



Article Original

Enquête de Satisfaction des Familles des Patients Hospitalisés en Réanimation au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville

Satisfaction survey of families of inpatients in the intensive care unit of the University Teaching Hospital of Libreville

Ifoudji Makao A¹, Essola L¹, Bitéghé L¹, Ngomas JF¹, Manga F¹, Sima Zué A¹

1: Centre Hospitalier Universitaire de Libreville

Auteur correspondant : Ifoudji Makao Arsène. Centre Hospitalier Universitaire de Libreville

Email : ifoudjimakao@yahoo.fr

Mots clés : Familles des patients – Satisfaction – Réanimation – CHU de Libreville

Keywords: Patient families - Satisfaction - Resuscitation – Libreville University Hospital

Article history

Submitted: 2 January 2023.

Revision requested: 5 February 2023

Accepted: 14 February 2023

Published: 28 February 2023

RÉSUMÉ

Introduction. La relation « médecin-malade » dans les services de réanimation est élargie vers une relation « équipe médicale-patient et entourage » à cause de l'état de dépendance des patients. L'objectif de cette enquête était d'évaluer la satisfaction des familles des patients admis en réanimation au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL). **Patients et méthodes.** Il s'agissait d'une étude prospective, transversale et descriptive qui s'est déroulée sur une période de 9 mois dans le service de réanimation du CHUL. La population d'étude était constituée par les membres des familles des patients hospitalisés. **Résultats.** Cent trente-trois proches avaient été interrogés. L'âge moyen était de 42,7±13 ans. Le sexe ratio (H/F) était de 0,8. Le conjoint était la personne contact dans 56,4% et l'enfant dans 20,3% des cas. La prise en charge était globalement satisfaisante pour 92,5% des personnes interrogées et de façon spécifique la satisfaction en fonction des indicateurs était : l'accueil (63,9%), les heures des visites (72,2%), la durée des visites (45,1%), le délai du premier entretien avec le médecin (67,7%), la qualité de la communication (76%). Le souhait de participer aux soins de nursing et à l'alimentation était exprimé par 24,4% des parents. Les familles ne trouvaient pas nécessaire d'être associées à la prise des décisions thérapeutiques dans 63% des cas. **Conclusion.** Les domaines de l'accueil, la communication avec les médecins et les conditions des visites aux patients doivent être améliorés pour une meilleure satisfaction des parents des malades.

ABSTRACT

Introduction. The "doctor-patient" relationship in intensive care units has been extended to a "medical team-patient and family" relationship because of the patients' state of dependence. The objective of this survey was to evaluate the satisfaction of the families of patients admitted to the intensive care unit of the University Hospital of Libreville (CHUL). **Patients and methods.** This was a prospective, cross-sectional, descriptive study that took place over a period of 9 months in the intensive care unit of the CHUL. The study population consisted of family members of hospitalized patients. **Results.** One hundred and thirty-three relatives were interviewed. The average age was 42.7±13 years. The sex ratio (M/F) was 0.8. The spouse was the contact person in 56.4% of cases and the child in 20.3%. Overall, 92.5% of respondents were satisfied with the care provided, and specifically with the following indicators: reception (63.9%), visiting hours (72.2%), duration of visits (45.1%), time taken to see the doctor for the first time (67.7%), and quality of communication (76%). The wish to participate in nursing care and feeding was expressed by 24.4% of the parents. The families did not find it necessary to be involved in therapeutic decisions in 63% of cases. **Conclusion.** The fields of reception, communication with the doctors and the conditions of visits to patients must be improved for a better satisfaction of the patients' parents.

POINTS SAILLANTS**Ce qui est connu du sujet**

Les familles des patients hospitalisés en réanimation sont des interlocuteurs indispensables. La qualité de l'information apportée aux familles est ainsi intégrée dans les critères d'accréditation des services de réanimation depuis 1994

La question abordée dans cette étude

La satisfaction des familles des patients admis en réanimation au CHU de Libreville

Ce que cette étude apporte de nouveau

Le niveau de satisfaction est bas. Parmi les indicateurs, la communication avec les médecins et le temps de contact avec le patient sont les points d'amélioration souhaités.

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.

Une meilleure organisation de l'information, un assouplissement de la durée de la visite et une implication des familles au soin pourraient augmenter le niveau de satisfaction.

INTRODUCTION

Les patients admis en réanimation sont dans la plupart des cas dépendants d'équipements techniques et de compétences humaines pour le support d'au moins une fonction vitale. Ce contexte particulier fait en sorte que certains patients ne sont pas informés sur leur état clinique. Ils sont alors incapables de communiquer leurs souhaits sur leur prise en charge. La relation médecin-malade est de ce fait élargie vers une relation « équipe médicale-patient et entourage ». Les familles des patients hospitalisés en réanimation sont par conséquent des interlocuteurs indispensables. La qualité de l'information apportée aux familles est ainsi intégrée dans les critères d'accréditation des services de réanimation depuis 1994 [1]. Jensen et al dans une étude américano-danoise rapportent un niveau de satisfaction relativement faible en matière d'information et de communication [2]. En Afrique, dans une étude réalisée à Brazzaville, Elombila et al attireraient l'attention sur les efforts à mener dans la communication [3]. Au service de réanimation du Centre hospitalier universitaire de Libreville (CHUL), les proches des patients hospitalisés sont très impliqués par leur contribution à l'alimentation des patients, la réalisation des bilans paracliniques, l'achat des médicaments et la fourniture en produits de nursing. Cependant à ce jour aucune donnée n'existe quant à la satisfaction de ces familles, évaluation nécessaire pour avoir un écho de nos pratiques afin d'ajuster le fonctionnement. D'où cette enquête dont l'objectif était d'évaluer la satisfaction des familles des patients admis en réanimation au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL).

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'est agi d'une étude prospective, transversale et descriptive qui s'est déroulée sur une période de 9 mois. L'étude a été réalisée au service de réanimation du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville qui prend en charge les adultes et les enfants présentant des affections médicales et/ou chirurgicales graves. La population

d'étude était constituée par les représentants des familles des patients hospitalisés en réanimation depuis au moins 24h. Étaient exclus les proches qui n'avaient pas consenti à participer à l'enquête et les questionnaires mal remplis. La fiche d'enquête était remise au cours d'un échange conduit par un étudiant de 7^{ème} de médecine ne faisant pas partir de l'équipe qui prenait en charge les patients. Une fois renseignée, les familles la retournaient anonymement, au moment de leur choix, via une urne placée au secrétariat. Le questionnaire contenu dans la fiche d'enquête comportait 26 items regroupées en indicateurs socio-démographiques du parent (âge, sexe, lien de parenté), indicateurs d'organisation (accueil, délai d'attente, heure de visite, disponibilité du personnel, participation aux soins), indicateurs de procédure (clarté de l'information, communication des résultats, écoute, qualité des soins), indicateurs de structure (prescriptions, qualité du service). Le service de réanimation où l'enquête a été réalisée comporte un hall d'attente, un secrétariat, une salle de réunion et une salle d'hospitalisation ayant une capacité de 12 lits. Le fonctionnement du service est assuré par huit médecins anesthésistes-réanimateurs, des médecins stagiaires, vingt-neuf infirmiers polyvalents, deux secrétaires. Tout ce personnel est soumis à un planning de travail et de garde permettant un déroulement des activités de prise en charge des patients sans interruption. La visite des patients par la famille se fait le matin de 6 heures à 8 heures et l'après-midi de 16 heures à 18 heures. Les données étaient saisies et analysées à l'aide du logiciel Excel 2019. Les variables quantitatives étaient exprimées en moyenne \pm écart-type et les variables qualitatives en pourcentage. L'anonymat des parents était respecté. L'enquête a été faite avec l'accord des responsables de l'hôpital.

RÉSULTATS

Nous avons retenu 133 représentants des familles des patients sur les 303 patients hospitalisés pendant la période de l'étude (Figure 1). L'âge moyen des proches interrogés était de $42,7 \pm 13$ ans, avec des extrêmes de 18 et 71 ans. Le sexe ratio (H/F) était de 0,8. Les caractéristiques des proches des patients hospitalisés sont résumées dans le tableau I.

Tableau I. Caractéristiques sociodémographiques des proches interrogés

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Tranche d'âge		
< 25ans	11	8,3
25 -34 ans	30	22,5
35 -44 ans	28	21,1
45-54 ans	37	27,8
> 54 ans	27	20,3
Sexe		
Masculin	61	45,9
Féminin	72	54,1
Lien de parenté		
Conjoint	75	56,4
Père/Mère	27	20,3
Enfant	14	10,5
Frère/Sœur	9	6,8
Autres	8	6,0

Concernant les indicateurs d'organisation (tableau II), 85 parents (63,9%) avaient trouvé que l'accueil par le service administratif était bon. Le délai d'attente avant le premier entretien avec les médecins était acceptable pour 90 familles (67,7%). Le service assuré par le personnel paramédical était très attentionné dans 120 cas (90,2%). Les mesures imposées pour le fonctionnement étaient jugées correctes pour 104 familles (78,2%), exagérées pour 24 familles (18,0%). Quarante-deux proches (72,2%) trouvaient les heures des visites acceptables et 73 (54,9%) trouvaient la durée courte. Sur 21 familles (15,8%) qui avaient souhaité participer aux soins, 9 (6,8%) avaient contribué en alimentant le patient.

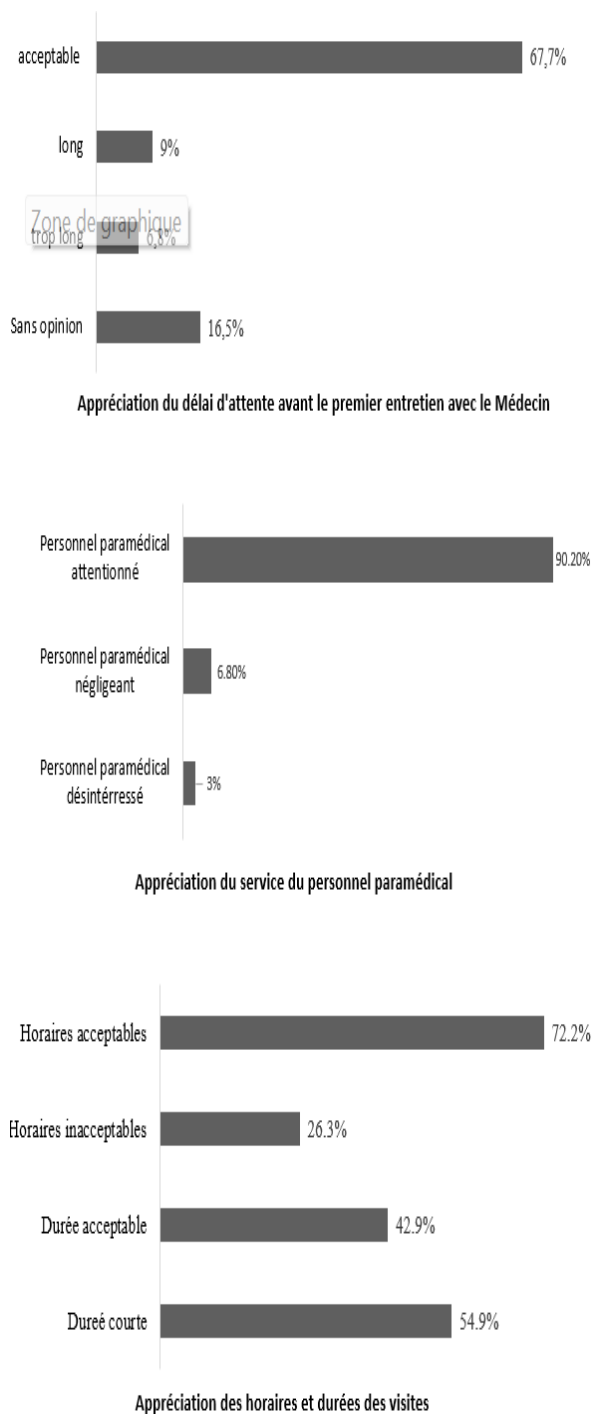


Figure 1. Indicateurs d'organisation

Concernant les indicateurs de procédure, 126 parents (94,7%) avaient trouvé le personnel médical et paramédical accessible et la communication était satisfaisante pour 101 proches soit 76%. Pour la prise de décisions thérapeutiques, 49 familles (37%) avaient souhaité être impliquées et 84 (63%) ne le trouvaient pas nécessaire. Le travail était fait correctement selon 109 parents (82%).

Dans les indicateurs de structure (Tableau III), la fréquence des prescriptions médicales étaient justifiées pour 96 proches (72,2%), non expliquées pour 16 familles (12%), exagérées pour 12 familles (9%). Globalement le service de réanimation était jugé mauvais dans 10 cas (7,5%), assez bon dans 32 cas (24,1%), bon dans 54 cas (40,6%) et excellent dans 37 cas (27,8%).

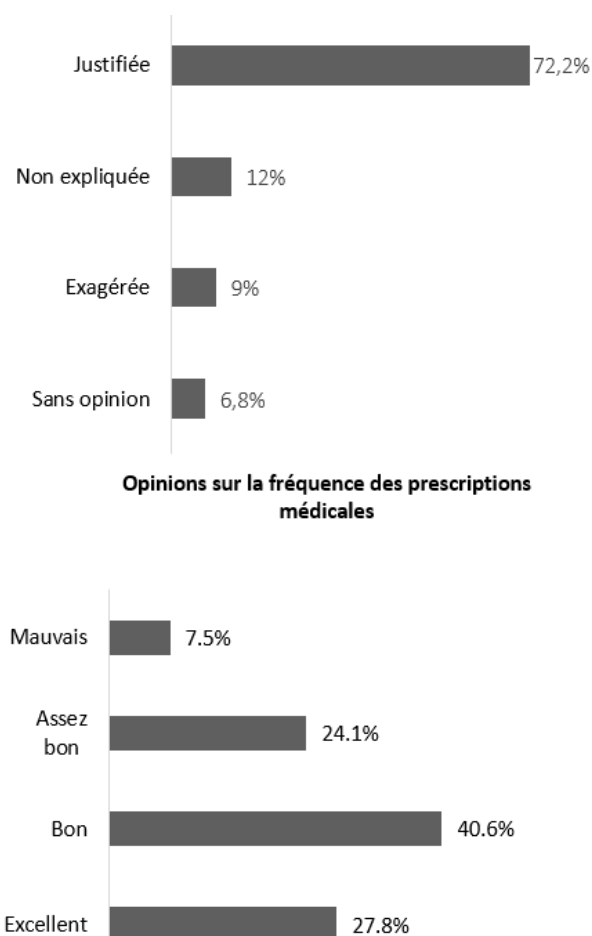


Figure 2. Indicateurs de structure

DISCUSSION

L'enquête de satisfaction des familles des patients hospitalisés en réanimation constitue une démarche critique visant à améliorer le cadre relationnel médecin-parent de malade. La satisfaction, résultat de l'accomplissement d'un souhait, s'avère difficilement atteignable pour tous en réanimation vu l'état critique des patients et l'évolution parfois incertaine. Le taux de mortalité des patients hospitalisés en réanimation est autour de 7% [3,4]. Dans ce contexte, l'organisation et le

fonctionnement mis en place, les actes et les moyens de prise en charge peuvent être diversement appréciés par les familles. L'interaction inévitable qui existe entre ces dernières et l'équipe soignante sur laquelle elles fondent leurs espoirs sont autant d'éléments qui constituent des biais à avoir des données totalement objectives. Toutefois le respect de l'anonymat et la neutralité de l'enquêteur par rapport au service de réanimation ont contribué à avoir des résultats que nous pouvons discuter.

Dans notre série l'âge moyen des personnes interrogées était de 42,7±13 ans et majoritairement de sexe féminin alors qu'Elombila et al retrouvaient une prédominance d'adulte de sexe masculin [3]. La prédominance féminine dans notre série pourrait être justifiée par l'indisponibilité des hommes occupés par des contraintes professionnelles. Comme Pochard et al. [4] et Azoulay et al. [5], le lien de parenté était dominé par le conjoint dans plus de la moitié des cas suivi des parents (père/mère) dans 20,3% des cas concordant ainsi avec la responsabilité qui incombe à l'un des conjoints lorsque l'autre se retrouve en incapacité et secondairement la place importante du père ou de la mère.

Une satisfaction globale était constatée chez 82% des parents. Un résultat assez proche est rapporté par Midegal et al. qui retrouvaient que 77,1% des membres de la famille étaient satisfaits de l'unité de soins intensifs [6]. Bien que le niveau de satisfaction global est généralement élevé, plusieurs études ont montré que les niveaux de satisfaction des membres de la famille sont quelque peu inférieurs en ce qui concerne les aspects de communication [7, 8]. Les besoins centrés sur les familles de patients admis en réanimation exigent une stratégie de communication systématique entre ces dernières et les équipes de soins (médecins et infirmières) [9]. Ces informations doivent être cohérentes et être données par un nombre limité de cliniciens à un niveau et à un rythme approprié pour répondre aux questions des familles et assurer leur compréhension [10]. Avec 54% de satisfaction concernant la communication avec l'équipe médicale, loin de Ramesh et al. qui trouvaient 84,5% [11], notre enquête interpelle sur la nécessité d'améliorer les méthodes de communication avec les familles notamment en réduisant le délai d'attente des entretiens avec les médecins spécialistes qui sont le plus souvent impliqués dans d'autres activités au bloc opératoire et service des urgences.

Le cadre imposé aux parents pour être aux chevet des patients se résumait à deux visites par jour (matin et soir) d'une durée de deux heures. Comme Roger et al [12] on note une insatisfaction des familles devant ces mesures restrictives. Malgré la priorité qui doit être donnée aux soins, l'organisation de ceux-ci doit de plus en plus tendre à favoriser la présence des proches considérée aussi comme un soin à part entière [13].

S'agissant de la participation aux soins, seuls 6,8% des parents participaient aux soins en aidant uniquement à donner le repas. Ce qui est largement inférieur aux résultats de Durand-Gasselin qui retrouvait 60 % de participation aux soins notamment l'aide à l'alimentation 87 %, toilettes 38 %, aspiration trachéale 24 % [14].

Plusieurs études montrent qu'un environnement favorable à la présence et à l'implication des familles dans les soins est nécessaire pour leur bien-être [15, 16]. L'intégration des familles dans les soins doit être précédée d'une éducation et d'une formation et s'accompagner d'une évaluation continue de la qualité des soins. C'est l'absence de cette activité formatrice des parents des patients qui pourrait justifier le très faible taux de participation aux soins dans notre étude.

Comme dans l'enquête de Soumagne et al [17], notre étude relève que l'implication des familles dans les décisions médicales était jugée insuffisante. En France, les décisions sont assumées le plus souvent par l'équipe médicale, les proches étant informés, quelquefois consultés, mais moins souvent impliqués dans les décisions. La notion d'implication est une notion complexe, mal définie pour les familles, susceptibles de la désirer sans en mesurer les conséquences [18]. Dans plusieurs pays, la famille toute seule prendra rarement des décisions. Les choix partagés avec les proches s'opposent au paternalisme dans lequel le médecin assume seul les décisions pour éviter aux proches (et au patient) de devoir prendre les décisions difficiles et d'en assumer les conséquences [19].

CONCLUSION

Bien que largement au-dessus de la moyenne, le niveau de satisfaction des familles des patients hospitalisés en réanimation au CHUL est loin d'être totalement atteint. Une meilleure organisation de l'information, un assouplissement de la durée de la visite accompagnée d'une implication des familles au soin pourraient augmenter ce niveau de satisfaction.

RÉFÉRENCES

1. Kentish-Barnes N, Chaize M. Critères de jugement du mieux vivre en réanimation. *Réanim* 2010 ; 19:204 – 211.
2. Jensen H, Rik T, Gerritsen et al. Satisfaction with quality of ICU care for patients and families: the euroQ2 project. *Crit Care* 2017 ; 21:239.
3. Lindecker-Cournil V, Atramont A, Rudant J et al. Mortalité après un séjour en réanimation en France en 2013-Étude à partir des bases de données médico-administratives. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* : vol 67, suppl 2,2019,S98-S99.
4. Metogo Mbengono, J. A., Bengono Bengono, R., Mendimi Nkodo, J. et al. (2015). Etiologies des décès dans les services d'urgences et de réanimation dans deux hôpitaux de la ville de Yaoundé. *HEALTH SCIENCES AND DISEASE*, 16(1). Consulté à l'adresse <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/476>.
5. Elombila M, Otiobanda G.F, Mpoy Emy Monkassa et al. Satisfaction des familles de patients hospitalisés en réanimation polyvalente au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. *Rev Af Anesth Med Urgence* 2020 25(1) :55-60.
6. Pochard F, Azoulay E, Grassin M. Ethical principles for everyone. *Ann Intern Med* 2001 ; 134 : 1152.
7. 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.

8. Midegal T, Henrique S, Renata R. Satisfaction of family members of critically ill patients admitted to a public hospital intensive care unit and correlated factors. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2019; 31(2):147-155
9. Jinsoo M, Youlim K, Jung-Kyu L et al. Survey of family satisfaction with intensive care units: a prospective multicenter study. *Min et al. Medicine* 2018 ; 97:32
10. Carlson E, Spain D, Muhtadie L et al. Care and Caring in the ICU: Family Members' Distress and Perceptions about Staff Skills, Communication, and Emotional Support. *J Crit Care* 2015; 30 (3): 557-561
11. Quenot JP, Ecarnot F, Rigaud JP et al. Quels sont les problèmes éthiques liés au rôle de la famille dans les soins intensifs ? *Ann Transl Med*. 2017 ; 5 (Suppl 4) : S40.
12. Fumis R, Nishimoto I, Deheinzelin D. Interactions des familles avec les médecins de l'unité de soins intensifs : impact sur la satisfaction de la famille. *J Crit Care*. 2008 ; 23 (3): 281–6.
13. Ramesh V, Lakshmi R, Nagarajan R et al. Soins critiques : Sommes-nous conviviaux ? *Indian J Crit Care Med* 2015; 19 (9): 507-512
14. Roger C, Mari A, Bousquet P.-J et al. Élargissement des plages horaires de visites dans une unité de réanimation : l'avis des proches. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. Volume 29, Issue 6, June 2010, Pages 431-435
15. SRLF. Recommandations pour les visites des proches en réanimation. www.srlf.org. Consulté le 30 octobre 2022.
16. Durand-Gassel J. Faut-il faire participer les familles aux soins en réanimation ? *MAPAR* 2011. Pages 335-341. www.mapar.org. Consulté le 30 octobre 2022.
17. Quenot JP, Ecarnot F, Rigaud JP et al. Quels sont les problèmes éthiques liés au rôle de la famille dans les soins intensifs? *Ann Transl Med*. 2017; 5 (Suppl 4): S40.
18. Fumis R, Nishimoto I, Deheinzelin D. Interactions des familles avec les médecins de l'unité de soins intensifs: impact sur la satisfaction de la famille. *J Crit Care*. 2008; 23 (3): 281–6.
19. Soumagne N, Levrat Q, Frasca D et al. Enquête de satisfaction de familles de patients hospitalisés en réanimation. *Ann Fr Anesth Reanim* 2011, 30 : 894-8
20. Sarode V, Sage D, Phong J et al. Intensive care patient and family satisfaction. *Int J Health Care Qual Assur*. 2015; 28(1):75-81
21. Broek J, Brunsveld-Reinders A, Zedlitz A et al. Questionnaires on Family Satisfaction in the Adult ICU: A Systematic Review Including Psychometric Properties.. *Crit Care Med*. 2015 ; 43(8) : 1731-1744