants (p = 0,3).

Ceci s'expliquerait par le fait que l'accompagnement d'un malade est un phénomène de solidarité dans nos sociétés.

### **I.3. Données sur la pathologie du patient.**

#### **I.3.1. Diagnostic et statut sérologique.**

- **Diagnostic.**

La tuberculose était la pathologie la plus retrouvée dans 50,9 % des cas (n = 27) suivie des bronchopneumopathies aiguës, des pleurésies bactériennes respectivement dans 15,1 % (n = 8) et 9,4 % (n = 5) des cas. LANKOANDE a également retrouvé une prédominance de la tuberculose suivie des pneumopathies aiguës respectivement dans 33 et 32,9 % [22]. En RCI, KOFFI et coll. ont noté une prédominance de la tuberculose dans 54,7 % [8] ; un constat similaire a été fait par AKA-DANGUY [28].

- Nous n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative entre le nombre d'accompagnants et le diagnostic du malade (p = 0,2).

Cette situation est une source de contamination non négligeable.

Il serait judicieux de prendre des mesures visant à se passer de l'accompagnant de malade, à défaut cet accompagnement doit se faire dans les limites strictes du principe « un malade = un accompagnant ».

- **Sérologie VIH.**

La SRV était positive dans 30,1 % des cas (n = 16). Nos résultats sont proches de celui de OUEDRAOGO au Burkina Faso qui a trouvé 32,9% de cas de VIH positif [25]. NAPON [24] et KOUMBEM [15] pour leur part ont trouvé une séroprévalence respective de 22% et 13,3%.

Les femmes étaient les plus touchées dans notre étude (10 femmes contre 6 hommes, soit un sexe ratio de 0,6).

Cette forte prévalence est supérieure à la prévalence du VIH au sein de la population générale de notre pays qui est de 1,2% [5, 7, 29]. Cette forte



prévalence fait courir un risque plus accrue de transmission du VIH à l'accompagnant. En effet, il est fréquent de voir certains accompagnants laver les vêtements des patients souillés de liquide biologique. D'autres manipulent les prélèvements et la perfusion des patients sans protection adéquate.

### **I.2.2. Autonomie des malades.**

#### **▪ Indice de KARNOFSKY.**

Dans 73,6% des cas (n = 39), nos patients étaient incapables de se prendre en charge et avaient besoin de l'hôpital ou d'un équipement (indice de KARNOFSKY = 0 à 40).

Touchant un des organes nobles, les pathologies respiratoires sont pourvoyeuses d'un handicap important. L'indice de KARNOFSKY est un outil précieux dans l'évaluation du degré d'autonomie et des besoins d'assistance des patients.

- Dans notre étude, il n'y avait pas de rapport entre le degré d'handicap du patient et son nombre d'accompagnants ( $p = 0,2$ ). Ceci souligne la dimension sociale de l'accompagnement des malades qui est avant tout un acte de solidarité.

#### **▪ Degré de dépendance du malade.**

Dans 98,1% (n = 52) des cas les patients hospitalisés avaient besoin de l'aide physique et financière pour régler les factures et pour retirer les résultats d'examen ; 75 % des patients (n = 39) avaient besoin d'aide pour prendre les médicaments et 69,8% (n = 37) pour se déplacer.

Nos résultats sont proches de ceux de DJOKO YUGO [9] qui a trouvé que la majorité des malades avaient besoin d'une aide financière pour supporter les frais d'hospitalisation. Ces malades avaient également besoin d'aide de son accompagnant pour le dépôt des prélèvements et le retrait des résultats.

Cette situation pourrait s'expliquer par :

- le bas niveau socioéconomique de nos patients,
- l'absence d'assurance maladie pour faire face aux coûts élevés de la prise en charge de la maladie.

## **II. Données sur les accompagnants.**

### **II.1. Caractéristiques sociodémographiques.**

#### **▪ Sexe.**

Les femmes ont représenté 54,9% (n = 62) des accompagnants. La prédominance des femmes a également été retrouvée par KOFFI [8] et DJOKO YOUNGO [9]. En France, FANTINO et coll. ont noté que 67 % des accompagnants étaient des femmes [30].

Ce constat confirme le rôle de la femme dans la prise en charge des autres membres de la famille, en période critique ou non ; en fait, la période d'hospitalisation constituerait un prolongement spécial du rôle de la femme dans la cellule familiale et dans la société africaine.

#### **▪ Age.**

La moyenne d'âge était de 38,1± 12 ans et la classe d'âge de 25 - 44 ans était la plus représentée (51,43 % des cas). Ce constat a aussi été fait par DJOKO YOUNGO [9].

Il s'agit d'adultes d'âge mûr, l'accompagnement est une tâche sérieuse, qui requiert un certain sens de la responsabilité.

#### **▪ Profession.**

Les femmes au foyer et le secteur informel (berger, boucher, restauratrice, orpailleur, animateur de musique) ont représenté respectivement 29,2% (n = 33)

et 24,8 % des cas (n = 28). Les commerçants ont représenté 15 % (n = 17) et les cultivateurs 13,3 % (n = 15) des accompagnants.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les accompagnants issus de ces situations socioprofessionnelles peuvent décider plus facilement de leur emploi du temps contrairement aux fonctionnaires. Il est parfaitement compréhensible que les familles assignent la mission d'accompagnement à ceux de leurs membres qui jouissent d'une grande flexibilité dans leurs occupations professionnelles.

- **Situation matrimoniale.**

La majeure partie de nos accompagnants vivait en couple (59 %, n = 66).

Cette situation expose plus la famille du patient au risque de transmission de pathologies respiratoires infectieuses.

- **Niveau d'étude.**

Dans notre série 52,3% des accompagnants (n = 60) étaient analphabètes.

Ce bas niveau d'instruction des accompagnants est préjudiciable au respect des règles hospitalières. Ces données interpellent fortement les autorités hospitalières si l'on sait que leur unique moyen de communication avec les accompagnants se limite à placarder des messages écrits à l'intention d'une population largement illettrée.

- **Résidence.**

Les accompagnants résidaient à Ouagadougou dans 61,1% des cas (n = 69). Pareillement KOFFI a noté que 80,7 % des accompagnants résidaient dans la ville du CHU [8].

Ceci trouverait son explication dans le fait que les accompagnants vivant à Ouagadougou ont moins de distance à parcourir pour se rendre à l'hôpital au chevet de leurs malades.

### ▪ **Condition socioéconomique**

Les accompagnants partageaient leur chambre avec une personne dans 30,1 % des cas (n = 34) et cohabitaient au plus avec 9 personnes dans 68,9 % des cas (n = 78).

Nous avons retrouvé un lien entre la qualité du logement et le lieu de résidence (p = 0,0001).

Ces résultats seraient dus au fait que la majeure partie des accompagnants vivaient à Ouagadougou et bénéficieraient des conditions de vie plus favorables que le reste du pays. Aussi compte tenu du problème de logement en ville beaucoup vivaient dans des cours communes généralement appelées « célibatérium ».

## **II.2. Degré de parenté avec le patient.**

Dans notre étude les accompagnants font partie de la famille proche dans 88,5 % des cas. Nos résultats sont proches des études de KOFFI et de DJOKO YOUNGO qui ont trouvé que l'accompagnant était issu de l'entourage proche respectivement dans 95,9 et 100 % des cas [8, 9]. En France par FANTINO et coll. ont trouvé que l'accompagnant est l'époux ou le compagnon dans 57% des cas [30].

Ceci souligne le devoir d'assistance familiale dans les sociétés africaines. En outre, un proche est à même de connaître et de satisfaire au mieux les besoins du malade. En effet, l'accompagnant par définition est un être humain, suffisamment proche du patient pour le comprendre, l'aider et le représenter.

### **II.3. Expérience dans l'accompagnement.**

Les accompagnants avaient déjà accompagné un patient dans 72,6 % des cas (n = 82). Ceci s'expliquerait par le fait que généralement en cas de maladie, la famille s'organiserait pour choisir celui qui assisterait mieux le malade.

### **II.4. Temps passé au chevet du malade.**

Les accompagnants ont passé en moyenne 20 heures au chevet de leur malade, avec des extrêmes de 2 et 24 heures ; 72,6 % des accompagnants (n = 82) passait 24h par jour au près de leurs malades.

Les accompagnants étaient majoritaires à passer la nuit à l'hôpital (78,8 % ; n = 89). Ce résultat est également retrouvé par KOFFI où 88% des accompagnants dorment à l'hôpital avec le malade [8].

Il existait une différence statistiquement significative car les accompagnants provenant hors étaient plus nombreux à dormir à l'hôpital que ceux résidant à Ouagadougou (p = 0,002). Ceci trouverait son explication dans le fait que les accompagnants qui habitent hors de Ouagadougou trouveraient difficilement un logement en ville, ce qui motive le choix de dormir à l'hôpital malgré les risques d'infection.

Il n'y a pas de lien entre le temps passé par l'accompagnant au chevet du malade et le nombre d'accompagnant (p = 0,6). Ceci s'expliquerait par le fait que la plupart des accompagnants ont une occupation professionnelle libérale (FAF, secteur informel, cultivateur,...) où ils peuvent décider librement de leur emploi du temps.

## **II.5. Nature de l'accompagnement.**

La majeure partie des accompagnants soit 96,5 % (n = 109) ont apporté un soutien psychologique à leurs malades. Ils ont surveillé les soins infirmiers (perfusion essentiellement) dans 83,2% des cas (n = 94).

Dans 76,1 % des cas (n = 86), les accompagnants achetaient les médicaments pour leur malade.

Une situation pareille a été notée par DJOKO YOUNG [9], chez qui les accompagnants ont surveillé les soins administrés dans 76,5% des cas et 52,9% des accompagnants achetaient les médicaments pour leur malade.

Ces résultats pourraient s'expliquer par :

- l'absence d'aide soignant et l'insuffisance en personnel soignant. (Au BF, la proportion est de 1 médecin pour 22063 habitants [5, 7. Le service de PPH du CHU YO) qui a 51 lits, devrait posséder au moins 25 infirmiers [14]. Or, ce service n'a que 11 infirmiers, soit un déficit d'au moins 14 infirmiers). Ainsi, certaines tâches initiales des agents de santé sont déchargées sur les accompagnants.
- le bas niveau socioéconomique des patients et /ou de leurs accompagnants.
- l'absence d'assurance maladie augmente ainsi de façon considérable les charges des familles, et plus particulièrement des accompagnants qui enregistrent par ailleurs un manque à gagner dans leurs revenus du fait de leur immobilisation à l'hôpital.

## **II.6. Moyens d'hygiène.**

Tous nos accompagnants avaient de l'eau, du savon et des gants et 52,2 % (n = 59) ont en plus de ces moyens d'hygiène de l'eau de javel.

Ces moyens sont nécessaires pour une bonne hygiène qui contribue à réduire la transmission des maladies.

## **II.7. Reproches faits par les accompagnants.**

La majorité des accompagnants soit 72,6 % (n = 82) ont reproché aux personnels de sante un manque de communication. Dans 10,6 % (n = 10) des cas, les accompagnants se sont plaints de la prescription des ordonnances et des examens complémentaires.

Ces mêmes reproches prédominaient également dans les études de KOFFI à Abidjan [8] et de DJOKO YOUNGO à Bamako [9]. Ces résultats pourraient s'expliquer par le nombre élevé d'accompagnants par malade, il est impossible de pouvoir satisfaire leurs besoins de compréhension. Par ailleurs ce constat devait interpeller le personnel soignant à faire d'avantage d'effort pour améliorer la communication et l'accueil des accompagnants, gage d'une meilleure adhésion aux soins.

## **II.8. Appréciation globale.**

Les accompagnants étaient satisfaits de la prestation hospitalière dans 93,8 % des cas (n = 106). Une satisfaction similaire a été retrouvée par DJOKO YOUNGO dans 82,4% des cas [9].

Il n'a pas été retrouvé de lien entre le degré de satisfaction et la qualité du logement des accompagnants (p = 0,53).

Ce taux de satisfaction élevé pourrait s'expliquer par 2 faits : la bonne qualité de la prestation dans le service de PPH ; et le passage de la plupart des malades

et de leurs accompagnants dans le service des Urgences Médicales du CHUYO (où l'affluence est plus élevée).

## **II.9. Connaissance sur la pathologie du patient.**

Plus de la moitié des accompagnants 54,9 % (n = 62) était au courant du diagnostic de leur malade.

Nous n'avons pas retrouvé de lien entre la connaissance du diagnostic par l'accompagnant et le nombre d'accompagnants du patient (p = 0,3)

Plus de la moitié soit 69,4 % (n = 43) des accompagnants aurait été informée du diagnostic de leur patient par un médecin.

Dans notre contexte de travail vu l'insuffisance en personnel de santé, l'accompagnant est devenu un auxiliaire de santé de fait, le diagnostic de son patient lui est révélé afin qu'il puisse mieux nous aider et se protéger.

Cependant, seuls 33,9 % des accompagnants (n = 21) au courant du diagnostic de la pathologie de leur patient ont pu en citer au moins un mode de transmission. Cette faible connaissance sur la pathologie de leur patient s'expliquerait par le bas niveau d'instruction, rendant difficile l'assimilation des informations données par le personnel soignant surtout lorsque des termes médicaux sont utilisés.



## **CONCLUSION**

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

Il est quasiment systématique et est pris en charge par la famille proche, mais aussi par les amis, les voisins, les collègues de travail. La femme, de par son rôle de gardienne de la famille (et donc de la société) est retrouvée au premier plan dans activité (54,9 % dans notre étude).

Les malades avaient besoin d'aide principalement pour déposer les prélèvements, retirer les résultats et régler les factures. La plupart des actes effectués par les accompagnants auprès du malade fait partie des soins infirmiers (soutien psychologique, surveillance de la perfusion, vider les liquides de ponction, hygiène du malade et administration des médicaments). Ainsi, l'accompagnant pallie significativement l'insuffisance quantitative du personnel hospitalier, mais aussi l'insuffisance de l'Etat face à la prise en charge financière des patients.

Les accompagnants sont confrontés à l'hôpital aux problèmes de communication (absence d'explication sur l'évolution du traitement), de suivi (retard dans l'exécution des soins) et d'hébergement (mauvais état des chambres et des toilettes).

Dans la majorité de cas, les accompagnants étaient satisfaits par la relation entretenue avec le personnel de santé, ainsi que par les prestations hospitalières.

Malgré son importance, l'accompagnant n'est ni reconnu par les textes, ni prévu dans l'espace physique hospitalier de nos pays.

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

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIES**

- 1. EUROPEAN LUNG SOCIETY.** Les maladies respiratoires. [www.europeanlungfoundation.org](http://www.europeanlungfoundation.org) (Consulté le 10 septembre 2010).
- 2. SANTE CANADA,** Les maladies respiratoires au Canada. Ottawa, Canada, 2001 ; 118p.
- 3. Ministère de la Santé.** Tableau de bord de la Santé au Burkina Faso en 2004.
- 4. Direction Générale de L'Information et des Statistiques Sanitaires.** Annuaire statistique 2008. Burkina Faso, 2009 ; 275p.
- 5. Ministère de la Santé.** Annuaire Statistique 2010. Ouagadougou, Burkina Faso juillet 2011 ; 204p.
- 6. COORDINATION DES AFFAIRES HUMANITAIRES DES NATIONS UNIS.** Burkina Faso : Augmentation des cas de cancers et de maladies respiratoires. IRIN service français bulletin hebdomadaire n°524.
- 7. OMS.** Statistiques sanitaires mondiales 2010. Genève, Suisse 2010 ; 177p.
- 8. KOFFI N, HORO K, N'GOM A, KOUASSI A B, BEKLOU M N, Y TOLOBA Y, AKA-DANGUY E K.** Difficultés rencontrées par les malades et leurs accompagnants en milieu hospitalier pneumologique africain. Gestion hospitalière août -septembre 2003.
- 9. DJOKO YOUNGO S.** Rôle de l'accompagnateur de malade en milieu phtisiologique : à propos de 34 cas colligés au CHU Point G .Mali. *Thèse Méd.n° 1.* Bamako 2007 ; 169.
- 10. REQUILLART H.** Réciproques. Revue de Proximologie, numéro spécial – avril 2010. Présence graphique – monts, 1er trimestre 2010 ; 177p.

**11. SACHOT-LE GOUEFFLEC S.** Perception du médecin généraliste sur l'implication de l'entourage familial du patient âgé au sein de la consultation médicale et ses conséquences sur sa prise en charge. *Thèse de Méd.* n° 0236, Créteil 2005 ; 143p.

**12. KANTE S.L.**L'accompagnement des patients chirurgicaux à l'hôpital du point«G». *Thèse Méd.* n°16, Bamako 2003; 78p.

**13. WATCHTOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY.** Le secret du Bonheur familial. Brooklyn New York, USA, 1996; 1992p.

**14. Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux du CHU YO.** Normes en personnels infirmiers dans les services de santé, 2010 ; 2p.

**15. KOUMBEM M.** Aspects épidémiologiques, cliniques, bactériologiques, radiographiques et évolutifs de patients étiquetés cas chroniques de tuberculose. *Thèse Méd.* n°98, Ouagadougou 2009 ; 143p.

**16. INDICE DE KARNOFSKY.** [www.churouen.fr](http://www.churouen.fr)

Consulté le 1 octobre 2011

**17. KARNOFSKY D.** The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. COLUMBIA University Press, New York 1949: 191-205

**18. KERNBAUM S.** Dictionnaire de médecine. 7<sup>e</sup> édition, Paris ; Flammarion, 2001 ; 1035p.

**19. Ministère des Affaires Etrangères.** Présentation du Burkina Faso. Instantanés diplomatiques. France Diplomatie. Septembre 2006.

**20. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE DU BURKINA FASO.** Recensement général de la population 2006 et projections démographiques de 2007 à 2020 ; 73p.

**21. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE DU BURKINA.** Analyse des résultats de l'enquête annuelle sur les conditions de vie des ménages et du suivi de la pauvreté en

2005. Burkina Faso. Enquête Annuelle/Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien-être 2005 (EA/QUIBB). 133p.

**22. LANKOANDE D.** Évolution des affections respiratoires basses dans le service de pneumo - phtisiologie de l'hôpital Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou de 1992 à 1996. *Thèse Méd. n° 598.* Ouagadougou 1999 ; 102p.

**23. ZONGO O.** Aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques et évolutifs de 120 cas d'hémoptysie dans le service de PPH du Centre Hospitalier National YALGADO OUEDRAOGO, Burkina Faso. *Thèse Méd. n° 40.* Ouagadougou 1996 ; 65p.

**24. NAPON S.** Causes et circonstances favorisantes de la survenue des cas chroniques de tuberculose pris en charge dans le service de pneumo-phtisiologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO (Burkina Faso). *Thèse Méd. n° 86.* Ouagadougou 2010 ; 171p.

**25. OUEDRAOGO M.** Etude comparative des aspects épidémiologiques, bactériologiques et évolutifs chez 82 malades tuberculeux, en fonction du statut sérologique VIH, à Bobo Dioulasso (Burkina Faso). *Thèse Méd. n° 7.* Ouagadougou 1994 ; 98 p.

**26. KOUASSI B, HORO K, N'DOUBA A, KOFFI N, NGOM A, AKADANGUY E, DOSSO M.** Profil épidémiologique et microbiologique des malades tuberculeux en échec ou de rechute à Abidjan. *Bull Soc Pathol Exot* 2004; 97:336-7.

**27. KUABAN C, WANEH E, AFANE E.** Connaissances relatives à la tuberculose chez les malades tuberculeux à Yaoundé, Cameroun. *Rev Pneumol Trop* 2004 ; 2 :29-34.

**28. AKA-DANGUY E, KOFFI N, NGOM A.** Evolution de la situation épidémiologique de la tuberculose à Abidjan sous la poussée de l'infection VIH/SIDA. *Int J Tuberc Lung Dis*1997; 1:S159.

**29. UNAIDS: report** on the global AIDS epidemic 2010.

[http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123\\_GlobalReport\\_full\\_en.pdf](http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf).

**30. FANTINO B, WAINSTEN J-P, BUNGENER M, JOUBLIN H, BRUNSTRANG C. :** Représentation par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient. *Santé publique* 2007/3; 19:241-52.

**31. ZANRE Y. Z.** Evaluation de la qualité des soins dans le service de Gynéco - Obstétrique du Centre Hospitalier National YALGADO OUEDRAOGO. *Thèse Méd. n °13*. Ouagadougou 1993 ; 95p.

## **ANNEXES**



## ANNEXE 1 : FICHE DE COLLECTE.

FICHE D'ENQUETE N<sup>0</sup> |\_|\_|\_|\_|

### **DONNEES SUR LE PATIENT ACCOMPAGNE**

#### **I. ETAT CIVIL**

1. Initiales patient |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|

2. Age (en années) |\_|\_|

3. Sexe (F/M) |\_|

4. Lieu de résidence : province |\_| ville |\_|

5. Profession : Cultivateur : |\_|, FAF : |\_|, Fonctionnaire : |\_|, Commerçant : |\_|,

Elève / Etudiant : |\_|, Sans emploi : |\_|, Retraité: |\_|, Autre: |\_|

6. Statut matrimonial |\_| 1 vie en couple; 2 célibataire ; 3 divorcé ; 4 veuf/ve.

7. Niveau d'instruction : non scolarisé (e) |\_|, primaire |\_|, secondaire |\_|, supérieure |\_|.

#### **II. CONDITIONS SOCIO ECONOMIQUES :**

1. Nombre de personnes partageant la chambre du patient à domicile : |\_|\_|

2. Nombre de personnes partageant la maison du patient : |\_|\_|

3. Moyens de déplacement : Pied |\_|, vélo|\_|, Moto |\_|, Auto |\_|

4. Eau potable : Puits |\_|, Forage |\_|, Robinet publique |\_|, Robinet privé |\_|.

5. Cadre de vie (qualité de logement)

a. Mûr : Banco  Banco amélioré  Ciment

b. Toit : Paille , Tôle galvanisée , Tôle bac ou béton

6. Mode d'évacuation des eaux usées puits perdus : non  oui

7. Type de toilette : Douche non  oui

WC non  oui

8. Electricité : non  oui

9. Energie utilisée pour la cuisine Gaz  Bois

**III. NOMBRE D'ACCOMPAGNANT**

**IV. STATUT VIH** : négatif  positif

**V. DIAGNOSTIC DU MALADE :**

**VI. DEGRE D'AUTONOMIE DU MALADE :**

1. Se déplace avec aide : non  oui

2. Mange avec aide : non  oui

3. Se lave avec aide : non  oui

4. Prend ses médicaments avec aide : non  oui

5. Dépôt de prélèvement avec aide : non  oui

6. Retrait de résultats paracliniques avec aide : non  oui

7. Règle ses factures avec aide : non  oui

**ECHELLE DE KARNOFSKY** :

## **DONNEES SUR L'ACCOMPAGNANT**

**Accompagnant n° |\_|\_| du patient**

### **I. ETAT CIVIL**

1. Initiales accompagnants |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|
2. Age (en années) |\_|\_|
3. Sexe (F/M) |\_|
4. Lieu de résidence : province |\_| ville |\_|
5. Profession : Cultivateur : |\_|, FAF : |\_|, Fonctionnaire : |\_|, Commerçant : |\_|,  
Elève / Etudiant : |\_|, Sans emploi : |\_|, Retraité: |\_|, Autre: |\_|
6. Statut matrimonial |\_| 1 vie en couple; 2 célibataire; 3 divorcé; 4 veuf/ve.
7. Niveau d'instruction : non scolarisé (e) |\_|, primaire |\_|, secondaire |\_|,  
Supérieure |\_|,

### **II. CONDITIONS SOCIO ECONOMIQUE :**

1. Nombre de personnes partageant la chambre du patient à domicile : |\_|\_|
2. Nombre de personnes partageant la maison du patient : |\_|\_|
3. Moyens de déplacement : Pied |\_|, vélo|\_|, Moto |\_|, Auto |\_|
4. Eau potable : Puits |\_|, Forage |\_|, Robinet publique |\_|, Robinet privé |\_|.
5. Cadre de vie (qualité de logement)
  - a. Mûr : Banco |\_|, Banco amélioré|\_|, Ciment |\_|

- b. Toit : Paille , Tôle galvanisée , Tôle bac ou béton
6. Mode d'évacuation des eaux usées puits perdus : non  oui
7. Type de toilette : Douche non  oui   
WC non  oui
8. Electricité : non  oui
9. Energie utilisée pour la cuisine Gaz  Bois

**IV. DEGRE DE PARENTE AVEC LE MALADE :** 1.conjoint(e) , 2.père ,  
3. mère , 4.fils/fille , 5.frère/sœur  , 6.autre , préciser .....

**V. EXPERIENCE DANS L'ACCOMPAGNEMENT :**

1. non  oui .
2. Temps de présence par 24H au chevet du patient \*

**VI. NATURE DE L'ACCOMPAGNEMENT**

1. Surveillance des soins non  oui
2. Administration des médicaments non  oui
3. Toilette du malade : non  oui
4. Habillement du patient : non  oui
5. Vide le pot du malade : non  oui

6. Récupère les résultats du patient : non  oui

7. Aide le malade à s'alimenter : non  oui

8. Achète les médicaments du malade : non  oui

9. Accompagne le malade au service de radiologie : non  oui

10. Soutien psychologique : non  oui

**VII. MOYENS D'HYGIENE** savon , eau courante , eau de javel ,  
gants

**VIII. REPROCHES FAITES AU PERSONNEL**

1. Indisponibilité du personnel

2. Prescription des médicaments et des analyses para cliniques

3. Absence d'explication sur l'évolution de la maladie

4. Autre , préciser.....

5. Aucun

**IX. SENTIMENTS GENERAUX SUR LA PRESTATION**

1. satisfait

2. insatisfait .

**X. SAVEZ-VOUS DE QUELLE MALADIE SOUFFRE LE PATIENT**

**QUE VOUS ACCOMPAGNEZ ? :**

1. non  oui .

2. Si oui, informé par : le médecin  l'infirmier  le malade

**XI. SAVEZ VOUS COMMENT ON ATTRAPPE CETTE MALADIE ? :**

1. non  oui .

2. Si oui, préciser : .....

**XII. QUE FAUT-IL AMELIORER POUR QUE VOUS SOYEZ PLUS A**

**L'AISE POUR VOUS OCCUPER DE VOTRE MALADE ? .....**

## **ANNEXE 2 : INDICE DE KARNOFSKY**

- **Apte à mener une activité normale, ne nécessite aucun soin particulier**
  - 100 : normal
  - 90 : mène une activité normale avec quelques symptômes peu importants
  - 80 : activité normale avec effort. La maladie s'exprime cliniquement
- **Incapable de travailler mais peut se prendre en charge à domicile**
  - 70 : autonome, mais incapable d'activité physiquement fatigante
  - 60 : a parfois besoin d'aide (presque autonome)
  - 50 : a besoin de beaucoup d'aide et de fréquents soins médicaux.
- **Incapable de se prendre en charge = a besoin de l'hôpital ou d'un équipement**
  - 40 : handicapé nécessite des soins et une assistance particulière
  - 30 : très handicapé, doit être hospitalisé
  - 20 : très malade avec besoin de traitements complexes
  - 10 : moribond
  - 0 : mort

### ANNEXE 3 : NOMBRE DE PERSONNELS INFIRMIERS SELON NORMES

Services	Norme en personnel inf.	Capacité d'accueil (nombre de lits)	Nombre d'infirmiers selon norme
<b>1. Services des urgences</b>			
Urgences médicales	1 inf pour 2 lits	12	<b>6</b>
Urgences chirurgicales	1 inf pour 2 lits	12	<b>6</b>
<b>2. Services de médecine et spécialités médicales</b>			
Endoscopie	1 inf pour 2 lits	24	<b>12</b>
Hépatogastro-entérologie	1 inf pour 2 lits	48	<b>24</b>
Cardiologie	1 inf pour 2 lits	48	<b>24</b>
Neurologie	1 inf pour 2 lits	30	<b>15</b>
Néphrologie	1 inf pour 2 lits	20	<b>10</b>
Hémodialyse	4 inf pour un lit	12	<b>48</b>
Cancérologie	1 inf pour 2 lits	20	<b>10</b>
Dermatologie	1 inf pour 2 lits	30	<b>15</b>
Kinésithérapie et médecine de réadaptation	1 inf pour 2 lits	12	<b>6</b>
Service des VIP	1 inf par lit	20	<b>20</b>
<b>6. Service de Gynéco-obstétrique</b>	<b>2 inf pour 1 lit</b>	<b>48</b>	<b>96</b>
<b>4. Service de pédiatrie</b>	<b>1 inf pour 2 lits</b>	<b>50</b>	<b>25</b>
<b>5- Services chirurgicaux et spécialités chirurgicales</b>			
Orthopédie- traumatologie	1 inf pour 2 lits	48	<b>24</b>
Chirurgie digestive et viscérale	1 inf pour 2 lits	48	<b>24</b>



<b>5- Services chirurgicaux et spécialités chirurgicales (suite)</b>			
Neurochirurgie	1 inf pour 2 lits	30	<b>15</b>
Urologie	1 inf pour 2 lits	30	<b>15</b>
Chirurgie cardiaque et thoracique	1 inf pour 2 lits	24	<b>12</b>
Odonto stomatologie chirurgie maxillo-faciale	1 inf pour 2 lits	10	<b>5</b>
Réanimation Anesthésie Soins intensifs	2,5 inf pour un lit	12	<b>30</b>
Clinique des grands brûlés	2,5 inf pour un lit	12	<b>30</b>
<b>Total</b>		<b>600</b>	<b>472</b>

Source : Direction des soins infirmiers et obstétricaux du CHU YO [14]

## **ANNEXE 4 : ELEMENTS DE COTATION DE LA QUALITE DU LOGEMENT [31].**

### **Locomotion :**

Pied = 1 ;

Vélo = 2 ;

Mobylette = 3 ;

Auto = 4.

### **Habitat :**

Mûr : banco = 1; banco amélioré = 2; ciment = 3.

Toit : paille = 1; tôle galvanisée = 2; tôle bac ou béton = 3.

Puits perdu : non = 0; oui = 1.

### **Toilette :**

Douche : non = 0; oui = 1.

WC : non = 0; oui = 1.

Electricité : non = 0; oui = 1.

Cuisine : bois ou charbon de bois = 1; gaz = 2.

Eau de boisson : puits = 1; forage = 2; robinet publique = 3; robinet privé = 4.

## **RESUME**

## RESUME

**Titre :** « Rôle de l'accompagnant de malade hospitalisé dans le service de Pneumo - Phtisiologie du Centre Hospitalier Universitaire YALGADO OUEDRAOGO de OUAGADOUGOU (Burkina Faso) »

**Introduction :** L'accompagnement du patient hospitalisé est un phénomène universel. Il tire sa force et sa justification en Afrique: du faible ratio personnel de santé par lits d'hospitalisation et de la solidarité africaine. Ce qui fait de l'accompagnant un auxiliaire médical de fait. Peu de données existent sur les accompagnants de malade hospitalisé dans notre cadre de travail. Notre étude se proposait donc d'étudier le rôle de ces accompagnants.

**Matériel et méthode :** Il s'est agi d'une étude transversale descriptive et comparative du 6 septembre 2010 au 10 février 2011. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire administré au cours d'un entretien.

**Résultats :** Il ressort que l'accompagnement des malades dans le service de PPH est une réalité. Les femmes ont représenté 54,9 % des accompagnants (n = 62). Les activités de ces accompagnants sont nombreuses, les plus fréquentes sont : soutien psychologique 96,5% (n =109), surveillance de la perfusion 83,2% (n = 94), achat des médicaments 76,1 % (n =86) et vider les déchets du patient 71,7% (n = 81). Les accompagnants résidaient à Ouagadougou dans 61,1% (n = 69). Les professions prédominantes sont les FAF dans 29,2% (n = 33), le secteur informel 24,8% (n = 28) et les commerçants 15% (n = 17). Dans 78,8 % des cas (n = 89), les accompagnants passaient la nuit à l'hôpital. Ils étaient satisfaits de la prestation dans 93,8% (n =106). Leur plainte majeure était axée sur la communication et l'accueil 72,6% (n = 82). Les accompagnants avaient une mauvaise connaissance de la pathologie de leurs patients car bien que 69,4 % des accompagnants (n = 43) étaient informés du diagnostic de leur malade ; seuls 33,9 % (n = 21) ont pu citer un mode de transmission.

**Conclusion :** La présence de l'accompagnant de malade dans notre contexte paraît pour le moment indispensable. Cependant, compte tenu des difficultés d'ordre relationnel avec le personnel soignant et du risque infectieux probable, des mesures s'imposent sur le plan de la réglementation et des aménagements pour accompagner cet auxiliaire médical de fait.

**Mots clés :** Patient, Accompagnant, Hospitalisation, Relations accompagnant-professionnel de santé, Service de Pneumo - Phtisiologie, CHU YO.

**Auteur :** COMPAORÉ Kuiliga Mathieu ; Email : kuiliga@hotmail.fr ; tel : +22678114269

## Abstract

**Title:** The role of a hospitalized patient's companions in the Pneumo-Phtisiology service of the Yalgado Ouedraogo Teaching Hospital, Ouagadougou (Burkina Faso).

**Introduction:** The accompaniment of a hospitalized patient is generally a universal phenomenon. It results and is justified by the following reasons in Africa ; the lack of the low hospital personnel ratio of health care /beds as well as from African solidarity that results in considering the companions as a medical auxiliary. Only few data is available on the number of companions of patients hospitalized in our work scheme. Our survey was therefore focusing the role of those companions.

**Materialistic means and methods:** It involves a descriptive and comparative cross study dated September 6, 2010 to February 10, 2011. The data has been collected through a questionnaire administered during an interview.

**Results:** It results that the accompaniment of patients in the PPH Service is a reality. Women represent 54.9% of companions, (n = 62). Activities of those companions are various, most of them being among those: psychological assistance 96.5% (n = 109); watching a drip 83.2% (n = 94), Contributing in buying drugs for the patient 76.1% (n = 86) and contributing in throwing the patient's garbage 71.7% (n = 81). Most companions reside in Ouagadougou in 61.1 % (n = 69).

The major professions of those patient's companions are housewives in 29.2% (n = 33), people from the informal sector 24.8% (n = 28) and traders 15% (n = 17). In 78% of cases (n = 89), companions have to spend the whole night with patient at the hospital. They were fully satisfied of the health care service in 93.8% (n = 106). Their major complaint was focused upon the lack of communication and on the reception 72.6% (n = 82).

Companions have usually a bad knowledge of their patients' pathology in spite of the fact that 69.4% of them (n=43) were aware of their patients' diagnosis; only 33.9% (n = 21) were able to mention one of a disease transmitting way.

**Conclusion:** The presence of a patient's companions is for the time being relevant and essential in our case. However, due to relational difficulties existing between the medical staff and probable infection risks, careful measures are essential concerning regulations and planning to support those relevant health care auxiliaries.

**Key words:** Patient, companions, Hospitalization, Relationship companions -Health care professional, Pneumo - Phtisiology, Yalgado Ouedraogo National Teaching Hospital.

**Author :** COMPAORE Kuiliga Mathieu; Email : kuiliga@hotmail.fr. Phone : +22678114269.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure 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 je n'exigerai jamais de salaire au dessus de mon travail.*

*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.*

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

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*