

Satisfaction des familles de patients hospitalisés en réanimation polyvalente au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville

Family satisfaction of hospitalized patients in intensive care unit at University Hospital of Brazzaville

Elombila M^{1,2}, Otiobanda G.F^{1,2}, Mpyo Emy Monkessa C.M.¹, Oddet D., Niengo Outsouta G.¹, Nde Ngala M.A.¹

1- *Service de réanimation polyvalente, Centre Hospitalier Universitaire, Brazzaville*

2- *Faculté des Sciences de la Santé, Université Marien N’Gouabi, Brazzaville*

Auteur correspondant : Elombila Marie, Email : elombila@gmail.com, 00 242 06 495 66 50

Résumé

Objectif : L’objectif de notre étude était d’évaluer la satisfaction des familles de patients hospitalisés en réanimation polyvalente du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHU-B) afin d’améliorer nos pratiques actuelles.

Matériels et méthodes : Il s’est agi d’une étude transversale, descriptive et prospective, réalisée sur une période de 02 mois (mars- avril 2017). Un questionnaire de satisfaction a été remis à 28 membres de famille de patients hospitalisés en réanimation polyvalente, comportant sur : les conditions d’accueil en réanimation, la qualité des informations et des soins délivrés.

Résultats : La majorité des membres de familles avaient un âge entre 34-59 ans. Parmi les personnes interrogées, il s’agissait du père ou de la mère dans 35,7% des cas et du conjoint dans 32,1% des cas. Les indicateurs de structure comme l’accès au service, la propreté et le niveau sonore ont été jugés satisfaisant. La majorité des familles témoignent de bon accueil qui leurs a été réservé. Les informations sur l’état de leurs proches ont été délivrées à la demande des familles dans 75% des cas. L’indisponibilité de l’équipe soignante (médicale et paramédicale) pour des entretiens réguliers, le manque d’information sur les actes médicaux réalisés et sur l’évolution du patient, le manque d’implication des familles dans la prise en charge de leurs proches sont des critères majeurs d’insatisfaction des familles. Dans 82,2% des cas les familles étaient satisfaites des soins délivrés et de l’entretien de leurs proches.

Conclusion : Des efforts sont à faire pour améliorer la satisfaction des familles de patients hospitalisés en réanimation tant dans la périodicité des entretiens avec les équipes soignantes et la qualité des informations délivrés aux familles.

Mots clés : *satisfaction, famille, réanimation*

Summary

Objective: The aim of our study was to evaluate the satisfaction of the families of patients hospitalized in intensive care unit at the University Hospital of Brazzaville in order to improve our current practices.

Materials and methods: It was a cross-sectional, descriptive and prospective study, carried out over a period of 02 months (March-April 2017). A questionnaire was given to 28 family members of patients hospitalized in intensive care unit, including: reception conditions in intensive care unit, quality of information and care provided.

Results: The majority of family members were between 34-59 years of age. In our series, 35.7% of the respondents were parents (35.7%) and spouses (32.1%). Structural indicators such as service access, cleanliness and noise level were considered satisfactory. The majority of families show that they were well received. Information on the status of their loved ones was provided at the request of families in 75% of cases. The unavailability of the health care team (medical and paramedical) for regular interviews, the lack of information on the medical procedures performed and the patient's progress, the lack of involvement of families in the care of their loved ones are major criteria for family dissatisfaction. In 82.2% of the cases, families were satisfied with the care and maintenance of their loved ones.

Conclusion: Efforts should be made to improve the satisfaction of families of patients hospitalized in intensive care units, both in terms of the frequency of interviews with health care teams and the quality of information provided to families.

Key words: *satisfaction, family, resuscitation*

Introduction

En réanimation, les patients graves sont en général dans l'incapacité de communiquer avec les équipes soignantes, l'information médicale est alors délivrée aux membres de la famille ou à son entourage [1,2]. Cette information doit porter aussi bien sur la situation médicale de la personne soignée et les décisions de soins, que sur les conditions de son séjour en réanimation. La prise de décision clinique et les soins quotidiens font souvent que les familles se sentent mal informées et privées de leurs droits quand un proche est pris en charge en réanimation [3].

Plusieurs études ont été réalisées dans les pays développés évaluant la compréhension, la satisfaction et les symptômes d'anxiété et de dépression, ainsi que leurs déterminants, chez les familles de patients hospitalisés en réanimation [4]. Elles ont permis d'identifier plusieurs facteurs pouvant être améliorés afin de proposer aux familles une information de meilleure qualité.

En France, des recommandations ont été élaborés sur la base des exigences réglementaires, adaptées aux patients de réanimation par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation [5]. Dans les pays en développement en général [6,7] particulièrement au Congo, cette pratique reste difficile en vue des considérations culturelles ainsi que de l'absence de document d'information et de textes législatifs précis sur la question.

Aucune étude n'a été réalisée au Congo en réanimation à ce sujet, ce qui a justifié notre étude dont le but était d'évaluer la satisfaction des familles de patients hospitalisés en réanimation polyvalente du CHU-B, afin d'améliorer nos pratiques actuelles.

Matériels et méthodes :

Il s'est agi d'une étude transversale et descriptive à recueil de données prospectif, qui s'est déroulé dans le service de réanimation polyvalente du CHU-B sur une période de 2 mois, allant du 01 mars à 30 avril 2017. Elle a porté sur l'ensemble des familles de patients hospitalisés en réanimation polyvalente du CHU-B. Ont été inclus, les familles de patients ayant séjourné pendant au moins 48 heures dans le service et dont le consentement libre et éclairé a été obtenu. Ont été exclus les familles de patients décédés.

Le recueil de données s'est fait à partir d'un questionnaire répondu par un membre de la famille du patient hospitalisé en réanimation polyvalente du CHU-B.

Le service de réanimation polyvalente du CHU-B à une capacité de 11 lits. Le service compte 5 médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) et 4 médecins généralistes. Les gardes sont assurés 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 par un médecin

généraliste et une astreinte hebdomadaire est effectuée par le MAR.

Les horaires de visites sont biquotidiens (matin à 6h45 et soir à 17h00) d'une durée de 15 minutes. Les visites sont limitées à deux visiteurs et sont interdites aux enfants. L'entretien avec les familles n'est pas régi par un protocole bien édifié, il n'y a pas de jours, ni d'heures fixés à cette pratique. L'entretien se fait en général après admission du patient où sont données les informations sur son état, les gestes et examens complémentaires à réaliser et ainsi que le pronostic attendu du patient ; ces informations sont délivrées par le corps médical essentiellement. Le service ne dispose pas d'une salle d'attente, les entretiens se font soit dans les bureaux des médecins, soit dans la salle de garde. Aucun livret d'information n'est délivré aux familles de patients hospitalisés.

L'enquête a été effectuée par un étudiant de 6^{ème} année de médecine de la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université Marien N'Gouabi. Ce dernier n'était pas en blouse et se présentait comme une personne externe au service. Pour chaque item était indiqué le qualificatif « satisfaisant », « moyennement satisfaisant » et « insatisfaisant ».

Les paramètres étudiés étaient la satisfaction sur les indicateurs de structure (calme et confort, propreté, niveau sonore et accès au service), les indicateurs d'organisation (délais de réponse à l'interphone, heures de visite, limitation à 2 visiteurs, disponibilité de l'équipe soignante, rapidité de prise en charge) et les indicateurs de procédure (qualité des informations données par l'équipe soignante, des explications des actes réalisés et des soins délivrés par l'équipe soignante, prise en compte des souhaits des familles dans la prise en charge de leur proche, accueil réservé aux familles).

La saisie et le traitement des données ont été faits sur le logiciel Excel version 14.6.6 (160626).

Résultats :

Durant la période d'étude 102 patients ont été admis en réanimation polyvalente du CHU-B. Parmi ces patients, 42 ont séjournés moins de 48 heures et 24 sont décédés. Huit familles ont échappées à l'enquête. Au total, 28 questionnaires ont été recueillis et analysés.

La tranche d'âge des enquêtés la plus représentée était celle de 35-59 ans, elle a représenté 57,1% des cas. Le sex ratio (H/F) était de 1,8. Dans 37,5% les enquêtés étaient le père ou la mère. Les caractéristiques des proches de patients hospitalisés en réanimation polyvalente du CHU-B sont illustrées dans le **tableau I**.

Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques des proches interrogés (n=28).

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Âge		
25-34 ans	8	28,6
35-59 ans	16	57,1
60 ans	4	14,3
Sexe		
Masculin	18	64,3
Féminin	10	37,5
Jours d'hospitalisation		
3-4 jours	21	75
5-7 jours	3	10,7
8-10 jours	3	10,7
> 10 jours	1	3,6
Lien de parenté		
Père/mère	10	35,7
Conjoint	9	32,2
Fratrie	5	17,9
Enfants	2	7,1
Extrafamilial	2	7,1

Le proche visité était conscient et pouvait communiquer avec sa famille dans 75% et dans 10,7% était comateux avec une assistance ventilatoire. La durée d'hospitalisation du proche visité la plus représentée était de 3-4 jours.

Les indicateurs de structures comme la propreté et le niveau sonore dans le service ont été jugés satisfaisantes par les familles dans 57,1% et 46,4% respectivement. Par contre dans 60,7% le calme et le confort dans notre service était moyennement satisfaisant. Les familles témoignaient de bon accueil qui leurs était réservé au service dans 64,3% des cas. Les horaires de visites fixés dans le service étaient jugés moyennement satisfaisants par 57,1% des familles. La disponibilité des médecins et des

infirmiers (es) auprès des familles pour l'entretien a été jugé insatisfaisante dans 53,6% et 42,9% respectivement. L'information sur l'état de leur proche était donné à la demande de la famille dans 75% des cas. Les informations apportées aux familles étaient jugés moyennement satisfaisant pour 39,3% des interrogés et dans 78,6% des cas les familles n'ont pas été satisfaits des explications données sur les actes médicaux réalisés. Les familles ne se sentaient pas impliqués dans la prise en charge de leurs proches dans 75% des cas. Par contre les familles affirmaient être satisfaits des soins délivrés à leurs proches dans 53,6% des cas. Tous les résultats de notre enquête sont présentés dans le **tableau II**.

Tableau II : Résultats de l'enquête sur la satisfaction des familles de patients hospitalisés dans le service de réanimation polyvalente du CHU-B (n=28).

	Satisfaisant n (%)	Moyennement satisfaisant n (%)	Insatisfaisant n (%)
Indicateurs de structure			
Confort	8 (28,6)	17 (60,7)	3 (10,7)
Propreté	16 (57,1)	10 (35,7)	2 (7,2)
Niveau sonore	13 (46,4)	11 (39,3)	4 (14,3)
Accès au service	17 (60,7)	8 (28,6)	3 (10,7)
Indicateurs d'organisation			
Délais réponse à l'interphone	12 (42,9)	12 (42,9)	4 (14,2)
Heures de visite	11 (39,3)	16 (57,1)	1 (3,6)
Limitation à 2 visiteurs	17 (60,7)	10 (35,7)	1 (3,6)
Disponibilité des médecins	7 (25)	6 (21,4)	15 (53,6)
Disponibilités des infirmiers (es)	9 (32,1)	7 (25)	12 (42,9)
Rapidité de prise en charge	22 (78,6)	5 (17,9)	1 (3,6)
Indicateurs de procédure			
Informations données aux familles	10 (35,7)	11 (39,3)	7 (25)
Explications des actes médicaux	1 (3,6)	5 (17,9)	22 (78,6)
Soins délivrés aux patients visités	15 (53,6)	8 (28,6)	5 (17,8)
Prise en compte des souhaits des familles	2 (7,1)	5 (17,9)	21 (75)
Accueil réservé aux familles	18 (64,3)	7 (25)	3 (10,7)

Discussion :

Notre étude présente certaines limites, comme la petite taille des sujets enquêtés, des manquements dans le questionnaire et la satisfaction globale non analysée. Dans notre série la tranche d'âge des familles la plus représentée était celle de 35-59 ans et majoritairement de sexe masculin. Cette prédominance masculine s'explique probablement par le fait que les femmes sont généralement responsables de tâches ménagères à domicile au moment de l'enquête. Le lien de parenté retrouvé dans notre série est dominé par les parents (père/mère) dans 35,7% suivi des conjoints dans 32,2% des cas. Diango et al. retrouvaient dans 25,6% des cas le lien de fraternité [6]. Une meilleure compréhension a été rapportée chez les conjoints de patients en soins intensifs et ils étaient plus susceptibles d'être satisfaits que les visiteurs ayant d'autres relations avec le patient [4,8]. Dans notre contexte socio-culturel le lien de sang est souvent privilégié au détriment du lien conjugal, comme c'est le cas dans la plupart des pays africains. Les indicateurs de structure comme la propreté et le niveau sonore dans notre service ont été jugés satisfaisants. En ce qui concerne l'accessibilité au service, les familles étaient moyennement satisfaites des horaires de visite dans 57,1% des cas et du délai de réponse à l'interphone dans 42,9% des cas. Effectivement, certains membres de familles se plaignaient que les visites dans notre service sont fixées à des heures assez contraignantes et que pour des raisons professionnelles ils sont dans l'incapacité de respecter celles-ci. Les données de la littérature supportent l'accessibilité des services de réanimation en continu 24 heures sur 24. Ce concept est généralement réduit à 10-12 heures dans les réanimations françaises [1,9]. Si l'assouplissement des horaires de visites est instauré, cela ne doit pas perturber la bonne marche du service. Dans notre étude, la limitation à deux visiteurs semble conforter les familles certainement par soucis de confidentialité. La limitation du nombre de visites rentre dans le cadre de prévention du risque infectieux causé par les visites fréquentes et illimitées, les procédures d'asepsies (port de casaque, bavette, lavage des mains) sont malheureusement insuffisantes dans notre service par manque de moyen financier. La majorité des familles étaient satisfaites de l'accueil qui leur avait été réservé à l'admission dans 64,3% des cas, de la rapidité de prise en charge de leur proche dans 78,6% des cas et des soins délivrés au patient dans 53,6% des cas. Azoulay et Diango ont retrouvés un taux de satisfaction des familles à l'accueil en réanimation de 78% et 88,9% respectivement [4,6]. En effet, en réanimation la prise en charge est immédiate et la toilette des patients est réalisée par le personnel soignant, déchargeant ainsi les proches de cette tâche

contrairement à d'autres services. L'admission d'un proche en réanimation est très souvent source de stress pour les proches du patient hospitalisé. Effectivement, certaines études montrent que le niveau d'anxiété des familles est important quand leur proche est hospitalisé en réanimation [3,7,10]. Les visites des familles à leurs proches hospitalisés en réanimation permettent de réduire le stress et l'anxiété liés à leur hospitalisation en réanimation voir même une dépression [11]. Les membres de la famille sont les interlocuteurs avec l'équipe soignante en ce qui concerne les informations sur l'état de santé de leur proche en cas d'état comateux. Il est donc nécessaire que cette information soit claire, avec des mots simples et donnée le plus précocement possible surtout en cas d'évolution défavorable prévisible [5]. Dans notre série, l'information sur l'état de leur proche était donnée à la demande des familles dans 75% des cas. Hmamouchi et al. retrouvaient que l'information sur l'état de leur proche était donné à la demande des familles dans de 50% [7]. Ceci dit, devant l'urgence de prise en charge du patient, il n'est pas toujours évident de donner tout de suite l'information sur l'état du proche aux familles. Mais il est impératif que dès l'arrivée du patient en réanimation, qu'une première information soit délivrée permettant aux familles de se sentir plus rassurer. Les informations pour les familles des patients en réanimation doivent être délivrées spontanément et non pas à la demande [12]. La Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) recommande d'adapter l'information aux familles (principe de contextualité) dans un premier temps, ainsi l'ensemble de l'information pourra être apporté dans un second temps, idéalement après résolution de la situation aiguë critique et/ou à la fin du séjour en réanimation [5]. La disponibilité des médecins et paramédicaux aux entretiens avec les familles dans notre étude a été jugée insatisfaisante. La disponibilité de l'équipe médicale et paramédicale permet un soutien psychologique afin de mettre les familles en confiance sur le devenir de leur proche hospitalisé en réanimation [1,5,13]. Dans 78,6% des cas, les familles affirmaient ne pas être satisfait des explications des actes médicaux (dispositifs utilisés, résultats des examens complémentaires). Azoulay et al. [4] retrouvaient que 53 % des familles étaient satisfaites des explications données à propos du matériel utilisé. L'information est souvent donnée par un médecin non spécialiste du fait des ressources limitées ce qui peut expliquer cette insatisfaction. L'organisation de réunions ou des staffs avec les familles devrait permettre d'améliorer nos résultats. Dans notre étude, les familles ne se sentaient pas impliquées dans les soins de leur proche dans 75% des cas. Notre faible culture hospitalière et surtout la méconnaissance ou insuffisance des textes législatifs

mais aussi le manque de communication avec les familles peuvent expliquer ces résultats. Le service ne dispose pas de salle d'attente, d'un livret d'information et d'un médecin référent famille. La présence d'une salle d'attente pour les familles de même que le carnet d'accueil des familles et surtout la présence du médecin référent famille sont des indices de qualité de la prise en charge des familles dans une structure hospitalière et font partie des critères d'accréditation d'un service ou d'une structure de soins [7,14]. Les résultats de cette étude nous ont sensibilisés à s'occuper aussi bien du patient que de sa famille en mettant en place un protocole accueil des familles bien établi.

Conflits d'intérêts :

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs :

Tous les auteurs ont activement participé à l'élaboration de cette étude.

Conclusion :

Notre étude montre que la prise en charge des familles de patients hospitalisés dans le service de réanimation polyvalente du CHU-B est déficiente. Ce déficit était dû à plusieurs facteurs: manque de communication et d'informations, non disponibilité des équipes pour les entretiens et absence de politique de réunion avec les familles. Ainsi des efforts sont à faire pour améliorer le vécu hospitalier des familles de patients hospitalisés en réanimation tant dans la périodicité des entretiens avec les équipes soignantes et la qualité des informations délivrés aux familles.

Références :

1. **Soumagne N., Levrat Q., Frasca D. et al.** Enquête de satisfaction de familles de patients hospitalisés en réanimation. *Ann Fr Anesth Réanim.* 2011; 30 (12) : 894-98.
2. **Jacob DA.** Family members experiences with decision-making for incompetent patients in the ICU: a qualitative study. *American Journal of Critical Care Med,* 1998; 7: 30-6.
3. **Holly C., Salmond S., Jadotte Y.** Familie's Experiences of Having an Adult Family Member in a Critical Care Area: A Systematic Review of Quantitative Evidence. *JBIC Library of Systemic Reviews,* 2011, 64 (9) : 1-14.
4. **Azoulay E., Pochard F., Chevret S. et al.** Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Med,* 2001, 163: 135-9.
5. **Comité de réanimation de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation.** L'information au patient en réanimation et à ses proches : le point de vue de la SFAR. *Réanimation,* 2001, 10: 582-91.
6. **Diango D.M., Almeimoune A.M, Beye S.A. et al.** Problématique liée à l'information des familles des patients en milieu de réanimation au CHU Gabriel Touré (Mali). *Mali Méd.* 2012, 27 (4) : 66-70.
7. **Hmamouchi B., Nejmi S.E., Ifkharen B. et al.** Évaluation de la qualité de prise en charge des familles dans les services de réanimation marocains. *Journal Magh Anesth Réanim Méd Urg.* 2006; 13: 205-07.
8. **Molter NC.** Families are not visitors in the critical care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing* 1994; 13: 2-3.
9. **Garrouste-Orgeas M., Philippart F., Timsit J.F. et al.** Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. *Critical Care Med,* 2008, 36: 30-35.
10. **Azoulay E., Pochard F., Chevret S. et al.** Family participation in care to the critically ill: opinions of families and staff. *Intensive Care Med,* 2003, 29:1498-504.
11. **Chow SM.** Challenging restricted visiting policies in critical care. *Official Journal of the Canadian Association of Critical Care Nurses,* 1999; 10: 24-7.
12. **Malacrida R., Bettelini C.M., Degrate A. et al.** Reasons for dissatisfaction: a survey of relatives of intensive care patients who died. *Critical Care Med,* 1998; 26:1187-93.
13. **Lautrette A., Darmon M., Megarbane B. et al.** A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *New England J. of Med,* 2007; 356: 469-78.
14. **Quinio P., Savry C., Deghelt A. et al.** A multicenter survey of visiting policies in French intensive care units. *Intensive Care Med,* 2002; 28: 1389-94.