



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 6 (2)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 6 September 2024
Accepted, 10 November 2024
Published, 11 November 2024
<https://www.revue-rasp.org>

To cite : Kiemde et al. (2024). Rôles et place d'un accompagnant de malade dans les établissements hospitaliers de la ville de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 6(2), 106-119. <https://doi.org/10.4314/rasp.v6i2.9>

Research

Rôles et place d'un accompagnant de malade dans les établissements hospitaliers de la ville de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Roles and place of a patient companion in the hospitals of the city of Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Adama KIEMDE^{1*}, Nabonswindé François Dieudonné SAWADOGO² et Augustin PALE³

¹ Université Thomas SANKARA (Centre Universitaire de Tenkodogo)

² Université Daniel Ouezzin COULIBALY

³ Université Joseph KI-ZERBO

*Correspondance : kiemdevilla@gmail.com ; Tel : +226 70 94 89 93

Résumé

Le milieu hospitalier est un champ social où se frottent au quotidien plusieurs acteurs et donc, divers systèmes de représentation. Les rôles des soignants et du malade sont légitimés et leur place est garantie, eu égard aux lois et textes qui le leur confèrent. En revanche, les prérogatives et les limites de l'action de l'accompagnant demeurent une nébuleuse dans les pratiques de soins. D'où l'objectif de cette étude, cerner les rôles et la place de l'accompagnant de malade dans les établissements hospitaliers. Cette recherche qualitative s'est déroulée au sein de quatre établissements hospitaliers publics et privés sur un échantillon constitué par raisonnement. Elle a consisté à réaliser des observations directes non participantes des interactions soignants – soignés et 63 entretiens individuels semi-directifs auprès de soignants, de malades hospitalisés et leurs accompagnants. Des résultats, il ressort que ces rôles peuvent être regroupés en deux catégories, la satisfaction des besoins de santé du malade, son bien-être et son épanouissement. Quant à sa place, quand bien même les soignants reconnaîtraient son rôle dans la délivrance des soins, trouvent que certains attitudes et comportements compromettent l'atteinte de soins de qualité. Du côté des malades par contre, la majorité absolue désire être hospitalisée avec un proche comme accompagnant. Pour eux, sa présence humanise l'hospitalisation, consolide les liens sociaux, maintient le capital social du malade, pallie au dysfonctionnement des unités de soins, rassure et sécurise. En dépit de la controverse sur sa place, l'accompagnant reste un maillon essentiel de la chaîne d'une prise en charge holistique du malade.

Mots clés : hôpital ; relations soignants – soignés ; rôle ; accompagnant de malade ; Burkina Faso

Abstract

The hospital environment is a social field where several actors, and therefore various systems of representation, rub shoulders daily. The roles of caregivers and patients are legitimised and their place is guaranteed, given the laws and texts that confer on them. On the other hand, the prerogatives and limits of the action of the companion remain nebulous in care practices. Hence, this study aims to identify the role and place of the patient's companion in hospitals. This qualitative research took place in four public and private hospitals on a sample constituted by reasoning. It carried out direct non-participant observations of caregiver-patient interactions and 63 semi-directed individual interviews with caregivers, hospitalised patients and their companions. The results show that their roles can be grouped into two categories: the satisfaction of the patient's health needs, their well-being and their development. As for its place, even if caregivers recognize its role in care delivery, they find that some attitudes and behaviors compromise the achievement of quality care. On the side of patients, the absolute majority want to be hospitalized with a loved one as a companion. For them, their presence humanizes hospitalization, consolidates social ties, maintains the social capital of the patient, compensates for the dysfunction of care units, reassures and provides security. Despite the controversy over its place, the companion remains an essential link in the chain of holistic patient care.

Keywords : hospital; caregiver – patient relationships; role ; patient's companion ; Burkina Faso.

1. Introduction

La maladie est un fait social autour duquel se dressent des représentations, des réalités sociologiques et sociales qui demandent à être comprises, afin d'atteindre l'efficacité et l'efficience thérapeutique. La compréhension des perceptions sociales sur l'accompagnant et de ses rôles s'inscrit dans ce cadre. L'accompagnement comme processus est une longue tradition inhérente à la condition humaine. Durant toute sa vie, l'homme a toujours eu besoin d'être accompagné. Trois approches ont été développées (Lietard, 1998) pour maintenir l'individu dans le groupe ou pour faire de lui un être autonome. On peut décider d'accompagner un individu soit parce qu'il a un handicap, soit parce qu'il a un projet à réaliser et l'assistance d'une personne pétrie d'expériences s'avère nécessaire pour atteindre cet objectif quel qu'il soit. L'homme étant un être de culture, il ne peut atteindre sa plénitude que grâce à l'accompagnement des autres. Notre existence d'être, de pensée et de désir, sous-tendue par l'œuvre de culture, s'avère largement tributaire de l'éducation, de l'information reçue, donc en général d'une présence effective de personnes significatives autour de nous.

Dans le domaine de la santé, l'introduction de la notion d'accompagnement s'est faite dans le cadre des soins palliatifs. Il traduit la relation spécifique qui se noue entre les soignants et les patients atteints de maladies incurables. Mais selon les contemporains tels que Jouteau-Neves (2005), accompagner un malade, c'est lui apporter les soins et les soutiens nécessaires pour l'aider à supporter ses souffrances physiques et morales. De ce point de vue, ces auteurs voient l'accompagnement comme une approche alliant les soins techniques à une dimension relationnelle. Il en est de même chez Millet (2006) pour qui, les soins sont avant tout une pratique relationnelle.

Jouteau-Neves (2005, p.90), précise que « *L'accompagnement est dialectique, l'accompagné et l'accompagnant se reçoivent l'un de l'autre* ». Les trois formes de don de Mauss à savoir l'obligation de donner, de recevoir et de rendre se retrouvent dans cette relation même s'il n'est pas d'ordre matériel (Millet, 2006). En pratique, l'accompagnement du malade est multiforme et exige des compétences pluridisciplinaires et trois acteurs se distinguent. Il s'agit des soignants professionnels, des bénévoles et des accompagnants familiaux. Les soignants et les

bénévoles se rapprochent du fait qu'ils ont reçu une compétence technique pour exercer les actions d'accompagnement.

Globalement, plusieurs recherches théoriques ont été réalisées sur la compréhension de la structure comme institution ainsi que les différentes professions qui y sont exercées (Riopelle, Grondin *et al.*, 1984 ; Gasparuto, 1992 ; Gassier, Le Neures *et al.*, 2007 ; etc.). Parmi les recherches empiriques effectuées sur les relations entre soignants et soignés au Burkina Faso il y a celles de Gobatto (1999), Ouangrawa, (2001), Bouda/Kaboré (2004), etc. et entre soignants (Gobatto, 1999). Peu de recherches empiriques conduites jusque-là se sont intéressées à l'accompagnant de malade. Il est le plus souvent un proche qui peut être désigné par la famille pour être aux côtés du malade durant son hospitalisation. Seulement, ce qui ressort des analyses informelles d'autres acteurs du milieu de soins, on évoque tantôt les bienfaits de la relation tripartite où il en fait partie, tantôt, on attire l'attention des soignants sur le risque de son engagement excessif dans la qualité des soins. Ainsi, des lacunes entourent la compréhension des rôles de l'accompagnant de malade et par ricochet la nécessité de sa présence dans le milieu de soins. Quels rôles joue-t-il exactement dans la relation de soins ? Comment soignants et personnes malades apprécient-ils sa présence dans leur relation ?

2. Matériaux et Méthodes

L'étude est réalisée selon une démarche de recherche qualitative. La méthodologie comporte la description de la population de l'étude, l'échantillonnage, les techniques, les outils et l'éthique de la recherche.

2.1. Population d'étude

Il s'agit de la population de la ville de Bobo-Dioulasso particulièrement celle présente au niveau des établissements hospitaliers au moment de l'étude. Deux groupes ont été ciblés :

- le personnel soignant composé des chefs de service, agents médicaux et paramédicaux,
- les accompagnants et les malades hospitalisés.

2.2. Echantillonnage

Il est de degré 2 et a consisté à choisir d'abord les établissements sites de l'étude. Par un choix raisonné, l'hôpital de district de Dô (H.D de Dô) et le centre hospitalier universitaire Souro Sanou (C.H.U-S.S) ont été retenus pour ce qui concerne les établissements publics. Pour le privé, il s'agit des polycliniques Espace médical de Sya et Saint Léopold. Le critère principal étant la forte fréquentation de ces établissements. Le choix de parcourir des établissements publics et privés s'explique par la volonté de trianguler l'information et de pouvoir comparer les réalités de ces établissements qui ont des statuts différents.

Ensuite, le 2^{ème} degré a concerné nos informateurs. Il a été procédé par un tirage aléatoire simple de deux agents par service de santé en plus du premier responsable qui est systématiquement retenu en tant personne ressource. Pour les accompagnants et les malades hospitalisés, c'était une rencontre accidentelle conditionnée par la volonté de participer à l'étude. Le principe de la saturation de l'information a déterminé la taille de l'échantillon. En effet, nous avons arrêté les entretiens dès lors que les opinions recueillies à un moment donné de l'enquête étaient sensiblement identiques aux entretiens précédents.

2.3. Techniques et outils de collecte des données

L'entretien : il s'agit d'un entretien semi-directif individuel. Avec les chefs de service nous avons pris en compte l'état général qui permettrait de tenir un tel exercice et sa volonté de participer à l'étude. Afin de garantir la mixité, les malades des différentes unités de soins composant le service ont été également pris en compte pour diversifier les informations. Un guide entretien spécifique à chaque groupe a été construit à cet effet. Certains entretiens ont été enregistrés avec l'accord de l'enquêté. L'observation directe : elle a été non participante et a

consisté à suivre des échanges *in situ* des interactions entre accompagnant et les autres acteurs que sont le personnel soignant et la personne malade. Elle débute dès notre entrée dans le service. Les différents faits sont soigneusement notés sur la grille. Par ailleurs, nous avons fait recours à un appareil de prise d'images afin d'immortaliser certains faits empiriques. La phase empirique s'est déroulée du 05 novembre 2014 au 23 décembre 2014 dans les établissements hospitaliers ci-dessus retenus.

2.4. Ethique de la recherche

Avant de se rendre sur le terrain, nous avons obtenu une autorisation de collecte de données du directeur régional de la santé des Hauts-Bassins, première autorité du ministère de la santé dans la région. Les modalités de notre rapport direct avec les enquêtés a consisté à leur présenter l'objectif de l'étude, de leur donner la garantie de la confidentialité des données collectées qui ne seront utilisées qu'aux fins de l'étude. Pour cela, l'anonymat a été privilégié même pour les verbatim qui sont utilisés. A l'issue de cela, nous avons arrêté ensemble les modalités pratiques à savoir la désignation des services et les agents qui se sont prêtés aux échanges.

2.5. Traitement des données

Après la phase empirique nous avons procédé à la retranscription des entretiens enregistrés et une mise au propre de ceux qui ne l'ont pas été. Ces fiches d'entretien ont été ensuite numérotés par ordre et par groupe cible. Enfin, l'analyse a porté sur des sous-thèmes. Les verbatim qui ont été employés proviennent tous des entretiens. Le respect de l'anonymat des destinataires nous a conduit à les attribuer les initiaux des identités de l'informateur

3. Résultats

3.1. Récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

En rappel, la collecte des données a eu lieu au sein de quatre établissements hospitaliers dont deux services de santé publics (H.D de Dô et C.H.U-S.S) et deux cliniques médicales privées (Espace médical de Sya et Saint Léopold).

Tableau 1 : Récapitulatif de l'ensemble des entretiens et de leur répartition par établissement hospitalier.

Sites de collecte	Services enquêtés	Personnel soignant	Accompagnants de malade	Personnes malades	Total
Hôpital de district de Dô	Maternité	3	2	2	7
	Médecine	3	2	2	7
	Post-opérés	3	3	1	7
Total Hôpital de Dô		9	7	5	21
C.H.U-S.S.	Pneumologie	3	1	2	6
	Cardiologie	1	2	2	5
	Médecine 5f.	3	3	2	8
	Gynécologie	3	2	2	7
	Urologie	1	2	2	5
Total C.H.U-S.S.		11	10	10	31
Cliniques privées	Espace médical de Sya	3	1	2	6
	Saint Léopold	2	2	1	5
Total Cliniques privées		5	3	3	11
Total		25	20	18	63

Source : enquête de terrain, Novembre-Décembre 2014

Au total, 63 entretiens ont été réalisés comme consignés dans le tableau 1. 52 sont faits au niveau des établissements hospitaliers publics et 11 dans des établissements hospitaliers privés. En ce qui concerne le personnel soignant, sept entretiens ont été faits auprès des chefs de service

et 18 auprès des agents. S'agissant de l'autre groupe, des entretiens ont été effectués auprès de 20 accompagnants et 18 personnes malades.

3.2. Personnel soignant

Sur le profil socioprofessionnel du personnel soignant enquêté (tableau 2), six sont des médecins et 19 sont des paramédicaux dont quatre sage-femmes /maïeuticiens, 12 infirmiers et trois attachés de santé. Sur ce nombre, les 20 sont issus des hôpitaux publics et les cinq autres sont des hôpitaux privés.

Tableau 2 : Récapitulatif des entretiens avec le personnel soignant.

Statut hospitalier Statuts du personnel	Public	Privé	Sexe		Total
			M	F	
Médecin	3	3	4	2	6
Sage-femmes / Maïeuticien	4	0	2	2	4
Attaché de santé	3	0	3	0	3
Infirmier	9	2	10	1	11
Agent itinérant de santé	1	0	1	0	1
Total	20	5	20	5	25

Source : Enquête de terrain Novembre-Décembre 2014.

3.3. Personnes malades

Dans le tableau 3, le bilan fait ressortir 18 personnes malades enquêtées dont huit hommes et 10 femmes. Ils appartiennent à de différents groupes socioprofessionnels et ont des niveaux d'instruction différents. Ils sont constitués de personnes mariées, célibataires et de veuves avec des responsabilités différentes dans leur famille (pères de famille ou mère de famille).

Tableau 3 : Récapitulatif des entretiens avec les personnes malades hospitalisées

Statut hospitalier Statut professionnel des malades	Public	Privé	Sexe		total
			M	F	
Employé du secteur public/privé	2	3	5	0	5
Ménagère	7	0	0	7	7
Elève	1	1	1	1	2
Commerçant	3	0	1	2	3
Cultivateur	1	0	1	0	1
Autres activités	0	0	0	0	0
Total	14	4	8	10	18

Source : Enquête de terrain Novembre-Décembre 2014.

En établissant le lien social qu'il entre les personnes malades et leurs accompagnants, certains sont accompagnés par un père, une mère, de frères ou de sœurs. D'autres ont à côté d'eux un époux ou une épouse. Quelques-uns sont accompagnés par un ami ou par un cousin.

3.4. Rôles de l'accompagnant de malade

En absence de textes réglementaires qui fixent les rôles de l'accompagnant de malade, c'est de manière empirique que nous les avons établis à partir des réponses des soignants.

3.4.1. Satisfaction des besoins de santé du malade

Le rôle étant à la fois théorique et pratique, la question adressée aux soignants est de savoir quels sont les rôles d'un accompagnant de malade dans la pratique ?

- L'effectivité des formalités administratives de l'hospitalisation

Les formalités administratives consistent à faire reconnaître officiellement le malade dans le circuit de la prise en charge. Elles comprennent le paiement des droits d'admission et la représentation du malade. D. A, couturier et accompagnant déclare :

la maladie de mon frère nécessite une hospitalisation d'au moins neuf mois selon le médecin, alors qu'il travaille à Essakane. Sa maladie n'est pas considérée comme un accident de travail. Dans un premier temps il fallait sauver son emploi pour qu'après la guérison, il puisse

réintégrer l'entreprise. Pour cela j'ai demandé et ai obtenu un certificat médical qui m'a permis de convaincre son employeur. Ensuite, engager une négociation avec son employeur pour avoir un appui financier mensuel dans le but de nous aider à joindre les deux bouts. Depuis un certain temps, cela est effectif. (Entretien réalisé au service de pneumologie du C.H.U-S.S du 25 au 30 novembre 2014).

C'est aussi à l'accompagnant de prendre des dispositions avec tous les services publics ou privés pour d'éventuels actes administratifs comme les prises de rendez-vous pour les consultations et les réalisations des examens à l'externe.

- **Transport du malade**

A la différence des rôles principaux, celui-ci est fonction de l'état général du malade et des besoins des soignants. Il intervient pour des consultations et des examens à l'extérieur de l'hôpital ... « nous n'avons pas de personnel brancardier. Ce sont les accompagnants de malade qui jouent ce rôle de transport de malade entre les différents services » affirme T. M, infirmier. (Entretien réalisé au service de médecine de l'H.D de Dô du 07 au 14 décembre 2014).

Séance tenante, nous observons un groupe de trois accompagnants dont deux transportant le malade et un autre qui tient des perfusions placées au service d'urgence pour rejoindre les hospitalisations situées à environ trois cent mètres.

- **L'approvisionnement en médicaments et consommables pour les soins**

« Sans les médicaments il est impossible de pratiquer des soins au malade », souligne S.M., surveillant d'unité de soins au C.H.U-S.S. En effet, dans le système des soins hospitaliers publics, selon les explications des soignants, c'est au malade, s'il le peut, ou à une tierce personne en l'occurrence son accompagnant, d'honorer les ordonnances et d'apporter à l'équipe soignante les médicaments et consommables nécessaires pour les soins (Photo1). C'est pourquoi S. M, ajoute « notre rôle est de prescrire les médicaments appropriés, mais c'est au malade ou son accompagnant d'aller les acheter en pharmacie ». (Entretien réalisé au service de médecine 5f du C.H.U-S.S du 1^{er} au 03 décembre 2014).

Mais au niveau des établissements privés le patient fait un dépôt sous forme de caution dont le planché est de cent mille francs à l'admission. Le compte rendu des dépenses effectuées sur ce compte est fait au besoin et dès lors qu'elle tire à épuisement, le gestionnaire attire l'attention des bénéficiaires.



03/12/2014

Photo 1 : File d'attente d'accompagnants devant la pharmacie du C.H.U-S.S.

- La surveillance du malade et des traitements

La quasi-totalité des soignants enquêtés admettent que c'est l'accompagnant de malade qui assure la surveillance de son malade et le traitement. Ce rôle est constitué de deux phases parfois intimement liées et très souvent juxtaposées. La surveillance consiste pour l'accompagnant à ne pas prendre de distance avec le malade. Elle a pour but d'enregistrer les faits et les gestes anormaux de son malade comme le fait O. A, cultivateur et accompagnant,

le vieux tousse depuis hier, mais comme à la visite de ce matin je n'étais pas présent ; parce qu'on nous a fait sortir, je n'ai pas pu les informer. Après la visite je les informe et ils me répondent qu'il fallait le dire avant. Maintenant il faut attendre la visite du lendemain pour qu'une décision soit prise. (Entretien réalisé au service de médecine 5f du C.H.U-S.S du 1^{er} au 03 décembre 2014).

Pour les traitements par voie orale, l'accompagnant garde les produits et veille à la prise selon la posologie. Pour les traitements par voie parentérale notamment par voie veineuse, les soins spéciaux, ils sont administrés par les infirmiers. Mais la surveillance des perfusions et des transfusions est confiée à l'accompagnant. S. M, surveillant d'unité de soins au C.H.U-S.S. s'explique cette nécessité d'une implication effective de l'accompagnant,

pour une transfusion, l'infirmier prévient l'accompagnant des phénomènes à observer (grelotements, sudations, vomissements, difficultés respiratoires...) et au vu d'une de ces manifestations, il alerte très rapidement l'équipe soignante. Nous sommes en nombre très réduit surtout pendant la garde et, il ne peut pas y avoir un infirmier au chevet de chaque malade pour le suivre même si nous sommes conscients que c'est un acte purement infirmier. (Entretien réalisé au service de médecine 5f du C.H.U-S.S du 1^{er} au 03 décembre 2014).



16/12/2014

Photo 2 : Dispositif de surveillance du malade mis en place par un accompagnant au C.H.U-S.S

- Apport de renseignements nécessaires au diagnostic et au traitement du malade

En effet, en absence de sources fiables de vérification sur les antécédents médicaux, l'accompagnant connaît mieux le malade et est en mesure de situer le soignant. Il détient une partie de la vérité des faits sur la maladie à communiquer aux soignants pour toute fin utile. A ce sujet S. M., surveillant d'unité fait remarquer que,

le malade, sous le joug de la douleur peut ne pas être assez fidèle à sa maladie ; il peut y avoir parfois de l'exagération de sa part. Nous nous intéressons dans ce cas aux informations dites complémentaires de la part de l'accompagnant pour établir certains diagnostics sur la maladie. (Entretien réalisé au service de médecine 5f du CHU-SS du 1^{er} au 03 décembre 2014).

3.4.2. Rôles dans le bien-être et l'épanouissement du malade

Il s'agit d'assurer la continuité d'un certain nombre d'actions qui sont vitales pour le malade.

- L'alimentation

L'alimentation du malade est le premier besoin fondamental en ce sens qu'elle permet de maintenir le malade en vie. La quasi-totalité des soignants rencontrés sont unanimes là-dessus, c'est l'accompagnant du malade qui veille à l'alimentation du malade que ce soit dans les hôpitaux publics ou privés. Monsieur S. A, agent itinérant de santé de Dô précise que, *c'est à lui par exemple que nous donnons les régimes alimentaires adaptés à l'état du malade. Pour les malades post-opérés, il y a une interdiction formelle de consommer des fruits tels que la banane, les aliments lourds comme le haricot.* (Entretien réalisé au service post-opéré de l'H.D de Dô du 07 au 14 décembre 2014).



12/12/2014

Photo 3 : File d'attente d'accompagnants pour le service du repas de midi au C.H.U-S.S.

- L'hygiène alimentaire, corporelle et vestimentaire du malade

Pour un malade, l'hygiène est très capitale pour son confort. Elle porte sur la propreté aussi bien des aliments, du corps, de la bouche que du linge. Dans l'hygiène alimentaire, il faut intégrer à la notion de propreté et celle de la qualité du repas qui est servi au malade pour laquelle s'inscrit le respect des régimes spéciaux pour certains types de maladie. K. I., infirmier, insiste là-dessus, *« le couple hypertension-diabète contraint tous nos patients à un régime sans sel et sans sucre. Et ça, l'accompagnant doit le savoir ».* (Entretien réalisé au service de cardiologie du C.H.U-S.S du 04 au 05 décembre 2014).

Quant à l'hygiène corporelle et vestimentaire, un des objectifs poursuivis est de lutter contre les escarres. Dans cette lutte, S. H, infirmière affirme, *« nous les formons sur les techniques pour changer les draps, appliquer le talc ».* (Entretien réalisé au service de médecine 5f du C.H.U-S.S du 1^{er} au 03 décembre 2014).

Pour ce faire, l'accompagnant a le devoir de veiller au quotidien à ce que le malade ne reste pas dans ses vêtements sales ni dans la même position. A chaque fois qu'il émet des urines ou des selles, le bon réflexe consiste à les éliminer aussitôt, souligne S. H.

- Le soutien moral et à la mobilité

De l'avis de O.Y, attaché de santé et qui est partagé par d'autres soignants,

la personne malade comme le personnel soignant ont tous besoin des encouragements de l'accompagnant pour offrir le meilleur d'eux-mêmes dans ce qu'ils font. (Entretien réalisé au service de médecine de l'H.D de Dô du 07 au 14 décembre 2014).

En dehors de ce besoin de soutien moral, l'accompagnant apporte d'autres services dans le travail. Par exemple pour le cas des malades agités, c'est à lui que revient la tâche de le

mobiliser pour permettre que les soins se pratiquent dans des conditions acceptables et de veiller à ce qu'il ne chute pas du haut de son lit. A ce propos, T. H, un des surveillants d'unité du département de la chirurgie au C.H.U-S.S, déclare : « *il nous permet de pallier un tant soit peu à l'insuffisance en personnel infirmier et de soutien* ». (Entretien réalisé du 22 au 24 novembre 2014).

Par conséquent, T.M, infirmier à l'hôpital du district de Dô souligne que « *l'accompagnant est le prolongement des pieds et des mains du malade* » en ce sens qu'il fait tout pour lui. (Entretien réalisé au service de médecine de l'H.D de Dô du 07 au 14 décembre 2014). Il assure sa mobilité sur le lit et l'emmène dans ses déplacements.

Au-delà de la contribution de l'accompagnant dans la réalisation des soins offerts au malade, comment sa présence est-elle appréciée par les soignants ainsi que les personnes malades ?

3.5. Perceptions des acteurs sur la place de l'accompagnant de malade

3.5.1. Perceptions des soignants

Les soignants soulignent que certaines interventions sont malheureusement faites au détriment de la qualité des soins. Parmi celles-ci qui ont été relevées comme étant aux antipodes de l'esprit des soins de qualité, on note :

- La stigmatisation et la discrimination aussi bien de soignants que de malades
Pour certains enquêtés, l'accompagnant manque de discernement dans son jugement global sur les soignants. En effet, le travail dans les services est organisé en équipe. Il lui suffit de vivre un malentendu avec un membre de l'équipe et la méfiance s'installe avec les autres voire avec tout le reste du personnel. C'est une erreur énorme d'avoir une telle représentation sur le personnel à partir d'une expérience malheureuse. O. Y, attaché de santé reconnaît que « *dans un groupe, tous n'ont pas le même tempérament ni la même éducation encore moins une façon identique de résoudre les différends avec les autres acteurs* ». (Entretien réalisé au service de médecine de l'H.D de Dô du 07 au 14 décembre 2014).

Une fois cette crise installée, certains accompagnants refusent de collaborer franchement avec les soignants. Il s'en suit parfois d'un refus d'honorer les ordonnances, de non-respect des consignes de sécurité, des traitements et du régime alimentaire compromettant ainsi la réussite des traitements. En plus des soignants, certains malades font l'objet de stigmatisation et de discrimination. C'est surtout, les malades sidéens, cancéreux et les cas d'interruption volontaire de grossesse. T. A, médecin interne au service de gynécologie du C.H.U-S.S, partage une expérience de gestion difficile d'un cas d'avortement avec l'accompagnant :

la fille admise nous a soufflé à l'oreille de ne pas révéler à ses parents ce qui lui est arrivé. Nous avons pu le faire après trois semaines d'hospitalisation. Au vingt et unième jour, la maman qui a mis la pression sur un infirmier, qui peut-être par imprudence l'a informée du problème que vivait sa fille. Automatiquement, elle s'en est prise à elle par des injures, des menaces parce que pour elle, sa fille a fait un choix de vivre sa maladie. Enfin de compte, elle l'abandonna le lendemain nous contraignant à la libérer puisqu'elle n'avait plus quelqu'un pour la supporter. (Entretien réalisé du 05 au 10 novembre 2014).

- Les ruptures de confiance et de confiance

La présence de l'accompagnant est parfois un facteur de rupture de confiance entre lui et les soignants puisqu'il interprète et juge mal les actions des soignants. Etant donné qu'il est plongé pendant longtemps dans le milieu, il observe la façon d'agir des soignants, cependant il ne retient qu'une seule façon de faire. Toute autre pratique qui s'écarte des habitudes est mal perçue et interprétée comme une incompétence du praticien. En outre il y a une rupture de confiance dans la relation soignant - malade qui est nécessaire à la confiance mutuelle. Sa présence constitue une limite dans l'interaction soignant - malade. Ils craignent pour le non-respect de la vie privée du malade comme B.J, médecin pour qui, « *il tient à tout prix à connaître le diagnostic de la maladie, or nous savons que c'est juste pour des commérages* ». (Entretien réalisé à la clinique Espace médical de Sya du 15 au 18 décembre 2014). Pour ce médecin interne T. A,

nous sommes en maternité, et pour les soins intimes, les femmes sont mal à l'aise que cela se passe en présence d'autres personnes. Il est parfois difficile de parvenir à évacuer les salles avant de pratiquer les soins. (Entretien réalisé au service de gynécologie du C.H.U-S.S du 05 au 10 novembre 2014).

- Porteur de jugements stéréotypés, obstacles à l'administration des soins

Pour certaines maladies, les connaissances populaires ont fini par fixer une représentation erronée sur les pratiques médicales. Pour sa part, B. W, médecin à la clinique St Léopold se souvient d'un cas de prise en charge d'un diabétique en urgence : *« il s'est opposé à ma prescription parce que tout simplement il y avait un sérum glucosé qui faisait partie de l'ordonnance ».* (Entretien réalisé du 20 au 23 décembre 2014).

Dans le même ordre d'idée les soignants rencontrent des difficultés dans le traitement des cas d'ictère communément appelée jaunisse où une phobie populaire s'est exacerbée sur l'injection. De mêmes, les soignants soulignent l'administration frauduleuse de remèdes traditionnels au niveau des maternités dont ils soupçonnent l'accompagnant d'être à l'origine. G.O, maïeuticien, *elle nous crée d'énormes soucis car les effets secondaires sont imprévisibles, il existe de ces produits traditionnels qui accélèrent effectivement le travail d'accouchement. Cette accélération n'est pas toujours dans l'intérêt de la parturiente.* (Entretien réalisé à la maternité de l'H.D de Dô du 07 au 14 décembre 2014).

- Le manque de compétences pour assurer un accompagnement efficace

Pour Y.E, médecin stagiaire interne, *« c'est parce que l'accompagnant est présent que nos autorités ne prêtent pas suffisamment attention à cette problématique ».* (entretien réalisé au service de pneumologie du C.H.U-S.S du 25 au 30 novembre 2014).

En effet, l'accompagnant n'étant professionnel, ne peut qu'intervenir avec certaines limites mettant en danger les soignants et le malade. Ce qui est important pour le diagnostic, est pris du superflu pour lui et peut entraîner une répression. En outre, il n'y a pas de fidélisation et les phases de relai entre accompagnants sont mal assurées, occasionnant des pertes d'informations capitales. T. M, infirmier à Dô explique qu'*« à la visite, vous lui posez certaines questions sur l'état du malade, il est incapable de vous répondre parce que lui-même n'a pas passé la nuit avec le malade en question ».* (Entretien réalisé au service de médecine de l'H.D de Dô du 07 au 14 décembre 2014).

- L'anarchie dans les unités de soins

Ce n'est que dans la sérénité que l'homme peut réaliser une production optimale. Avec les accompagnants c'est peine perdue puisque le nombre pléthorique et les va et vient perturbent le travail. B. J, médecin directeur, se souvient de cette situation en ces termes :

nous avons tenté de limiter le nombre sans succès. Au début on avait pris la résolution d'admettre un accompagnant uniquement, plus tard on est passé à deux pour se conformer à nos réalités sociales. Mais impossible de faire respecter cela. Les heures de visites ne sont pas respectées, les consignes de respect de la tranquillité des malades non plus. Il leur appartient de faire savoir à ceux qui leur rendent visite qu'il y a des règles à respecter pour aider au bon fonctionnement du service. Les nuisances sonores (sonneries de cellulaires, causeries entre camarades) sont fréquentes malgré les messages de rappel au respect des règles de bonnes pratiques. (Entretien réalisé à la clinique Espace médical de Sya du 15 au 18 décembre 2014).

- Les atteintes à l'intégrité morale des soignants

Dans le milieu hospitalier, le contact direct et permanent entre l'accompagnant et les soignants est un facteur qui favorise entre autres vices, la corruption. Ce qui est évident, les propositions de corruption ou les tentatives de corruption, très souvent, ne viennent pas du malade alité. Il est certain que les vertus morales professionnelles et de probité ne se seraient pas affaiblies si elles étaient à l'abri de telles tentatives. S. H, infirmière affirme :

je ne peux pas bien travailler quand je sens la présence de l'accompagnant dans l'entourage. L'œil extérieur me juge et l'erreur quand bien même elle est humaine, n'est pas permise. (Entretien réalisé au service de médecine 5f du C.H.U-S.S du 1^{er} au 03 décembre 2014).

La présence de l'accompagnant est donc vue comme un obstacle physique et mental pour certains soignants. Certains pensent comme Y. E., médecin stagiaire interne que « *la présence de l'accompagnant rend les paramédicaux paresseux dans leur travail* ». (Entretien réalisé au service de pneumologie du 25 au 30 novembre 2014).

3.5.2. Perceptions des personnes malades

La position des soignants sur la place de l'accompagnant est mitigée. Cependant, les résultats des entretiens révèlent que 13 sur les 18 malades enquêtés veulent être hospitalisés avec un proche comme accompagnant tandis que quatre préfèrent être hospitalisés seul. Une personne est sans préférence et dit s'adapter à toutes les situations, pourvu que le modèle choisi soit efficace. Quant aux motifs qui justifient le choix d'être hospitalisé avec un proche comme accompagnant, plusieurs arguments sont avancés.

- La préservation du capital social et de la vie privée du malade

La présence d'un accompagnant est un des signes positifs de son acceptabilité au sein de la communauté de base. C'est donc un honneur de voir ses proches être à pied d'œuvre pour l'accompagner, l'assister dans ces moments si difficiles. C'est une preuve de l'intégration de l'individu malade au sein de sa communauté. L'accompagnant lui offre la possibilité de maintenir le contact avec sa famille. Sa présence annule ainsi l'isolement du malade provoqué par la maladie. C'est même un déshonneur pour un malade d'être solitaire dans une période malade. C'est en ce sens que S. S., prêtre hospitalisé seul en clinique privée, pense que la présence de l'accompagnant est nécessaire et meilleure que de suivre une télévision,

l'accompagnement est la preuve du lien social, l'accompagnant rappelle au malade qu'il appartient à une communauté de base, à une famille. Il est la connexion avec la famille ». (Entretien réalisé à la clinique Espace médical de Sya du 15 au 18 décembre 2014).

Pour d'autres encore, sa présence permet au malade de préserver sa dignité qui n'a plus ce réflexe.

Etant donné que le malade n'est plus à mesure de maintenir les échanges convenablement avec le monde extérieur, dans certains cas la tâche revient à l'accompagnant d'assurer cette continuité. Pour B. M., assistant des douanes, hospitalisé à la clinique Espace médical de Sya « *il reçoit mes appels téléphoniques et me rend compte* » (entretien réalisé à la clinique Espace médical de Sya du 15 au 18 décembre 2014).

Chez C. S., ménagère hospitalisée en cardiologie,

la présence de l'accompagnant me permet de maintenir le lien avec la famille restée au village. Il m'informe au fur et à mesure de l'évolution de ma santé ». (Entretien réalisé au service de cardiologie du C.H.U-S.S du 04 au 05 décembre 2014).

- Une alternative au dysfonctionnement technique des unités de soins

Plus d'un malade a le sentiment que sans l'accompagnant il n'aura pas de soins. Pour D.D, électricien, hospitalisé à l'hôpital du district de Dô,

les soignants ne jouent pas leur rôle. Ils ne sont pas disponibles. Tu peux les appeler à maintes reprises et en vain. Tu finis par fermer la perfusion toi-même ou par ton accompagnant ». (Entretien réalisé au service de médecine de l'H.D de Dô du 07 au 14 décembre 2014).

Un avis que ne remet pas en cause D. I., professeur certifié, hospitalisé en urologie du C.H.U-S.S,

je préfère l'accompagnement d'un proche. Dans notre contexte, un hôpital sans accompagnant, c'est un fiasco. Même avec la présence de l'accompagnant, tu peux à maintes reprises demander en vain l'intervention des soignants... (Entretien réalisé au service d'urologie du C.H.U-S.S du 12 au 17 novembre 2014).

Il est soutenu par B.M, agent des douanes hospitalisé pour qui,

les membres de ta famille sont plus sensibles à ta souffrance et s'engagent à te supporter quelle que soit la situation. Les soignants vont débiter les actions de soutien mais n'iront pas au bout, puisque la vocation s'en va par la suite ». (Entretien réalisé à la clinique Espace médicale de Sya du 15 au 18 décembre 2014).

- La lutte contre l'ennui et l'anxiété de l'environnement hospitalier

Lorsque le malade est solitaire, l'ennui s'installe. Pour S.S, prêtre hospitalisé,

je préfère avoir un accompagnant animé pour des échanges que de disposer d'un objet inanimé comme le poste-téléviseur. (Entretien réalisé à la clinique Espace médical de Sya du 15 au 18 décembre 2014).

Cette présence participe à l'assurance et à la sécurisation du malade contre les « abus » des soignants et des effets indésirables des actes de soins et des médicaments. Avec l'accompagnant, le malade a une personne sur qui il peut compter. Dans les discours des malades, il faut retenir que la majorité passe des moments agréables, aux côtés de leur accompagnant. Ils estiment que dans une hospitalisation en son absence, leur bonheur s'envolerait au vu de ce qu'il leur apporte.

4. Discussion

Les résultats de notre étude font ressortir qu'un accompagnant de malade joue plusieurs rôles dans l'accomplissement des soins. Il est bien apprécié quand il concourt à l'atteinte de soins de qualité. « Un soin est de qualité quand il répond de façon adaptée aux problèmes du moment du patient » (Charron et Giraud, 1999, p.24). Nos résultats montrent que les soignants recourent dans ce sens aux services de l'accompagnant. Il s'agit entre autres, l'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux, de la surveillance et de l'observance des traitements, des renseignements et du soutien moral du malade. Il assure également le bien-être et l'épanouissement du malade à travers son alimentation régulière, pour son hygiène corporelle et vestimentaire, et pour accomplir les formalités administratives. Fillol et *al.* (2015) ont également constaté pratiquement les mêmes rôles au niveau des services d'urgence des hôpitaux au Burkina Faso. Ce qui montre que les rôles que joue un accompagnant sont indépendants de service mais se rencontrent à tous les niveaux du système de soins.

Une autre étude qui s'est intéressée aux représentations des soignants notamment de médecins sur l'entourage accompagnant le patient en consultation au niveau de la France (Fantino et *al.*, 2007) révèle que la contribution qui est attendue de lui est principalement un rôle d'aide sur : le choix de maintien à domicile ou à l'institution, le diagnostic par l'observation, le respect et l'observance des traitements, à l'alerte en cas de besoin, l'évaluation de l'efficacité du traitement, le soutien psychologique du patient, le respect des mesures hygiéno-diététiques et à la décision sur la stratégie thérapeutique. Cela montre encore que ses rôles sont à quelques exceptions près, autant valables pour les soins en consultation qu'en hospitalisation. Dans un contexte similaire mais cette fois-ci l'accent a été mis sur le rôle et l'influence des accompagnateurs en consultation à l'hôpital universitaire Aghan Kan de Karachi au Pakistan à partir des réalités des patients (Andrades et *al.*, 2013). Il ressort de cette étude que,

Majority of the participants responded that companions were present to either provide company 90% and/or emotional support 90%. Approximately 62% of the participants reported that companions assisted with transportation. Around 57% of the participants reported that their companion's role was to facilitate communication regarding their concerns, 51% of the companions helped in recalling advice given by the doctor and 49% assisted in decision making during the consultations. (Andrades et *al.*, 2013, p.285).

Dans le même sens, les personnes hospitalisées interviewées dans cette étude ont en majorité une appréciation positive de la présence de l'accompagnant à leurs côtés. Elles souhaitent, par conséquent, le maintien de sa place dans le dispositif de soins.

En revanche, nos résultats montrent que les soignants estiment que sa présence peut constituer un obstacle à l'atteinte des soins de qualité à cause de certaines attitudes et comportements déplacés. Il s'agit de la stigmatisation et de la discrimination de malades comme de soignants, de la rupture de confiance et de confiance dans la relation soignant – soigné, les jugements stéréotypés sur certaines maladies et leurs traitements, le manque de compétence pour un accompagnement efficace, l'anarchie dans les unités de soins et les atteintes à l'intégrité morale des soignants. Sur ce point, Andrades et *al.* (2013, p.285) signalent dans leur étude que le seul

élément négatif lié à sa présence que les patients en consultation ont eu à signaler était le rallongement de la durée de la consultation. Dans la présente étude, les principaux soucis des malades relatifs à la participation dans les soins de l'accompagnant sont ses interventions très approximatives par défaut de connaissances, l'obstruction des espaces par la pléthore d'accompagnants et l'indiscrétion sur leur intimité et leur vie privée.

5. Conclusion

Cette étude a permis d'apprécier la contribution de l'accompagnant de malade au fonctionnement général des hôpitaux dans la ville de Bobo-Dioulasso. Elle a comblé l'insuffisance de connaissances sur les rôles et la place de l'accompagnant de malade. Les riches informations nous ont permis de comprendre que l'accompagnant de malade est un acteur volontariste engagé de nuit comme le jour pour la satisfaction des besoins de santé, du bien-être et de l'épanouissement du malade pendant son hospitalisation. Cependant, l'acceptation de sa présence est diversement appréciée selon qu'il permette aux acteurs en interaction de satisfaire leurs intérêts particuliers. De ce fait, une controverse existe sur le sujet dans la mesure où elle rencontre un sentiment mitigé pour les soignants et réclamé par la majorité absolue des personnes malades. Certes, ses interventions présentent par moment quelques limites. Il arrive même qu'il se trompe de bonne foi. Mais, soignants comme personnes malades convergent leurs idées dans le sens de reconnaître que sa présence est nécessaire pour un fonctionnement optimal du système de soins actuel dans ces établissements hospitaliers. Cela mérite une analyse approfondie dans une perspective de mutation des pratiques de soins.

Remerciements

Ils s'adressent au Directeur régional de la santé des Hauts-Bassins, aux premiers responsables des établissements hospitaliers du C.H.U-S.S, de l'hôpital du district de Dô, des cliniques Espace médical de Sya et de St Léopold et tous les agents de santé ayant participé à cette étude. Il en est de même pour les personnes malades et leurs accompagnants ayant accepté de nous accorder un peu de leur temps.

Conflict of Intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

- Andrades, M., Kausar, S. et Ambreen, A. (2013). Role and influence of the patient's companion in family medicine consultations : "The patient's perspective". *J Fam Med Primary Care* 2013; 2:283-7
- Bouda/Kabore, U. (2004). *Les services sociaux en milieu spécialisés : Place et rôle du service social du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO*, mémoire pour l'obtention du diplôme d'administrateurs des services sociaux, Ecole national des services sociaux (ENSS), Ouagadougou, 102 pages.
- Charon, V., Giraud, A.-M. Et Harlay, A. (1999). *Les sciences humaines au service des soins infirmiers*, Paris, Ellipses, 235 pages.
- Fainzang, S. (2006). *La relation médecins - malades : information et mensonge*, Paris, PUF, 168 pages.
- Fantino, B., Winsten, J. P., Bungener, M., Joublin, H., Et Brun-Strang, C. (2007). Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient. *Santé Publique*, 2007/3Vol. 19, p. 241-252. URL : www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-3-page-241.htm (Consulté le 06/05/2014).

- Fillol, A., Bonnet, E., Kabore, A., Bassole, J. Et Ridde, V. (2015). Offrir une prise en charge médicale aux patients non accompagnés dans les services d'urgence des hôpitaux au Burkina Faso : l'engagement de l'association « Contact Hors Limites (CHL) ». Chaire REALISME, 4 pages, URL : http://www.equitesante.org/wp-content/uploads/2015/05/Note-PBCHL_fr.pdf (Consulté le 15/08/2015).
- Gasparuto, G. (1992). *Communication entre partenaires de soins*, Paris, Lamarre, 194 pages.
- Gassier, J., Le Neures, K. Et Peruzza, E. (2007). *Guide de l'aide-soignant*, Paris, Masson, 567 pages.
- Gobatto, I., (1999), *Être médecin au Burkina Faso*, Paris, L'Harmattan, 304 pages.
- Jouteau-Neves, C., Malaquin-Pavan, E. Et Nectoux-Lannebere, M. (2005). *L'infirmier (e) et les soins palliatifs*, Paris, Masson, 246 pages.
- Lietard, B. (1998). Accompagner, oui, mais comment ? in PINEAU, G. (Eds), *Accompagnement et histoire de vie*, Paris, L'Harmattan, pp. 113-115.
- Millet, P. (2006). Don et accompagnement professionnel dans l'action sanitaire et sociale, 89 pages.
http://classiques.uqac.ca/contemporains/millet_pascal/don_accompagnement/don_accompagnement.pdf (Consulté le 05/09/2024).
- Ouangrawa, F. P. (2001). *Prestation de service dans les services de soins maternels : quel impact sur les relations soignants-soignés dans la ville de Ouagadougou*, Mémoire de maîtrise, Département de Sociologie, U.O, Ouagadougou, 95 pages.
- Riopelle, L., Grondin, L. Et Margot, P. (1984). *Soins infirmiers, un modèle centré sur les besoins de la personne*, Montréal Toronto, Mc Graw-Hill, 354 pages.

© 2024 KIEMDE et al., Licensee Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.